



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE - CCTS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MAYARA MEDEIROS LIMA DE OLIVEIRA

**REMOÇÃO DE FRAGMENTO DENTÁRIO DESLOCADO PARA O SEIO MAXILAR:
RELATO DE CASO**

ARARUNA - PB

2022

MAYARA MEDEIROS LIMA DE OLIVEIRA

**REMOÇÃO DE FRAGMENTO DENTÁRIO DESLOCADO PARA O SEIO MAXILAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Odontologia.

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia bucomaxilofacial

Orientador: Prof. Me. Ilky Polllansky Silva e Farias

ARARUNA - PB

2022

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48r Oliveira, Mayara Medeiros Lima de.
Remoção de fragmento dentário deslocado para o seio maxilar [manuscrito] : relato de caso / Mayara Medeiros Lima de Oliveira. - 2022.
24 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2022.

"Orientação : Prof. Me. Ilky Pollansky Silva e Farias ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Cirurgia Bucal. 2. Complicações Intraoperatórias. 3.
Seio maxilar. I. Título

21. ed. CDD 617.605

MAYARA MEDEIROS LIMA DE OLIVEIRA

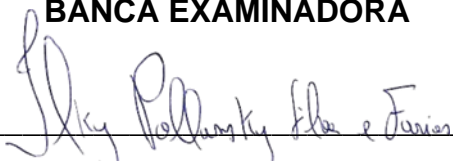
**REMOÇÃO DE FRAGMENTO DENTÁRIO DESLOCADO PARA O SEIO MAXILAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Odontologia.

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia bucomaxilofacial

Aprovada em: 24/11/2022

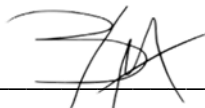
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Ilky Pollansky Silva e Farias (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)




Prof. Esp. Tácio Candeia Lyra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Bruno da Silva Mesquita
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À Deus, minha mãe, minha avó, e demais familiares por todo o apoio e esforço, DEDICO.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore e nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará contigo por onde quer que andares.”

Josué 1:9

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Aspecto clínico pré-operatório evidenciando defeito mucoso na região do dente 27.....	11
Figura 2 –	Corte da radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando a presença de solução de continuidade no assoalho do seio maxilar esquerdo e do fragmento radicular no interior do seio maxilar esquerdo.....	12
Figura 3 –	3A: Confecção do retalho de Caldwell-Luc e descolamento mucoperiosteal 3B: Demarcação da janela óssea para acesso ao interior do seio maxilar.....	12
Figura 4 –	Remoção do fragmento dentário do interior do seio maxilar esquerdo com pinça hemostática.....	13
Figura 5 –	Aspecto final do campo cirúrgico após sutura do retalho.....	13

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
ASA	American Society of Anesthesiology

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	14
4. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	19

REMOÇÃO DE FRAGMENTO DENTÁRIO DESLOCADO PARA O SEIO MAXILAR:

RELATO DE CASO

REMOVAL OF A DENTAL FRAGMENT MOVED INTO THE MAXILLARY SINUS:

CASE REPORT

Mayara Medeiros Lima de Oliveira¹

Ilky Polllansky Silva e Farias²

RESUMO

Introdução: A comunicação bucossinusal é definida como uma abertura entre a cavidade bucal e o seio maxilar, sendo mais comum ocorrer durante exodontias de dentes posteriores superiores, devido à proximidade de seus ápices radiculares com o assoalho do seio maxilar. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de comunicação bucossinusal decorrente de deslocamento de fragmento radicular para o seio maxilar durante procedimento de exodontia. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, leucoderma e com 35 anos de idade, compareceu a Clínica de Cirurgia Avançada da Universidade Estadual da Paraíba (Campus VIII – Araruna) com relato de desconforto durante a respiração e sensação de peso em hemiface esquerda dias após procedimento para extração de fragmento dentário (S.I.P.). Além disso, ao bochechar, relatou que o colutório escoava pela cavidade nasal. Ao exame de imagem (radiografia panorâmica), observou-se a presença de solução de continuidade no assoalho do seio maxilar e de um fragmento radicular na região do dente 27, confirmando o diagnóstico de comunicação bucossinusal devido a deslocamento de fragmento dentário durante a exodontia. **Conclusão:** Um exame clínico minucioso e um exame radiográfico de boa qualidade são chaves fundamentais para o planejamento e condução cirúrgica. O paciente do referido caso evoluiu, nos períodos trans e pós-operatórios, sem complicações e com a cicatrização satisfatória da área abordada.

Palavras-chave: Seio Maxilar. Cirurgia Bucal. Complicações Intraoperatórias.

