



FILIFE EBENEZER DE AGUIAR SCHUENG

**TRATAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL POR MEIO DE
RETALHO PEDICULADO DE CORPO ADIPOSEO BUCAL**

Porto Velho

2020

FILIPPE EBENEZER DE AGUIAR SCHUENG

**TRATAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL POR MEIO DE
RETALHO PEDICULADO DE CORPO ADIPOSEO BUCAL**

Artigo apresentado à Banca Examinadora do
Centro Universitário são Lucas, como
requisito
de aprovação para obtenção do Título de
Cirurgião-Dentista.
Orientador: Prof. Esp. Daniel Santiago Vale

Porto Velho

2020

TRATAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL POR MEIO DE RETALHO PEDICULADO DE CORPO ADIPOSEO BUCAL¹.

Filipe Ebenezer de Aguiar Schueng²

RESUMO: A comunicação buco-sinusal caracteriza-se por uma complicação cirúrgica, principalmente após exodontias de dentes posteriores superiores, cujas raízes podem ter uma íntima relação com assoalho do seio maxilar. Injúrias causadas ao seio maxilar, sejam por extrações dentárias superiores ou remoção cirúrgica de cistos e tumores na região de seio maxilar, frequentemente ocasionam rompimento da membrana de Schneider. O diagnóstico é realizado através de exames clínico, sintomatológicos e principalmente radiográficos. A sintomatologia apresentada se dá, pela passagem de alimentos ou líquidos da cavidade oral para o interior da cavidade do seio maxilar. A presença sintomática de sinusite crônica, velamento do seio maxilar afetado e som anasalado, são características principais no diagnóstico de uma comunicação buco sinusal. O tratamento das comunicações buco-sinusais pode ser imediato ou tardio através de diversas técnicas. Seu tratamento depende da proporção de acometimento da membrana. Comunicações caracterizadas pequenas, menores do que 3mm, normalmente tem uma regressão espontânea. Já nos casos de a comunicação ser igual ou maior que 3mm, necessita de intervenções cirúrgicas mais elaboradas para o sucesso do tratamento. A prescrição medicamentosa e as orientações pós operatórias, em ambos os tipos de tratamento, é fundamental para todo o sucesso operatório. O propósito deste trabalho, será realizar uma revisão de literatura no tratamento de complicações oroantrais, utilizando retalho pediculado de corpo adiposo bucal.

Palavras-chave: Seio maxilar; fístula oroantral; retalhos cirúrgicos.

TRATAMENT OF OROANTRAL FISTULA BY BUCCAL FLAP ASSOCIATED TO BUCCAL FAT PAD FLAP.

ABSTRACT: The bucco-sinusal communication is characterized by a surgical complication, mainly after extractions of the posterior superior teeth, whose roots may have an intimate relationship with the floor of the maxillary sinus. Injuries caused to the maxillary sinus, either by superior tooth extractions or surgical removal of cysts and tumors in the maxillary sinus region, often cause rupture of the Schneider membrane. The diagnosis is made through clinical, symptomatological and mainly radiographic examinations. The symptoms presented are due to the passage of food or liquids from the oral cavity to the interior of the maxillary sinus cavity. The symptomatic presence of chronic sinusitis, veiling of the affected maxillary sinus and nasal sound are main features in the diagnosis of oral sinus communication. The treatment of bucco-sinus communications can be immediate or delayed using various techniques. Its treatment depends on the proportion of involvement of the membrane. Characterized communications small, smaller than 3mm, usually have a spontaneous regression. In cases where the communication is equal to or greater than 3mm, you need more elaborate surgical interventions for successful treatment. Drug prescription and post-operative guidelines, in both types of treatment, are essential for all operative success. The purpose of this work will be to perform a literature review on the treatment of oroantral complications, using a pedicled flap of the buccal adipose body.

Key-words: Maxillary sinus; oroantral fistula; surgical flaps.

¹ Artigo apresentado no Curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas, como requisito para conclusão de curso, sob orientação do Prof. Esp. Daniel Santiago Vale. E-mail: daniel.vale@saolucas.edu.br

² Filipe Ebenezer de Aguiar Schueng, graduando em Odontologia pelo Centro Universitário São Lucas, 2020.
E-mail: filipe_schueng@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

Segundo Hupp *et al.* (2019), a comunicação buco-sinusal (CBS) é uma comunicação entre a boca e o seio maxilar, podendo ou não dar origem às fístulas buco-sinusais (FBS), que são trajetos epitelizados permanentes entre estas cavidades. É considerada uma das complicações em cirurgia bucal mais frequentes, ocorrendo especialmente em exodontias de dentes superiores posteriores.

