REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E INOVAÇÃO DA UNIVEL

USO DO CORPO ADIPOSO DE BICHAT NO TRATAMENTO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL APÓS EXODONTIA: REVISÃO DE LITERATURA

USE OF BICHAT'S FIPOSUM PAD IN THE TREATMENT OF BUCCAL-SINUS COMMUNICATION AFTER TOOTH EXTRACTION: LITERATURE REVIEW

DOI: https://doi.org/10.56238/rebeisv1n10-0010

Data de submissão: 21/05/2026 **Data de Publicação:** 27/08/2026

Jeniffer Alves dos Santos[1]
Maria Eduarda Silva Camilo[2]
Marcela Chiqueto de Araújo [3]

RESUMO: A comunicação buco-sinusal é caracterizada pela conexão direta entre o seio maxilar e a cavidade nasal. Existem variadas formas de tratamento medicamentoso e cirúrgico eficazes no manejo dessa complicação. O objetivo desse estudo consiste em avaliar as evidências científicas relacionadas a utilização de um corpo adiposo de Bichat no fechamento de comunicações buco-sinusais. O trabalho corresponde a uma revisão de literatura, na qual a pesquisa foi efetuada utilizando as bases de dados do PubMed, SciELO e LILacs. Os critérios de inclusão abrangeram artigos e revistas publicadas no período de 2015 a 2025, nos idiomas português e inglês, e que abordavam o assunto pertinente. Os resultados mostraram que o reparo da CBS, em casos de comunicação inferior a 3 mm, ocorre através da formação de um coágulo sanguíneo e, em defeitos maiores, existem diversas opções cirúrgicas. O fechamento de comunicações buco-sinusais através da bola de Bichat possibilita a combinação de técnicas cirúrgicas, possui uma reduzida morbidade e baixo desconforto pós-operatório ao paciente. Diante do exposto, o emprego da bola de Bichat para fechamento de CBS é uma opção terapêutica eficaz, com reduzido risco de infecção, fácil acesso e elevado índice de sucesso.

Palavras-chave: Comunicação buco-sinusal. Seio maxilar. Corpo adiposo de Bichat. Complicações pós-cirúrgicas.

ABSTRACT: Bucco-sinusal communication is characterized by a direct connection between the maxillary sinus and the oral cavity. There are various effective pharmacological and surgical treatment options for managing this complication. The

[1] Graduanda de odontologia pelo Centro Universitário Univel;
[2] Graduanda de odontologia pelo Centro Universitário Univel;
[3] Professora associada ao Centro Universitário Univel. Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná/UNIOESTE (2016-2019), atuando nas áreas de Traumatologia de Face, Cirurgia Ortognática, Deformidade Facial, Implantodontia, Enxertos Ósseos e Gengivais, Cirurgia Oral Menor e Lesões da cavidade oral. Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE (2011-2015), com bolsa de iniciação científica PIBIC/CNPq/UNIOESTE. Neste período acompanhou o serviço ambulatorial, cirurgias orais menores e também de âmbito hospitalar. Estagiou em serviços de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO (UNIOESTE). Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor pela Associação Brasileira de Odontologia.

aim of this study is to evaluate the scientific evidence related to the use of the Bichat's fat pad in the closure of bucco-sinusal communications. This work consists of a literature review, in which the research was carried out using the PubMed, SciELO, and LILACS databases. The inclusion criteria comprised articles and journals published between 2015 and 2025, in Portuguese and English, that addressed the relevant topic. The results showed that the repair of BSC, in cases of communication smaller than 3 mm, occurs through the formation of a blood clot, while in larger defects there are several surgical options. The closure of bucco-sinusal communications using the Bichat's fat pad allows the combination of surgical techniques, presents low morbidity, and results in minimal postoperative discomfort for the patient. In view of the above, the use of the Bichat's fat pad for the closure of BSC is an effective therapeutic option, with low risk of infection, easy access, and a high success rate.

Keywords: Oroantral communication. Maxillary sinus. Bichat's fat pad. Postoperative complications.

1 INTRODUÇÃO

A comunicação buco-sinusal (CBS) é uma complicação de procedimentos cirúrgicos, caracterizada por um acesso entre o seio maxilar (SM) e a cavidade oral, que pode ocorrer após extrações de molares e pré-molares superiores devido à íntima relação anatômica entre as raízes dentárias e o assoalho do seio maxilar (Rosa; Lima; 2022). Outros fatores também podem estar relacionados, como infecções, osteorradionecrose, osteomielite, intervenções patológicas (tumores e cistos), fratura da tuberosidade, trauma facial (Le Fort I), complicações do procedimento de Caldwell-Luc, assim como a cirurgia de implantes dentários (Ugarte *et al.,* 2024; Araújo *et al.,* 2024).

A CBS é vista como uma complicação transoperatória ou pós-operatória, provenientes de extrações dentárias cujas raízes estão próximas ao assoalho do seio maxilar. A região mais acometida é a de segundos molares (45%), seguida pelos terceiros molares (30%) e primeiros molares (27,2%) (Menezes, 2023).

Os pacientes acometidos por uma comunicação buco-sinusal relatam uma alteração de timbre nasal, passagem de líquido para o nariz, halitose, transtornos na deglutição de líquidos e alimentos, obstrução nasal unilateral, paladar alterado, coriza, tosse noturna, corrimento nasal unilateral, febre, fadiga, dor dentária e dor na face/ cefaleia frontal (Amorim *et al.,* 2020; Rocha *et al.,* 2020).