ABSTRACT

Introduction: The opening between the oral cavity and the maxillary sinus causes bucossinusal communication, being more common during extractions of upper posteriorteeth, due to the proximity of their root apexes to the floor of the maxillary sinus. **Objective:** This study aims to report a clinical case of oroantral communication resulting from the displacement of a root fragment into the maxillary sinus during an extraction procedure. **Case Report:** A 35-year-old Caucasian male patient attended the Advanced Surgery Clinic of the State University of Paraíba (Campus VIII – Araruna) with a report of discomfort during breathing and a feeling of heaviness in the left hemiface days after procedure for following fragment service (S.I.P.). In addition, when assessing, he reported that the mouthwash drained through the nasal cavity. The image exam (panoramic radiography) revealed the presence of a solution of continuity in the floor of the maxillary sinus and a root fragment in the region

¹Graduanda em Odontologia pela UEPB, Campus VIII. E-mail: mayara.oliveira@aluno.uepb.edu.br

²Docente do curso de Odontologia da UEPB, Campus VIII. E-mail: ilky@servidor.uepb.edu.br

of tooth 27, confirming the diagnosis of oroantral communication due to displacement of a transient fragment during extraction. **Conclusion:** A thorough clinical examination and a good quality radiographic examination are fundamental keys for therapeutic planning and management. The patient in the aforementioned case evolved, during the trans and postoperative periods, without complications and with satisfactory healing of the treated area.

Keywords: Maxillary Sinus. Surgery Oral. Intraoperative Complications.

1 INTRODUÇÃO

Os seios paranasais são cavidades localizadas no interior de ossos pneumáticos e se dispõem em torno da cavidade nasal (BATISTA; JUNIOR; WICHNIESKI, 2011; FAGUNDES et al., 2018). Entre as suas diversas funções, a estrutural, a qual tem o objetivo de reduzir o peso do crânio, e a funcional, atuando como caixa de ressonância da voz e condicionamento do ar inspirado, são as mais relevantes (BATISTA; JUNIOR; WICHNIESKI, 2011).

No interior das maxilas, ossos que constituem o terço médio da face, estão localizados os seios maxilares, os quais são considerados os maiores e os primeiros seios paranasais a desenvolverem-se (VON ARX; VON ARX; BORNSTEIN, 2020). Sua anatomia assemelha-se a uma pirâmide, em que os seus lados correspondem às faces da maxila: a parede superior, ou teto, corresponde à face orbital da maxila, no assoalho da órbita; a parede anterior corresponde à face anterior da maxila; a posterior corresponde à face infratemporal da maxila, separando o seio da fossa infratemporal. A parede inferior, ou assoalho, corresponde ao processo alveolar da maxila (BATISTA; JUNIOR; WICHNIESKI, 2011).

Durante o processo de erupção dos dentes permanentes, o seio maxilar cresce no sentido vertical e, conseqüentemente, os alvéolos dentários tornam-se salientes no assoalho maxilar (YANG; JEE; RYU, 2018). Essa íntima relação entre as raízes dentárias superiores, principalmente dos molares, com o assoalho do seio maxilar exige, por parte do cirurgião-dentista, uma atenção redobrada durante os procedimentos de exodontias, evitando intercorrências e complicações, a exemplo da comunicação bucossinusal (GHEISARI; HOSEIN ZADEH; TAVANAFAR, 2019).

A comunicação bucossinusal se define como uma abertura patológica e não natural, sendo geralmente de origem traumática, havendo uma conexão entre a cavidade oral e o seio maxilar (KWON et al., 2020). É uma intercorrência que pode ser motivada pela presença de raízes longas e/ou divergentes dos dentes molares em

seios extensamente pneumatizados, por pouco ou nenhum osso entre as raízes e o assoalho, pelo uso inadequado de instrumentos cirúrgicos e pelo excesso de força durante a exodontia (YANG; JEE; RYU, 2018).

É importante que essa intercorrência seja diagnosticada e tratada para evitar sequelas, como a sinusite pós-operatória e a formação de fístula bucossinusal (GHEISARI; HOSEIN ZADEH; TAVANAFAR, 2019). O paciente pode apresentar sinais e sintomas desagradáveis como halitose, redução de paladar e olfato, dor na região da comunicação bucossinusal, presença de exsudato purulento e escape de fluídos (MAINASSARA CHEKARAOU; BENJELLOUN; EL HARTI, 2021).

Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de relatar a conduta clínica diante um quadro de comunicação bucossinusal com deslocamento de fragmento radicular para o seio maxilar durante o procedimento de extração dentária.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma e com 35 anos de idade, compareceu a Clínica de Cirurgia Avançada da Universidade Estadual da Paraíba (Campus VIII - Araruna) queixando-se de desconforto durante a respiração e sensação de peso em hemiface esquerda (S.I.P.), dias após ter sido submetido a procedimento de exodontia. Além disso, relatou que, ao bochechar, o líquido colutório escoava pela cavidade nasal.

Durante a anamnese, não foram identificadas doenças sistêmicas e o paciente negou histórico de alergia a anestésicos locais e outros fármacos, sendo considerado ASA I, de acordo com a *American Society of Anesthesiology*.