Com a comunicação, há inclusive a possibilidade de deslocamento de dentes e raízes para o interior desta cavidade (MADEIRA *et al.* 2000).

O tratamento de lesões císticas, neoplasias, osteomielites e traumas na região do seio maxilar também podem resultar em CBSs. Pacientes em terapia medicamentosa contendo bisfosfonatos ou outras drogas de propriedades antirreabsortivas e antiangiogênicas, quando submetidos à exodontias de dentes superiores posteriores, têm um risco elevado para o desenvolvimento de comunicação buco-sinusal caso evoluam com osteonecrose na maxila posterior induzida por tais drogas (GREENBERG *et al.* 2004).

Somado a isso, a prevalência de CBSs tem crescido entre os pacientes submetidos a enxertos ósseos sinusais e instalação de implantes nesta região (PARK *et al.* 2019).

Após a CBS e formação de uma FBS, bactérias orais entram em contato com a mucosa sinusal, desencadeando uma sinusite odontogênica, com sinais e sintomas clássicos como congestão nasal, secreção nasal posterior, cefaléia, halitose e dor facial, que tende a piorar com a cabeça abaixada e aumento da densidade radiográfica do seio maxilar envolvido (HUPP *et al.* 2019).

O tratamento cirúrgico das CBSs pode ser imediato, realizado no trans-operatório, prevenindo a instalação de FBSs e conseqüentemente sinusites ou tardio, especialmente indicado quando já se tem instalada uma fístula buco-sinusal e sinusite (HUPP *et al.* 2019).

Antes que qualquer tratamento cirúrgico seja instituído nestes casos tardios, deve-se preferencialmente tratar previamente a sinusite através de terapêutica medicamentosa e/ou sinusectomia, visando adequar o meio e desobstruir o seio maxilar afetado (HUPP *et al.* 2019).

As CBSs cujos defeitos ósseos não ultrapassam 3 mm, tendem a não formar fístulas buco-sinusais e podem fechar espontaneamente em 1 a 2 semanas, apenas

com cuidados locais simples com a ferida e orientações ao paciente, mas defeitos maiores geralmente requerem algum tipo de reconstrução mais elaborada para prevenir a instalação de fístulas (HUPP *et al.* 2019).

A intervenção cirúrgica pode incluir isoladamente um retalho vestibular ou palatino, mais recomendados para tratamento de defeitos menores que 5 mm. O uso de enxerto autógeno ou alógeno também podem ser usados, no entanto, a maioria das técnicas envolve cirurgias mais complexas e são quase sempre inviáveis e muitas vezes de prognóstico duvidoso.

Entre os métodos disponíveis para o fechamento das CBSs, o retalho pediculado do corpo adiposo bucal (RPCAB) é um retalho simples e confiável para a resolução dessas comunicações (HUPP *et al.* 2019).

