

COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL CAUSADA POR USO INADEQUADO DE ENXERTO ÓSSEO ALÓGENO

Edimilson Martins De Freitas; Maria Betania De Oliveira Pires; Francis Balduino Guimarães Santos; Hercílio Martelli Júnior; Mário Rodrigues De Melo Filho

Paciente G.A.M., gênero masculino, 58 anos, feoderma, natural de Montes Claros – MG foi encaminhado para o serviço de cirurgia e estomatologia com a queixa de halitose e desconforto devido a comunicação buco-sinusal. Exame extra-oral: sem assimetria facial e nódulos suspeitos. Exame intra-oral: presença de uma cavidade de fundo cego, localizada na mucosa mastigatória do rebordo alveolar, áreas 15 e 16 contendo resíduos alimentares e de odor fétido. O paciente relatava dor e desconforto após cirurgia de enxerto ósseo com levantamento do seio maxilar realizada em 2011 que resultou em comunicação buco-sinusal. Foram feitas várias tentativas de fechamento e há um ano foi colocado um enxerto ósseo alógeno em bloco para obliterar a comunicação. O enxerto ficou exposto e ocorreu contaminação dessebio-material, impedindo a cicatrização adequada. Exames de imagens: a tomografia computadorizada revelou solução de continuidade do assoalho e da parede lateral com comunicação buco sinusal. No terço médio havia imagem hiperdensa heterogênea localizada junto a parede lateral e no interior do seio maxilar direito, imagem sugestiva de enxerto ósseo. O seio maxilar esquerdo estava parcialmente velado com a presença de níveis hidroaéreos. Seios esfenoidal, frontal e etmoidal estavam parcialmente velados. Hipótese diagnóstica: pansinusopatia causada por corpo estranho nos seios maxilares e comunicação buco-sinusal do seio maxilar direito. Foi realizada cirurgia para curetagem da mucosa do seio maxilar direito, remoção do enxerto ósseo e fechamento da comunicação usando enxerto pediculado da bola adiposa de Bichat. O material removido foi encaminhado para o exame histopatológico que confirmou a presença de intenso processo inflamatório crônico concluindo o diagnóstico definitivo de Sinusite crônica generalizada. A comunicação fechou e o paciente foi encaminhado para o otorrinolaringologista para tratamento e está com boa resposta, sem queixas, sem halitose e sob preservação.

Referências:

1. ALKAN, A.; DOLANMAR, D.; UZUN, E.; ERDEM, E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Swiss Med Wkly*, v. 133, p. 465-70, 2003.
2. DOLANMAZ, D.; TUZ, H.; BAYAARAKTAR, S.; METIN, M.; ERDEM, E.; BAYKUL, T. Used of pedicled buccal fat pad in the closure of oroantral communication analysis of 75 cases. *Quintessence Int*, v. 35, p. 241-5, 2004.
3. LIVERSEDGE, R.L.; WONG, K. Use of the buccal fat pad in maxillary and sinus grafting of the severely atrophic maxilla preparatory to implant reconstruction of the partially or completely edentulous patient: technical note. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 17, p. 424-8, 2002.