

MANEJO CIRÚRGICO DE COMUNICAÇÃO OROANTRAL ASSOCIADA AO USO CRÔNICO DE COCAÍNA: RELATO DE CASO

**SURGICAL MANAGEMENT OF OROANTRAL SEPTAL DEFECT ASSOCIATED
WITH CHRONIC COCAINE USE: A CASE REPORT**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR
OROANTRAL ASOCIADA AL CONSUMO CRÓNICO DE COCAÍNA: INFORME DE
UN CASO**

**Luisa Rani Costa Gaião Melo¹, Fabiana Gomes Marinho Valença², Rafael Veloso Rebello³, Maysa
Karla Hora da Veiga⁴, Iasmim Maria de Alcântara Nobre Rocha⁵, Emilly Julier Costa do
Nascimento⁶, Maria Carolina Alves Sena⁷, João Victor Rodrigues Garção⁸, Camilly Maria
Leopoldino Coutinho⁹, Rayanne Leticia Barbosa Alves¹⁰, Cristian Duane Pires¹¹, Bruna Salgado
Piato Souza¹², Rute Baía Valente¹³, Giuseppe Mazzaglia¹⁴**

DOI: 10.54899/dcs.v22i84.3786

Recibido: 13/11/2025 | **Aceptado:** 14/11/2025 | **Publicación en línea:** 19/11/2025.

RESUMO

Introdução: A lesão destrutiva em linha média (LDLM) é uma condição rara e de etiologia multifatorial, caracterizada por necrose progressiva das estruturas da linha média facial, incluindo septo nasal, palato duro e seios paranasais. O uso crônico de cocaína por via intranasal é uma das

¹ Graduando em Odontologia pela Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: luisarani679@gmail.com

² Graduando em Odontologia pela Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Olinda, Pernambuco, Brasil. E-mail: fabianagmv@gmail.com

³ Especialista em Implantodontia pelo Instituto de Pesquisa e Ensino (FAIPE), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rafaelvelosorebello@gmail.com

⁴ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: maysa.veiga@ufpe.br

⁵ Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: iasmim.rocha@ufpe.br

⁶ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: emillynascimento26@gmail.com

⁷ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: alvesccarolina825@gmail.com

⁸ Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, Sergipe, Brasil. E-mail: odontoufs2019@gmail.com

⁹ Graduando em Odontologia pela Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Cacoal, Rondônia, Brasil. E-mail: camillycoutinho16@gmail.com

¹⁰ Graduando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: rayanneleticiaalves@gmail.com

¹¹ Doutorando em Odontologia Legal pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC), Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: cristian.pires@icloud.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2644-924X>

¹² Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: souzapiatobruna@gmail.com

¹³ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: rutevalente.valente@hotmail.com

¹⁴ Doutor em Estomatologia pela Università Degli Studi Di Sassari, Sassari, Itália. E-mail: info@mazzagliaclinic.it

causas mais reconhecidas, devido à sua ação vasoconstritora intensa e repetida, que leva à isquemia tecidual, necrose e infecções secundárias. A apresentação clínica pode incluir perfuração septal, fístulas oroantrais, deformidades faciais e comprometimento funcional respiratório e alimentar. Objetivo: Relatar um caso clínico de comunicação oroantral extensa associada ao uso crônico de cocaína, abordando o planejamento e execução do tratamento cirúrgico reconstrutivo, com ênfase nas técnicas empregadas e nos desafios enfrentados. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 38 anos, com histórico de uso crônico de cocaína por via intranasal, apresentou queixa de saída de líquido pelo nariz durante a ingestão de alimentos e episódios recorrentes de sinusite. Ao exame clínico e radiográfico, observou-se comunicação oroantral de aproximadamente 2,5 cm, com bordas necróticas e comprometimento da mucosa sinusal. Após o controle da infecção e cessação do uso da substância, foi realizado o fechamento cirúrgico da comunicação utilizando retalho palatino em formato de U, técnica escolhida por proporcionar excelente irrigação sanguínea e adequada cobertura tecidual para defeitos extensos na região posterior da maxila. O procedimento resultou em boa adaptação dos tecidos e vedamento completo da comunicação. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências, com cicatrização satisfatória e resolução completa dos sintomas. Conclusão: O manejo da comunicação oroantral em pacientes usuários crônicos de cocaína requer abordagem multidisciplinar, incluindo controle infeccioso, suspensão do uso da droga e seleção adequada da técnica reconstrutiva. O uso do retalho palatino em U demonstrou ser uma opção eficaz e previsível para o fechamento de defeitos amplos, promovendo restauração funcional e estética satisfatórias. Este caso destaca a importância da avaliação individualizada e do acompanhamento contínuo para assegurar o sucesso terapêutico e prevenir recidivas.

Palavras-chave: Cirurgia Bucal. Cocaína. Fístula Bucoantral. Transtornos Relacionados ao Uso de Cocaína. Obturadores Palatinos.