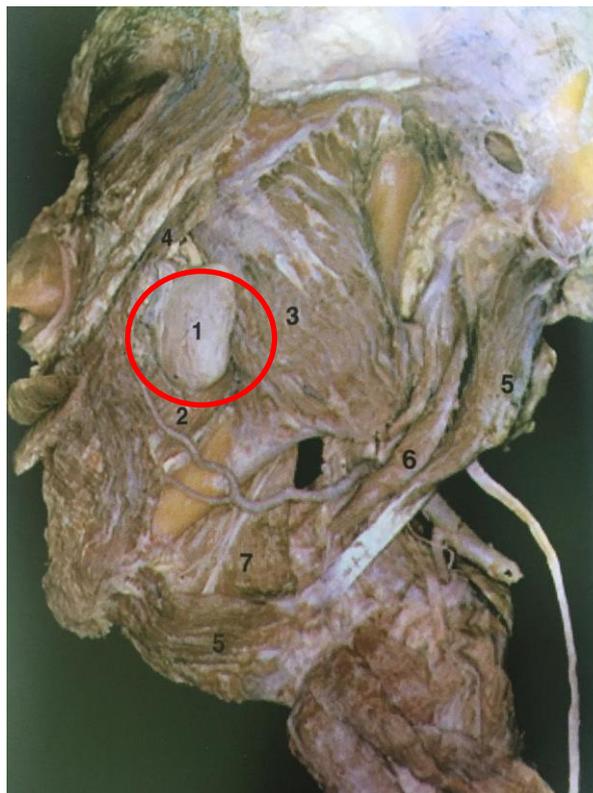
2. OBJETIVO

Mediante ao exposto, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura, enfatizando a utilização do corpo adiposo bucal no tratamento de problemas odontogênicos, envolvendo o seio maxilar.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Madeira *et al.* (2000), relatou que o corpo adiposo bucal (CAB) encontra-se entre o músculo bucinador e o músculo masseter envolto por um fino envelope fascial. É um tipo de gordura especializada, conhecida como “sissarcose”, importante na motilidade intermuscular. É formado por um corpo principal e 4 extensões: bucal, pterigóidea, pterigopalatina e temporal (Figura 1). O suprimento sanguíneo do CAB é oriundo das artérias maxilar, temporal superficial e de alguns ramos da artéria facial. O volume médio do CAB é de 10 centímetros cúbicos, com uma espessura média quando esticado de cerca de 6 mm, pesando em média 9,3 g, capaz de fornecer um enxerto pediculado flexível e adaptável aos defeitos, de cerca 7 x 3 cm, podendo inclusive ser usado isoladamente, sem procedimentos adicionais de enxerto de pele ou retalho mucoso, por epitelização secundária (PARK *et al.* 2019).

Figura 1 – Localização (Círculo Vermelho)



Fonte: Madeira *et al.* 2000

A sintomatologia mais aplicada nos casos onde se instalou a comunicação, fica por relatos do paciente sobre a passagem de alimentos e líquidos da cavidade oral para o interior do seio maxilar e posteriormente ao nariz. A presença de timbre anasalado na fala do paciente, é bem característico da instalação de uma sinusite crônica ou até mesmo aguda (GARCIA *et al.* 2000).

Após a interpretação da sintomatologia e exames complementares, tendo sido diagnosticado a presença de uma comunicação oroantral, cabe ao profissional delimitar o tamanho dessa comunicação, tendo em vista, que todo o tratamento a ser adquirido, está embasado no comprimento apresentado clinicamente (PETERSON *et al.* 2004).

Egyedi *et al.* (1977) foi o primeiro a descrever o uso do RPCAB para o fechamento das CBSs e comunicações buco-nasais persistentes em 4 pacientes após a ressecção de tumores na maxila posterior. Por apresentar um suprimento sanguíneo rico, ser de fácil acesso e estar próximo aos defeitos da maxila posterior é indicado especialmente para defeitos maiores que 5 mm, frequentemente associados a uma condição inflamatória inicial, encontrada com frequência nos casos de FBSs pré-existentes.

Em revisão de casos empregando RPCAB, Singh *et al.* (2010) revelaram como principal indicação deste retalho, o fechamento das CBSs.

A abordagem escolhida para expor o corpo adiposo bucal é uma incisão vestibular horizontal ou trapezoidal (quando o retalho vestibular será utilizado para recobrir o retalho pediculado do corpo adiposo bucal) na região dos molares superiores. O corpo adiposo bucal é localizado e mobilizado por dissecação roma. Em seguida é transposto para o defeito e suturado às margens, geralmente ao palato duro. A gordura pode ficar exposta na boca, sem qualquer cobertura (figura 2), ou coberta por um retalho vestibular (BAUMANN *et al.* 2000).

Figura 2 – Corpo adiposo bucal deslocado e fixado, recobrimdo o defeito ósseo.



Os fatores etiológicos com menor frequência ocorrem nos traumatismos ocasionados pelo uso inapropriado de instrumentais, destruição do seio maxilar por consequência de lesões periapicais e remoções de tumores e/ou cistos em região de palato ou região de dentes posteriores (PETERSON *et al.* 2004).

Garcia *et al.* (2000) relataram que as regiões com maior ocorrência de complicações, ficam nas regiões de segundo pré-molares e primeiros molares. Podendo ocorrer em outros dentes inclusos, com íntima relação ao seio maxilar.

Quanto a predisposição por sexo, Krause *et al.* (1999), aponta que o sexo masculino tem maior ocorrência, principalmente na terceira idade.

Freitas *et al.* (2003) acrescenta que os exames de imagem extra bucais, como a radiografia (Panorâmica e de Waters), se tornam limitadas em relação às pequenas comunicações. Sendo melhor aproveitadas nos casos de velamento do seio e em comunicações mais extensas, com diâmetro maior que 5mm.

Radiografias periapicais (Figura 3) podem evidenciar uma descontinuidade da linha que delimita o assoalho do seio maxilar. Pequenos orifícios, principalmente os ocasionados na parede anterior do seio, podem ser de difícil evidenciação através destas radiografias (FREITAS *et al.* 2003).

Figura 3 – Radiografias periapicais.

