

**FECHAMENTO DE EXTENSO DEFEITO ORIUNDO DE
COMUNICAÇÃO BUCOSSINUSAL COM USO DE BOLA DE BICHAT
ASSOCIADA À ROTAÇÃO DE RETALHO VESTIBULAR
BILATERALMENTE: RELATO DE CASO**

**CLOSURE OF OROANTRAL COMMUNICATION USING THE BUCCAL FAT PAD
ASSOCIATED WITH BILATERAL ROTATION OF THE VESTIBULAR FLAP: A
CLINICAL CASE REPORT**

**CIERRE DE EXTENSO DEFECTO ORIGINADO POR COMUNICACIÓN
BUCOSSINUSAL CON USO DE LA BOLA DE BICHAT ASOCIADA A LA ROTACIÓN
DE COLGAJO VESTIBULAR BILATERAL: REPORTE DE CASO**

**Lucas Araújo de Carvalho¹, Jércily Thaís Pereira de Souza², Karlla Victória Araújo Cordeiro³,
Maria Júlia Torres Bezerra⁴, Raquel Coimbra Fonseca⁵, Lígia Ferreira Costa⁶, João Victor
Espíndola Silva⁷, Letícia de Oliveira Santos⁸, Júlia Maria Lima de Castro⁹, Júlia Mafra Silva¹⁰,
Fernanda Souto Maior dos Santos Araújo¹¹, Fábio Andrey da Costa Araújo¹²**

DOI: 10.54899/dcs.v22i85.3416

Recibido: 21/09/2025 | Aceptado: 24/09/2025 | Publicación en línea: 02/12/2025.

¹ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: lucascarvalho05@hotmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-7115-5504>

² Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: jercily.thais@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8852-329>

³ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: karllavictoriaaaa@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0301-366X>

⁴ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: mjuliatortres55@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2158-7897>

⁵ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: raquelcoimbraf@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0400-2751>

⁶ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: ligia.fer.costa@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7460-4320>

⁷ Graduando em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: joao.espindola@upe.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5990-6329>

⁸ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: leticiasto16@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0962-9894>

⁹ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: julia.mlcastro@upe.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-5778-408X>

¹⁰ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP - UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: julia.mafra@upe.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-0790-0680>

¹¹ Doutora em Clínicas Odontológicas, Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: fernanda.araujo@upe.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0816-5531>

¹² Doutor em Odontologia, Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: fabio.andrey@upe.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5488-9333>

RESUMO

Introdução: As comunicações oroantrais são aberturas patológicas estabelecidas entre a cavidade oral e o seio maxilar que podem ocorrer após extrações dentárias e falhas em cirurgias de levantamento de seio. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente submetido a fechamento de extenso defeito oriundo de comunicação bucossinusal após insucesso em cirurgia de levantamento de seio maxilar utilizando como recurso o uso da bola de Bichat associada à rotação de retalho vestibular bilateralmente. O procedimento cirúrgico incluiu a remoção do enxerto infectado, sinusectomia e fistulectomia bilateral, além do fechamento da comunicação esquerda por meio da bola de Bichat associada a retalhos vestibulares. **Resultados:** A técnica demonstrou-se eficaz devido ao tratamento evoluir com reepitelização eficiente e ausência de recidiva em dois meses de acompanhamento. **Conclusão:** O uso da bola de Bichat é uma alternativa viável para fechamento de comunicação bucossinusal, promovendo vedação adequada e cicatrização satisfatória devido à sua boa vascularização e facilidade de manipulação.

Palavras-chave: Fístula Bucoantral. Seio Maxilar. Retalhos Cirúrgicos. Cicatrização. Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Introduction: Oroantral communications are pathological openings established between the oral cavity and the maxillary sinus, which may occur after dental extractions or failed sinus lift surgeries. **Objective:** To report a case of a patient who underwent the closure of an extensive defect resulting from an oroantral communication following an unsuccessful maxillary sinus lift surgery. The procedure involved the use of Bichat's fat pad associated with a bilateral vestibular flap rotation. The surgical procedure included the removal of the infected graft, sinusectomy, and bilateral fistulectomy, in addition to the closure of the left-sided communication using Bichat's fat pad combined with vestibular flaps. **Results:** The technique proved to be effective, as the treatment progressed with efficient re-epithelialization and no signs of recurrence at the two-month follow-up. **Conclusion:** The use of Bichat's fat pad is a viable alternative for the closure of oroantral communications, promoting an adequate seal and satisfactory healing due to its rich vascularization and ease of manipulation.

Keywords: Bucoantral Fistula. Maxillary Sinus. Surgical Flaps. Healing. Oral Surgery.