Ao exame físico extraoral, não se observou assimetria facial e alterações na região de cabeça e pescoço. Já o exame físico intraoral evidenciou a presença de uma pequena abertura na mucosa adjacente ao dente 27 (FIGURA 1).

Um exame de imagem foi solicitado (radiografia panorâmica dos maxilares), sendo constatada a presença de solução de continuidade no assoalho do seio maxilar esquerdo e de um fragmento radicular no interior do mesmo (FIGURA 2), confirmando os diagnósticos de comunicação bucossinusal e sinusite maxilar decorrente de deslocamento de fragmento dentário durante procedimento de exodontia.

Após a instituição das manobras de biossegurança e da realização da anestesia na região a ser abordada, o retalho de Caldwell-Luc foi confeccionado acima

da crista do rebordo alveolar. Em seguida, conduziu-se com o descolamento mucoperiosteal e exposição da parede anterior do seio maxilar esquerdo (FIGURA 3A), no qual foi realizada uma osteotomia para acesso ao interior do seio maxilar (FIGURA 3B).

A remoção do fragmento dentário foi realizada com o auxílio de uma pinça hemostática, mediante irrigação abundantemente da região cirúrgica com soro fisiológico 0.9% estéril (FIGURA 4). Por fim, o retalho cirúrgico foi reposicionado e suturado com fio de seda 3-0 (FIGURA 5).

Ao final do procedimento, o paciente foi orientado quanto as medicações de uso domiciliar (Amoxicilina 500 mg – 1 cápsula de 8 em 8 horas por 7 dias, Nimesulida 100 mg – 1 comprimido de 12 em 12 horas por 4 dias, Dipirona Sódica 1 g – 1 comprimido de 6 em 6 horas por 3 dias, Digluconato de Clorexidina 0.12% - bochechar 3 vezes ao dia e durante 7 dias) e quando aos cuidados pós-operatórios.

Uma semana após a realização do procedimento, o paciente retornou para a remoção da sutura e avaliação pós-operatória, sendo observada uma boa cicatrização da ferida cirúrgica e ausência de processos inflamatórios e infecciosos na região abordada.



Figura 1 – Aspecto clínico pré-operatório evidenciando defeito mucoso na região do dente 27.



Figura 2 – Corte da radiografia panorâmica pré-operatória a qual evidencia a presença de solução de continuidade no assoalho e o fragmento radicular no interior do seio maxilar esquerdo.pan

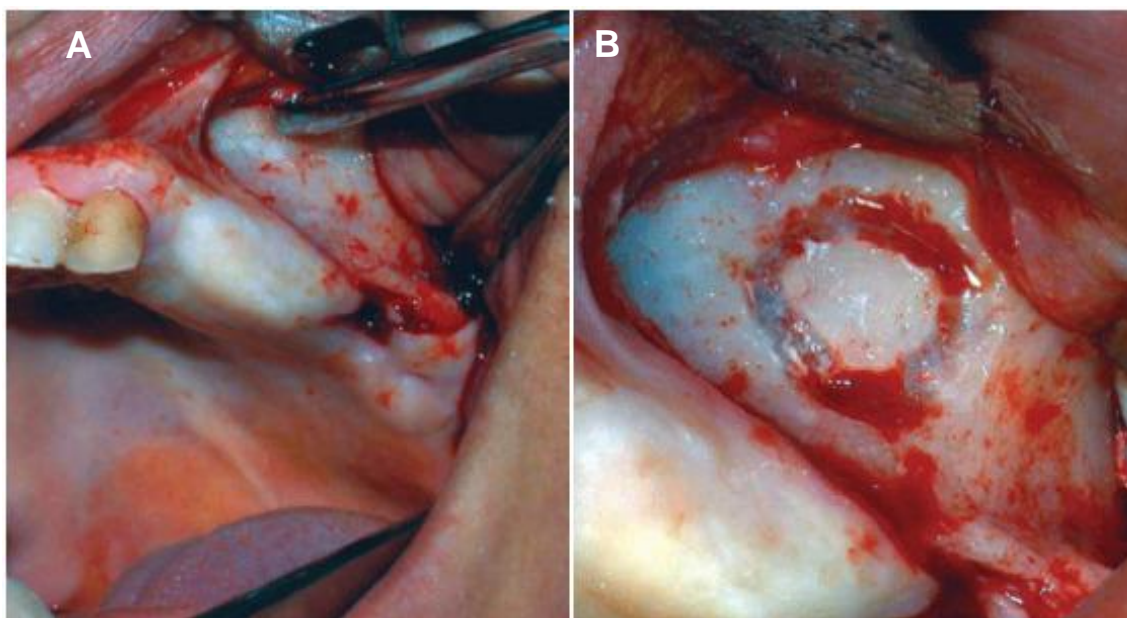


Figura 3: (A) Confecção do retalho Caldwell-Luc e descolamento mucoperiosteal. (B) Demarcação da janela óssea para acesso ao interior do seio maxilar.