O diagnóstico da comunicação buco-sinusal é realizado através de procedimentos clínicos (inspeção visual, palpação alveolar e manobra de Valsalva) e exames de imagens, como radiografias e tomografia computadorizada (TC). Quando não diagnosticada e tratada adequadamente, poderá evoluir para uma fístula buco-sinusal, resultando em perda óssea, infecções recorrentes e sinusites crônicas, comprometendo a qualidade de vida do paciente (Gadelha *et al.,* 2024; Alencar *et al.,* 2024).

A conduta clínica acerca do tratamento da CBS fundamenta-se no tamanho, variando segundo o diâmetro da comunicação, podendo ser categorizada como pequena, moderada ou de grandes proporções, no tempo decorrido até o seu diagnóstico e presença de infecções. Além disso, deve-se levar em consideração a realização de condutas terapêuticas aplicadas até aquele momento, como o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos e descongestionantes nasais (Silva *et al.,* 2020; Silva *et al.,* 2024).

O tratamento de uma comunicação buco-sinusal depende da condição e tamanho da mesma. Em comunicações de até 2 mm de diâmetro, na ausência inflamação do seio ou de problemas periodontais, o fechamento ocorrerá espontaneamente, sendo vital a realização de uma sutura para preservar o coágulo no local da extração. Quando igual ou superior a 3 mm, a correção cirúrgica está indicada, através de retalho alveolar, deslizamentos de retalho mucoso, rotação palatina, enxerto da mucosa jugal ou mucoso livre e o uso do corpo adiposo bucal. O fechamento das comunicações tem como propósito evitar a contaminação salivar ou alimentar, que pode induzir uma infecção bacteriana e até mesmo uma sinusite maxilar crônica (D'Dalarponio *et al.,* 2023; Gadelha *et al.,* 2024).

O emprego do corpo adiposo bucal, também denominado de bola de Bichat, vem sendo utilizado com maior frequência no tratamento de fístula buco-sinusal em razão da facilidade da técnica e pelo seu baixo custo. Devido ao seu rico suprimento sanguíneo, provenientes do ramo temporal profundo e bucal da artéria maxilar, pequenos ramos da artéria facial e ramo facial transversal da artéria temporal superficial, contribui positivamente para o sucesso do tratamento por proporcionar um suprimento de sangue local e reduzir as chances de rejeição que podem ocorrer em enxertos simples. Ademais, está justaposto à mucosa jugal, o que contribui para a facilidade de acesso e possibilita o reposicionamento na região receptora (Neves *et al.,* 2022; Melo *et al.,* 2022).

A bola de Bichat está indicada para o fechamento de comunicações e fístulas de localizações e tamanhos variados e na resolução de casos cirúrgicos que não obtiveram sucesso. Em função da sua reduzida morbidade, alta aplicabilidade, baixa incidência de falhas, preservação da profundidade do sulco vestibular e boa vascularização torna-se um recurso valioso como tratamento da CBS (Brandão Neto *et al.,* 2024).

Diante o exposto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar, através de uma revisão de literatura, os benefícios da utilização do corpo adiposo de Bichat no fechamento de comunicações buco-sinusais após a exodontia de elementos dentários superiores, associando seus efeitos a diminuição da morbidade, redução no tempo de recuperação e melhora da qualidade de vida do paciente.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SEIO MAXILAR

O seio maxilar (SM) é considerado um dos maiores seios paranasais. Anatomicamente, é uma cavidade pneumática revestida por uma membrana mucosa, que se estende lateralmente a partir da cavidade nasal. Possui forma piramidal com base direcionada para a parede lateral do nariz, ápice voltado para o osso zigomático e sua forma e tamanho variam de modo considerável entre os seres humanos (Pontes; Pavane, 2024).

A principal função do SM é a produção e filtração do ar inspirado, ajudando a umidificar, aquecer e filtrar o ar antes que ele chegue aos pulmões. Também exerce um papel na redução do peso do crânio, na ressonância vocal, resfriamento das veias extra e intracranianas e secreção de muco (Nascimento *et al.,* 2023; Ferreira; Campelo, 2025).

Os seios maxilares são espaços demarcados por uma estrutura óssea, sendo descrito como uma cavidade preenchida por ar, que por intermédio do óstio sinusal maxilar apresenta uma comunicação com a fossa nasal. Radiograficamente,

apresentam-se como radiolúcido, com uma linha de tecido ósseo radiopaco (Ferreira; Campelo, 2025).

O SM apresenta variação de tamanho entre os indivíduos e um volume médio que pode alcançar 15 ml. A cavidade é revestida pela membrana de Schneider, uma fina camada mucosa ciliar, que possui cerca de 1 mm de espessura. Essa mucosa é formada por epitélio pseudoestratificado ciliado e contém células calciformes (células produtoras de muco) que colaboram na remoção de patógenos e partículas, exercendo um papel fundamental na defesa do sistema imunológico local (Santos *et al.,* 2024).

2.2 COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL

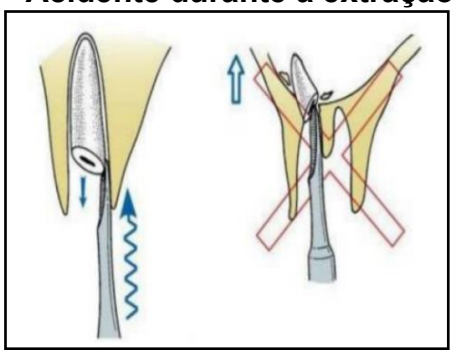
2.2.1 Conceito

A comunicação buco-sinusal (CBS), conhecida também como comunicação oroantral, é uma complicação que pode ocorrer após alguns procedimentos odontológicos, tais como exodontias de molares, ocasionada pela ruptura do revestimento do seio, abertura do tecido gengival e defeito ósseo no qual precisam ser totalmente fechados e isolados do meio bucal e do tecido adjacente. Essa ruptura resulta na comunicação entre a cavidade do seio maxilar e a cavidade oral. Assim dizendo, a CBS é uma comunicação direta entre a cavidade bucal e o seio maxilar (Rocha *et al.,* 2020; Araújo *et al*., 2024).

