

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**BRUNO WESLEI VIANA SOUZA  
YAGO HENRIQUE DE SOUSA MOTA**

**FÍSTULA PECULIAR NO MENTO – RELATO DE CASO**

**UBERABA  
2018**

BRUNO WESLEI VIANA SOUZA  
YAGO HENRIQUE DE SOUSA MOTA

**FÍSTULA PECULIAR NO MENTO – RELATO DE CASO**

Trabalho apresentado a Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista a conclusão do curso II e graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Christiano Marinho Correia

UBERABA

2018

S89f Souza, Bruno Weslei Viana.  
Fístula peculiar no mento: relato de caso / Bruno Weslei Viana  
Souza, Yago Henrique de Sousa Mota. – Uberaba, 2018.  
22 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Christiano Marinho Correia.

I. Fístula extraoral. 2. Secreção salivar. 3. Fístula salivar. I.  
Mota, Yago Henrique de Sousa. II. Correia, Christiano Marinho.  
III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

BRUNO WESLEI VIANA SOUZA  
YAGO HENRIQUE DE SOUSA MOTA


### FÍSTULA PECULIAR NO MENTO – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de cirurgião dentista no curso de odontologia na Universidade de Uberaba.

Área de concentração: Cirurgia

Aprovados em: 07/07/2018

BANCA EXAMINADORA:

  
Christiano Marinho Correia  
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial  
CRO-MG 20957

Prof. Dr. Christiano Marinho Correia - Orientador

Universidade de Uberaba



Prof. Katia Jaqueline Miguel Santos – Avaliador

Universidade de Uberaba

## **DEDICATÓRIA**

Ao professor Christiano Marinho que nos motivou a buscar pelo conhecimento e a prática da cirurgia, abrindo às portas sem medir esforços para que pudéssemos estagiar no setor de Buco Maxilo Facial do Hospital Universitário Mário Palmério. Agradeço toda a equipe que nos auxiliaram durante a caminhada.

Aos nossos familiares, em especial os nossos pais, que se dispuseram sem medir esforços para que pudéssemos alcançar essa conquista e por terem tamanho gesto de gratidão por todo amparo diário.

Ainda agradecemos a cada Mestre, Doutor e colaborador da Universidade de Uberaba que contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

Os autores relatam caso de fístula extraoral na região mentoniana presente por aproximadamente trinta anos devido a um abscesso não tratado na região dos dentes 34 e 35 com drenagem purulenta e que após a extração dos dentes, a secreção purulenta cessou e iniciou-se drenagem salivar com aumento do fluxo durante sua alimentação, o que motivou a consulta especializada. O desafio do caso era certificar a trajetória fístular, pois no aspecto intraoral, e no exame panorâmico não apresentou alteração significativa. A identificação do trajeto fístuloso foi feito com cateterização. A ressecção cirúrgica foi realizado e após o procedimento, o paciente não relatou qualquer secreção salivar na região o que confirmou a efetividade do procedimento cruento para fechar a de fístula extraoral.

Palavras-chaves: Fístula extraoral. Secreção salivar. Fístula salivar.

## **ABSTRACT**

The authors relate to a case of extraoral fistula, present for thirty years, due to an abscess untreated at 34 and 35 region with purulent secretion, after the infectious focus removal, the secretion changed from purulent to saliva with increase during feeding time, motivating the patient seeking a specialist. The case challenge was to ascertain the fistula trajectory, as in an intraoral aspect showed no consideration that could lead to the extraoral environment, neither at panoramic exam. The identification of the fistulous tract was done with catheterization. Surgical resection was performed. After the surgical procedure, the patient related no more secretion or saliva drained from the fistula, confirming the surgical procedure effectivity for a chronic extraoral fistula to promote the closure.