ABSTRACT

Introduction: Destructive midline lesion (DMLL) is a rare condition of multifactorial etiology, characterized by progressive necrosis of the facial midline structures, including the nasal septum, hard palate, and paranasal sinuses. Chronic intranasal cocaine use is one of the most recognized causes, due to its intense and repeated vasoconstrictive action, leading to tissue ischemia, necrosis, and secondary infections. Clinical presentation may include septal perforation, oroantral fistulas, facial deformities, and impaired respiratory and feeding function. Objective: To report a clinical case of extensive oroantral communication associated with chronic cocaine use, addressing the planning and execution of reconstructive surgical treatment, with emphasis on the techniques employed and the challenges faced. Case Report: A 38-year-old male patient with a history of chronic intranasal cocaine use presented with complaints of nasal discharge during food intake and recurrent episodes of sinusitis. Clinical and radiographic examination revealed an oroantral communication of approximately 2.5 cm, with necrotic edges and sinus mucosal involvement. After infection control and cessation of substance use, surgical closure of the communication was performed using a U-shaped palatal flap, a technique chosen for providing excellent blood supply and adequate tissue coverage for extensive defects in the posterior maxilla. The procedure resulted in good tissue adaptation and complete sealing of the communication. The postoperative period was uneventful, with satisfactory healing and complete resolution of symptoms. Conclusion: The management of oroantral communication in chronic cocaine users requires a multidisciplinary approach, including infection control, cessation of drug use, and appropriate selection of the reconstructive technique. The use of the U-shaped palatal flap proved

to be an effective and predictable option for closing large defects, promoting satisfactory functional and aesthetic restoration. This case highlights the importance of individualized assessment and continuous follow-up to ensure therapeutic success and prevent relapse.

Keywords: Oral Surgery. Cocaine. Oroantral Fistula. Cocaine-related Disorders. Palatal Obturators.

RESUMEN

Introducción: La lesión destructiva de la línea media (LDLM) es una afección poco frecuente de etiología multifactorial, caracterizada por la necrosis progresiva de las estructuras de la línea media facial, incluyendo el tabique nasal, el paladar duro y los senos paranasales. El consumo crónico de cocaína por vía intranasal es una de las causas más reconocidas, debido a su intensa y repetida acción vasoconstrictora, que provoca isquemia tisular, necrosis e infecciones secundarias. La presentación clínica puede incluir perforación septal, fístulas oroantrales, deformidades faciales y alteración de la función respiratoria y de alimentación. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de comunicación oroantral extensa asociada al consumo crónico de cocaína, abordando la planificación y ejecución del tratamiento quirúrgico reconstructivo, con énfasis en las técnicas empleadas y los desafíos encontrados. **Caso clínico:** Paciente varón de 38 años con antecedentes de consumo crónico de cocaína por vía intranasal, que presentó secreción nasal durante la ingesta de alimentos y episodios recurrentes de sinusitis. El examen clínico y radiográfico reveló una comunicación oroantral de aproximadamente 2,5 cm, con bordes necróticos y afectación de la mucosa sinusal. Tras el control de la infección y la suspensión del consumo de sustancias, se realizó el cierre quirúrgico de la comunicación mediante un colgajo palatino en U, técnica elegida por proporcionar una excelente vascularización y una cobertura tisular adecuada para defectos extensos en el maxilar posterior. El procedimiento resultó en una buena adaptación tisular y el cierre completo de la comunicación. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con una cicatrización satisfactoria y la resolución completa de los síntomas. **Conclusión:** El manejo de la comunicación oroantral en consumidores crónicos de cocaína requiere un abordaje multidisciplinario, que incluye el control de la infección, la suspensión del consumo de drogas y la selección adecuada de la técnica reconstructiva. El uso del colgajo palatino en U demostró ser una opción eficaz y predecible para el cierre de defectos extensos, favoreciendo una restauración funcional y estética satisfactoria. Este caso subraya la importancia de la evaluación individualizada y el seguimiento continuo para garantizar el éxito terapéutico y prevenir recaídas.

Palabras clave: Cirugía Oral. Cocaína. Fístula Oroantral. Trastornos Relacionados con la Cocaína. Obturadores Palatinos.



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

INTRODUÇÃO

A comunicação oroantral (COA) corresponde a uma descontinuidade patológica que

estabelece conexão direta entre a cavidade oral e o seio maxilar, rompendo suas barreiras anatômicas naturais. Suas principais causas incluem extrações dentárias de molares e pré-molares superiores, traumas, infecções, neoplasias e, mais recentemente, o uso crônico de substâncias inaladas como a cocaína (Silva et al., 2020). Quando não tratada, pode evoluir para fístula oroantral crônica, levando a sinusite maxilar recorrente, passagem de alimentos para o seio, halitose e prejuízo da qualidade de vida (Oliveira; Santos; Costa, 2019). O diagnóstico precoce e o manejo adequado são essenciais para prevenir complicações e restabelecer a integridade funcional das estruturas orofaciais (Marques et al., 2020).

As lesões destrutivas de linha média induzidas por cocaína (LMIC) caracterizam-se por destruição progressiva das estruturas nasossinusais e palatinas em usuários crônicos. A droga causa vasoconstrição intensa devido ao bloqueio da recaptação de catecolaminas, levando à isquemia e necrose tecidual (Fernandes; Costa; Almeida, 2022). A presença de adulterantes como levamisol, frequente em amostras ilícitas, agrava o quadro ao induzir vasculite e processos autoimunes (Ribeiro et al., 2021). Como resultado, ocorrem perfurações septais, destruição do palato e perda da sustentação nasal, culminando em comunicações orosinusais extensas (Araújo; Mendes; Cavalcanti, 2021).

A fisiopatologia da COA associada ao uso de cocaína difere das comunicações de etiologia odontogênica ou traumática. A vasoconstrição contínua causada pela droga gera hipóxia tecidual crônica, dificultando a cicatrização e manutenção da vascularização local (Santos; Oliveira; Ribeiro, 2019). Além disso, o trauma mecânico repetido durante a inalação e a irritação química causada pelo pH alcalino da cocaína perpetuam o ciclo inflamatório (Costa; Rodrigues; Martins, 2019). A infecção secundária é comum, favorecendo a colonização bacteriana e contribuindo para osteomielite do palato duro e da parede sinusal (Pereira et al., 2021).