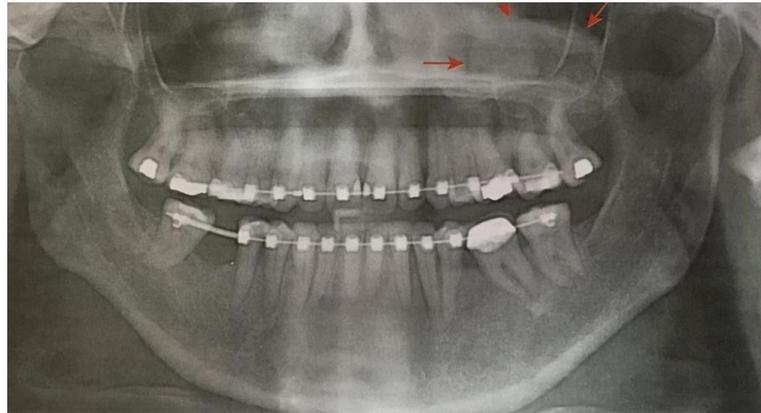


Fonte: Hupp *et al.* 2019

A radiografia também permite a visualização da presença de possíveis corpos estranhos dentro do seio maxilar. Pode-se realizar radiografia de seios da face ou panorâmica (GARCIA *et al.*, 2000).

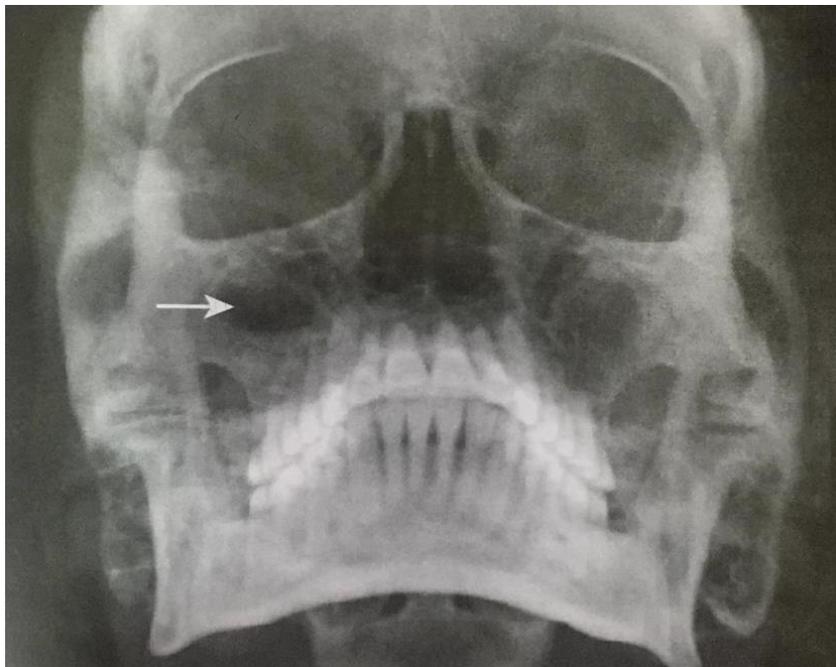
Hupp *et al.* (2019), relataram que as radiografias Panorâmica e Waters (Figuras 4 e 5), permitem a visualização de possíveis corpos estranhos no interior do seio maxilar e o velamento sinusal, sendo assim de suma importância no diagnóstico das anomalias envolvendo o seio maxilar.

Figura 4 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Hupp *et al.* 2019

Figura 5– Radiografia de Waters.



Fonte: Hupp *et al.* 2019

Saad Neto *et al.* (1985) descreveu que nos casos de uma comunicação pequena, onde não há uma evidência maior na radiografia, preconiza-se a utilização da manobra de Valsalva. Que consiste na oclusão da narinas do paciente, solicitando que o mesmo expire o ar pelo nariz, gerando uma pressão negativa no interior do seio maxilar; se uma comunicação estiver instalada, o profissional observará com o espelho posicionado em frente ao dente sugestionado, que o mesmo

irá embaçar e visualizará o escape do ar pelo rompimento da membrana do seio maxilar.

Peterson *et al.*, (2004) descreveu que a análise radiográfica permite a visualização da existência de seio maxilar pneumatizado, se há raízes divergentes ou dilaceradas para se saber se há o risco de perfurar ou fraturar o assoalho ósseo do seio maxilar durante uma exodontia. Caso ocorra a perfuração o tipo de tratamento a ser realizado dependerá do tamanho da comunicação, da presença de processos infecciosos no pré-operatório como: sinusite, doença periodontal ou lesões periapicais e da presença de fragmento dentário ou de outros corpos estranhos introduzidos no seio maxilar. Relatou também que se as comunicações forem de tamanho considerado moderado (de 2 à 6mm), devem ser fechadas com uma sutura em X, assegurando a permanência do coágulo dentro do alvéolo.