**Keywords:** extraoral fistula. Salivary secretion. Odontogenic origin.

## LISTA DE FÍGURAS

Figura 1. Exame Panorâmico (Edêntulo superior, rarefação óssea na região do 33, 34 e 35, presença dos dentes 43 e 44	13
Figura 2. Aspecto extraoral (evidência presença de fístula cutânea)	14
Figura 3. Aspecto intraoral (ausência dos dentes lado esquerdo e presença dos dentes 43 e 44).	14
Figura 4. Delineamento da incisão	15
Figura 5. Ressecção cirúrgica	15
Figura 6. Confirmação da ressecção	16
Figura 7. Pós operatório.	16



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>RELATO DE CASO (MATERIAIS E MÉTODOS)</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>20</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>22</b>
	<b>I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A polpa dentária é formada por tecido conjuntivo frouxo altamente vascularizado e innervado, rico em células que constituem o tecido conjuntivo como: linfócitos, macrófagos e neutrófilos, que tem alta capacidade de ativação do sistema imunológico frente a uma agressão com a alteração do processo vasculoexudativo, instalando assim alterações metabólicas pulpares (LEONARDI, 2011).

As alterações pulpares podem ser de origem: química, física ou microbiana. A ausência do tratamento nas fases iniciais da agressão leva ao cessamento das funções fisiológicas da polpa e resulta em necrose que por sua vez pode sofrer progressão de ordem exsudativa com a formação de abscessos ou proliferativa com a formação de cistos e granulomas. (LEE, 2016)

Diante de uma desordem exsudativa quando os agentes irritantes alcançam os tecidos periradiculares ocorre a intensificação do processo inflamatório com migração de células do sistema imunológico que resultará na formação de exsudato composto principalmente por restos de neutrófilos, macrófagos e toxinas que induzirão a formação de fístula para drenagem espontânea dessa coleção. (LOPES e SIQUEIRA, 2010)

O conteúdo séptico irá permear os tecidos ósseos esponjosos até encontrar a lâmina cortical. A localização de implantação da fístula está diretamente relacionada com a espessura da estrutura óssea local com as inserções musculares. Após o ganho dos espaços fasciais o abscesso dentoalveolar torna-se crônico sem qualquer sintomatologia dolorosa. (DINÇOL, 2015)

Para o tratamento de uma infecção odontogênica é necessário seguir uma sequência de princípios básicos: determinar a gravidade da infecção, avaliar o estado dos mecanismos de defesa do hospedeiro, decidir se o paciente deve ser tratado por um dentista clínico geral ou um cirurgião oral e maxilofacial, realizar o tratamento cirúrgico da infecção, dar suporte médico e avaliar o paciente. (MILORO, 2008)

A fim de determinar a gravidade de uma infecção é preciso que o Cirurgião Dentista busque a história da infecção como queixa principal do paciente, tempo de duração do processo infeccioso, sinais e sintomas inflamatórios (dor, rubor, edema, calor e trismo), coletar sinais vitais (temperatura, pulso, pressão arterial e taxa respiratória) e ainda inspeção

extra-oral com palpação e intra-oral com a busca pela causa específica da infecção. (MILORO, 2008)

A avaliação do estado dos mecanismos de defesa do hospedeiro visa estabelecer a capacidade do paciente em resposta frente a um processo infeccioso. Os pacientes que apresentam alterações sistêmicas além do uso de alguns tipos de medicamentos podem ter seu estado de defesa comprometidos e ser facilmente acometidos por processos infecciosos oportunos. (ANDRADE, 2004)

A intervenção do profissional na infecção odontogênica deve visar a drenagem cirúrgica e remoção da causa. Esse procedimento pode variar de acordo com a intensidade e estágio da infecção. Em casos mais simples, deve-se realizar o tratamento endodôntico ou extração do elemento dental. Já em casos mais complexos, será necessário além da remoção da causa, a incisão de tecidos moles para a drenagem da solução purulenta. (CHIAPASCO, 2005)

Existem diversas causas para formação de fístula com drenagem salivar como a sialocele que é um acúmulo de extravasamento salivar de glândula parótida que normalmente predispõe a formação de fístula salivar, causada principalmente por traumas faciais, infecções que atinge a glândula ou complicações cirúrgicas levando a lesão do ducto parotídeo ou estenose ductal. (OLIVEIRA *et al.*, 2012)