RESUMEN

Introducción: Las comunicaciones oroantrales son aperturas patológicas que se establecen entre la cavidad oral y el seno maxilar, las cuales pueden ocurrir después de extracciones dentales o fracasos en cirugías de elevación del seno maxilar. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente sometido al cierre de un extenso defecto originado por una comunicación bucossinusal tras el fracaso de una cirugía de elevación del seno maxilar, utilizando como recurso la bola de Bichat asociada a la rotación de un colgajo vestibular bilateral. El procedimiento quirúrgico incluyó la remoción del injerto infectado, sinusectomía y fistulectomía bilateral, además del cierre de la comunicación izquierda mediante la bola de Bichat asociada a colgajos vestibulares. **Resultados:** La técnica demostró ser eficaz, ya que el tratamiento evolucionó con una reepitelización eficiente y ausencia de recidiva a los dos meses de seguimiento. **Conclusión:** El uso de la bola de Bichat es una alternativa viable para el cierre de comunicaciones bucossinusales, promoviendo un sellado

adecuado y una cicatrización satisfactoria debido a su buena vascularización y facilidad de manipulación.

Palabras clave: Fístula Bucosinusal. Seno Maxilar. Colgajos Quirúrgicos. Cicatrización. Cirugía Bucal.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O seio maxilar é um espaço pneumático localizado no interior do osso maxilar direito e esquerdo, caracterizado por ser o maior dos seios paranasais. Internamente, ele é revestido por uma delgada camada respiratória e mantém continuidade com a cavidade nasal medialmente por meio do óstio do seio maxilar, uma abertura localizada no meato nasal médio. Devido à sua anatomia, fragilidade e proximidade com o ápice de alguns dentes superiores, uma comunicação entre o seio e a cavidade bucal pode ser estabelecida (Oliva et al., 2021; Rocha et al., 2018; Shukla et al., 2021)

A comunicação buco sinusal ou oroantral é uma complicação e via patológica entre a cavidade oral e o seio maxilar. Quando essa comunicação é revestida por tecido epitelial decorrente da proliferação dos tecidos que a circundam, passamos a denominá-la de fístula buco-sinusal. Uma das principais consequências das comunicações buco-sinusais é a sinusite maxilar aguda ou crônica resultante da contaminação do seio pela flora bucal (Oliva et al., 2021; Parvini et al., 2018; Rocha et al., 2020)

A etiologia dessa comunicação pode ser dividida em causas iatrogênicas ou não iatrogênicas, e normalmente é decorrente de exodontias dos dentes posteriores superiores, osteomielite, sequelas da radioterapia, remoção de cistos e tumores da maxila, trauma e infecção dentária. Essa complicação é mais comum no sexo masculino entre os 30 e 60 anos de idade (Parvini et al. 2018; Shukla et al., 2021)

Os pacientes acometidos por essa condição apresentam sinais e sintomas como: passagem de ar e fluidos entre a cavidade oral e nariz, modificação na ressonância vocal, dificuldade de sucção, corrimento nasal, paladar alterado e inchaço nas bochechas. Em casos mais avançados e na presença de sinusite maxilar aguda, a dor na face e cefaléia também podem estar presentes (Oliva et al., 2021; Parvini et al., 2018; Rocha et al., 2018; Shukla et al., 2021)

O diagnóstico das comunicações buco-sinusais é realizado por meio dos aspectos clínicos e radiográficos, além disso, pode ser executada a manobra de Valsalva para maior auxílio do diagnóstico, na qual haverá a passagem de ar ou pus da cavidade nasal para a cavidade bucal após o paciente expirar com as narinas devidamente fechadas (Parvini et al. 2018; Rocha et al., 2020)

Os exames radiográficos são importantes para determinar a localização, tamanho e o grau de envolvimento do seio e a partir deles é possível evidenciar a descontinuidade do assoalho do seio maxilar, delimitado por uma linha radiopaca. Ademais, opacidade do seio e atrofia alveolar também podem ser observadas (Oliva et al., 2024; Parvini et al. 2018)

O tratamento de escolha dependerá da extensão e se há a presença de infecção. A intervenção deve ser estabelecida nas primeiras 48 horas após o surgimento da comunicação buco-sinusal a fim de evitar a instalação e desenvolvimento de sinusite maxilar. É importante destacar que a eliminação de patologia sinusal deve ser feita antes de qualquer fechamento das comunicações para um maior sucesso terapêutico. Em casos de pequenas comunicações, menores que 3 milímetros e na ausência de infecção, nenhum tratamento é necessário e geralmente a cicatrização é espontânea. No entanto, em situações que o defeito apresenta um maior diâmetro o tratamento cirúrgico é indicado para promover o fechamento adequado da comunicação (Oliva et al., 2024; Parvini et al., 2018; Rocha et al., 2020)