Figura 4: Remoção do fragmento dentário do interior do seio maxilar esquerdo com a pinça hemostática.

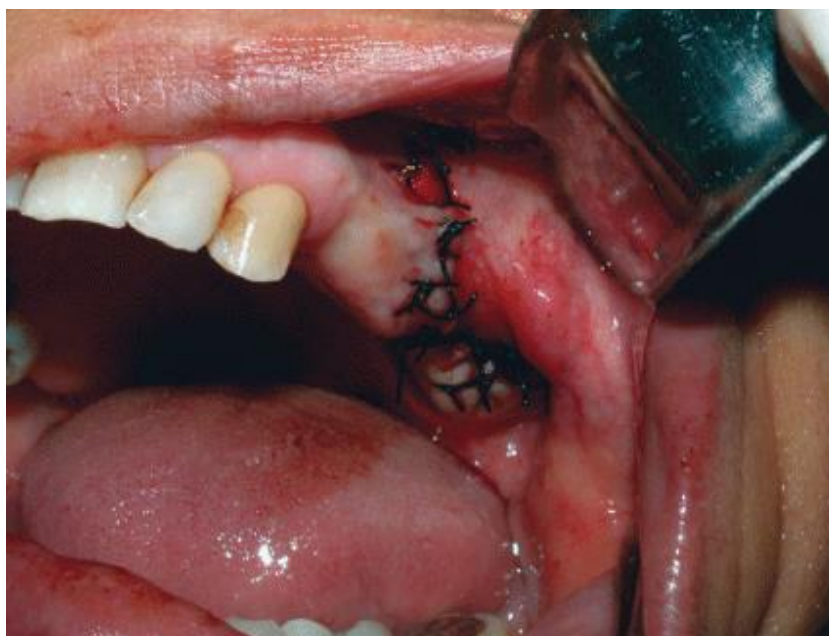


Figura 5: Aspecto final do campo cirúrgico após sutura do retalho.

3 DISCUSSÃO

A perfuração do seio maxilar e sua comunicação com a cavidade oral é uma intercorrência frequente durante os procedimentos de exodontia dos dentes posteriores superiores (BAEK; KIM; LEE, 2021). Cerca de 48% dos casos de comunicação bucossinusal ocorrem em cirurgias que envolvam os dentes pré-molares e molares. Essa situação é justificada pela íntima relação entre as suas raízes com o assoalho do seio maxilar (PARVINI et al., 2019).

No entanto, outros procedimentos também podem desencadear essa situação. São eles: intervenções em patologias císticas ou tumores (18,5%), fraturas da tuberosidade, infecções periapicais de molares, deslocamento de implantes dentários e trauma (7,5%). Outras causas, apesar de menos frequentes, também podem ser associadas, como a osteorradionecrose, necrose de retalho cirúrgico e complicação na execução da técnica de Caldwell-Luc (KHANDELWAL; HAJIRA, 2017).

A presença de sintomatologias pode variar entre casos agudos e crônicos. A dimensão também influencia na presença de sintomatologia, pois em casos que a perfuração é pequena ou esteja coberta por um pólip, os sintomas podem não ser relatados pelos pacientes (PARVINI et al., 2019). Entretanto, a dor lancinante, escape de fluidos e de ar da boca para o nariz, epistaxe e alteração da voz devido a modificação na ressonância vocal são características mais presentes em condições agudas (SHUKLA et al., 2021; KIRAN KUMAR KRISHANAPPA et al., 2018).

À medida que a fístula se estabelece e a situação torna-se crônica, os sintomas podem mudar para uma dor de menor intensidade, presença de secreção mucopurulenta persistente e unilateral na narina afetada, secreção pós-nasal acompanhado de gosto desagradável, tosse noturna, rouquidão, dor de ouvido ou surdez catarral, sinusite e saída de um pólip antral para a cavidade oral (SHUKLA et al., 2021; KIRAN KUMAR KRISHANAPPA et al., 2018).

Ao executar o exame físico, é importante observar o tempo que a comunicação bucossinusal está presente, a sua dimensão, sua localização e a saúde do tecido adjacente. Esses fatores são importantes para a escolha da técnica que será empregada na cirurgia (SHUKLA et al., 2021). Lesões de até 5mm são capazes de cicatrizarem de forma espontânea na ausência de infecções, no entanto, quando apresentam um tamanho maior que 5mm torna-se necessário intervenção cirúrgica (BAEK; KIM; LEE, 2021).

