



FISSURA LÁBIO-PALATINA: A IMPORTANTE ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Eriane Rodrigues Vasques do Nascimento¹, Victória Kelly de Souza Assis², Franscielle Lopes Cardoso³, Kátia de Castro Ferreira de Oliveira⁴, Paulo de Oliveira⁵, Niverso Rodrigues Simão⁶.

¹Graduanda do Curso de Odontologia, UNIFACIG, erianevasques@gmail.com

²Graduanda do Curso de Odontologia, UNIFACIG, victoria.assisk@gmail.com

³Graduanda do Curso de Odontologia, UNIFACIG, fransciellecardoso@hotmail.com

⁴Professora do Centro Universitário UNIFACIG, katiacoliveira@hotmail.com

⁵Professor do Centro Universitário UNIFACIG, oliveiraflu@uol.com.br

⁶Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Professor do Centro Universitário UNIFACIG, niversosimao@hotmail.com

Resumo: A fissura lábio palatina é uma patologia que causa a má formação de estruturas do sistema estomatognático, face e crânio, necessitando de um tratamento multidisciplinar, sendo imprescindível para a evolução e reabilitação do quadro clínico do paciente a atuação do Cirurgião-Dentista. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, a partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados on line: Medline/PubMed e SCIELO. A busca foi realizada com os descritores em saúde “fenda Labial”, “fissura palatina” e “fissura labiopalatal”. Os artigos foram pesquisados a partir de 1998 até 2019. Conclui-se que o tratamento do paciente com fissura labio-palatina é complexo, longo e exige uma atuação multiprofissional para alcançar resultados estéticos e funcionais satisfatórios. O Cirurgião-Dentista tem um papel fundamental no tratamento dessa patologia, atuando precocemente desde os primeiros meses de vida, passando pela infância, até a fase adulta do paciente, corrigindo as sequelas das doença e promovendo uma integral reabilitação oral e maxilofacial do indivíduo.

Palavras-chave: Fenda Labial; Fissura Palatina; Fissura Labiopalatal.

Área do Conhecimento: Ciências da saúde.

1 INTRODUÇÃO

A fissura lábio palatina é uma patologia e/ou malformação craniofacial que pode envolver neurocrâneo e viscerocrâneo. Essa abertura no palato e região de lábio é proveniente de uma falha na migração do processo embrionário, presente entre a quarta e oitava semana de vida intrauterina.

O tecido conectivo e o esqueleto da face originam-se a partir da migração das células da crista neurale o desenvolvimento da face inicia-se na quarta semana, em que estão presentes a boca primitiva, composta de: eminência fronto-nasal, processos maxilares e processos mandibulares (LIMA et al., 2015). As fissuras no lábio ocorrem devido a uma falha na fusão entre os processos nasais medianos e os processos maxilares, o que normalmente é originário durante a sexta semana de desenvolvimento (ROCHA et al., 2015)

A etiologia da fissura lábio palatina considera a influência mútua entre os fatores genéticos e ambientais como decisivos para o desenvolvimento dessas anomalias, sendo eles: fator genético, influenciando o desenvolvimento embrionário, e fatores ambientais como o tabagismo e uso de drogas, uso de esteróides, anticonvulsivantes (fenobarbital e fenitoína), retinóides, diabetes e deficiências nutricionais (zinc, ácido fólico e vitamina A) (TAIB et al., 2015)

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), estima-se que a fissura lábio palatina afeta 5% dos nascidos vivos em todo o mundo, sendo que, na América Latina, respondem por 10-25% das admissões hospitalares pediátricas, ocupando 3º e 4º lugares dentre as causas de morte no primeiro ano de vida. Em virtude disso, os tratamentos advieram para melhorar o prognóstico dos pacientes portadores dessa malformação congênita (BRASIL, 2017).

O tratamento da fissura lábio palatina tem recebido muita atenção na última metade do século. O tratamento adequado é realizado através da interação da equipe multidisciplinar,

composta por médico Cirurgião-plástico, pediatra, otorrinolaringologista e geneticista, bem como cirurgiões-dentistas especialistas em cirurgia bucomaxilofacial, ortodontia, odontopediatria, implantodontia e potése. Incluem também nessa equipe outros profissionais que atuam na área da saúde como Assistente social, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Enfermeiro. Tais profissionais são de extrema importância para a evolução e reabilitação do quadro clínico do paciente (CAMPBELL, COSTELLO, RUIZ, 2010).

O presente estudo tem por finalidade fazer uma revisão de literatura a respeito dos tratamentos hodiernos realizados pelo Cirurgião-Dentista e sua importância no tratamento reabilitador do paciente com fissura lábio-palatina.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura narrativa, a partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados on line: Medline/PubMed e SCIELO. A busca foi realizada com os descritores em saúde “fenda Labial”, “fissura palatina” e “fissura labiopalatal”. Os artigos foram pesquisados a partir de 1998 até 2019. Os artigos incluídos foram aqueles de língua portuguesa e inglesa, que tratavam da temática citada, encontrados nos sistemas de busca deste trabalho.