Uma das técnicas cirúrgicas comumente empregada é a utilização da bola de Bichat que apresenta uma alta taxa de sucesso. Uma das vantagens ao se utilizar essa técnica é a sua rica vascularização proveniente da artéria maxilar, artéria temporal superficial e por pequenos ramos da artéria facial, o que favorece a cicatrização e estimula a repitelização do retalho (Rocha et al., 2020; Oliva et al., 2024)

Devido a todas essas características elencadas anteriormente, este artigo tem como objetivo relatar o fechamento de comunicação bucossinusal utilizando bola de Bichat associada à rotação de retalho vestibular em um paciente que compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da Universidade de Pernambuco.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 58 anos, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial queixando-se saída de fluidos do complexo nasal do lado esquerdo e contínua saída de secreção purulenta por via oral resistente a ciclos de antibióticos. Ao exame

intrabucal foi constatado a presença de pus na região de fístula na área dos referente ao molares direitos e comunicação buco-sinusal na porção maxilar látero-inferior na região da mucosa do seio maxilar esquerdo.

Durante a anamnese, o paciente relatou ter se submetido a cirurgia para levantamento do seio maxilar para a instalação de implantes cursando com perfuração da membrana de Schneider e invasão para o interior do seio com posterior processo de rejeição ao enxerto xenógeno particulado, sendo o possível foco infeccioso associado ao quadro de sinusite crônica presente. Ao exame extrabucal, não foram observadas alterações como aumento de volume ou demais focos flogísticos.

Ao exame tomográfico, evidenciou área de fenestração óssea extensa com cerca de 10 mm súpero-inferior e 7 mm latero-lateral nas paredes dos seios maxilares bilateralmente e confirmação da comunicação buco-sinusal do lado esquerdo, além do presente velamento do seio (**Figura 1**). Ainda foi possível, localizar extenso material xenógeno sem consolidação óssea encapsulado se estendendo em suas dimensões súpero-inferior até a proximidade com o assoalho de órbita e látero-lateral nas dimensões das paredes dos seios maxilares bilateralmente.

Dado isto, a proposta cirúrgica foi a remoção do enxerto infectado do interior dos seios, uma sinusectomia e posterior fistulectomia bilateral (**Figura 2**). Seguiu-se com o fechamento da comunicação buco-sinusal do lado esquerdo a partir da execução de um retalho de Moczar associado a tração da bola de bichat (**Figura 3**), seguido da rotação do retalho vestibular para sobreposição de defeito na parede maxilar do lado direito. Posteriormente, lavou-se o interior dos seios com solução antimicrobiana de 500 ml de soro fisiológico e 2 ampolas de gentamicina. Finalizou-se com a síntese da ferida cirúrgica com sutura festonada e pontos interrompidos com Caprofil 3.0.

No pós-operatório seguiu com uso de terapêutica antimicrobiana com ceftriaxona 1 grama de 12/12 horas e metronidazol 500 mg intravenoso de 8/8 horas por 02 dias. A medicação domiciliar seguiu o padrão de Amoxicilina 875mg com 125 mg clavulanato de potássio de 12/12 horas, além de metronidazol 400 mg de 08/08 horas por 21 dias. Preconizou-se, ainda, a escolha por aerossol nasal descongestionante para contrair a mucosa nasal e manter a patência do óstio e descongestionante oral para contrair as membranas mucosas e diminuir as secreções nasais e do seio maxilar com a escolha pelo Predsim 10 mg de 12/12 horas por 05 dias e Nasonex 50mcg com 02 jatos em cada narina por 60 dias.

O paciente foi orientado quanto a evitar assoar o nariz, espirrar violentamente, usar canudos e fumar. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial de 08 meses sem queixas relacionadas a saída de secreção purulenta ou ainda secreções nasais de fluidos, cefaleias e queixas álgicas na face. A mucosa após remoção da sutura evidencia bom estado de cicatrização e ausência de recidivas referente a comunicação (**Figura 4**). Após 8 meses, o paciente segue em acompanhamento e apresenta mucosa íntegra sem a presença de fístula bucossinusais (**Figura 5**).

Figura 1

A. e B. reconstrução 3D da Tomografia Computadorizada pré-cirúrgica evidenciando a comunicação oroantral esquerda; C. e D. corte coronal da Tomografia Computadorizada apontando comunicação oroantral esquerda e material compatível com enxerto ósseo nos seios maxilares bilateralmente.