Alguns testes podem ser executados durante o exame físico para a detecção da comunicação bucossinusal. No teste de Valsalva, faz-se necessário que o paciente expulse suavemente o ar contra as narinas fechadas e a boca aberta, de modo que a passagem de ar ou sangue no leito cirúrgico comprova a comunicação bucossinusal. No entanto, um resultado negativo não exclui a possibilidade da comunicação, pois nem sempre é possível identificar essas passagens em perfurações menores. Um espelho bucal colocado próximo ao orifício também pode confirmar o diagnóstico quando ocorre o seu embaçamento (AZZOUZI; HALLAB; CHBICHEB, 2022).

A utilização de exames complementares é importante para o correto diagnóstico e para investigar a presença de corpo estranho no interior do seio maxilar. A radiografia panorâmica pode ser empregada para analisar o defeito alveolar e a radiografia de Waters para ver a presença de infecção no seio maxilar (PARVINI et al., 2019). Os principais achados radiográficos são o espessamento da mucosa sinusal ou sua opacificação, descontinuidade do assoalho do seio e atrofia alveolar focal (BORGONOVO, et al., 2012).

No entanto, a tomografia computadorizada volumétrica e a tomografia computadorizada de feixe cônico são consideradas o padrão ouro para avaliação e diagnóstico da comunicação bucossinusal e da sinusite maxilar (MAINASSARA CHEKARAOU; BENJELLOUN; EL HARTI, 2021). Ambas as técnicas podem ser aplicadas para avaliar o tamanho da fístula, caracterizar o osso e a mucosa ao redor da perfuração, pode revelar interface ar-líquido e o corpo estranho (PARVINI et al., 2019).

Em situações em que a comunicação de maior diâmetro não é diagnosticada e tratada, raramente haverá uma cicatrização espontânea. Dessa forma, elas poderão evoluir para uma fístula bucossinusal e torna-se epitelizada. Essa epitelização forma-se a partir de, no mínimo, 48h de presença da comunicação (AZZOUZI; HALLAB; CHBICHEB, 2022).

Promover o fechamento da comunicação bucossinusal é muito importante, pois além de promover o acúmulo de alimentos e saliva, ainda é uma via de penetração bacteriana e fúngica. Esses fatores podem promover a contaminação do seio e conseqüentemente uma sinusite maxilar ou uma pan-sinusite (MAINASSARA CHEKARAOU; BENJELLOUN; EL HARTI, 2021; ELDHOSSE et al., 2022). É importante ressaltar que, quando uma infecção se faz presente, o seu controle deve ser priorizado para que a cicatrização não se torne lenta e a sinusite crônica (KWON et al., 2020).

Isso pode requerer irrigação frequente da fístula e do seio, combinada com o uso de antibióticos e descongestionantes. (PARISE; TASSARA, 2016).

O resultado mais comumente encontrado diante de lesão iatrogênica da membrana de Schneider do seio maxilar é a sinusite odontogênica (TROELTZSCH et al., 2015). As complicações que ocorrem em cirurgias de extração dentária, com proximidade das raízes dentárias com o seio maxilar, problemas durante as cirurgias de implante, em que, por um descuido, ocorra a perfuração do seio, são alguns dos diversos motivos que podem ser considerados como a causa desse rompimento (LIMA et al., 2017).

A sinusite maxilar odontogênica tem entre os sintomas mais relatados a obstrução ou congestão nasal, dor ou pressão na face, dores de cabeça apenas em apenas um lado da face e em casos mais graves pode ser relatado febre (GOMES; MAKRIS; VITO, 2021).

Apesar de ainda não existir um protocolo definido, o tratamento da sinusite maxilar com maior efetividade é realizado com antibioticoterapia, drenagem do abscesso e tratamento endodôntico ou periodontal. Em casos que a causa seja por iatrogenia, é necessária que a intervenção cirúrgica seja realizada para a remoção do corpo estranho e reconstrução do assoalho do seio maxilar (LOPES et al., 2019; PSILAS et al., 2021).

O antibiótico de primeira escolha é a penicilina combinada com clavulanato, pois estes medicamentos possuem a capacidade de atingir bactérias aeróbias e anaeróbias. Casos em que o paciente tenha contraindicação do uso de penicilina, como em situações de alergia, a ciprofloxacina e tetraciclina podem ser utilizados como método alternativos (WORKMAN; GRANQUIST; ADAPPA, 2018).

No início do tratamento, enquanto não existe resultado das culturas microbiológicas e do antibiograma, os antibióticos devem ser de largo espectro, do tipo penicilina e derivados (Amoxicilina, Ampicilina, entre outros) e as doses e os intervalos corretos devem ser cumpridos. Aos alérgicos a penicilinas pode ser prescrito Eritromicina ou Clindamicina. Este tratamento é normalmente prescrito durante um período de 10 a 14 dias (LOPES et al., 2019).

Se o paciente não responde da forma esperada à terapêutica antibiótica imediata, nas primeiras 72 horas, o tratamento deve ser reavaliado. Deve-se eliminar a causa, se ainda não o foi. E deve-se adaptar esta terapêutica aos resultados microbiológico, mudando os antibióticos (GOMES; MAKRIS; VITO, 2021).