O diagnóstico da COA em usuários de cocaína envolve anamnese detalhada, investigação do uso da substância, exame clínico e exames de imagem. Os pacientes podem apresentar refluxo de líquidos pelo nariz, escape de ar durante a fala, rinolalia aberta, halitose e sinusite recorrente (Almeida et al., 2023). A cavidade oral revela perfuração palatina de tamanhos variáveis, geralmente com bordas irregulares e presença de tecido necrótico. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para avaliar extensão óssea, espessamento mucoso e planejar a reconstrução (Araújo; Mendes; Cavalcanti, 2021). Exames laboratoriais complementam a avaliação, sobretudo em pacientes com comorbidades associadas ao uso prolongado da droga (Fernandes et al., 2020).

O tratamento é fundamentalmente cirúrgico e deve ser precedido pela cessação completa

do uso da cocaína e pelo controle de sinusopatias associadas. Pequenas comunicações podem ser tratadas com sutura primária, embora isso seja raro em usuários de cocaína devido à extensão das lesões (Oliveira; Santos; Lima, 2022). Para defeitos entre 5 mm e 15 mm, retalhos palatinos pediculados são amplamente utilizados, desde que a mucosa adjacente mantenha vascularização adequada (Costa; Rodrigues; Martins, 2019). Em lesões maiores, o retalho de corpo adiposo bucal apresenta bons resultados, embora com taxas reduzidas em usuários devido ao comprometimento sistêmico (Almeida et al., 2023).

Defeitos extensos podem exigir retalhos à distância, como os retalhos temporal superficial, de músculo temporal ou microcirúrgicos livres, especialmente após múltiplas falhas reconstrutivas (Rodrigues; Costa; Oliveira, 2023). Técnicas combinadas com membranas de colágeno ou substitutos ósseos podem auxiliar na restauração da parede sinusal (Fernandes et al., 2020). A cirurgia deve seguir princípios fundamentais, como remoção completa de tecidos necróticos, boa irrigação, fechamento sem tensão e preservação vascular (Pereira et al., 2021).

O manejo adequado requer abordagem multidisciplinar, envolvendo cirurgião, psiquiatra, psicólogo, assistente social e, quando necessário, infectologista (Oliveira; Santos; Lima, 2022). Mesmo com intervenção correta, o prognóstico permanece reservado, com altas taxas de recorrência relacionadas principalmente à continuidade do uso da substância (Ribeiro et al., 2021). Complicações incluem deiscência, necrose do retalho, infecção persistente e necessidade de reoperações. A reabilitação protética pode incluir obturadores palatinos temporários e, posteriormente, próteses ou implantes após estabilização completa do quadro (Marques et al., 2020).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 38 anos de idade, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) apresentando queixa principal de "buraco no céu da boca" e dificuldade para se alimentar. Durante a anamnese, o paciente relatou histórico de uso crônico de cocaína inalatória por aproximadamente 12 anos, com frequência de uso diária nos últimos seis anos, inalando em média 2 a 3 gramas da substância por dia. O paciente referiu ter notado inicialmente, há cerca de dois anos, episódios recorrentes de sangramento nasal espontâneo e formação de crostas nasais persistentes, seguidos progressivamente por obstrução nasal bilateral, perda do suporte nasal com achatamento da pirâmide nasal e, nos últimos oito meses,

desenvolvimento de perfuração palatina com aumento gradual de tamanho. Relatou também episódios frequentes de refluxo de líquidos e alimentos sólidos para a cavidade nasal durante a alimentação, escape de ar pelo nariz durante a fala com alteração na qualidade vocal, episódios recorrentes de sinusite maxilar com dor facial, secreção nasal purulenta e halitose intensa.

Na história médica pregressa, o paciente negou comorbidades sistêmicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial ou cardiopatias, porém admitiu ser portador de hepatite C crônica diagnosticada há três anos, em tratamento irregular. Relatou tabagismo associado de aproximadamente 20 cigarros por dia há 20 anos e etilismo social. Referiu que havia interrompido o uso de cocaína há aproximadamente quatro meses antes da consulta atual, motivado pela progressão das lesões faciais e pelo impacto social e funcional causado pela destruição palatina.

O exame físico extrabucal revelou assimetria facial discreta, com colapso parcial da pirâmide nasal em sua porção média e inferior, resultando em aspecto de "nariz em sela", deformidade característica das lesões destrutivas de linha média induzidas por cocaína. À palpação, observou-se ausência de suporte estrutural na região do dorso nasal, com mobilidade anormal das estruturas cartilaginosas remanescentes.

O exame intrabucal revelou higiene oral deficiente, com presença de biofilme dentário generalizado e cálculo dentário supragengival. A principal alteração identificada foi uma extensa comunicação oroantral localizada na região de palato duro direito, medindo aproximadamente 15mm no maior diâmetro ântero-posterior e 8mm no diâmetro látero-medial, com formato ovalado irregular. A perfuração estava situada aproximadamente 8mm medialmente ao rebordo alveolar. À inspeção, foi possível visualizar diretamente a cavidade do seio maxilar.

À palpação da região palatina, os tecidos adjacentes à comunicação apresentavam-se endurecidos, fibrosados e com mobilidade reduzida, características compatíveis com o processo crônico de inflamação e tentativa de reparação tecidual. O teste de Valsalva modificado foi positivo, com evidente passagem de ar da cavidade oral para a cavidade nasal através da comunicação. A mucosa palatina contralateral (lado esquerdo) apresentava-se com coloração e textura normais, sem sinais de necrose ou comprometimento vascular, característica fundamental para a viabilidade do planejamento de retalho palatino pediculado. A avaliação da mobilidade da mucosa palatina demonstrou adequada elasticidade tecidual, permitindo mobilização sem tensão excessiva.