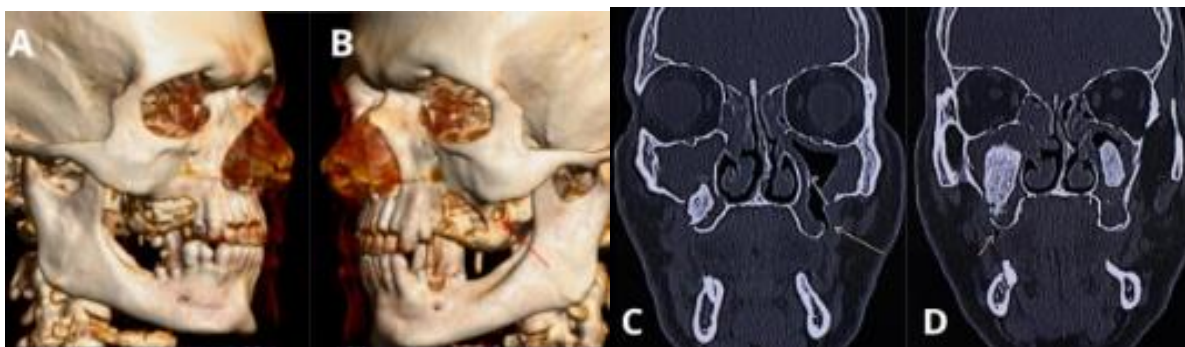


Figura 2

Imagens intrabucais – A. e B. acesso de Caldwell-Luc E e D, respectivamente, para sucção de corpo estranho.

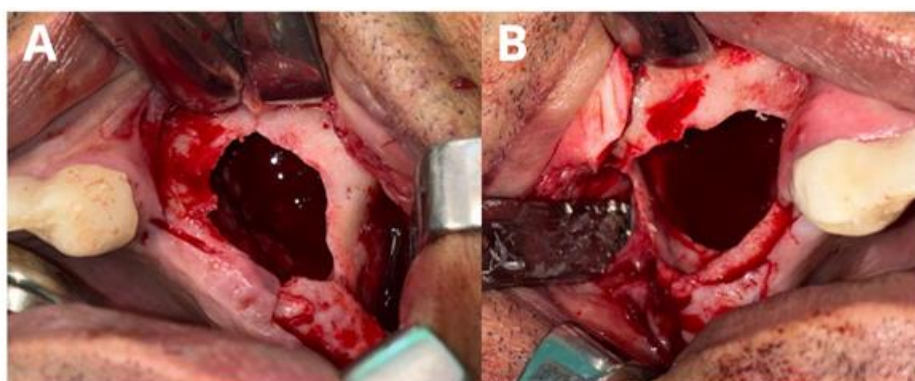


Figura 3

A. e B. Tração da bola de Bichat para fechamento da comunicação oroantral esquerda.

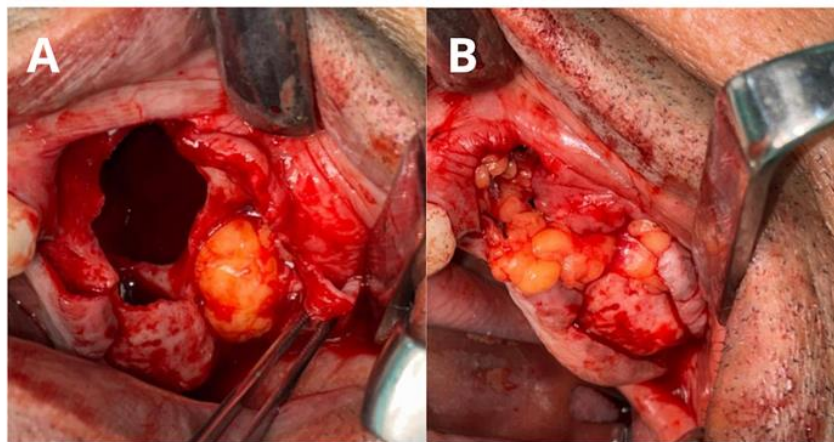


Figura 4

A. B e C. Reconstrução 3D da Tomografia Computadorizada pós-cirúrgica; D. E. F e G. corte axial da Tomografia Computadorizada pós-cirúrgica evidenciando hemossinus nos seios maxilares bilateralmente