2.2.2 Causas

A CBS pode ocorrer após a exodontia de elementos dentários superiores, especialmente os molares, em virtude da proximidade das raízes com o assoalho do seio maxilar, sendo uma complicação cirúrgica indesejada, mas que pode ocorrer com certa frequência no consultório odontológico. Outros fatores etiológicos consistem na destruição do seio maxilar por lesões periapicais e remoção de tumores ou cistos do seio maxilar ou do palato (Figura 1) (Silva *et al.,* 2024; Rosa; Lima, 2022).

Figura 1 – Acidente durante a extração dentária



Fonte: Silva *et al.* (2025)

2.2.3 Fatores de risco

Os fatores de risco correlacionado à ocorrência da CBS estão vinculados ao traumatismo do seio maxilar por extração dentária, alterações na anatomia do seio maxilar, uso incorreto de instrumentos durante a remoção de tumores ou cistos do palato, infecções periodontais, fraturas maxilares, presença de tumores e cistos,

cirurgia de implante dentário ou levantamento do seio maxilar. Ademais, a pneumatização do seio maxilar, que acontece naturalmente com a idade, eleva as chances de desenvolver uma comunicação durante os procedimentos odontológicos (Ferreira; Campelo, 2025; Silva *et al.,* 2024).

Outros fatores de risco que podem elevar as chances de ocorrência desse tipo de complicação são a anatomia e posição da raiz em relação ao seio, idade do paciente, aposição direta do revestimento maxilar acima dos dentes posteriores, ausência de espessura do assoalho sinusal, doença periodontal e reabsorção óssea (Brandão Neto *et al.,* 2024).

2.2.4 Sinais e sintomas

A comunicação oroantral expressa seus sinais e sintomas como a sensação de passagem de líquidos e alimentos da boca para o nariz, especialmente durante a deglutição, evidenciando uma conexão direta entre a cavidade sinusal e a cavidade oral. Outros sintomas notados são o escape de ar pela boca ao respirar ou falar, alteração de timbre nasal, obstrução nasal unilateral, dor facial, sangramento nasal, halitose, dificuldade de deglutição de líquidos e alimentos, coriza, queixa de sabor salgado, purulência, fadiga, tosse noturna e febre (Silva *et al.,* 2024; Gadelha *et al.,* 2024).

2.2.5 Complicações

As complicações podem aparecer de forma imediata ou progressivamente, tudo dependerá da situação cirúrgica, hábitos do paciente, alimentação, entre outros. As principais complicações das comunicações buco-sinusais são a sinusite maxilar, aguda ou crônica, e o desenvolvimento de fístulas (Ferreira; Campelo, 2025; Parise; Tassara, 2016).

A sinusite odontogênica (inflamação no seio maxilar ocasionada por elemento dentário) corresponde por volta de 10% a 12% dos casos de sinusite maxilar (Silva *et al.,* 2025).

A comunicação buco-sinusal pode evoluir para complicações como inflamação do seio maxilar que pode gerar sintomas como dor facial, febre, secreção nasal purulenta, obstrução nasal e dor facial. A exposição dessa CBS possibilita a entrada de bactérias da cavidade oral para o seio maxilar, propagando um ciclo de inflamação crônica e infecções recorrentes (Silva *et al.,* 2024).

Em casos onde não ocorrem o fechamento espontâneo da comunicação buco-sinusal, ou se não tratada, o tecido poderá se epitelizar e progredir para a fístula buco-sinusal ou para a fístula oroantral e sinusite maxilar (Ugarte *et al.,* 2024).

Assim dizendo, a comunicação buco-sinusal pode induzir um processo de fistulização, que pode ou não estar relacionada à sinusite crônica do seio maxilar, sendo identificada através dos exames de imagem para a análise da opacificação em região do seio (Ferreira *et al.,* 2024; Rocha *et al.,* 2020).

2.2.6 Diagnóstico

O cirurgião-dentista pode evitar a ocorrência da comunicação buco-sinusal através da realização de uma anamnese detalhada, exame clínico minucioso e exames de imagens apropriados para um planejamento eficaz e preciso (Silva *et al.,* 2024).

O diagnóstico dessa condição é realizado através de procedimentos clínicos, como a inspeção visual, palpação alveolar e manobra de Valsalva, e exames complementares, como a radiografia e tomografia computadorizada (Gorgonio; Alencar, 2023; Brandão Neto *et al.,* 2024).

A manobra de Valsalva é uma técnica importante para o diagnóstico clínico e deve ser empregada logo após a extração dos dentes superiores posteriores. O procedimento consiste na obliteração da passagem de ar pelo nariz com os dedos enquanto é solicitado ao paciente que expire. O cirurgião-dentista deve estar atento a presença de bolhas na região suspeita. Frente a saída de ar, sangramento ou secreção, o diagnóstico será positivo. Os sintomas relatados pelo paciente, como escape de ar pela boca, sabor salgado, dificuldades ao deglutir alimentos e líquidos, halitose, dor facial e coriza ajudam a identificar uma possível comunicação buco-sinusal (Brandão Neto *et al.,* 2024; Araújo *et al.,* 2024).

