

Remoção cirúrgica de elemento dentário no interior do seio - maxilar: Relato de caso

Surgical removal of dental element inside the sinus - jaw: Case report

Anna Caroline Coelho Dias

Aluna do curso de Odontologia da Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brasil.

Ana Flavia Louzada Ferreira

Aluna do curso de Odontologia da Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brasil.

Paulo César Ribeiro

Professor da disciplina de Cirurgia Bucal do curso de Odontologia da Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brasil.

Suelen Cristina Sartoretto

Professora da disciplina de Cirurgia Bucal do curso de Odontologia da Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brasil.

Marcelo José Uzeda

Professor da disciplina de Cirurgia Bucal do curso de Odontologia da Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brasil.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Professor da disciplina de Cirurgia Bucal do curso de Odontologia da Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brasil.

Instituição na qual o trabalho foi realizado: Universidade Iguaçu (UNIG)

Categoria: Relato de Caso

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Endereço: Av. Abílio Augusto Távora, 2134, Nova Iguaçu - RJ, 26260-045

Telefone: 0800 021 2013

Email: resende.r@hotmail.com

Resumo

O seio - maxilar é a cavidade paranasal ampla que ocupa todo o corpo do osso maxilar, concedendo uma íntima relação com as raízes dos dentes posteriores superiores. Em alguns casos, podem ocorrer algumas complicações cirúrgicas, onde uma das de maior ocorrência é a penetração de corpos estranhos no interior da cavidade sinusal. Este trabalho tem como objetivo discutir e relatar um caso clínico de uma paciente B.F.R., leucoderma, sexo feminino, 36 anos de idade, encaminhada à Clínica de Cirurgia Bucal do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu/RJ, onde a mesma apresentava ao exame por imagem, o elemento dentário nº18 no interior do seio - maxilar gerando episódios recorrentes de sinusite. O procedimento foi realizado sob anestesia local em ambiente ambulatorial, sem intercorrências trans e pós - operatórias. Em acompanhamento ambulatorial pós-operatório no período de 12 meses, não houve mais a presença de novos quadros de sinusite e/ou queixas álgicas na região.

Palavras – chave: Cirurgia Bucal; Seio - maxilar; Sinusite.

Abstract

The maxillary sinus is the wide paranasal cavity that occupies the entire body of the maxillary bone, granting an intimate relationship with the roots of the upper posterior teeth. In some cases, some surgical complications can occur, where one of the most frequent is the penetration of foreign bodies into the sinus cavity. This paper aims to discuss and report a clinical case of the patient B.F.R., leucoderma, female, 36 years old, referred to the Oral Surgery Clinic of the Dentistry Course at Universidade Iguazu / RJ, where she presented it to the imaging exam, dental element nº18 inside the maxillary sinus, generating recurrent episodes of sinusitis. The procedure was performed under local anesthesia in an outpatient setting, with no trans and postoperative complications. In outpatient postoperative follow-up over a 12-month period, there was no longer the presence of new sinusitis and / or pain complaints in the region.

Key words: Oral Surgery; Maxillary sinus; Sinusitis.

Introdução

O seio - maxilar é o maior dentre os seios paranasais, estando localizado no corpo do osso maxilar. Anatomicamente, seu teto é composto pelo assoalho da órbita e seu assoalho pelo processo alveolar da maxila. O revestido dessa estrutura é composta por duas estruturas: o epitélio respiratório (epitélio cilíndrico, pseudo-estratificado, ciliado, muco-secretor) e perióstio da região. O seio - maxilar apresenta íntima relação com as raízes dos pré-molares e molares superiores, possibilitando diversas

complicações cirúrgicas, onde uma das mais vistas é, a acidental introdução de corpos estranhos para o interior da cavidade sinusal (FABRIS, V., 2013).

Os métodos de prevenção para tal acidente inclui-se um planejamento correto através da anamnese, exames físico e exame por imagem (radiografias ou tomografias computadorizadas) criteriosos, além da escolha de técnicas conservadoras de exodontia, como por meio de ostectomias e/ou odontosecções. Porém, mesmo se tomando esses cuidados a região mais afetada por tais acidentes é a posterior de maxila, nos elementos dentários nº 16 e 26, devido a sua estrutura dentária composta por três raízes com grande extensão (JUNIOR, P.D.R., 2014).

É caracterizado como uma iatrogenia quando ocasionada pelo uso de técnicas ou instrumentais incompatíveis com a anatomia do seio - maxilar. Quando são terceiros molares superiores não erupcionados, deve-se verificar se o elemento dental compõe ou não a parede posterior do seio - maxilar. Além do mais, a densidade óssea refere-se diretamente com a idade do paciente, facilitando a penetração do dente ao seio (FABRIS, V., 2013).