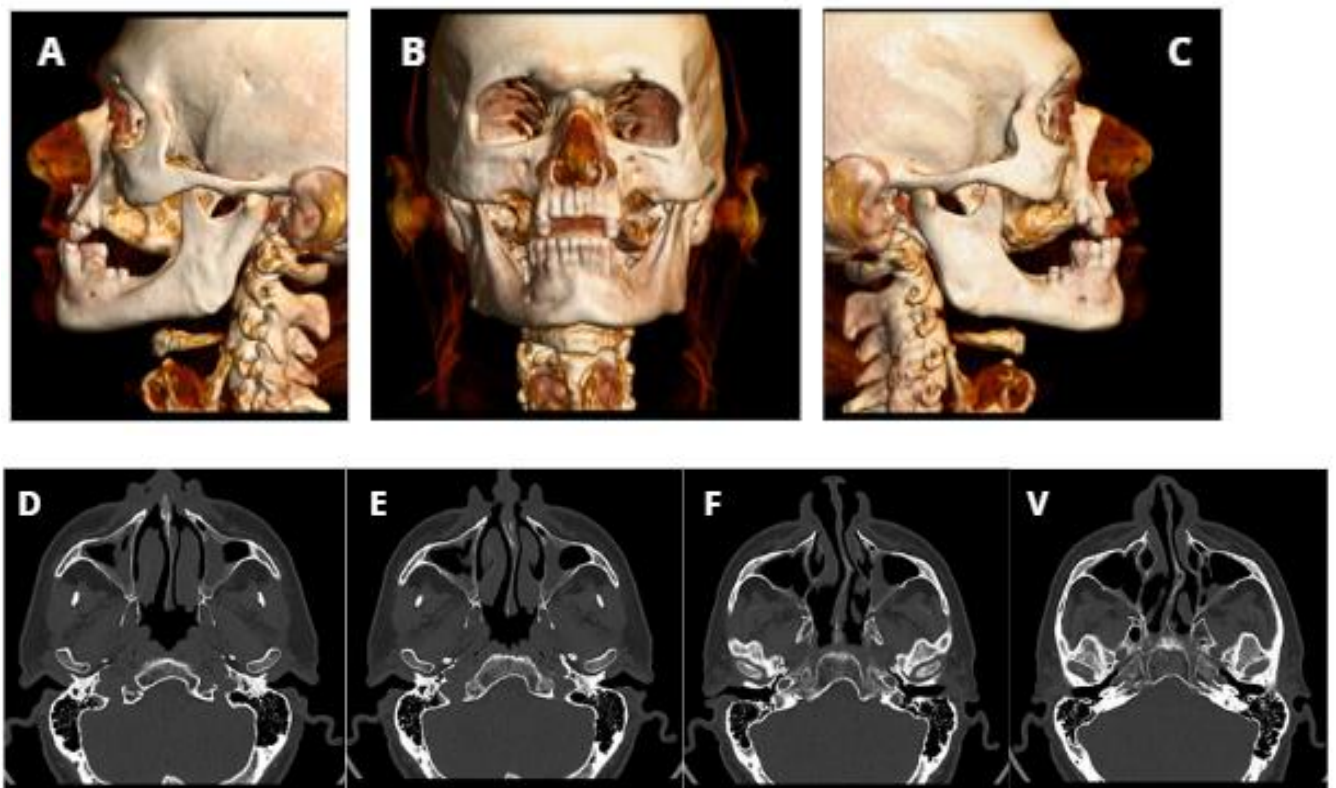


Figura 5

Aspecto intrabucal evidenciando ausência de fístulas bucossinusais com mucosa íntegra. Aspecto extrabucal de pós operatório de 08 meses.



DISCUSSÃO

Comunicações oroantrais (COAs) e fístulas oroantrais (FOAs) são complicações de cirurgias orais e maxilofaciais que geralmente são causadas por situações anatômicas ou eventos iatrogênicos. Estão localizadas com mais frequência na região dos molares superiores, sobretudo a região dos primeiros molares devido à proximidade das raízes desses dentes com o seio paranasal maxilar. Além disso, fatores como grande pneumatização e grandes reabsorções ósseas podem favorecer o surgimento dessa complicação (Salgado-Peralvo et al., 2022; Rocha et al., 2020).

Dentre os principais motivos para o surgimento de COAs estão a extração de dentes posteriores, cistectomia e falha no posicionamento e colocação do implante, cirurgias de levantamento do seio maxilar, assim como no caso supracitado e outros fatores como a infecção dentária, osteomielite, sequelas de radioterapia, trauma ou remoção de cistos ou tumores maxilares (Salgado-Peralvo et al., 2022; Rocha et al., 2020; Bereczki-Temistocle et al. 2022).