Os exames complementares recomendados são a radiografia periapical, através da projeção de Waters e a radiografia panorâmica. O exame radiográfico possui como objetivo investigar possíveis regiões de descontinuidade do soalho do seio maxilar, existência de corpos estranhos, como fragmentos dentários no interior do SM e possíveis evidências de sinusites maxilares (Menezes, 2023; Sinhorini *et al.,* 2020).

A tomografia computadorizada é admitida como padrão ouro no diagnóstico dessa complicação devido a inexistência de sobreposição de estruturas. Esse exame fornece informações como o tamanho da comunicação e características do osso e da lesão. A TC é um recurso valioso no diagnóstico, tanto pela fidelidade das informações quanto pelo custo benefício (D'Dalarponio *et al.,* 2023).

2.2.7 Tratamento

O diagnóstico precoce é uma etapa imprescindível para a escolha do tratamento e prognóstico do caso clínico, visto que a intervenção rápida e adequada está pontualmente correlacionada com a atenuação dos problemas pós-operatórios (Ferreira; Campelo, 2025).

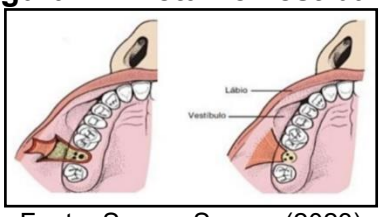
Em comunicações buco-sinusais pequenas, de até 2 mm de diâmetro, pode ocorrer o fechamento espontâneo. Nessas situações, caso não ocorra o fechamento espontaneamente, o tratamento proposto pode ser conservador, através de medidas como suturas em forma de oito figurado, para manter o coágulo de sangue dentro do alvéolo dentário. Para comunicações maiores de 3 mm de diâmetro e com presença de infecção, a aplicação de retalhos, os enxertos ósseos e a utilização da bola de Bichat são recomendadas (Melo *et al.,* 2022; Neves *et al.,* 2022).

Previamente a qualquer tentativa de fechamento da CBS, o cirurgião-dentista deve controlar e eliminar a infecção sendo que, o fechamento espontâneo, nos dois primeiros dias, demonstra uma taxa de sucesso de até 95%, enquanto o secundário apresenta apenas 67%. O tratamento cirúrgico deve ser indicado nas primeiras 48 horas após o surgimento da comunicação oroantral, com o intuito de atenuar os riscos do desenvolvimento da sinusite maxilar (D'Dalarponio *et al.,* 2023; Feitosa, 2023).

O tratamento cirúrgico é realizado através do uso de retalhos, os quais podem ser o vestibular ou palatino e através da bola de Bichat (Figura 2). O retalho vestibular está indicado em comunicações de até 5 mm de diâmetro, deixando pouca ou quase nenhuma região cruenta exposta, entretanto existe a perda de fundo de sulco. O retalho palatino pode ser empregado em comunicações com diâmetro maior que 10 mm e possui a vantagem de dispor de excelente vascularização e não gerar perda de

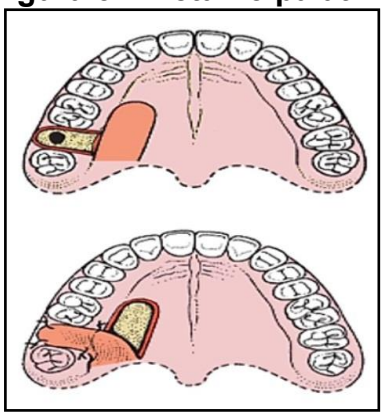
fundo de sulco vestibular, como ocorre na técnica do retalho vestibular (Figura 3). Já a técnica com a bola de Bichat demonstra rápida epitelização, aplicabilidade, vascularização, além de preservar em parte o fundo de sulco (Fagundes, 2022).

Figura 2 – Retalho vestibular



Fonte: Souza; Severo (2023)

Figura 3 – Retalho palatino



Fonte: Souza; Severo (2023)

O emprego de enxerto ósseo no tratamento da comunicação buco-sinusal apresenta excelentes resultados, com destaque para os enxertos autógenos, que são considerados o padrão ouro no tratamento de defeitos ósseos. Contudo, a extensão do tratamento e o enfraquecimento ósseo da área doadora são associadas ao insucesso do procedimento (Souza; Severo, 2023).

A medicação desempenha um papel importante no controle de infecção, alívio da dor e inflamação. A antibioticoterapia é essencial em casos de CBS associados a infecção e sinusite. A amoxicilina com clavulanato (500 mg de amoxicilina/125 mg de clavulanato) é o antibiótico de escolha, sendo administrado a cada 08 horas por um período de 7 a 10 dias. Esse tratamento terapêutico é eficaz na cobertura de patógenos orais e bacterianos comumente encontrados em infecções odontogênicas e sinusais. Em pacientes alérgicos à penicilina, a clindamicina (300 mg), a cada 6 horas, por 7 a 10 dias está indicada, abrangendo tanto bactérias aeróbias quanto anaeróbias que podem estar presentes na infecção (Lewusz-Butkiewicz; Kaczor; Nowicka, 2018).

O uso de enxaguantes bucais como a clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia, é recomendado para auxiliar na higiene oral durante o período de cicatrização. A clorexidina ajuda a controlar a carga bacteriana na cavidade oral, prevenindo infecções secundárias na área da CBS e garantindo que a cicatrização ocorra sem complicações. A manutenção de uma boa higiene oral é fundamental para prevenir a migração de bactérias da cavidade oral para o seio maxilar durante o processo de recuperação (Gorgonio; Alencar, 2023).