Fraturas condilares está entre as fraturas mais comum que atinge a região mandibular, normalmente a abordagem cirúrgica para esse tipo de fratura envolve redução aberta com fixação rígida com acesso retromandibular transparótido e as possíveis complicações comuns são: parestesia facial e formação de fístula salivar. Para prevenir esse tipo de complicação recomenda-se o correto fechamento da cápsula da glândula parótida (VAN HEVELE; NOUT, 2018)

## **2 OBJETIVO**

O objetivo principal do trabalho é apresentar caso clínico peculiar de fístula com drenagem de saliva na região mental tratado pela equipe de CTBMF do Hospital Universitário Mário Palmério. E comparar a ocorrência de fístulas salivares descritos na literatura científica com o caso clínico.

### 3 RELATO DE CASO (MATERIAIS E MÉTODOS)

Paciente do gênero masculino, trabalhador braçal, 70 anos, leucoderma, proveniente de Sacramento-MG buscou atendimento ambulatorial do Hospital Universitário Mário Palmério com queixa principal de drenagem salivar através de fístula na região mentoniana inferior esquerda (Figura 1)

O paciente relatou que por trinta anos apresentava esta ferida com drenagem esporádica de pus graças a uma infecção dentária nos dentes mandibulares do lado esquerdo.

O mesmo realizou em posto de saúde de sua cidade oito meses antes, exodontia dos remanescentes dentários da região mandibular esquerda, e desde então, apresenta intermitente drenagem salivar pelo orifício mental com recorrente desconforto pessoal.

No exame físico extraoral observava-se fístula de aproximadamente 3 mm de extensão, depressão local, indolor à palpação, localizada na região mental 2,5 cm abaixo da comissura bucal esquerda (Figura 2). Quando solicitado a engolir ou mesmo realizar atividade fonarticlar a saída de saliva pelo orifício era notado. Ausência de nódulos ou deformidade no controno facial.

Ao exame intra-oral havia ausência dos dentes mandibulares do lado esquerdo com discreta depressão na região da crista óssea dos dentes 33/34/35 e presença dos dentes 43 e 44 (Figura 3)

O Exame dos ductos das glândulas parótidas e submandibulares confirmaram plena drenagem de saliva sem obstruções ou sinais de processo inflamatórios.

A cateterização da fístula mental, realizada com o auxílio de uma gaze e pinça clínica evidenciou sua comunicação com a cavidade oral exatamente na depressão observada no rebordo alveolar como descrita anteriormente.

O exame radiográfico panorâmica de mandíbula descartou a presença de corpos estranhos mandibulares, ausência de dentes ou seus remanescentes na região óssea direita e foi possível visualizar apenas uma pequena rarefação na região do rebordo alveolar dos dentes 34 e 35 que foram extraídos.

A hipótese diagnóstica foi de fístula oral decorrente da falha na síntese após exodontia realizada para tratar da infecção crônica que o cliente possivelmente apresentava nesta região.

O tratamento indicado foi de remoção da fístula para que atender a queixa principal do paciente.

O paciente realizou exames pré operatórios da rotina hospitalar, inclusive com avaliação pré anestésica e foi classificado como ASA II sem alterações sistêmicas com mais de 65 anos.

Sob anestesia geral, um cateter foi introduzido na fístula e duas incisões elípticas incluíram as fístulas intra e extraorais (Figura 4 e 5); cuidadoso processo de divulsão dissecou a fístula (Figura 6). Providenciou-se acerto das arestas ósseas na crista alveolar, curetagem óssea local com posterior fechamento dos planos cirúrgicos, utilizando Vycril 4.0 e a Nylon 5.0.

No pós-operatório o cliente apresentou franca cicatrização epitelial e não mais experimentou a desagradável experiência da drenagem salivar pelo mento (Figura 7).

Até a presente data não houve queixas relativas ao procedimento cirúrgico ou quanto aos seus resultados.



**Figura 1.** Exame Panorâmico (Edêntulo superior, rarefação óssea na região do 33, 34 e 35, presença dos dentes 43 e 44).