As manifestações locais incluem inchaço, eritema da mucosa, grande quantidade de tecido de granulação dentro dos alvéolos dentários e ao redor da fístula antral, e acúmulo de líquido purulento na cavidade sinusal (Bereczki-Temistocle et al. 2022). Dentre as principais queixas relatadas por pacientes, destacam-se o escape de ar pela cavidade bucal, sabor salgado persistente, halitose, disfagia, secreção nasal e dor facial (Sinhorini et al. 2020). O que corrobora quanto às queixas do paciente, indicando fortes indícios de uma suspeita de comunicação bucossinusal.

O principal objetivo das intervenções para COAs e FOAs é eliminar o foco infeccioso e fechar completamente a comunicação para evitar recorrências. As opções de tratamento são

variadas porém muitas apresentam desvantagens e, por isso, a escolha depende das características individuais do paciente como a quantidade de tecido queratinizado disponível para fazer o retalho, presença/ausência de dentes adjacentes e tamanho/localização do defeito. Haja vista o quadro crônico de sinusite e de infecção persistente e as terapias antimicrobianas, optou-se pela remoção do enxerto xenógeno infectado por meio de uma abordagem cirúrgica explorada e abrangente..

No caso abordado, o tratamento preconizado foi uso da bola de Bichat como técnica para o fechamento da COA. O uso do coxim adiposo é amplamente discutido na literatura, sendo considerado um método eficaz, especialmente em defeitos de pequeno e médio porte. Autores como Scartezini et al. (2016) reforçam por essa escolha de técnica por destacar as vantagens anatômicas e funcionais dessa técnica, como o fácil acesso cirúrgico, a elasticidade do tecido e o excelente suprimento sanguíneo proveniente das artérias maxilar, temporal e facial, o que contribui para uma menor incidência de necrose e melhora a cicatrização. Além disso, Silva et al. (2021) ressaltam que o baixo custo da técnica é um importante fator para aumentar a adesão do paciente ao tratamento, tornando-a uma opção viável e acessível.

Netto et al. (2017) corroboram esses achados ao afirmarem que a técnica apresenta bons resultados clínicos, com baixa taxa de complicações intra e pós-operatórias, desde que bem indicada. No entanto, em casos de comunicações mais extensas, os autores alertam que a mobilização de grande volume do coxim adiposo pode comprometer a viabilidade do enxerto, sendo necessário considerar o uso combinado com outras abordagens cirúrgicas.

Segundo Shukla et al. (2021), discorre sobre o tratamento para comunicação bucossinusal ao relatar que o retalho avançado bucal é amplamente utilizado, porém pode causar dor e edema pós-operatórios e, ainda, um deslocamento da linha mucogengival que frequentemente exige uma vestibuloplastia em uma segunda intervenção. Outra técnica também muito executada para fechar as COAs ou FOAs é utilizar a bola de Bichat. Contudo, requer atenção, já que pode resultar em necrose do enxerto, alterar o contorno facial, aumentar o edema no pós-operatório e, ainda, causar fístulas faciais (Oliva et al., 2024; Salgado-Peralvo et al. 2022; Shukla et al., 2021).

Contudo, Scartezini et al. (2016) também reconhecem algumas limitações. Entre elas, citam o fato de a bola adiposa bucal permitir apenas uma utilização, a possibilidade de trismo no pós-operatório e a limitação do seu uso a defeitos de maior extensão, já que não oferece suporte anatômico rígido à região. Por isso, é comum que a técnica seja associada a outras estratégias cirúrgicas quando há necessidade de maior vedação ou suporte estrutural, apesar de tais manifestações não terem sido relatadas no pós-operatório do paciente.

Com relação à discussão da extensão do defeito presente, Khandelwal e Hajira (2017) trazem que defeitos menores que 2 mm podem cicatrizar espontaneamente por formação de coágulo sanguíneo e cicatrização secundária, enquanto defeitos maiores que 3mm requerem tratamento cirúrgico para evitar demais complicações.

Ainda, Kwon et al. (2020) atestam que os três principais tipos de retalhos para fechamento de fístulas oroantrais diferem em indicação e complexidade conforme o tamanho do defeito. Para orifícios de até 5 mm, trazem que o retalho bucal é a opção mais simples e eficaz, pois sua proximidade torna a execução rápida e segura. Quando o defeito varia entre 5 mm e 10 mm, o retalho de gordura de Bichat destaca-se por preservar o vestíbulo bucal, oferecer excelente vascularização e promover cicatrização primária rápida. Para lesões maiores que 10 mm ou reparos tardios, o retalho palatino rotacional é o mais indicado: apesar de sua técnica mais complexa e da necessidade de epitelização secundária no palato, ele fornece um volume maior de tecido vascularizado e minimiza o risco de deiscência, sendo especialmente vantajoso em pacientes candidatos a implantes posteriores.