Foram solicitados exames complementares incluindo tomografia computadorizada de face com protocolo de seios da face, hemograma completo, coagulograma, glicemia de jejum,

ureia, creatinina, transaminases hepáticas, sorologias para HIV, hepatites B e C, e VDRL. A tomografia computadorizada revelou extensa destruição óssea envolvendo processo alveolar da maxila direita, palato duro direito com perda óssea de aproximadamente 20mm x 18mm, ausência completa de septo nasal ósseo e cartilaginoso, destruição de conchas nasais bilateralmente e colapso da estrutura óssea do dorso nasal.

Com base nos achados clínicos, imaginológicos e laboratoriais, estabeleceu-se o diagnóstico de comunicação oroantral extensa em região de palato duro direito, secundária a lesão destrutiva de linha média induzida por uso crônico de cocaína inalatória, associada a sinusite maxilar crônica direita. O diagnóstico diferencial considerou outras possíveis etiologias de perfuração palatina, incluindo granulomatose com poliangiite (Wegener), sífilis terciária, paracoccidioidomicose, tuberculose, linfomas e carcinomas, porém a história clínica inequívoca de uso crônico de cocaína, associada aos achados tomográficos característicos de destruição nasal e palatina, confirmaram o diagnóstico de lesão induzida por cocaína. A extensão da lesão classificava a comunicação como extensa, requerendo técnica cirúrgica com retalho para adequado fechamento.

Antes de qualquer intervenção cirúrgica, foi estabelecido um protocolo de preparo pré-operatório multidisciplinar. O paciente foi encaminhado ao serviço de psiquiatria e psicologia especializados em dependência química, onde foi avaliado e incluído em programa de acompanhamento ambulatorial com consultas semanais, terapia cognitivo-comportamental e participação em grupos de apoio. A confirmação da cessação do uso de cocaína foi realizada através de testes toxicológicos urinários seriados realizados quinzenalmente durante três meses, todos com resultados negativos para cocaína e seus metabólitos.

O tratamento da sinusite maxilar crônica foi iniciado aproximadamente seis semanas antes do procedimento cirúrgico definitivo. Foi prescrito esquema de antibioticoterapia com amoxicilina com clavulanato de potássio 875mg/125mg de 12/12 horas por 21 dias, associado a corticosteróide tópico nasal (mometasona furoato spray nasal 50mcg, duas aplicações em cada narina uma vez ao dia) e irrigação nasal com solução salina isotônica três vezes ao dia. O paciente também foi submetido a melhorias nas condições de saúde bucal, com adequação do meio bucal incluindo raspagem e alisamento radicular para tratamento da doença periodontal.

Após o período de três meses de preparo pré-operatório, com confirmação da abstinência de cocaína, tratamento da sinusite maxilar com resolução clínica, o paciente foi considerado apto para o procedimento cirúrgico. O planejamento cirúrgico definiu a técnica de fechamento da

comunicação oroantral através de retalho palatino pediculado. A escolha desta técnica baseou-se na extensão da comunicação (maior que 15mm) e na necessidade de tecido bem vascularizado para cobertura do defeito. Como alternativa, caso houvesse complicações intraoperatórias ou impossibilidade técnica de execução do retalho palatino, planejou-se como segunda opção a utilização de retalho de corpo adiposo bucal bilateral.

O procedimento cirúrgico foi realizado em ambiente hospitalar, sob anestesia geral balanceada com intubação nasotraqueal pelo lado esquerdo. Foi realizado bloqueio anestésico complementar regional dos nervos alveolares superiores posteriores, médios e anteriores bilateralmente, nervo nasopalatino e nervos palatinos maiores bilateralmente, utilizando articaína 4% com epinefrina 1:100.000, totalizando quatro tubetes anestésicos (7,2 mL).

Iniciou-se o procedimento com curetagem minuciosa de toda a borda da comunicação oroantral, removendo tecido de granulação, epitélio e tecidos desvitalizados com cureta de Lucas. Foram removidos aproximadamente 2mm de tecido em toda a circunferência da comunicação, criando bordas cruentas e viáveis para adequada cicatrização. Observou-se mucosa sinusal espessada, edemaciada e com áreas de pólipos inflamatórios, que foram cuidadosamente removidos com cureta de Volkmann. Foi realizada lavagem exaustiva da cavidade sinusal com aproximadamente 500 mL de solução salina estéril 0,9% aquecida. A irrigação foi mantida até que o líquido drenado apresentasse aspecto completamente claro, indicando adequada limpeza da cavidade.