O tratamento inicial da sinusite maxilar consiste na promoção da fluidificação das secreções ressecadas da passagem nasal e do óstio sinusal, auxiliando dessa forma na sua remoção. A pseudoefedrina (Sudafed®) e spray nasal contendo vasoconstritores, tais como efedrina 2% ou fenilefrina a 0,25% são opções de descongestionantes de administração sistêmica que podem ser utilizados. Esses fármacos causam a diminuição da congestão do seio e do nariz, o que irá facilitar na drenagem normal (PARISE; TASSARA, 2016).

Apesar de existir diversas técnicas, promover o fechamento destas comunicações é um processor desafiador. O sucesso do tratamento depende da eliminação eficaz do trajeto fistuloso e de patologias e infecções associadas a comunicação (SHUKLA et al., 2021). As técnicas de tratamento variam entre retalhos de tecidos moles, enxertos autógenos, xenoenxertos, enxertos alógenos, biomaterial autólogo e materiais sintéticos (BAEK; KIM; LEE, 2021).

Para promover o fechamento da comunicação, uma alternativa eficaz é a utilização do corpo adiposo bucal. O seu sucesso é comprovado na literatura, e a sua principal vantagem é não interferir na profundidade do sulco vestibular. A sua posição anatômica possui características favoráveis para que ele seja utilizado como enxerto pediculado na reconstrução de defeitos intra-bucais, especificamente na região da maxila (JUNIOR; KEIM; KREIBICH, 2008).

Outra opção de tratamento é a técnica do retalho palatino pediculado, ela é recomendada para o fechamento tardio de fístulas buco-sinusais, podendo ser utilizada em casos que o fechamento com retalho vestibular tenha falhado (KWON et al., 2020). Esse retalho possui boa vascularização, excelente espessura e massa de tecido, fácil acessibilidade. No entanto sua principal desvantagem é a dificuldade para posicionamento do retalho palatino podendo levar a necrose tecidual, hemorragia acidental da artéria palatina e o desconforto devido a área doadora cruenta (AZZOUZI; HALLAB; CHBICHEB, 2022).

Retalhos bucais vestibulares é um dos métodos de retalho mais utilizados para fechamento de fístulas e comunicações buco-sinusais. Isso se dá devido a facilidade de realização, pouca morbidade e possibilidade de utilização sob anestesia local (LIMA et al., 2017). Este retalho deixa uma área menos cruenta quando se é comparado aos retalhos palatinos rodados.

O retalho vestibular, quando é utilizado em defeitos muito extensos, o fechamento sem tensão não poderá ser conseguido, isso pode promover uma

diminuição do fundo de vestíbulo que pode dificultar futuramente a adaptação de próteses (KIRAN KUMAR KRISHANAPPA et al., 2018).

Situações em que o paciente desenvolve uma sinusite crônica associada a fragmento dentário no interior do seio maxilar, e não houver a regressão da infecção a partir do tratamento com antibioticoterapia, torna-se necessário a intervenção cirúrgica. Nesses casos, pode-se usar a técnica da cirurgia endoscópica sinusal ou o procedimento de Caldwell-Luc (WEINSTOCK; NIKOYAN; DYM, 2014; KWON et al., 2020). Apesar da técnica endoscópica apresentar algumas vantagens, o alto custo do equipamento acaba inviabilizando, na maioria dos casos, o seu uso no meio odontológico (DIACHKOVA et al., 2020).

Meneses et al. (2014) descreveram um relato de caso clínico-cirúrgico em que o paciente teve um resto radicular introduzido no seio maxilar de forma acidental por um cirurgião-dentista. Nesse estudo, os autores destacaram que a técnica de Cadwell-Luc fornece uma boa visualização do campo operatório, dando condições suficientes para que o cirurgião possa ter acesso à cavidade sinusal e ter sucesso na realização do tratamento preconizado.

Santos et al. (2016) relataram um caso de remoção de raiz dentária no seio maxilar com o auxílio de fonte luminosa provinda de fibroscópio em paciente do gênero masculino, 68 anos. Os autores concluíram que a técnica de Cadwell-Luc apresentou um pós-operatório de recuperação satisfatório de um mês e, além disso, a fibra ótica auxiliou na remoção do elemento dentário.

O acesso de Caldwell-Luc é um método mais simples, acessível, e usado com altas taxas de sucesso ao longo do tempo. Ele promove um acesso ao seio maxilar, oferecendo um amplo espaço para a remoção de corpos estranhos (DIACHKOVA et al., 2020; HAJIIOANNOU et al., 2016). Neste tipo de acesso, uma grande porção da parede anterior e do revestimento epitelial do seio é removida. Apesar disso, essa técnica é a mais empregada nessas situações, permitindo melhor acessibilidade e visibilidade ao seio a ao fragmento dentário (GASSEN et al., 2007).