A partir disso, Carvalho et al. (2025) trazem que o corpo adiposo da bola de Bichat é uma opção para o tratamento de extensos defeitos maiores que 5 mm. Conforme o descrito, o caso em questão aborda um defeito de dimensões (7mm x 10 mm) o que corrobora pela decisão na tração do corpo adiposo bucal.

Em relação ao enxerto contido no seio paranasal do caso relatado, Parise e Tassara (2016) trazem que antes do fechamento de uma fístula buco-sinusal torna-se imprescindível a eliminação de qualquer infecção aguda ou crônica do seio. Isso pode requerer irrigação frequente da fístula e do seio, combinada com o uso de antibióticos e descongestionantes. No manejo de comunicações oroantrais envolvendo o seio maxilar, há consenso quanto ao uso de antibióticos de amplo espectro, sobretudo penicilinas e fluoroquinolonas, mas diferenças marcantes nos protocolos. Com isso, podemos agrupar as recomendações em três abordagens principais.

A primeira, defendida por Parise & Tassara (2016) e Silva et al. (2021), preconiza antibioticoterapia em duas fases, com uma rodada antes da cirurgia e mais 7–10 dias após o fechamento, podendo ser prolongadas, caso necessário utilizando penicilinas ou fluoroquinolonas. Silva et al. ainda acrescentam drenagem nasal com soro ou solução de cefalosporina, reforçando o manejo utilizado na terapêutica peri-operatória deste paciente.

Outras abordagem seguem a adotada por Sinhorini et al. (2020), simplifica o protocolo a um único regime pós-operatório de amoxicilina 875 mg com clavulanato 125 mg, duas vezes ao

dia por 10 dias, sem distinção de fases e a estratégia de Oliva et al. (2024), Carini et al. (2014) e Santos et al. (2022), que empregam ciclos de sete dias de ciprofloxacina 500 mg ou amoxicilina/ácido clavulânico (875 mg a cada 12 h ou 500 mg + clavulanato 125 mg a cada 8 h), com reavaliações em 7, 15 e 30 dias.

Da Silva et al. (2023) e Alves et al. (2020) seguem esquema semelhante, mas acrescentam budesonida nasal e irrigação salina. Cunha et al. (2018) recomenda sempre associar analgesia, anti-inflamatórios e descongestionantes nasais. Assim, embora haja unanimidade quanto às classes de antibióticos, diverge-se no momento de início, na duração e no uso de terapias adjuvantes.

CONCLUSÃO

Diante do caso apresentado, observa-se que a associação entre a remoção do foco infeccioso, a escolha cirúrgica adequada e um protocolo medicamentoso bem estruturado foi fundamental para o sucesso terapêutico. A utilização da bola de Bichat combinada à rotação do retalho vestibular mostrou-se eficaz no fechamento da comunicação buco-sinusal, mesmo em defeitos amplos, promovendo vedação adequada e cicatrização satisfatória. O planejamento individualizado, aliado ao acompanhamento pós-operatório, contribuiu para a ausência de recidivas e uma recuperação funcional completa, reforçando a importância de uma abordagem integrada e baseada nas características clínicas do paciente.

A principal contribuição deste relato de caso para a sociedade reside na divulgação de uma técnica cirúrgica acessível e de baixo custo para o tratamento de uma complicação que pode gerar grande morbidade aos pacientes, como sinusites crônicas, dores faciais e dificuldades de alimentação e fonação. Para a academia, este trabalho reforça a importância do planejamento cirúrgico individualizado e da escolha de técnicas que, além de eficazes, apresentem um bom prognóstico e menor risco de complicações, como a necrose do retalho. A associação de técnicas, como a rotação de retalho vestibular, mostra-se como um recurso valioso para o manejo de defeitos de maior complexidade.

O fator limitante dessa pesquisa se destaca ao fato de ser um relato de caso único, o que não permite a generalização dos resultados. Além sobre o acompanhamento pós-operatório de dois meses, embora seja suficiente para observar a cicatrização inicial e a ausência de recidivas

imediatas, pode não ser longo o suficiente para avaliar a estabilidade do fechamento a longo prazo.

Para estudos futuros, recomenda-se a realização de estudos clínicos controlados e randomizados, com um número maior de pacientes e um tempo de acompanhamento mais longo, para comparar a eficácia da bola de Bichat com outras técnicas de fechamento de comunicações bucossinusais. Além disso, sugere-se a investigação do uso de biomateriais associados à bola de Bichat para otimizar a regeneração tecidual e a estabilidade do fechamento em defeitos de grande extensão.