Em casos de deslocamento acidental de raízes dentárias ou elementos dentários para o seio - maxilar, o tratamento de escolha é a remoção cirúrgica, com o uso da técnica de CaldWell-Luc, evitando futuras infecções e o aumento da comunicação gerada com o seio maxilar. Diversos são os exames por imagens usados nessas situações. As incidências de Waters e perfil de face são de grande utilidade, mas a radiografia panorâmica dos maxilares é o método mais utilizado para o diagnóstico. Porém, a tomografia computadorizada oferece nitidez e visão tridimensional adequada e torna-se indispensável para uma avaliação e condução correta do caso (MENESES, R.O., 2014).

Relato de caso

Paciente B.F.R., leucoderma, sexo feminino, 36 anos de idade, foi encaminhada por seu médico clínico geral à Clínica de Cirurgia Bucal do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu/RJ, onde relatou ao profissional que realizou sua avaliação inicial

que se apresentava no momento com o diagnóstico de sinusite, e que isso já se repetia à cerca de 20 anos, sempre sendo tratada de forma medicamentosa através de antibioticoterapia. Porém, só havia realizado radiografia da região e nunca uma tomografia computadorizada e tão pouco sido encaminhada para a avaliação de um cirurgião - dentista.

Inicialmente foi realizado o exame físico intra- oral, onde não foi visualizado presença de aumento de volume e sem presença de fistulabucossinusal e/ou secreção na região. Em palpação próxima ao seio-maxilar direito, a mesma relatou um incomodo local durante a manipulação pelo profissional. E relatou que estava sentindo uma pressão grande na região durante todos os períodos do dia, sendo exacerbada quando subia as escadas do seu prédio.

Foi solicitado como exame de imagem uma tomografia computadorizada do tipo Fan – Beam, sem contraste, para uma melhor avaliação da região do seio - maxilar direito e logo iniciado a terapia medicamentosa para melhora do caso. Como prescrição, optamos para a melhora do quadro de sinusite: Amoxicilina com Clavulanato de Potássio 875 mg de 12 em 12 horas durante 14 dias, Cloridrato de oximetazolina 0,5 mL de 12 em 12 horas durante 14 dias e em virtude das queixas álgicas relatadas pela mesma, Dipirona Monohidratada 1g de 06 em 06 horas durante 03 dias.

Após 48 horas a paciente retornou a Clínica de Cirurgia Bucal da Universidade Iguazu/RJ, para realização de uma nova avaliação clínica e de seu exame de imagem que lhe foi solicitado. Foi relatado ao profissional que com a utilização da medicação, foi possível ter uma melhora de seu quadro clínico, onde ocorreu diminuição da pressão relatada inicialmente e de suas queixas álgicas na região do seio - maxilar.

No exame tomográfico em cortes coronais e axiais, foi possível visualizar a presença de velamento sinusal em seio – maxilar do lado direito e da presença de um elemento dentário, possivelmente o elemento número 18, no interior do mesmo. **(FIGURA 1)** A paciente foi questionada sobre a tentativa de exodontia deste elemento dentário em algum período de sua vida, porém a mesma relatou que em nenhum momento foi realizado.

Com isso, os profissionais decidiram realizar o procedimento cirúrgico sob anestesia local em ambiente ambulatorial para a remoção cirúrgica do elemento dentário no interior do seio – maxilar, após a remissão da infecção local. Assim, a paciente foi avaliada a cada 48 horas na clínica da Universidade.

No 14º dia após a avaliação inicial e sem a presença de infecção no local, foi então realizado o procedimento cirúrgico. Após a aferição de seus sinais vitais: pressão arterial 140 X 80 mm/Hg, frequência respiratória 18 rpm e frequência cardíaca 72 bpm, foi realizada a antisepsia do campo operatório com bochecho intra-oral de clorexidina 0,12% (Periogard[®], Colgate, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e em derme com sabão de clorexidina 2% (Riohex[®], Riohex, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), onde em seguida instalou-se os campos cirúrgicos estéreis.