O protocolo cirúrgico utilizado para as comunicações de tamanho maior que 7mm, fica em relação a utilização de retalho. O retalho vestibular é o de primeira escolha, no mesmo ato cirúrgico, mobiliza-se o tecido vestibular, recobrando toda a cavidade do alvéolo em modo de fechamento primário, após adequada liberação periosteal na base do retalho. Posteriormente são prescritas as mesmas medicações e orientações, das comunicações moderadas. (FARIAS *et al.* 2003).

Outros autores afirmam que o fechamento de uma comunicação buco sinusal, sendo ela de qualquer origem, pode alcançado ser por várias técnicas específicas. (FREITAS, TARSILA MC, *et al.*, 2003).

Peterson *et al.* (2004) relata que o retalho vestibular é o mais utilizado e simples, nas intercorrências apresentadas. O ponto negativo da técnica, se dá pela diminuição da profundidade do sulco vestibular, bem como a recessão da gengiva inserida, causando limitação de movimentos na região operada.

Outra técnica utilizada é a colocação de uma esponja de poliglactina absorvível no interior do alvéolo afetado. Apresentando resultados satisfatórios no fechamento alternativo não cirúrgico, nos casos de comunicações entre 5 a 7 mm de diâmetro, conforme descrito por Milani *et al.* (2015); Saad Neto *et al.* (1985).

O nylon foi o fio de escolha para sutura externa por apresentar baixa reação tecidual, boa resistência tênsil e pelo seu baixo coeficiente de atrito, o qual permite que deslize pelos tecidos, sem rompê-los, proporcionando uma adequada sutura em regiões de tecidos moles frágeis e delicados, como na área em questão. Conforme apresentado, várias são as técnicas capazes de fechar, adequadamente, uma

Comunicação buco sinusal, no entanto, é importantíssimo salientar que independentemente da técnica utilizada, os cuidados pós-operatórios são de suma importância para garantir o sucesso do tratamento. (MILANI, C. M. *et al*, 2015).

Os pacientes devem ser instruídos a utilizar descongestionantes nasais, não assoar o nariz, fazer uso de antibióticos e, analgésicos e aderir a uma dieta leve nas primeiras 24 horas pós-cirurgia. (PETERSON 2004).

4. MATERIAS E MÉTODOS

O presente trabalho se trata de uma revisão de literatura acerca do tratamento cirúrgico da comunicação buco-sinusal, utilizando o retalho pediculado de corpo adiposo bucal. A revisão de literatura foi baseada em artigos de 1977 a 2019 publicados nas bases de dados tais como: Medline, Scielo, PubMed, e Google Acadêmico. Os unitermos (palavras-chave) foram estabelecidos através da Biblioteca Virtual em Saúde, através do DECs (Descritores em Ciência da Saúde), pesquisados como: Seio Maxilar, Fístula Oroantral e Retalhos Cirúrgicos.

5. DISCUSSÃO

Os autores defendem que a permanência da comunicação buco sinusal por mais de 24 ou 48h. essa passa a ser uma fístula buco sinusal, ficando vulnerável a uma sinusite maxilar (GARCIA *et al*. 2000; PETERSON *et al*. 2004; SCARTEZINI *et al*. 2016).

Os autores descrevem que as técnicas mais utilizadas no tratamento das comunicações, são as seguintes: retalho deslizante vestibular, retalho de palato e a utilização do corpo adiposo bucal. De acordo com os autores, ambos os

procedimentos causam certo desconforto ao paciente. (GARCIA *et al.* 2000; GRAZIANI *et al.* 1995; PETERSON *et al.* 2004; SCARTEZINI *et al.* 2016).

Park *et al.* (2019) verificaram que 12% dos pacientes tratados por RPCAB tinham histórico de falha em cirurgia anterior de fechamento de CBS por retalho vestibular. Stajcic *et al.* (1992), descreveu o sucesso no fechamento de 56 casos de comunicação, utilizando o CAB, considerando o RPCAB como procedimento seguro e eficiente.

El-Hakim *et al.* (1999) mostraram a superioridade desta técnica para tratamento da CBS em relação ao retalho palatino. Daif *et al.* (2016) analisaram após 10 anos 25 pacientes com CBSs maiores de 5mm, tratados por RPCAB, observando 100% de sucesso. Esses resultados também coincidem com os relatados por Jain *et al.* (2012) e Nezafati *et al.* (2012). Os raros casos de insucesso, geralmente envolveram fumantes e as fístulas ocorreram tardiamente.