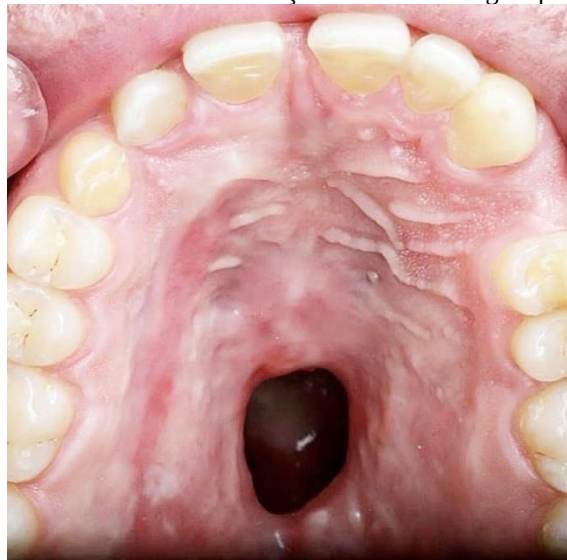
Após o preparo adequado da área receptora, iniciou-se a confecção do retalho palatino pediculado. Foi realizada incisão mucoperiosteal em formato de "U" invertido na região do palato esquerdo, iniciando na região distal ao elemento 27, estendendo-se medialmente próximo à linha média palatina, contornando a região anterior próximo aos elementos 23 e 24, e retornando lateralmente até a região dos pré-molares esquerdos. As dimensões do retalho foram planejadas com aproximadamente 25mm de comprimento e 20mm de largura na sua porção mais ampla, garantindo cobertura completa do defeito com margem de segurança de aproximadamente 3-4mm além das bordas da comunicação. A incisão foi realizada com lâmina de bisturi número 15C, mantendo angulação de aproximadamente 45 graus em relação ao plano oclusal, favorecendo maior espessura do retalho e melhor suprimento sanguíneo.

Após completa mobilização, o retalho foi cuidadosamente rodado em sentido anti-horário, transpondo a linha média palatina e sendo posicionado sobre o defeito previamente preparado na região do palato direito. O retalho foi então fixado sobre o defeito utilizando-se suturas com fio

de ácido poliglicólico (Vicryl®) 4-0 com agulha cilíndrica. Iniciou-se a sutura pelos pontos cardeais (anterior, posterior, medial e lateral), seguidos por pontos intermediários, totalizando 18 pontos simples interrompidos. Especial atenção foi dedicada à obtenção de coaptação íntima entre o retalho e as bordas do defeito, sem tensão excessiva, com bordas evertidas e garantindo hemostasia adequada.

A área doadora resultante do retalho palatino, localizada na região do palato esquerdo, apresentou dimensões de aproximadamente 22mm x 18mm. Esta área foi manejada através de cicatrização por segunda intenção, técnica amplamente descrita na literatura como segura e efetiva para áreas doadoras de retalhos palatinos, resultando em cicatrização completa por reepitelização secundária em período de 4 a 6 semanas.

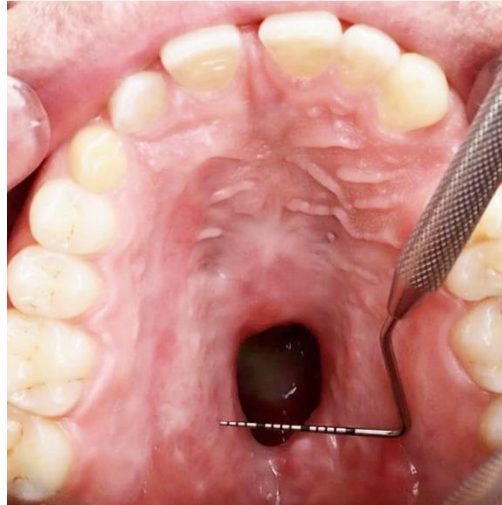
Figura 1: Aspecto inicial da comunicação oroantral
Aspecto clínico intraoral evidenciando extensa comunicação oroantral na região palatina em região de linha média.



Fonte: autoria própria

Figura 2: Mensuração da comunicação oroantral com sonda milimetrada

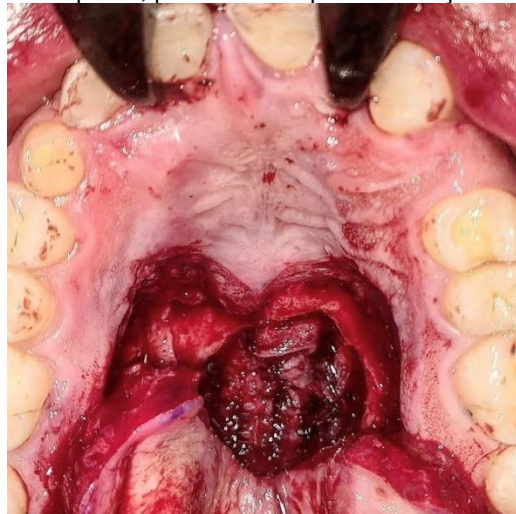
Imagem clínica demonstrando a mensuração precisa da comunicação oroantral utilizando sonda periodontal milimetrada. A sonda milimetrada serve como referência de escala, demonstrando tratar-se de comunicação de grandes dimensões que requer técnica cirúrgica avançada para reconstrução adequada.



Fonte: autoria própria

Figura 3: Acesso cirúrgico e confecção do retalho palatino

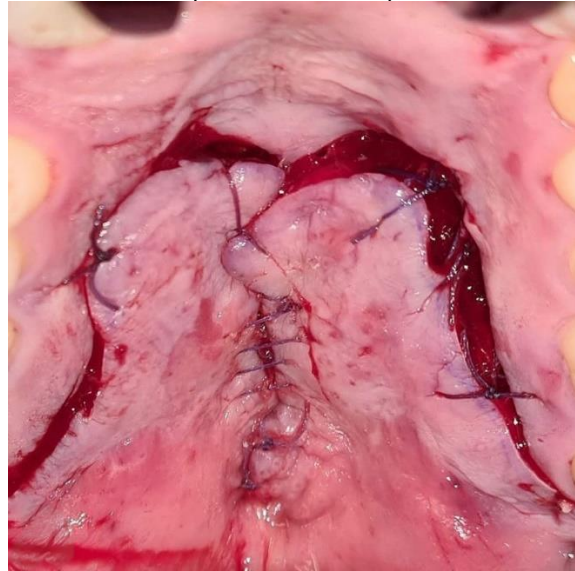
Imagem transoperatória mostrando o retalho mucoperiosteal palatino já descolado e em processo de anteriorização. Observam-se as duas incisões liberadoras bilaterais divergentes, que se estendem da região anterior à região posterior do palato, permitindo ampla mobilização do retalho