4 CONCLUSÃO

Intercorrências durante a remoção de dentes maxilares posteriores, como o deslocamento de fragmento dentário para o seio maxilar, são passíveis de acontecer. Entretanto, quando se realiza um exame clínico detalhado e se solicita um bom exame

de imagem, além da utilização dos princípios de cirurgia e exodontia, a possibilidade deste tipo de intercorrência reduz consideravelmente. No presente relato, o paciente evoluiu satisfatoriamente no período pós-operatório e sem sinais clínicos de infecção na área abordada.

REFERÊNCIAS

AZZOUZI, A.; HALLAB, L.; CHBICHEB, S. Diagnosis and Management of oro-antral fistula: Case series and review. **International journal of surgery case reports**, v. 97, n. 107436, p. 107436, 2022.

BAEK, J.-H.; KIM, B.-O.; LEE, W.-P. Implant placement after closure of oroantral communication by sinus bone graft using a collagen barrier membrane in the shape of a pouch: A case report and review of the literature. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, v. 57, n. 6, p. 626, 2021.

BATISTA, P. S; JUNIOR, A. F. R.; WICHNIESKI, C. Contribuição para o estudo do seio maxilar. **Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 52, n. 4, p. 235–239, 2011.

BORGONOVO, A. E. et al. Surgical options in oroantral fistula treatment. **The open dentistry journal**, v. 6, p. 94–98, 2012.

DIACHKOVA, E. et al. The modified Caldwell-Luc approach with the use of collagen material for treatment of a chronic perforated maxillary sinusitis. **Case reports in dentistry**, v. 2020, p. 8874227, 2020.

ELDHOSE, K. G. et al. Management of Oroantral Fistula with Root Displaced into Maxillary Sinus: **A Case Report. Journal of Oral and Biomedical Sciences**, v. 1, n. 1, p. 41–44, fev. 2022.

FAGUNDES, L. C. et al. Achados patológicos em seio maxilar em radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 24, n. 2, p. 148–153, set. 2018.

GASSEN, T. H. et al. Displacement of strange body to the maxillary sinus: etiologic factors and removal by caldwell-luc approach. **Robrac**, v. 16, n. 42, p. 15-22, 2007.

GHEISARI, R.; HOSEIN ZADEH, H.; TAVANAFAR, S. Oro-antral fistula repair with different surgical methods: A retrospective analysis of 147 cases. **Journal of dentistry (Shiraz, Iran)**, v. 20, n. 2, p. 107–112, 2019.

GOMES, A.M.C.; MAKRIS, L.M.L.; VITO, L. Uso da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico no diagnóstico das Sinusites Odontogênicas: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n.6, p. 28916- 28928, 2021.

HAIIOANNOU, J. et al. In the era of endoscopic sinus surgery, is there still a place for the Caldwell-Luc procedure? **B-ENT**, v. 12, n. 2, p. 99–102, 2016.

JUNIOR, J.C.M.; KEIM, F.S.; KREIBICH, M.S. Fechamento de Comunicação Bucal-antral com a bola adiposa de Bichat – Relato de Caso. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** v.12, n.3, p.450- 453. 2008.

KHANDELWAL, P.; HAJIRA, N. Management of Oro-antral communication and fistula: Various surgical options. **World journal of plastic surgery**, v. 6, n. 1, p. 3–8, 2017.

KIRAN KUMAR KRISHANAPPA, S. et al. Interventions for treating oro-antral communications and fistulae due to dental procedures. **Cochrane database of systematic reviews**, v. 8, n. 8, p. CD011784, 2018.

KWON, Min-Soo et al. Closure of oroantral fistula: a review of local flap techniques. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 46, n. 1, p. 58-65, 2020.

LIMA, C.O. et al. Sinusite odontogênica: uma revisão de literature, **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 1, p. 40-44, 2017.

LOPES, K.S. et al. Tratamento de Sinusite Maxilar de Origem Odontogênica: Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.26, n.2, p. 49-53, 2019.

MAINASSARA CHEKARAOU, S.; BENJELLOUN, L.; EL HARTI, K. Management of oro-antral fistula: Two case reports and review. **Annals of medicine and surgery**, v. 69, 2021.

MENESES, Raphael Oliveira de et al. Deslocamento de resto radicular no seio maxilar devido a manobras incorretas de exodontia: um relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 14, n. 4, p. 77-80, 2014.

PARISE, G. K.; TASSARA, L.F.R. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura. **Madrid. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões–URI Erechim**, v. 10, 2016.

PARVINI, P. et al. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. **International journal of implant dentistry**, v. 5, n. 1, p. 13, 2019.

PSILAS, G. et al. Odontogenic maxillary sinusitis: A comprehensive review. **Journal of Dental Sciences**. v. 16, n. 1, p. 474-481, 2021.