2.3 Tratamento da comunicação buco-sinusal com o uso da bola de Bichat

O corpo adiposo de Bichat ou bola de Bichat, foi desvendado em 1802, por Xavier Bichat, no qual descreveu essa estrutura como uma massa lobulada e convexa, recoberta por uma fina cápsula de tecido conjuntivo. Somente em 1977, a bola de Bichat foi utilizada como enxerto pediculado, correlacionando a um procedimento para fechamento de uma comunicação buco-sinusal (Silva *et al.,* 2025).

A bola de Bichat é uma gordura intitulada de “sissarcose” e tem como objetivo o preenchimento do espaço de mastigação, ajudar nos movimentos da musculatura oral, melhorar a função mastigatória e manter o contorno facial. A histologia dessa estrutura demonstra peculiaridades presentes no corpo adiposo bucal que favorecem o rápido processo de epitelização, sendo envolto por dois tipos de tecidos, o tecido de granulação e o epitélio estratificado proveniente da margem gengival (Ferreira; Campelo, 2025).

Essa estrutura encontra-se situada no espaço mastigatório, sendo formada por um corpo principal com quatro processos, envolvido por uma cápsula fibrosa tênue. Seu corpo principal encontra-se lateralmente ao músculo bucinador e na região da borda anterior do músculo masseter (Parise; Tassara, 2016; Brandão Neto *et al.,* 2024).

O suprimento sanguíneo da bola de Bichat tem origem nos ramos temporais profundos da artéria maxilar, dos ramos da artéria facial e do ramo transversal da artéria temporal superficial. Anatomicamente, pode estar associado ao ducto parotídeo e ao VII nervo craniano e no momento de sua divulsão é essencial a manutenção da integridade da cápsula que o abrange para possibilitar o deslocamento único da massa, do contrário existe a possibilidade de ocorrer o aumento do edema e diminuição da vascularização favorecendo o desenvolvimento de infecção ou necrose (Ferreira *et al.,* 2024).

As funções do corpo adiposo bucal variam entre contribuir com a amamentação, pois facilita o movimento de sugar dos bebês, auxiliar os músculos da mastigação e como proteção de ações externas aos músculos faciais. Com o decorrer dos anos, esse corpo diminui como resultado da leve amortização de volume e do crescimento da face (Gadelha *et al.,* 2024).

A técnica do retalho do corpo adiposo de Bichat apresenta excelentes resultados no tratamento de comunicações buco-sinusais devido ao seu bom suprimento sanguíneo, viabilizando uma alta vascularização quando usado como retalho pediculado. Em virtude da sua localização, fácil obtenção e manipulação reduz o desconforto pós-cirúrgico, culminando em um tratamento eficaz, seguro e com mínimos riscos de falhas ou recidivas (Silva *et al.,* 2025; Sinhorini *et al.,* 2020).

O tratamento da comunicação buco-sinusal com o uso da bola de Bichat possui algumas desvantagens como possibilidade de assimetria facial, inchaço, possibilidade de trismo, deiscência do enxerto, retração do enxerto e limitações para defeitos pequenos e médios. Outras complicações também podem ocorrer, como necrose total ou parcial do enxerto adiposo, hematoma, lesão do nervo facial ao tracionamento intenso da bola de Bichat e infecção (Rocha *et al.,* 2020; Ugarte *et al.,* 2024).

A utilização da bola de Bichat como retalho pediculado é um procedimento simples, realizado no consultório odontológico, com cicatrizes mínimas e rápido processo de epitelização. Essa técnica apresenta uma taxa de sucesso elevada, cerca de 90%, e os pacientes demonstram um alto grau de satisfação (Figura 4) (Ugarte *et al.,* 2024).

Figura 4 – A – Retalho vestibular. B – Uso da Bola de Bichat na CBS



Fonte: Rocha *et al.* (2020)

O procedimento é realizado sob anestesia local seguida da incisão na mucosa vestibular com o objetivo de revelar a fáscia que recobre o tecido adiposo. A incisão periosteal pode ser dispensável quando ocorre a laceração vertical do periósteo vestibular. Essa incisão não deve ultrapassar 5 mm de tamanho ao levantar o retalho, visto que o excesso de tecido adiposo pode sobressair da incisão e dificultar a visualização do campo operatório. A contar do momento em que a camada de gordura se torna visível dentro da cavidade bucal, a aspiração da região cirúrgica deve ser efetuada de maneira descontínua com o objetivo de evitar a aspiração do tecido adiposo, ou seja, prevenindo danos que possam ser causados no suprimento sanguíneo. A utilização de pinças na porção proximal da cápsula deve ser evitada, pois pode resultar na pois poderia causar a necrose dos lobos adiposos distais. Prontamente é realizado a dissecção desse tecido de cor amarelada, condizente com o tamanho da comunicação, e então é suturado sobre o defeito do tecido ósseo. A epitelização do corpo adiposo bucal sucede em torno de duas a três semanas e, consequentemente, é dispensável a necessidade de cobrir o leito receptor com algum enxerto epitelial (Ferreira *et al.,* 2024; Araújo *et al.,* 2024).

O fechamento primário pode assegurar um suprimento sanguíneo suficiente e proteção adequada para uma cicatrização óssea eficiente. A bola de Bichat deve ser introduzida delicadamente no defeito cirúrgico de maneira que mantenha o pedículo vascular, e não deve ser suturado sob tensão (Figura 5). Tal procedimento possibilita uma boa vascularização na região, uma fonte excessiva de células-tronco adultas provenientes do tecido adiposo e uma proteção mecânica. A total epitelização demanda um período de duas a três semanas, com a gordura agindo como base para o crescimento do tecido epitelial. O tecido de granulação é desenvolvido primeiro, seguido pelo epitélio estratificado que transmigra da margem gengival (Ferreira *et al.,* 2024).