Fonte: autoria própria

Figura 4: Sutura do retalho palatino posicionado

Retalho palatino já posicionado sobre a comunicação oroantral e em processo de sutura. Observam-se múltiplos pontos de sutura em fio reabsorvível distribuídos uniformemente ao longo das margens do retalho, garantindo coaptação adequada entre o retalho e a área receptora. Não há sinais de tensão excessiva sobre as suturas, o que é fundamental para o sucesso do procedimento.



Fonte: autoria própria

Figura 5: Aspecto pós-operatório após 10 dias

Pós-operatório de 10 dias, demonstrando evolução favorável do procedimento cirúrgico. O retalho palatino apresenta-se bem integrado, com coloração rósea homogênea e ausência de sinais de necrose, deiscência ou infecção. Observa-se processo de epiteliação em curso, com mucosa de aspecto saudável e textura regular.



Fonte: autoria própria

O período pós-operatório imediato transcorreu sem intercorrências, com o paciente apresentando dor de intensidade moderada (escala visual analógica de 6/10), controlada adequadamente com esquema analgésico instituído. Foi prescrito dipirona sódica 500mg de 6/6 horas associada a paracetamol 750mg de 8/8 horas, além de tramadol 50mg de 8/8 horas se dor

refratária aos analgésicos comuns, garantindo conforto adequado ao paciente. O edema facial foi classificado como leve a moderado, predominando nas regiões geniana direita e lábio superior, esperado após manipulação cirúrgica extensa. Foi orientado o uso de compressas frias (gelo envolvido em tecido) nas primeiras 48 horas, aplicadas por 20 minutos com intervalos de 40 minutos, para controle do edema e equimose. O protocolo antibiótico foi mantido com amoxicilina com clavulanato de potássio 875mg/125mg de 12/12 horas por 10 dias, visando prevenir infecção pós-operatória e proteger a área cirúrgica de contaminação bacteriana oral. Adicionalmente, foi prescrito metronidazol 400mg de 8/8 horas por 7 dias para cobertura adicional de anaeróbios, considerando a natureza contaminada do campo operatório.

A higiene oral foi instruída de forma meticulosa, com escovação dentária suave dos dentes remanescentes utilizando escova macia e pasta dental convencional, evitando-se a área cirúrgica diretamente. Bochechos com clorexidina 0,12% foram prescritos, realizados delicadamente sem força, três vezes ao dia após as refeições e antes de dormir, iniciando 24 horas após a cirurgia. Foi enfatizada a importância de evitar ações que criassem pressão negativa ou positiva na cavidade oral, como sucção, uso de canudos, cuspir vigorosamente, assoar o nariz com força ou realizar manobras de Valsalva, pois tais ações poderiam comprometer a integridade do retalho e favorecer deiscência de sutura. O uso de corticosteróide oral (dexametasona 4mg de 12/12 horas por 3 dias) foi instituído para controle do edema e modulação da resposta inflamatória.

A primeira consulta de retorno foi agendada para 7 dias após o procedimento cirúrgico. O paciente relatou redução significativa da sintomatologia dolorosa local. O retalho receptor apresentava aspecto excelente, com integração adequada aos tecidos adjacentes, ausência de deiscências ou sinais de necrose, e início de reepitelização superficial. Aos 14 dias pós-operatórios, foi realizada remoção das suturas palatinas. Observou-se cicatrização primária adequada em toda a extensão das linhas de sutura, sem deiscências. O retalho encontrava-se completamente integrado, com coloração compatível aos tecidos adjacentes e textura adequada. O teste de Valsalva foi negativo, confirmando ausência de comunicação residual entre cavidade oral e seio maxilar. A área doadora apresentava aproximadamente 60% de reepitelização, com redução significativa da área cruenta. O paciente relatou estar se alimentando de dieta pastosa sem dificuldades e sem refluxo nasal de alimentos ou líquidos.

No retorno de 60 dias (dois meses pós-operatórios), o paciente apresentava resultado clínico excelente, com fechamento completo e estável da comunicação oroantral. O retalho encontrava-se completamente integrado e maduro, com coloração quase idêntica à mucosa

palatina adjacente, textura adequada e ausência de qualquer sintomatologia. A área doadora apresentava cicatrização completa por segunda intenção, com mucosa íntegra de coloração discretamente mais clara que a mucosa circundante, sem áreas de fibrose excessiva ou retração cicatricial significativa. O paciente relatou ausência completa de sintomas como refluxo de líquidos para o nariz, escape de ar nasal durante a fala, episódios de sinusite ou qualquer outra queixa relacionada à comunicação prévia. A capacidade de alimentação estava completamente restaurada, permitindo dieta livre sem restrições.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada com base em artigos científicos dispostos nas bases de dados MEDLINE via PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos estudos foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos que estivessem dentro da abordagem temática, disponíveis na íntegra e de forma gratuita, nos idiomas inglês, português e espanhol. Como parâmetros de exclusão foram retirados artigos duplicados e que fugiam do tema central da pesquisa. Para busca dos artigos foram utilizadas as palavras-chave: “Cirurgia bucal”; “Cocaína”; “Fístula Bucoantral”; “Transtornos Relacionados ao Uso de Cocaína”; “Obturadores Palatinos”, indexadas aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados, utilizando os operadores booleanos OR e AND para combinar descritores e aumentar a precisão da busca.