SHUKLA, B. et al. Closure of oroantral fistula: Comparison between buccal fat pad and buccal advancement flap: A clinical study. **National journal of maxillofacial surgery**, v. 12, n. 3, p. 404–409, 2021.

TROELTZSCH, M. et al. Etiology and clinical characteristics of symptomatic unilateral maxillary sinusitis: A review of 174 cases. **Journal of Craniomaxillofacial Surgery**, v. 43, n. 1, p. 1522–1529, 2015.

VON ARX, T.; VON ARX, J.; BORNSTEIN, M. M. Outcome of first-time surgical closures of oroantral communications due to tooth extractions. A retrospective analysis of 162 cases. **Swiss dental journal**, v. 130, n. 12, p. 972–982, 2020.

WEINSTOCK, R. J.; NIKOYAN, L.; DYM, H. Composite three-layer closure of oral antral communication with 10 months follow-up-a case study. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 72, n. 2, p. 266.e1–7, 2014.

WORKMAN, A. D.; GRANQUIST, E. J.; ADAPPA, N. D. Odontogenic sinusitis: developments in diagnosis, microbiology, and treatment. **Current Opinion Otolaryngologic Head Neck Surgery**. v. 26, n.1, p. 27-33, 2018.

YANG, S.; JEE, Y.-J.; RYU, D.-M. Reconstruction of large oroantral defects using a pedicled buccal fat pad. **Maxillofacial plastic and reconstructive surgery**, v. 40, n. 1, p. 7, 2018.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, eu agradeço à **Deus** por ter me ajudado a não desanimar durante toda a minha trajetória, pois se eu estou aqui hoje, concluindo o curso e apresentando o meu TCC, é graças a Ele. Há cinco anos atrás eu não me imaginava cursar odontologia aqui na UEPB, meus sonhos eram totalmente diferentes, mas Deus me traçou um outro caminho, o que me trouxe até aqui. Sai de casa muito jovem, me senti perdida, tive dificuldade para me adaptar ao ritmo da faculdade e fazer novas amizades, tive muitas angustias, medos, noites sem dormir e muitas vezes a vontade de desistir apareceu, mas Deus nunca me deixou de lado.

À minha **Mãe, Maria Aparecida**, que é a mulher mais importante da minha vida. Ela desempenhou não só o papel de mãe, mas também de pai, de maneira extraordinária. Sem ela, de maneira alguma, eu não teria chegado até aqui, não seria a pessoa que eu sou hoje. Agradeço por toda a confiança, todo amor, todo o carinho e investimento, eles foram e ainda são fundamentais para mim. A vitória dessa conclusão de curso não é só minha, é nossa!

À minha **avó, Maria de Fátima**, que nunca mediu esforços para cuidar de mim e me ajudar no que fosse preciso, sem ela também não teria conseguido chegar até aqui. Ao meu irmão, Matheus, e demais familiares, tios e tias, por todo o apoio e pela ajuda que muito contribuíram para a minha jornada e pelo incentivo nos momentos mais difíceis.

Às minhas amigas de longa data, **Jady, Rose, Natália e Laura**, que mesmo distantes foram grandes incentivadoras, me deram apoio constante e sempre foram capazes de arrancar tantas risadas minhas quando eu estava deprimida.

Aos amigos que adquiri nessa jornada, **Larissa, Alisson, Débora, Annyele, Taysllan, Isabel, Matheus Harllen, Eduarda, Vitória e Shayanne**, conhecer vocês e ter suas amizades trouxeram felicidades para a minha trajetória. Sempre irei carregar comigo as lembranças dos nossos momentos juntos, nossas conversas, passeios e risadas. Obrigado por todos os momentos compartilhados!

Agradeço a **Maria Isabel e a Matheus Harllen**, vocês me viram em momentos difíceis, me ajudaram a manter a calma e não mediram esforços para me ajudar. Obrigada por tudo.

Aos meus colegas de curso e ao meu trio, **Aline e Brenno**, com quem convivi intensamente durante os últimos anos e que troquei experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formanda.

Ao professor **Ilky Pollanky**, por ter sido meu orientador, por ter aceitado esse desafio. Agradeço pelas correções, conselhos e pelo suporte. Aos professores **Tácio Candeia e Bruno Mesquita**, agradeço pelas considerações e por terem aceitado participar desta banca.

A professora **Morgana**, agradeço por ter me convidado a participar de projetos de extensão e PIBIC. Obrigado pelos conselhos e pelas oportunidades.

A todos os **professores** que passaram por minha vida, serei eternamente grata por terem contribuído para a minha formação acadêmica.

À **Universidade Estadual da Paraíba**, que foi essencial no meu processo de formação profissional, aqui eu aprendi muito ao longo dos anos do curso. É uma honra dizer que estudei e me formei como cirurgiã-dentista na UEPB campus VIII – Araruna.