As principais causas de CBSs relatadas por Park *et al.* (2019) foram a exérese de lesões, seguida de exodontias e falhas de implantes ou enxertos ósseos sinusais. Estas últimas, como estão sendo amplamente realizadas, o número de pacientes com queixas sinusais devido às falhas nestes procedimentos aumentou consideravelmente, constituindo-se novos fatores etiológicos para as CBSs. Considerando tais achados e o aumento crescentes destas cirurgias, sugere-se o RPCAB para o tratamento das CBSs nesses casos, pelas fortes evidências de sucesso e melhor prognóstico.

Quando não empregada a técnica da dupla camada (retalho pediculado do corpo adiposo bucal associado ao retalho vestibular), a camada superficial do tecido adiposo é substituída pelo tecido de granulação, epitelizando a partir das margens do retalho em 3 a 4 semanas. Tal fato garante ainda mais facilidade à técnica cirúrgica e teoricamente minimiza sequelas pós-operatórias relatadas em alguns estudos como limitação de abertura bucal e perda de profundidade de vestíbulo, sendo portanto, também uma modalidade cirúrgica a ser explorada de acordo com Daif *et al.* (2016).

De acordo com Hanazana *et al.* (1995), quando o tecido adiposo é exposto ao ambiente oral, torna-se epitelizado e é gradualmente substituído por fibras tecido conjuntivo dentro de um período pós-operatório de 30-40 dias, sem qualquer dano funcional ao local tratado.

Considerando o suprimento sanguíneo rico e a alta concentração de células-tronco, as quais podem se diferenciar em muitos tipos de células, incluindo células

endoteliais, importantes na angiogênese, o emprego do RPCAB para reconstrução de áreas com pobre vascularização parece promissor. Pacientes com osteonecrose induzida por medicamentos têm se beneficiado do RPACB, usado para cobrir áreas de osso exposto, após sequestrectomia prévia, com altas taxas de sucesso.

Zhong *et al.* (2004) realizaram reconstruções ósseas imediatas em maxila posterior após exérese de lesões utilizando o RPCAB como leito receptor para os enxertos, com altos índices de sucesso.

Na ATM o RPCAB foi utilizado por Toshihiro *et al.* (2013) para reparar o espaço pós-operatório deixado após a excisão de uma condromatose sinovial ressecada da cabeça condilar, preparado-se o RPCAB intraoralmente e tunelizando para a região da ATM após coronoidectomia com sucesso em seguimentos de até quase 9 anos.

Por se tratar de um retalho deslocado do seu local original, o RPCAB apresentaria teoricamente algumas desvantagens como deformidades faciais, trismo e perda considerável da profundidade de sulco.

No entanto, Baumann *et al.* (2000) concluíram que a utilização do CAB não interfere na fonação e nem na deglutição dos pacientes tratados com RPCAB, assim como Zhong *et al.* (2004), observaram que os pacientes evoluíram com abertura bucal normal e sem alterações no aspecto estético da face.

Entretanto, o RPCAB deve ser cuidadosamente planejado, considerando o volume e comprimento limitados deste retalho. Recomenda-se uma análise pré-operatória por tomografia computadorizada ou ressonância magnética do volume e quantidade total do CAB para avaliar a anatomia exata e o volume específico do CAB, especialmente para casos extensos, analisando a aplicabilidade deste retalho para cada caso. Vale ressaltar que, mesmo aqueles pacientes que encontram-se caquéticos, o volume do CAB permanece inalterado.

Portanto, o RPCAB mostra-se como uma alternativa de prognóstico excelente para o tratamento das CBSs, especialmente as mais amplas como no caso apresentado, tanto indicada para tratamento imediato ou tardio, com o mínimo de sequelas, além das aplicabilidades diversas bem-sucedidas em cirurgia oral e maxilofacial.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O local mais comum de ocorrência das comunicações buco sinusais, é a região do primeiro molar após as extrações dos dentes. Profissionais devem tentar fechar a comunicação o mais cedo possível, uma vez que a falta de fechamento de uma comunicação recente pode levar a infecção sinusal, levando a sinusite maxilar, que pode agravar o quadro clínico da fístula buco sinusal.

A manobra de Valsalva é uma manobra do exame físico importante no diagnóstico de comunicações buco sinusais e deve ser usada sempre que indicada pelos cirurgiões dentistas.

A literatura relata que quando a comunicação bucosinusal apresenta maiores dimensões ou existe insucesso com outras técnicas cirúrgicas a utilização do Corpo Adiposo Bucal mostra resultados excelentes. Essa estrutura apresenta abundante vascularização, o que permite epitelização e cicatrização eficientes da área afetada.