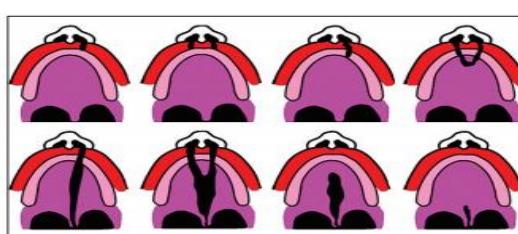
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo as características morfológicas e a extensão das fissuras, Spina (1972) engloba as fissuras em três grupos, sendo o forame incisivo a referência para a classificação. Além disso, é de grande valia ressaltar que, essas especificações auxiliam no diagnóstico, prognóstico e reabilitação da patologia. De acordo com o autor referencia-se os aspectos morfológicos com o forame incisivo, limitando-se entre palato primário e secundário. Existem oito subdivisões da área anatômica de comprometimento, sendo eles: fissura labial esquerda pré-forame incompleta, fissura labial bilateral pré-forame incompleta, fissura labial esquerda pré-forame completa, fissura labial bilateral pré-forame completa, fissura labial esquerda transforame completa, fissura labial bilateral transforame completa, fissura palatina pós-forame completa e fissura palatina pós-forame incompleta (Figura 1).

Bernardo *et al.* (2017) classifica em grupos, sendo o grupo I (fissuras pré-forame incisivo) restrinhe ao palato primário, havendo o envolvimento de lábio e rebordo alveolar. O grupo II (fissuras transforame incisivo) apresenta acometimento total e simultâneo do palato primário e secundário, estendendo-se do lábio à úvula, seguindo em direção ao rebordo alveolar. O grupo III (fissura pós-forame incisivo) envolve apenas palato secundário, ocasionando problemas funcionais. Por fim, o grupo IV (fissuras raras da face) corresponde a defeitos anatômicos que ocorrem nos ossos craniofaciais, tais como frontal, nasal etmóide, malar e temporal.

Sabendo que os tratamentos visam restabelecer uma face harmoniosa e balanceada, com oclusão dentária estável, proporcionando o sorriso e removendo o estigma da fissura labiopalatal, citam-se diversos meios de tratamentos que concedam melhor qualidade de vida ao portador de fissura labiopalatal, preponderante a isso, a integração cirúrgica juntamente com o conhecimento dos mecanismos que causam a deformidade do lábio e do nariz e meticulosa técnica cirúrgica são fatores fundamentais (DA SILVA FREITAS *et al.*, 2011)

Figura 1. Classificação de Spina (1972). As malformações labiopalatinas estão representadas da esquerda para direita e de cima para baixo nesta ordem: fissura pré-forame unilateral incompleta, fissura pré-forame bilateral incompleta, fissura pré-forame unilateral completa, fissura pré-forame completa bilateral, fissura transforame unilateral, fissura transforame bilateral, fissura pós-forame completa e fissura pós-forame incompleta.

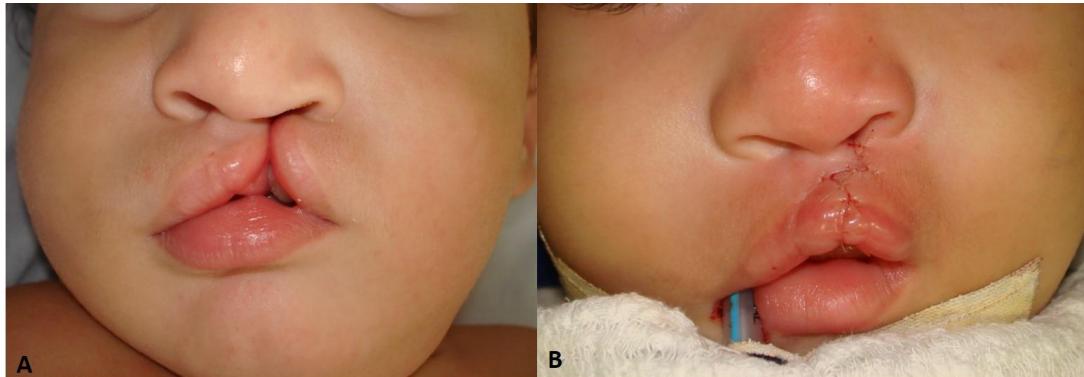


Fonte: Cymrot *et al.*, 2010.

O Cirurgião-Dentista possui um papel importante durante todo o tratamento do paciente. O tratamento inicial pelo Cirurgião-Dentista é a realização de cirurgia. O objetivo da cirurgias primárias é minimizar os estigmas e preconceitos em relação afissura, restaurar a função normal, incluindo fala e audição, e promover o crescimento normal e o desenvolvimento psicossocial (TAIB et al., 2015).