Figura 5 – Mobilização do corpo adiposo com pinça hemostática



Fonte: Ferreira *et al.* (2025)

O uso da bola de Bichat com enxerto pediculado pode apresentar falha na integração do enxerto como resultado de infecção ou necrose, podendo ser resultado de uma excessiva manipulação ou pela sua própria tensão. Ademais, caso o seio maxilar esteja infectado em resposta a uma sinusite maxilar aguda ou crônica, o

fechamento da CBS ficará comprometido ou impossibilitado (D'Dalarponio *et al.,* 2023).

No tratamento da CBS podem ser utilizados diferentes técnicas, entretanto a escolha da bola de Bichat ou coxim adiposo é a mais indicada pois seu rico suprimento sanguíneo, oriundo de ramos das artérias maxilar e facial, garante a vascularização no local e favorece o sucesso do procedimento uma vez que reduz o risco de rejeição constatado em enxertos simples (Rocha *et al.,* 2020).

Embora seja um procedimento visto como simples, a técnica exige do profissional a aptidão e experiência durante a manipulação do pedúnculo já que as danificações geradas a ele podem demonstrar os mesmos prejuízos quando comparados a outras técnicas. Quando realizada corretamente, as chances de evidenciar falhas são minimizadas (D'Dalarponio *et al.,* 2023).

O acompanhamento pós-operatório é indispensável para prevenir complicações e monitorar a cicatrização da região tratada. Os pacientes devem ser orientados sobre os cuidados necessários, como seguir uma dieta macia durante o tempo de recuperação e evitar assoar o nariz intensamente. A partir da intervenção odontológica e cuidados pós-operatórios corretos é possível obter uma satisfatória recuperação e prevenir complicações inerentes ao procedimento clínico (Silva *et al.,* 2024).

3 METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma revisão de literatura dos artigos que abordam o tema da comunicação buco-sinusal após exodontias. A pesquisa foi efetuada utilizando as bases de dados do PubMed, SciELO e Google acadêmico. Os critérios de inclusão abrangeram artigos e revistas publicadas nos últimos dez anos, no período de 2015 a 2025, sendo esses estudos revisões sistemáticas e relatos de casos clínicos, nos idiomas português e inglês, e que abordavam o assunto pertinente. Os critérios de exclusão foram baseados em textos incompletos, textos que não abrangiam a temática proposta, trabalhos publicados anteriores ao ano de 2015, artigos duplicados e que estavam em outros idiomas. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave para a busca dos artigos: Comunicação buco-sinusal, corpo adiposo de Bichat, complicações pós cirúrgicas, Buccosinusal communication, Bichat's fat pad, e post-surgical complications. Na busca inicial, 50 trabalhos foram escolhidos, e após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, foram selecionados 27 trabalhos para a construção dessa revisão de literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A comunicação buco-sinusal, também conhecida como oroantral, corresponde a uma comunicação entre o seio maxilar e a cavidade bucal, ocasionada geralmente pela exodontia de molares superiores. Outros fatores etiológicos incluem lesões patológicas no seio maxilar, complicações do procedimento de Caldwell-Luc, deslocamento e deiscência de implantes, sequelas de radioterapia, ressecção de tumores malignos e ressecção de cistos (Gadelha *et al.,* 2024; Menezes, 2023).

A identificação da CBS é determinada pelo exame clínico e radiográfico, sendo a manobra de Valsalva fundamental para o diagnóstico clínico na qual deve ser efetuada logo após a extração dentária dos molares superiores. A tomografia computadorizada é considerada o padrão ouro no diagnóstico de uma comunicação oroantral pois proporciona uma visão tridimensional e não apresenta sobreposição de

imagem (Gorgonio; Alencar, 2023; Araújo *et al.,* 2024). O diagnóstico e o tratamento da CBS devem ser realizados o mais brevemente possível, visto que as comunicações não tratadas nas primeiras 48 horas podem evoluir para sinusite, em decorrência da passagem de alimentos ou líquidos da cavidade oral para o seio maxilar (Ugarte *et al.,* 2024; Brandão Neto *et al.,* 2024).

A escolha da técnica depende de questões como o diâmetro da comunicação, tempo decorrido até o diagnóstico, experiência profissional, localização e etiologia. Os defeitos inferiores a 2 mm tendem a cicatrizar de forma espontânea através do surgimento de coágulos sanguíneos e cicatrização secundária. Já os defeitos superiores a 3 mm necessitam de intervenção cirúrgica (Menezes, 2023; Ferreira; Campelo, 2025). Existem diversos procedimentos para induzir o reparo tecidual da comunicação oroantral, como o retalho deslizante vestibular, retalho palatino rodado, enxerto ósseo e retalho pediculado do corpo adiposo, conhecido como bola de Bichat (Ugarte *et al.,* 2024; Araújo *et al.,* 2024).

O corpo adiposo de Bichat proporciona excelente vascularização, epitelização acelerada e bons resultados. A técnica é realizada sob anestesia local, não ocasiona perda de profundidade do sulco, mínimas taxas de insucesso e baixa morbidade. Contudo, pode ocasionar trismo pós-cirúrgico e seu uso é limitado para defeitos médios e pequenos (Ferreira *et al.,* 2024).