A anestesia dos nervos alveolar superior posterior, e palatino maior e nervo infra-orbitário, foram realizados com Cloridrato de Articaina 4% com epinefrina 1:100.000 (Articaine[®], DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) com o volume total de 3,6 mL, onde utilizou-se uma agulha curta 30G (Unoject curta[®], DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) nos dois primeiros bloqueios de nervo e uma agulha longa 27G (Unoject longa[®], DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) no bloqueio do terceiro nervo. Após 10 minutos e confirmação do correto bloqueio dos tecidos moles e duros da região, foi realizado uma incisão do tipo “L” (uma incisão em envelope somada à uma incisão relaxante), utilizando cabo de bisturi nº3 (S.S. White Duflex[®], Rio de Janeiro / RJ, Brasil) e lâmina cirúrgica 15C (Solidor, Diadema, SP, Brasil). A incisão do tipo envelope foi iniciada na região distal do elemento dentário nº 17, seguindo até a mesial do elemento dentário nº 14, onde nesta região foi realizada uma incisão oblíqua e parapapilar com cerca de 3 cm em direção à raiz do elemento nº13. Com isso, um descolamento mucoperiosteal foi realizado utilizando o descolador tipo Molt nº9 (S.S. White Duflex[®], Rio de Janeiro / RJ, Brasil) para a exposição óssea e visualização da região. **(FIGURA 2A)** O profissional utilizou uma broca para levantamento de seio – maxilar do tipo 3 cortes (Harte[®], São Paulo, SP, Brasil) para a remoção óssea da parede anterior do seio – maxilar, com preservação da integridade da membrana, onde são realizados movimentos circulares no sentido horário. **(FIGURA 2B)** Após a visualização da membrana do seio – maxilar, já com presença de ruptura e bastante adesão, iniciou-se o descolamento da mesma

utilizando curetas específica de diferentes tamanhos e formas para realização de levantamento e exploração de seio – maxilar (Harte[®], São Paulo, SP, Brasil) até a visualização do elemento dentário nº 18 e seu tracionamento para a região mais anterior, visando facilitar sua remoção.(FIGURA 2C)Em seguida utilizando-se uma pinça hemostática curva (S.S. White Duflex[®], Rio de Janeiro / RJ, Brasil)(FIGURA 2D) para sua remoção do interior do seio – maxilar. O elemento foi removido por completo, sem necessidade de odontosecção, o que seria uma opção no momento do procedimento com a utilização de brocas e motor de alta rotação.(FIGURA 3A)Em seguida realizou-se a revisão de hemostasia, onde não apresentava sangramento no local e em seguida síntese da região com fio de seda 4-0 (Sertix[®], Shalon, São Paulo, SP, Brasil).(FIGURA 3B)

Como prescrição pós – operatória, foi indicado Amoxicilina com Clavulanato de Potássio 875 mg de 12 em 12 horas durante 07 dias, Ibuprofeno 600 mg de 06 em 06 horas por 03 dias, Dipirona Monohidratada 1g de 04 em 04 horas durante 02 dias, Clorexidina 0,12% (Periogard[®], Colgate, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) de 12 em 12 horas durante 14 dias e Cloridrato de oximetazolina 0,5 mL de 12 em 12 horas durante 07 dias. Além disso, a paciente foi instruída sobre alguns cuidados pós-operatórios específicos para este tipo de procedimento como: evitar espirar tamponando suas narinas, dormir com a cabeça mais alta que seu corpo e aplicar gelo na face após a aplicação de vaselina na mesma 04 vezes ao dia.

A realização de sutura foi realizada 11 dias após o procedimento cirúrgico, e se apresentavam sem presença de alimentos no local, demonstrando uma boa higiene pós-operatória da paciente. Além disso, a ferida encontrava-se em bom estado de cicatrização, sem secreções no local ou tecidos com presença de inflamação. A mesma segue em controle pós – operatório de 12 meses, sem a presença de novos quadros de sinusite e/ou queixas álgicas na região.

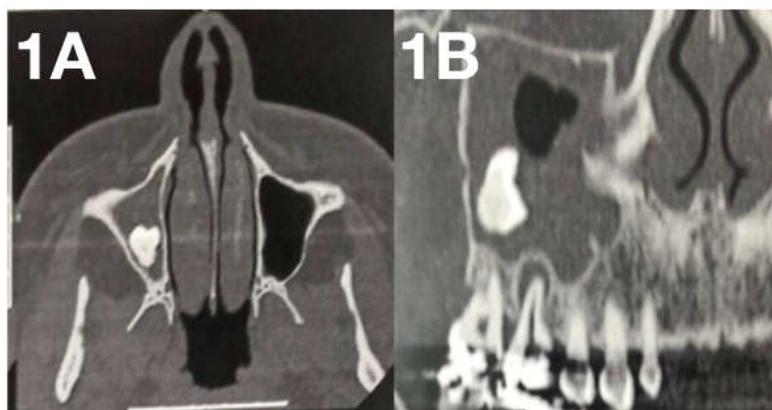


Figura 1: Visualização do elemento dentário nº 18 no interior do seio - maxilar.
A: Corte tomográfico axial; B: Corte tomográfico. panorâmico.