REFERÊNCIAS

- Alves, L. A. L. S. (2020). Fibrina rica em plaquetas (PRF) como tratamento de comunicação buco-sinusal: Relato de caso. *Revista Fluminense de Odontologia*.
- Carini, F., Longoni, S., Amosso, E., Carini, S., Garavello, W., & Porcaro, G. (2014). Sinusite maxilar odontogênica com fistula oronasal: Relato de caso. *Annali di Stomatologia (Roma)*, 5(Suppl. 2), 37–39.
- Cunha, G., Costa, L. G., & Gabrielli, M. A. C. (2018). Comunicação buco-sinusal: Do manejo clínico à abordagem cirúrgica. *Revista de Odontologia da UNESP*, 46(Especial), 0–0.
- Da Silva Domenici, G., & Lima, C. F. S. K. (2023). Fechamento de comunicação buco-sinusal após exodontia de molares utilizando plasma rico em plaquetas. *Revista Científica Unilago*, 1(1).
- De Andrade, G. S., Kalman, L., Giudice, R. L., Adolphi, D., Feilzer, A. J., & Tribst, J. P. (2023). Biomechanics of implant-supported restorations. *Brazilian Dental Science*, 26(1).
- Khandelwal, P., & Hajira, N. (2017). Management of oro-antral communication and fistula: Various surgical options. *World Journal of Plastic Surgery*, 6, 3–8.
- Kwon, M. S., Lee, B. S., Choi, B. J., Lee, J. W., Ohe, J. Y., Jung, J. H., Hwang, B. Y., & Kwon, Y. D. (2020). Closure of oroantral fistula: A review of local flap techniques. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46, 58–65.
- Netto, S., et al. (2017). Uso do corpo adiposo da bochecha para fechamento de comunicações oroantrais. *Revista de Odontologia de Araçatuba (Impr.)*, 30–35.
- Oliva, S., Lorusso, F., Scarano, A., D’Amario, M., & Murmura, G. (2024). The treatment and management of oroantral communications and fistulas: A systematic review and network meta-analysis. *Dentistry Journal*, 12(5), 147.
- Parise, G. K., & Tassara, L. F. R. (2016). Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: Uma revisão de literatura. *Perspectiva*, 40, 149.

- Parvini, P., Obreja, K., Sader, R., Becker, J., Schwarz, F., & Salti, L. (2018). Surgical options in oroantral fistula management: A narrative review. *International Journal of Implant Dentistry*, 4(1).
- Rocha, C. B. S., Cavalcante, M. B., Uchôa, C. P., Oliveira e Silva, E. D., & Marcelino, I. M. P. (2020). Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: Relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 34–38.
- Salgado-Peralvo, A. O., Mateos-Moreno, M. V., Uribarri, A., Kewalramani, N., Peña-Cardelles, J. F., & Velasco-Ortega, E. (2022). Treatment of oroantral communication with platelet-rich fibrin: A systematic review. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 123(5), e367–e375. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2022.03.014>
- Santos, A. B. D., De Moura, A. M. J., Silva, V. N., Honorato, T. A. M., Uchoa, C. P., & Neto, A. L. (2022). Comunicação buco-sinusal associada a extração de elemento dentário: Relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 19728–19730. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-152>
- Scartezini, G. R., & Oliveira, C. F. P. (2016). Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de Bichat: Relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 25(74).
- Shukla, B., Singh, G., Mishra, M., Das, G., & Singh, A. (2021). Closure of oroantral fistula: Comparison between buccal fat pad and buccal advancement flap. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, 12(3), 404–409.
- Silva, W. R., Santos, A. A., Barros, J. M., Lima, C. R. S., Melo, T. S., & Silva, T. M. V. (2021). Fechamento de comunicação oro-antral utilizando corpo adiposo da bochecha: Relato de caso em paciente idoso. *Scientific-Clinical Odontology*.
- Silva, T. M. da, de Faria Petrucelli, N., de Mendonça, R. P., da Silva Júnior, J. P., Campos, T. M., & de Paiva Gonçalves, S. E. (2023). Impact of photoinitiator quality on chemical-mechanical properties of dental adhesives under different light intensities. *Brazilian Dental Science*, 26(1).
- Silva Tricolly, T. da, Ferreira, C. L., da Silva Lima, V. C., de Marco, A. C., Caneppele, T. M., & Jardini, M. A. (2023). Is the use of *Lactobacillus reuteri* probiotic efficient as adjunctive therapy in the treatment of periodontitis? A systematic review. *Brazilian Dental Science*, 26(1).
- Sinhorini, T. C. dos S., et al. (2020). Fechamento de comunicação buco-sinusal utilizando o corpo adiposo bucal: Relato de caso clínico. *Revista Salusvita (Online)*, 77–90.