**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017



**Figura 2.** Aspecto extraoral (evidência presença de fístula cutânea).

**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017



**Figura 3.** Aspecto intraoral (ausência dos dentes lado esquerdo e presença dos dentes 43 e 44).

**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017



**Figura 4.** Delineamento da incisão.  
**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017



**Figura 5.** Ressecção cirúrgica.  
**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017





**Figura 6.** Confirmação da ressecção.  
**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017



**Figura 7.** Pós operatório.  
**Fonte:** Prof. Dr. Christiano Marinho Correia, 2017

#### 4 DISCUSSÃO

Fístulas extraorais são relativamente raras e possuem diagnóstico duvidoso, que gerou desafio para o diagnóstico pela equipe de saúde. As origens podem ser diversas, incluindo: cisto epidermóides, furuncúlos, osteomielite, granuloma piogênico entre outros, portanto o correto diagnóstico resultará na escolha precisa para o tratamento. (BILGINAYLAR, 2017)

A anamnese e o exame clínico intra e extraoral são imprescindíveis a fim do diagnóstico fístular. Diante de uma parúlida é indicado a realização da fístulografia que auxiliará no diagnóstico, utilizando radiografias com a associação de material radiopaco para evidenciar a trajetória fístular e identificar o foco da infecção. No prezado caso clínico a anamnese foi conduzida e verificou-se ausência de sinais de quaisquer alterações ou processo infeccioso que pudesse comprometer o funcionamento das glândulas salivares que foram verificadas seu funcionando, estando em total normalidade quando estimuladas e posteriormente realizou-se o rastreamento do trajeto através da inserção de uma gaze pela amplitude da parulide. (NEVILLE, 2004)

A síntese tem um importante papel nas exodontias principalmente no que se refere a reparação das estruturas teciduais que foram manipulados durante o procedimento cirúrgicos. Dentre as principais funções da síntese podemos citar: a coaptação dos bordos, facilitar a reparação tecidual, proteger o coágulo evitando a formação de aveolites, minimizar a cicatriz local, prevenção de infecções e de espaço morto. (FREITAS, 2006)

O grande desafio do caso clínico foi determinar a trajetória fístular, levando a equipe a suspeitar de possíveis infecções de glândula salivares maiores ou menores principalmente por se localizar próximo de estruturas glandulares nobres como a glândula sublingual e submandibular. Mas foi descartada esta hipótese com base no exame intraoral que evidenciou a comunicação com o meio bucal.

Em sua maioria as infecções odontogênicas são tratadas de maneira rápida e eficaz pelo cirurgião dentista. Contudo, possíveis infecções graves ou que não tiveram resolução em tratamentos convencionais devem ser encaminhados para um especialista como descrito no caso clínico onde o tratamento feito por um clínico geral foi ineficaz para resolução do caso sendo necessário atendimento especializado em Buco Maxilo Facial em ambiente hospitalar.

As causas mais frequentes para surgimento de fístulas extraorais com secreções salivares estão associadas a técnicas cirúrgicas, processos infecciosos ou traumas diversos. De acordo com casos descritos em literatura de fístulas salivares a trajetória da fístula está vinculada necessariamente com as estruturas glandulares. O caso clínico não foi possível constatar trajetória direta com glândula salivar que foi evidenciado no exame intraoral, onde o rebordo residual não teve sua coaptação dos bordos deixando um espaço que permitiu a comunicação do meio intraoral para extraoral seguindo a trajetória fístular já presente.

## 5 CONCLUSÃO

Concluimos que de acordo com a literatura a formação de fístula salivar extraoral está diretamente relacionada com alteração ou dano das estruturas glandulares que resultaram na formação da fístula para drenagem de sua produção; portanto, a fístula extraoral do caso clínico apresentado não é necessariamente uma fístula salivar extraoral, mesmo tendo como produto de drenagem pela fístula a secreção de saliva, pois não está diretamente associada a estruturas glandulares, não podendo ser classificada como fístula salivar extraoral.

## REFERÊNCIAS

LEONARDI, D. P.; GIOVANINI, A. F.; ALMEIDA, S.; SCHRAMM, C. A.; FILHO, F. B. Alterações pulpare e periapicais. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, v.4, n.8, p.47-61, 2011.