DISCUSSÃO

O presente caso ilustra uma situação clínica complexa e desafiadora, representativa das crescentes manifestações orofaciais associadas ao uso crônico de cocaína inalatória. A comunicação oroantral secundária a lesões destrutivas de linha média induzidas por cocaína apresenta características particulares que a diferenciam substancialmente das comunicações de etiologias convencionais, como as pós-exodônticas ou traumáticas. A extensão da destruição tecidual, o comprometimento vascular crônico dos tecidos adjacentes, a presença frequente de infecção associada e, principalmente, a possibilidade de continuidade do uso da substância representam fatores que influenciam negativamente o prognóstico e aumentam

significativamente as taxas de insucesso cirúrgico. No caso apresentado, a perfuração palatina media aproximadamente 15mm x 8mm, classificando-se como extensa e exigindo técnica cirúrgica com utilização de retalho para adequado fechamento, conforme preconizado na literatura para defeitos superiores a 5mm de diâmetro.

A fisiopatologia das lesões destrutivas induzidas por cocaína é multifatorial e envolve mecanismos complexos que resultam em necrose tecidual progressiva. O principal mecanismo é a vasoconstrição intensa e prolongada causada pelo bloqueio da recaptção de catecolaminas, particularmente noradrenalina, que promove isquemia tecidual severa com consequente necrose da mucosa nasal e palatina. Adicionalmente, adulterantes como o levamisol, presente em grande parte da cocaína comercializada ilegalmente, induzem vasculite neutrofílica e fenômenos autoimunes que agravam a destruição tecidual. O trauma mecânico repetitivo da inalação, associado ao pH alcalino da substância e à irritação química direta, perpetua o ciclo de lesão. No paciente relatado, observou-se o padrão clássico de progressão das lesões, iniciando com epistaxe e crostas nasais, evoluindo para perfuração septal, colapso nasal e, finalmente, perfuração palatina com formação de comunicação orosinusal, após 12 anos de uso crônico da substância.

O diagnóstico diferencial adequado é fundamental nestes casos, uma vez que diversas condições podem causar perfurações palatinas com apresentação clínica semelhante. Granulomatose com poliangiite, sífilis terciária, tuberculose, paracoccidioidomicose, histoplasmose, leishmaniose, linfomas e carcinomas devem ser considerados e excluídos através de história clínica detalhada, exames sorológicos e, quando necessário, biópsia tecidual. No caso apresentado, a história inequívoca de uso prolongado de cocaína inalatória, associada aos achados tomográficos característicos de destruição de septo nasal, conchas nasais e palato duro, além de sorologias negativas para sífilis e ausência de lesões granulomatosas ou neoplásicas nos exames de imagem, confirmaram o diagnóstico de lesão induzida por cocaína. A tomografia computadorizada foi essencial não apenas para o diagnóstico, mas também para o planejamento cirúrgico adequado, permitindo avaliação precisa da extensão da destruição óssea e do comprometimento sinusal.

O preparo pré-operatório rigoroso foi fundamental para o sucesso do tratamento e constituiu etapa absolutamente indispensável antes de qualquer intervenção cirúrgica. A cessação comprovada do uso de cocaína por período mínimo de três meses, confirmada através de testes toxicológicos seriados, foi estabelecida como pré-requisito obrigatório para o procedimento, uma vez que a exposição continuada à substância compromete dramaticamente os processos de

cicatrização e está associada a taxas de falha cirúrgica superiores a 70%. O tratamento da sinusite maxilar crônica através de antibioticoterapia prolongada, corticosteróides tópicos e irrigação nasal foi essencial para reduzir a carga infecciosa e o processo inflamatório sinusal, criando condições locais mais favoráveis para a cirurgia. A adequação do meio bucal, otimização do estado nutricional e tratamento das comorbidades sistêmicas, particularmente a hepatite C, completaram o protocolo de preparo e contribuíram significativamente para o resultado favorável obtido.

A escolha do retalho palatino pediculado rodado baseado na artéria palatina maior como técnica cirúrgica para fechamento da comunicação foi fundamentada em diversos fatores técnicos e anatômicos. Esta técnica oferece tecido bem vascularizado, espesso e resistente, adequado para cobertura de defeitos extensos, com pedículo vascular confiável e anatomia relativamente constante. A preservação da mucosa palatina contralateral no paciente, sem sinais de necrose ou comprometimento vascular pelo uso de cocaína, foi determinante para a viabilidade desta opção. Alternativamente, outras técnicas como o retalho de corpo adiposo bucal ou retalhos à distância poderiam ter sido empregadas, porém o retalho palatino oferece a vantagem de ser uma técnica mais conservadora, com menor morbidade e possibilidade de fechamento da área doadora por segunda intenção. A liberação do pedículo vascular ao nível do forame palatino maior foi manobra técnica crucial que permitiu mobilização adequada do retalho sem tensão excessiva, fator determinante para a viabilidade tecidual e sucesso do procedimento.