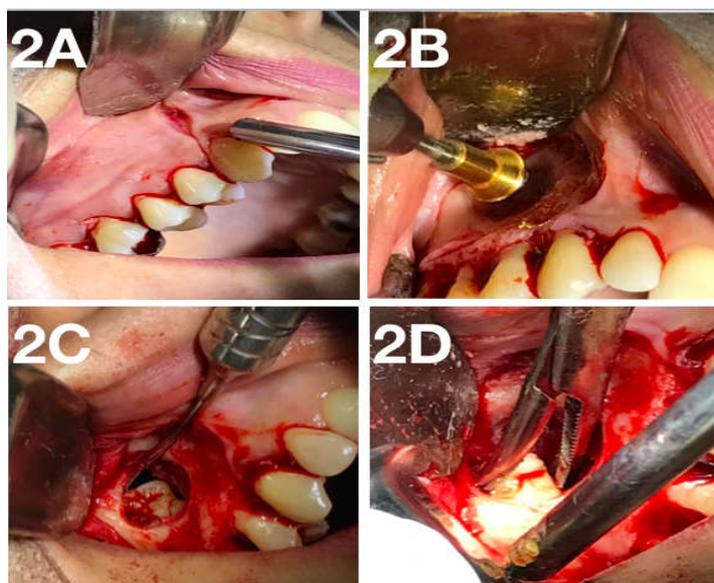


Figura 2: A: Realização de incisão do tipo em “L”; B: Remoção óssea da parede anterior do seio – maxilar com utilização de broca cirúrgica; C: Localização do elemento dentário e tracionamento do mesmo para próximo a parede anterior do seio maxilar; D: Remoção do elemento dentário com pinça hemostática curva.



Figura 3:A: Visualização do elemento dentário após sua remoção;**B:** Realização de síntese da ferida com fio de seda 4-0.

Discussão

Os seios - maxilares, conhecidos principalmente pela sua importância anatômica, são caracterizados como os maiores da cavidade nasal. Porém, essa cavidade que foi descrita pela primeira vez por Nathaniel Highmore, um anatomista inglês do século XVII, faz com que os seios também levem o nome de Antros de Highmore (FABRIS, V., 2013; SOARES, A.S., 2014; LIMA, T.A., 2018). As consequências mais relevantes causadas pela introdução de um dente no seio maxilar são: formação de pólipos sinusais, sinusite, formação de cisto de retenção mucoso, expulsão pela cavidade oral por uma fístula buco-sinusal ou pela cavidade nasal via ósteo sinusal e ainda nos casos mais agravados um epitemasubdural (JUNIOR, P.D.R., 2014; FABRIS, V., 2013; SOARES, A.S., 2014; LIMA, T.A., 2018; MARQUEZINI, L.A., 2011; BAZARIN, R., 2018; REBOUÇAS, D.S., 2014).

O corpo estranho nem sempre é facilmente visualizado no seio - maxilar. Quando uma radiopacidade sinusal unilateral é visualizada através da radiografia de Waters, é preciso um exame intraoral metuculoso, pois há a possibilidade da existência de um dente ectópico no seio - maxilar. A presença de um dente no seio - maxilar pode causar o diagnóstico errôneo de sinusite quando se tem ocorrência de outras alterações no seio simultaneamente. Nessas situações, a radiopacidade na radiografia pode ser interpretada como sinusite maxilar (MARQUEZINI, L.A., 2011; CERQUEIRA, L.S., 2016; REBOUÇAS, D.S., 2014).

Os exames de imagem, como tomografia computadorizada e a radiografia panorâmica, ajudam na posição do fragmento radicular e/ou dente e na construção do planejamento cirúrgico para realização do tratamento (MARQUEZINI, L.A., 2011; FABRIS, V., 2013; MENESES, R.O., 2014; CERQUEIRA, L.S., 2016; SOARES, A.S., 2014; LIMA, T.A., 2018; CRUZ, M.N., 2013; REBOUÇAS, D.S., 2014). Neste trabalho os autores utilizaram e preferem realizar a solicitação da tomografia computadorizada como exame de imagem padrão, pois devido aos seus cortes nos

planos axial, coronal e sagital, facilita o diagnóstico, o planejamento e a realização do procedimento cirúrgico. Geralmente as raízes dos elementos dentários anteriores, não possuem relação de proximidade com o seio - maxilar. Os que apresentam maior proximidade com o soalho sinusal em ordem decrescente são: segundo molar superior, primeiro molar superior, terceiro molar superior, segundo pré-molar superior e primeiro pré-molar superior, tornando-os mais fácil de criar uma comunicação da cavidade bucal com seio - maxilar. O canino pode estar bem próximo apenas em casos de seios extremamente desenvolvidos (FABRIS, V., 2013; MENESES, R.O., 2014; JUNIOR, P.D.R., 2014; LIMA, T.A., 2018; MARQUEZINI, L.A., 2011; REBOUÇAS, D.S., 2014; BAZARIN, R., 2018).