Conclui-se então que a utilização do CAB para tratamento das comunicações buco-sinusais entre outras aplicabilidades apresenta-se como alternativa segura e de excelente prognóstico. É um método cirúrgico estável, com uma simplicidade relativa, tendo um alto grau de sucesso e com excelente resultado pós-operatório para o paciente.

REFERENCIAS

BAUMANN, A. Ewers R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. **J Oral Maxillofac Surg**, vol. 58, p. 4, 2000.

Daif, ET. Long-Term Effectiveness of the Pedicled Buccal Fat Pad in the Closure of a Large Oroantral Fistula. **J Oral Maxillofac Surg**, vol. 74, p. 9, 2016.

EGYEDI, P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. **J Maxillofac Surg**, vol. 5, p. 4, 1977.

EL-HAKIM, I.E. *et al.* The use of the pedicled buccal fat pad (BFP) and palatal rotating flaps in closure of oroantral communication and palatal defects. **J Laryngol Otol**, vol. 113, p. 9, 1999.

FARIAS, M. D. *et al.* Extração de terceiros molares: perfil do atendimento em clínicas de cirurgia da graduação e especialização da **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia**. 2003.

FREITAS, T. M. C. *et al.* Fístulas oroantrais: diagnóstico e propostas de tratamento. **Rev Bras Otorrinolaringol**, vol. 69, p. 6, 2003.

GARCIA, R. R. *et al.* Utilização de enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha no tratamento de comunicações oro-antrais. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac**, v. 41, p. 17-24, 2000.

GRAZIANI, M. **Cirurgia do seio maxilar**. In: **_. Cirurgia –buco-maxilo-facial**. 8 ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, p.479-502, 1995.

GREENBERG, M. S. Intravenous bisphosphonates and osteonecrosis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, vol. 98, p. 3, 2004.

HAHAZAWA, Y. *et al.* Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft. **J Oral Maxillofac Surg**, 1995.

HUPP, J.R. **Contemporary oral and maxillofacial surgery. 7th edition**. ed. Philadelphia, MO: Elsevier, Inc, 2019.

JAIN, M. K. *et al.* Pedicled buccal fat pad in the management of oroantral fistula: a clinical study of 15 cases. **Int J Oral Maxillofac Surg**, vol. 41, p. 8, 2012.

KRAUSE, C.F. *et al.* Manejo cirúrgico de fístula oroantral. **Rev otorrinolaringo Cir cabeça cuello**, vol. 59, p. 2, 1999.

MADEIRA, M. C. **Anatomia facial com fundamentos de anatomia sistêmica geral**. Roelf Justino Cruz Rizzolo, 2000.

MILANI, C.M. *et al.* **Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusal de grande extensão: Relato de caso**. **Odonto**, vol. 22, p. 93-100, 2015

NEZAFATI, S. *et al.* Comparison of pedicled buccal fat pad flap with buccal flap for closure of oro-antral communication. **Int J Oral Maxillofac Surg**, vol. 41, p. 5, 2012.

PARK, J. *et al.* Versatility of the pedicled buccal fat pad flap for the management of oroantral fistula: a retrospective study of 25 cases. **Maxillofac Plast Reconstr Surg**, vol.41, p. 1,2019.

PETERSON, J.L. *et al.* **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 470- 7, 2004.

SAAD, N. M. *et al.* Tratamento Imediato de comunicação buco-sinusal com esponja de gelatina. **Rev Reg Araçat APCD**, vol. 6, p. 35-9, 1985

SCARTEZINI, G. R. *et al.* Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, vol. 25, p. 74, 2016.

SINGH, J. *et al.* Buccal pad of fat and its applications in oral and maxillofacial surgery: a review of published literature (February) 2004 to (July) 2009. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, vol. 110, p. 6, 2010.

STAJCIC, Z. The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications: a study of 56 cases. **J Craniomaxillofac Surg**, vol. 20, p. 5, 1992.

TOSHIHIRO, Y. *et al.* Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction. **Int J Oral Maxillofac Surg**, vol. 42, p. 5, 2013.

ZHONG, L. P. *et al.* Immediate reconstruction of maxilla with bone grafts supported by pedicled buccal fat pad graft. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, vol. 97, p. 2, 2004.