A técnica cirúrgica meticulosa, respeitando rigorosamente os princípios fundamentais de manipulação tecidual delicada, preservação do suprimento vascular, remoção completa de tecidos desvitalizados, tratamento adequado da cavidade sinusal e obtenção de fechamento sem tensão, foi essencial para o resultado favorável. A curetagem das bordas da comunicação, remoção de pólipos sinusais e lavagem exaustiva do seio maxilar garantiram eliminação de focos infecciosos e tecidos comprometidos. A confecção do retalho com dimensões adequadas, incluindo margem de segurança além das bordas do defeito, e a preservação cuidadosa do pedículo vascular durante toda a manipulação foram cruciais para a viabilidade do retalho. A sutura sem tensão, iniciando pelos pontos cardeais e garantindo coaptação íntima das bordas complementaram os cuidados técnicos que contribuíram para o sucesso terapêutico observado.

O acompanhamento pós-operatório rigoroso e a adesão do paciente às orientações foram determinantes para a evolução favorável do caso. O protocolo analgésico adequado garantiu conforto ao paciente, enquanto a antibioticoterapia profilática preveniu complicações infecciosas

no período crítico inicial. As orientações quanto à dieta, higiene oral e cuidados específicos, particularmente evitando manobras que criassem pressão na cavidade oral, foram fundamentais para proteção do retalho durante a fase inicial de cicatrização. A monitorização frequente nos primeiros dias permitiu identificação precoce de possíveis complicações e confirmação da viabilidade do retalho através da observação de coloração, temperatura e aspecto tecidual adequados. A manutenção da abstinência de cocaína durante todo o período pós-operatório e seguimento prolongado foi absolutamente essencial, representando o principal fator prognóstico para sucesso a longo prazo, conforme evidenciado pela estabilidade do resultado obtido aos 12 meses de acompanhamento.

CONCLUSÃO

O resultado favorável obtido neste caso reforça a importância da abordagem multidisciplinar integrada no tratamento de pacientes com lesões orofaciais induzidas por cocaína. A participação coordenada de cirurgião bucomaxilofacial, psiquiatra especializado em dependência química, psicólogo, infectologista e equipe de suporte foi fundamental para abordar todos os aspectos do problema, desde o tratamento da adicção até o manejo das comorbidades sistêmicas e a reabilitação cirúrgica propriamente dita. A cessação do uso da substância permanece como fator prognóstico isolado mais importante, superando em relevância todos os demais aspectos técnicos do tratamento cirúrgico. Este caso demonstra que, quando adequadamente selecionados, preparados e acompanhados, pacientes com comunicações orosinusais secundárias ao uso de cocaína podem obter resultados favoráveis e duradouros, restaurando função, estética e qualidade de vida. A documentação detalhada e compartilhamento de casos bem-sucedidos contribui para o avanço do conhecimento nesta área ainda carente de protocolos padronizados e evidências científicas robustas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. P. et al. Técnicas cirúrgicas para fechamento de comunicações orosinusais extensas: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial**, v. 26, n. 3, p. 145-156, 2023.

ARAÚJO, F. M.; MENDES, R. A.; CAVALCANTI, M. G. Diagnóstico diferencial de lesões destrutivas de linha média por meio de tomografia computadorizada: protocolo sistematizado. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 87, n. 4, p. 412-421, jul./ago. 2021.

COSTA, L. R.; RODRIGUES, M. T.; MARTINS, E. F. Desafios no manejo cirúrgico de comunicações orosinusais em usuários de drogas ilícitas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 19, n. 2, p. 78-86, abr./jun. 2019.

FERNANDES, A. B. et al. Fatores prognósticos em reconstruções cirúrgicas de defeitos palatinos induzidos por cocaína: estudo retrospectivo de 10 anos. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 8, p. 1023-1031, 2020.

FERNANDES, C. S.; COSTA, P. M.; ALMEIDA, R. F. Levamisol como adulterante de cocaína: implicações clínicas nas lesões destrutivas craniofaciais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 58, n. 1, p. 34-42, 2022.

MARQUES, T. C. et al. Manifestações orofaciais do uso crônico de cocaína: revisão integrativa da literatura. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 29, n. 89, p. 112-121, 2020.

MARTINS, V. L.; SILVA, H. R.; ALMEIDA, K. P. A importância dos relatos de caso em cirurgia bucomaxilofacial: diretrizes para publicação científica. **Arquivos em Odontologia**, v. 58, n. 2, p. 201-209, 2022.

OLIVEIRA, R. S.; SANTOS, M. F.; LIMA, A. C. Abordagem multidisciplinar no tratamento de lesões orofaciais por cocaína: protocolo institucional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 68, n. 5, p. 634-640, maio 2022.

PEREIRA, D. M. et al. Impacto do suporte psicossocial nos desfechos cirúrgicos de pacientes com lesões faciais por drogas ilícitas. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 598-605, nov./dez. 2021.

RIBEIRO, M. A. et al. Prevalência e características clínicas das lesões destrutivas de linha média em usuários de cocaína: estudo multicêntrico brasileiro. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 87, n. 2, p. 156-163, mar./abr. 2021.

RODRIGUES, P. H.; COSTA, J. L.; OLIVEIRA, T. M. Análise de fatores preditivos de sucesso em cirurgias reconstrutivas palatinas em usuários de cocaína. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 38, n. 1, p. 45-53, jan./mar. 2023.

SANTOS, E. R.; OLIVEIRA, M. C.; RIBEIRO, A. L. Fisiopatologia das lesões nasais e palatinas induzidas por cocaína: uma revisão atualizada. **Brazilian Archives of Biology and Technology**, v. 62, e19180125, 2019.

SILVA, G. H. et al. Comunicação oroantral: etiologia, diagnóstico e tratamento - atualização clínica. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, n. 4, p. 234-243, jul./ago. 2020.