Por conta da localização anatômica do seio - maxilar, se correlacionando com estruturas nobres, como a base do crânio, encéfalo, assoalho da órbita, o seu abarcamento em patologias deve ser minuciosamente avaliado, pois os danos nas estruturas relacionadas a ele são graves e as infecções podem se alastrar local ou sistemicamente, o que faz a avaliação destes, com o exame tomográfico da maxila, de valor imensurável (FABRIS, V., 2013; MENESES, R.O., 2014).

O manejo para o tratamento dos corpos estranhos em seio - maxilar é, de uma maneira geral, o acesso de CaldWell-Luc, onde é feito a exposição da parede anterior do seio maxilar, tendo também relatos de realização de cirurgia por via endoscópica para remoção destes corpos estranhos, contudo sem uso rotineiro e com pouca efetividade cirúrgica (MENESES, R.O., 2014; CERQUEIRA, L.S., 2016; SOARES, A.S., 2014; LIMA, T.A., 2018; MARQUEZINI, L.A., 2011; CRUZ, M.N., 2013; REBOUÇAS, D.S., 2014). Esse tipo de acesso é um dos mais utilizados, principalmente em comunicações bucossinusais tratadas de forma imediata. Porém, os autores neste caso utilizaram o retalho em “L”, que também é utilizado em casos de levantamento de seio – maxilar, visto que não havia comunicação bucossinusalno local e que com isso, não seria necessário a realização da rotação de retalho cirúrgico para seu fechamento.

CONCLUSÃO

Os dentes que se encontram no interior do seio - maxilar, devem ser removidos desde que tenha o planejamento tomográfico, cirúrgico e medicamentoso adequado como no caso relatado que foram obtidos resultados eficientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fabris V, Simon LS, Manfro R, Malmann F, Derech EDA. Remoção cirúrgica de dente deslocado acidentalmente para o interior do seio maxilar: relato de caso. *J Oral Invest*, 2(2): 38-43, 2013.
2. Meneses RO, Costa MCF, Lourenço RD, Cavalcante JR. Deslocamento de resto radicular no seio maxilar devido a manobras incorretas em exodontia: um relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.14, n.4, p. 77-80, out./dez. 2014.
3. Cerqueira LS, Almeida AS, Rebouças DS, Sodré JS, Marchionni AMT. Remoção de corpo estranho em seio maxilar : relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.16, n.2, p. 44 - 47, abr./jun. 2016.
4. Soares AS, Menezes SAF, Bezerra MMP, Ribeiro DC, Jorge DLD, Silva WB. Exodontia de terceiro molar ectópico no seio maxilar – relato de caso. *FullDent. Sci.* 2014; 5(19):429-432.
5. Junior PDR, Junior ACM, Albuquerque GC, Cardoso LM. A atuação do clínico geral no deslocamento de dentes para interior do seio maxilar. *REV ASSOC PAUL CIR DENT* 2014;68(4):320-5.
6. Lima TA, Carvalho TM, Gadelha YSSBG, Costa MCF. Deslocamento do elemento dentário para interior do antro maxilar – relato de caso. *Anais III CONBRACIS* (2018).
7. Marquezini LA, Siqueira CRB, Volpato LER, Carvalhosa AA, Castro PHS. Sinusite odontogênica por iatrogenia com cinco anos de evolução. *J Health Sci Inst.* 2010;29(2):100-2.

8. Rebouças DS, Lima RRS, Junior WGPR, Assis AF, Zerbinati LPS. Sinusite crônica decorrente de corpo estranho em seio maxilar: relato de caso. Revista Bahiana de Odontologia. 2014 Ago;5(2):131-136.
9. Bazarin R, Oliveira RV. Acidentes e complicações nas exodontia. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. 1, p. 32-39, jan./mar. 2018.
10. Cruz MN, Porto DE, Pereira SM, Lima FJ, Godoy GP. Corpo estranho em seio maxilar: remoção pela técnica CaldWell-Luc. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.1, p. 55-58 , jan./mar. 2014.