De acordo com Melo *et al.* (2022), a utilização da bola de Bichat é mais vantajosa que as técnicas de retalho vestibular e retalho palatino. A técnica com retalho vestibular é simples, de fácil execução e ideal para amplas comunicações. Contudo, apresenta um risco de diminuição do sulco vestibular. A técnica com retalho palatino possui boa vascularização, mas necessita de uma cicatrização óssea palatina por segunda intenção e também possui uma limitada rotação do retalho na base do pedúnculo. Já a bola de Bichat, embora possa apresentar deiscência do enxerto, proporciona uma extensa disponibilidade de tecido e apresenta altos índices de sucesso no tratamento de comunicação buco-sinusal.

No trabalho desenvolvido por Parise e Tassara (2016), os autores descrevem que o retalho palatino rodado está indicado para o fechamento tardio de fístulas buco-sinusais, em especial nos casos em que ocorreu uma falha pelo fechamento com retalho vestibular. No entanto, o procedimento pode resultar em hemorragia da artéria palatina maior, necrose tecidual e grande desconforto aos pacientes. Em concordância com os autores, Araújo *et al.* (2024) relataram que a vantagem principal dessa técnica consiste na fácil acessibilidade frente ao insucesso de outros retalhos e na sua boa vascularização. Não obstante, esse procedimento pode ocasionar hemorragia em razão da artéria que perpassa essa região e também necrose do tecido.

De acordo com Rosa e Lima (2022), o enxerto ósseo consiste em uma técnica inovadora e com excelentes resultados, não apresenta alteração estética visível, ausência de cicatriz e demonstra poucas queixas relacionados ao procedimento e recuperação. Em contrapartida, exige a criação de outro campo operatório, possui uma maior extensão e maior duração do tratamento. Já o retalho pediculado com tecido com tecido adiposo bucal possui uma elevada taxa de epitelização e pouco desconforto pós-operatório ao paciente. Todavia, pode apresentar um inchaço maior comparada à outras técnicas e uma possível ocorrência de assimetria facial.

Feitosa (2023) relata que devido a comprovada eficácia e pelo fato de não interferir na profundidade do suco vestibular, a bola de Bichat está indicada no fechamento de CBS, sendo a sua posição anatômica um dos fatores que contribuem para o sucesso do procedimento. Sua reduzida morbidade e incidência de falhas,

manutenção da profundidade do sulco vestibular, boa vascularização e alta aplicabilidade tornam o corpo adiposo recomendado para o fechamento de comunicações e fístulas de diversos tamanhos e variadas localizações.

Segundo Ferreira e Campelo (2025), o retalho deslizante vestibular é uma técnica de fechamento realizada a partir de incisões verticais na região vestibular, na qual pode acarretar em efeitos negativos, como a possibilidade de necrose. Fagundes (2022) destaca que o retalho vestibular é uma técnica simples indicada em CBS de até 5 mm, resultando pouca ou nenhuma área cruenta exposta, no entanto, pode ser facilmente dilacerada ao manuseio e gerar perda de fundo de sulco. Silva *et al.* (2020) ressaltam que a redução da profundidade do sulco oral pode interferir na manutenção da higiene oral e na reabilitação protética.

A bola de Bichat é uma estrutura muito vascularizada, com uma resistência elevada a infecções, quando comparada a outros tipos de enxerto (Amorim *et al.,* 2020). Caso haja necessidade de utilização em grandes defeitos ósseos, o profissional pode fazer uso de duas camadas do coxim (Rocha *et al.,* 2020). O corpo adiposo de Bichat exposto dentro da cavidade bucal tem seu processo de epitelização completo dentro de duas a três semanas, sendo que essa epitelização ocorre tanto na região sinusal quanto na região oral (Ferreira *et al.,* 2024).

O fechamento de uma CBS com a bola de Bichat é vantajosa pois proporciona cicatrizes pequenas no vestíbulo quando comparada ao deslizamento de retalho, possui uma epitelização mais rápida, possibilita ajustes após uma semana de pós-operatório, fornece um elevado suprimento sanguíneo, mínimo desconforte ao paciente, não requer a necessidade de remoção óssea, risco de infecção mínimo, preserva a profundidade de sulco, baixa morbidade e ainda a possibilidade de ser associado a outros retalhos. Em resumo, a utilização do corpo adiposo bucal para o fechamento de uma comunicação buco-sinusal consiste em um método eficaz e seguro, com alto índice de sucesso (Sinhorini *et al*., 2020; Neves *et al.,* 2022; D'Dalarponio *et al.,* 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação buco-sinusal é uma complicação associada a cirurgia bucal, especialmente em exodontias de dentes superiores posteriores. O cirurgião-dentista deve estar apto para avaliar corretamente o risco de seus pacientes apresentarem tal complicação e, na presença da mesma, decidir qual a melhor conduta de tratamento.

O diagnóstico precoce é fundamental para evitar o desenvolvimento de sinusopatias, sendo realizado por meio da anamnese, exame clínico e exames de imagem, como a tomografia computadorizada. O profissional deve avaliar a extensão da lesão, tempo decorrido da alteração patológica, presença ou ausência de infecção para então estabelecer o tratamento adequado.

A técnica do uso da bola de Bichat para o fechamento de uma comunicação oroantral mostrou-se eficaz devido ao seu fácil acesso, suprimento sanguíneo adequado derivado da artéria maxilar temporal e facial, reduzido risco de necrose, mínimo desconforto ao paciente e alto índice de sucesso.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Katarina Cavalcante. *et al.* Prevenção e Tratamento de Acidentes e Complicações em Exodontias de Terceiros Molares: Uma Revisão de Literatura. **BJSCR**, v. 1, n. 1, p. 06-91, 2024.

AMORIM, Ana Vitória Bezerra Alves. *et al.* Fechamento de comunicação bucosinusal com bola de Bichat: Relato de caso. **RSD**, v. 9, n. 12, 2020.