ANEXO A - Termo de compromisso de orientação

CURSO DE ODONTOLOGIA

Porto Velho, 16 de Setembro de 2020

À Coordenação de Odontologia do Centro Universitário São Lucas

Assunto: **Termo de compromisso de orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).**

Eu, Daniel Santiago Vale

professor (a) docente/ou pesquisador (a) do UNISL, me comprometo a orientar o (a/os/as) aluno (a/os/as) Filipe Ebenezzer de Jesus Schwing

regularmente matriculado (a/os/as) neste curso. Declaro ter conhecimento do Regulamento Interno de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia e que os trâmites para substituição de orientador (a) deverão ocorrer no prazo estipulado pela Coordenação do Curso e NUCAP e que o orientador (a) será substituído (a) em caso de ausência no dia da defesa do TCC, por professor determinado pela Coordenação.

O descumprimento do compromisso acima resultará em penalidades junto a esta Coordenação.

Daniel Santiago Vale
CRO 2694
Centro Odontológico
Universitário São Lucas

Assinatura do Orientador (a)

www.saolucas.edu.br
(69) 3211-8001 | (69) 3211-8002
R. Alexandre Guimarães, 1927 Areal
Porto Velho | RO | CEP 76.804-373

Anexo B - Protocolo para entrega do trabalho

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA PRÉ-BANCA

Professor (a) Daniel Santiago Vale
 orientador (a) dos (as) alunos (as) Filipe Ebenzer de Aguiar Schueng

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento de Comunicação ou fístula buco-sinusal por meio do retalho pediculado de corpo ediposo bucal: uma revisão de literatura

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões de correção.
2. Concordo com a entrega desta versão para a Pré-banca.

Porto Veino, 30 de Setembro de 2020

Filipe E. Aguiar Schueng

Aluno (a)

Aluno (a)

Daniel Santiago Vale

Assinatura Orientador (a) / Carimbo

Daniel Santiago Vale
 CRP 154
 Centro Odontológico
 Universidade São Lucas

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Pré-Banca.

Anexo C - Protocolo para entrega do trabalho final

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA BANCA FINAL

Professor (a) Daniel Santiago Vale

orientador (a) dos (as) alunos (as) Filipe Eberzezer de Aguiar Schuerg

Título do trabalho: Tratamento de Comunicação Bucal - Sinusal por meio de retalho pediculado de corpo adiposo bucal

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões da Pré-banca.
2. A versão para entrega à Banca final está incorporada as sugestões e correções feitas pelo (a) orientador (a) e membros da Pré-banca.
3. Concordo com a entrega desta versão para a Banca Final.

Porto Velho, 11 de outubro de 2020

Filipe Eberzezer de Aguiar Schuerg
Aluno (a)

Daniel Santiago Vale
CRO 2694
Centro Odontológico
Campus Universidade São Lucas
Assinatura Orientador (a) / Carimbo

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Banca Final.
O aluno deverá entregar os trabalhos da Pré-banca com as sugestões de correção, junto com os da Banca final.

Anexo D – Licença de Armazenamento e Distribuição Não Exclusiva



LICENÇA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

Autor: Filipe Ebenezer de Aguiar Schueng

RG.: 13.183.033-5 CPF: 106.689.249-00 E-mail: filipe-schueng@outlook.com

Autor: _____

RG.: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Orientador: Daniel Santiago Vale Coordenação: ODONTOLOGIA

Título do documento: tratamento de comunicação Buco-Sinusal

por meio de retalho pediculado de corpo adiposo Bucal

Termo de Declaração

Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

Declara que, se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Faculdade São Lucas os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue. Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Faculdade São Lucas, declara que cumpriu todas as obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Termo de Autorização

Na qualidade de titular dos direitos de autor do conteúdo supracitado, autorizo que: a Biblioteca Dom João Batista Costa da Faculdade São Lucas pode converter e disponibilizar gratuitamente em seu repositório institucional a obra em formato eletrônico de acordo com a licença pública Creative Commons CC BY-NC-ND; que pode manter mais de uma cópia da obra depositada para fins de segurança, back-up e/ou preservação.

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Porto Velho, 30 / 11 / 20 .

Filipe Schueng

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos Autorais

Anexo E – Ficha Catalográfica

Ficha Catalográfica

S385t Schueng, Filipe Ebenezer de Aguiar.

Tratamento de comunicação buco-sinusal por meio de retalho pediculado de corpo adiposo bucal / Filipe Ebenezer de Aguiar Schueng – Porto Velho, Rondônia, 2020.

20 f.; il.

Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Odontologia – Centro Universitário São Lucas - UNISL, Porto Velho, Rondônia, 2020.

Orientador: Prof. Esp. Daniel Santiago Vale.

1. Seio maxilar. 2. Fístula oroantral. 3. Retalhos cirúrgicos. I. Vale, Daniel Santiago. II. Título. III. UNISL.

CDU 616.314

Bibliotecária responsável:
Adriana Bruna Silva Albuquerque
CRB-11/1018