CHIAPASCO, Matteo. **Atlas de Cirurgia Oral**. São Paulo: Santos, 2005.

ANDRADE, Eduardo Dias. **Emergências Médicas em Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Medicas, 2004.

LEE, E. Y.; KANG, J. Y.; KIM, K. W.; CHOI, K. H.; YOON, T. Y.; LEE, J. Y. Clinical Characteristics of Odontogenic Cutaneous Fistulas. **Annals of Dermatology**, v. 4, n. 28, p.417-421, 2016.

SIQUEIRA JUNIOR, José Freitas.; LOPES, Hélio Perreira. **Endodontia: biologia e técnica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DINÇOL, M. E.; YILMAZ, B.; ERSEV, H.; MERT GUNDUZ, V.; ARSLANOGLU, B.; YALCIN, T. Y. et al. Treatment of extraoral cutaneous sinus tracts with non-surgical endodontic intervention: report of six cases. **Journal Of Istanbul University Faculty Of Dentistry**, v. 2, n. 49, p.35-40, 2015.

BILGINAYLAR, Kani. Uncommon Odontogenic Orocutaneous Fistula of the Jaw Treated with Platelet-Rich Fibrin. **Case Reports In Dentistry**, v. 2017, n. 1, p.1-5, 2017.

VAN HEVELE, J.; NOUT, E. Complications of the retromandibular transparotid approach for low condylar neck and subcondylar fractures: a retrospective study. **Journal Of The Korean Association Of Oral And Maxillofacial Surgeons**, v.2, n.44, p.1-6, 2018.

NEVILLE, Brand W.; DAMM, Douglas D.. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

OLIVEIRA, H. F. L.; CATUNDA, I. S.; NERES, B. J. C. M.; COSTA, D. F. N.; MOURA, R. Q.; GUERRA, L. A. P. Sialocele como Complicação de Acesso Retromandibular: Relato de Caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.12, n.4, p.53-56, 2012.

FREITAS, Ronaldo de. **Tratado De Cirurgia Bucomaxilofacial**. São Paulo: Santos, 2006.

MILORO, Michael et al. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson**. 2. ed. São Paulo: Santos Editora, 2008.

**ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Uberaba, 25 de junho 2018

Nome do paciente: Izaias de Sales Pereira – CPF 756.356.076-91  
Título do projeto: Fístula Peculiar No Mento – Relato de Caso  
Instituição onde será realizado: Universidade de Uberaba  
Pesquisador Responsável: Dr. Christiano Marinho Correia  
Identificação, telefone e e-mail: CRO-MG 20957, 34-991054002, christiano.marinho@gmail.com  
CEP-UNIUBE: Av. Nenê Sabino, 1801 – Bairro: Universitário – CEP: 38055-500-Uberaba/MG, tel: 34-3319-8959 e-mail: [cep@uniube.br](mailto:cep@uniube.br)

Você Izaias de Sales Pereira está sendo convidado para participar do projeto **Fístula Peculiar No Mento – Relato de Caso**, de responsabilidade de Dr. Christiano Marinho Correia, desenvolvido na Universidade de Uberaba.

O objetivo principal do trabalho é apresentar caso clínico peculiar de fístula com drenagem de saliva na região mental tratado pela equipe de CTBMF do Hospital Universitário Mário Palmério. E comparar a ocorrência de fístulas salivares descritos na literatura científica com o caso clínico.

Este projeto se justifica como alerta quanto a realização de síntese pós exodontias simples.

Os seus dados serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua (voz, foto, etc) jamais aparecerá.

Pela sua participação no estudo, você não receberá nenhum pagamento, e também não terá nenhum custo. Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para você ou para seu tratamento/atendimento. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem seu tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado.

Você receberá uma cópia desse termo, assinada pela equipe, onde consta a identificação (nome e número de registro – se houver-) e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira entrar em contato com eles.

---

Izaias de Sales Perreira

---

Dr. Christiano Marinho Correia