ARAÚJO, Felipe Nunes. *et al.* Aspectos clínicos e cirúrgicos do manejo terapêutico da comunicação buco-sinusal: Revisão de literatura. **RSD**, v. 13, n. 2, 2024.

BRANDÃO NETO, Salvador de Oliveira. *et al.* Fechamento da comunicação buco-sinusal utilizando retalho de bola de Bichat – Relato de caso clínico. **BJIHS**, v. 6, n. 8, 2024.

D'DALARPONIO, Pedro de Alcantara Torquette. *et al.* A notoriedade expressiva do potencial regenerativo da bola de Bichat para fechamento de comunicação buco antral. **RSD**, v. 12, n. 10, 2023.

FAGUNDES, Amanda Virgínia Revoredo. **Tratamento de fístula bucosinusal utilizando a bola de Bichat**: Relato de caso. 2022. 22 f. Artigo (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

FEITOSA, Yvolle Franchini. **Tratamento da comunicação bucosinusal**: Uma revisão de literatura. 2023. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Unifacig, Manhuaçu.

FERREIRA, Danilo Pereira; CAMPELO, Luana Dias Da Cunha. Complicações da comunicação buco-sinusal em cirurgias bucais: Fatores de riscos, complicações e intervenções. **Int J Sci Dent.**, Niterói, v. 2, n. 67, mai./ago. 2025.

FERREIRA, Deborah Rayane de Lima. *et al.* Fechamento de comunicação buco-sinusal com bola de Bichat: Relato de caso. **Rease**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan. 2024.

GADELHA, Raíssa Dias Araújo. *et al.* Fechamento de comunicação buco-sinusal com corpo adiposo bucal associado a membrana de colágeno: Um relato de caso clínico. **Rease**, v. 10, n. 3, mar. 2024.

GORGONIO, Beatriz Alves Conrado; ALENCAR, Paulina Marques. **Sinusectomia Pela Técnica de Caldwell-Luc Pós Complicação em Levantamento de Seio Maxilar**: Relato de Caso. 2023. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte.

LEWUSZ-BUTKIEWICZ, Katarzyna; KACZOR, Kinga; NOWICKA, Alicja. Risk factors in oroantral communication while extracting the upper third molar: Systematic review. **Dental Med Probl.**, v. 55, n. 1, p. 69-74, jan./mar. 2018.

MELO, Radamés Bezerra. *et al.* Fechamento de comunicação bucossinusal com utilização do corpo adiposo bucal (bola de Bichat): Relato de caso. **RSD**, v. 11, n. 11, 2022.

MENEZES, Camila Abdon. **Taxa de sucesso no fechamento de comunicação buco-sinusal com a técnica do corpo adiposo de Bichat**: Uma revisão integrativa da literatura. 2023. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

NASCIMENTO, Maria Misleynne Da Silva. *et al.* Avaliação de diferentes técnicas de levantamento de seio maxilar destinadas a implantodontia: Revisão de literatura. **BJSCR**, v. 44, n. 1, 2023.

NEVES, Lucas Emmanuell de Morais. *et al.* Tratamento de fístula buco-sinusal utilizando tecido adiposo bucal: Relato de caso. **RSD**, v. 11, n. 6, 2022.

PARISE, Guilherme Klein; TASSARA, Luiz Felipe Rossi. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura. **Perspectiva**, Erechim, v. 40, n. 149, p. 153-162, mar. 2016.

PONTES, Bruna Salla; PAVANE, Rodrigo Maricchio. Levantamento de seio maxilar seguida de instalação imediata de implante: Um relato de caso clínico. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 5, p. 01-21, 2024.

ROCHA, Caroline Brígida Sá. *et al.* Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: Relato de caso. **BrJOMS**, Camaragibe, v. 20, n. 1, p. 34-38, jan./mar. 2020.

ROSA, Maria Madalena de Freitas; LIMA, Carolina Félix Santana Kohara. Comunicação buco-sinusal – Uma revisão bibliográfica. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, 2022.

SANTOS, Alex Cruz. *et al.* Manejo da comunicação bucosinusal decorrente de exodontia de molares superiores com retalho de reposicionamento palatino versus retalho de avanço vestibular em exodontias complexas: Revisão de literatura. **Revista Ft**, v. 28, n. 139, out. 2024.

SILVA, Elison Barbosa. *et al.* Comunicação buco-sinusal após exodontia de terceiro molar superior – Revisão de literatura. **BJHR**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 01-15, set./out. 2024.

SILVA, Joyce Meneses Machado. *et al.* Tratamento cirúrgico da comunicação buco-sinusal ocorrida durante a exodontia para reabilitação com prótese dentária: Relato de caso. **Reas**, v. 39, jan. 2020.

SILVA, Maria Brena Matias. *et al.* Técnicas cirúrgicas para o fechamento de comunicações buco-sinusais: Uma revisão integrativa. **Revista CPAQV**, v. 17, n. 2, 2025.

SINHORINI, Thamyres Cristina Dos Santos. *et al.* Fechamento de comunicação buco-sinusal utilizando o corpo adiposo bucal: Relato de caso clínico. **Salusvita**, Bauru, v. 39, n. 01, p. 77-90, 2020.

SOUZA, Letícia Tainá Santos; SEVERO, Gabriel Guimarães. Comunicação bucossinusal, do diagnóstico aos métodos de tratamentos cirúrgicos: Uma revisão de literatura. **Ciências da Saúde**, v. 17, nov. 2023.

UGARTE, Rodrigo Gonzalo Valdivia. *et al.* Relato de fechamento de fístula buco-sinusal com corpo adiposo e retalho vestibular. **Rease**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan. 2024.