Para Tuji et al. (2009), as cirurgias primárias são realizadas caso o paciente esteja em boas condições sistêmicas e o protocolo de atendimento é dividido em etapas pré-cirúrgica, trans e pós-cirúrgica. O Cirurgião Bucomaxilofacial ou Cirurgião Plástico atuam inicialmente na realização da queiloplastia, que é a técnica realizada para fechamento do lábio, sendo realizada por volta dos 3 meses de vida, reposicionando o músculo orbicular da boca, e devolvendo estética agradável ao paciente (Sales et al. 2017) (Figura 2a e 2b). Corroborando, Rocha et al. (2015) referem que a queiloplastia, técnica mais utilizada para fechamento do lábio, é realizada por volta dos 3 meses de vida e a palatoplastia, cirurgia realizada para fechamento do palato, entre 12 e 18 meses de vida (Figura 3a e 3b). Santos et al. (2017) enfatiza que as cirurgias secundárias devem ser programadas a partir dos 4 anos de idade para retoques labiais e da asa do nariz, geralmente deslocada pela ausência de suporte ósseo nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar.

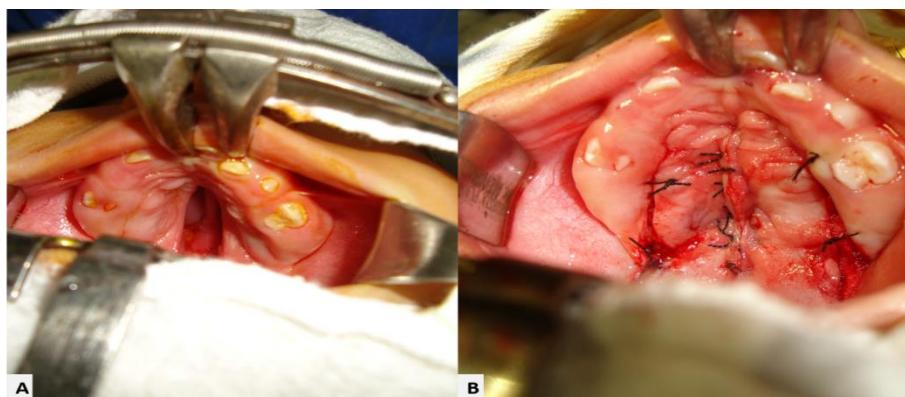
Figura 2. Fissura Labio-palatina. A. fissura pré-forame unilateral completa. B. Queiloplastia pela Técnica de Tenison



Fonte: Arquivo pessoal, Prof. Niverso Rodrigues Simão, 2019.

Segundo Bonani-Saquet et al. (2017) procedimentos como enxertia óssea poderão ser realizados nos pacientes. O enxerto pode ser realizado em 3 etapas. O enxerto ósseo primário, realizado nos primeiros anos de vida; o secundário, na época da erupção do dente canino ou incisivo lateral permanente adjacente à fissura; e terciário, realizado após finalização de tratamento ortodôntico. O primário possui a desvantagem de interferir no crescimento maxilar. O enxerto secundário tem bons resultados melhorando o perfil do periodonto e facilita a erupção dentária. O terciário é indicado no auxílio do fechamento de fistulas oronasais.

Figura 3. Fissura pós-forame completa. A - Imagem pré-operatória . B - Papalatoplastia pela Técnica de Von Langenbeck



Fonte: Arquivo pessoal, Prof. Niverso Rodrigues Simão, 2019.

De acordo Santos *et al.* (2017) com enxerto ósseo alveolar primário, realizado nas cirurgias primárias, que acontecem nas idades abaixo de dois anos e meio, induzem a formação de um tecido cicatricial na região da cirurgia. Segundo Lacerda *et al.* (2015), o enxerto ósseo primário caiu em desuso em função dos péssimos resultados para o crescimento maxilar, além dos riscos em função da idade muito precoce das crianças nas cirurgias primárias de queiloplastia (realizadas a partir dos 3 meses de idade). Complementando isso, Rodrigues *et al.* (2010) relataram que a realização do enxerto primário resulta na restrição do crescimento maxilar lateral, culminando em mordidas cruzadas, além de outras deformidades.

A técnica de enxerto ósseo alveolar secundário é tida como a de eleição para muitos cirurgiões, sendo realizada entre os 8 e 12 anos de idade, durante o período de dentição mista e, preferencialmente, antes da erupção do canino definitivo, quando 1/2 a 2/3 da sua raiz se encontra formada (COSTA *et al.* 2015).

Para Taib *et al.* (2015) os pacientes com fissura lábio palatina com envolvimento de rebordo alveolar precisarão de enxerto ósseo para restaurar a continuidade do arco maxilar para facilitar a erupção dentária. Isso geralmente não é realizado no momento do reparo labial inicial (devido aos fracos resultados de crescimento após o enxerto ósseo precoce), mas é adiado até a erupção do incisivo lateral superior permanente ou do canino no lado da fenda. O defeito ósseo é melhor preenchido com fragmentos ósseos esponjosos osteogênicos retirados da crista ilíaca, durante a fase de dentição mista (entre 7 e 11 anos), idealmente quando a raiz do incisivo lateral ou canino é de metade a dois terços formado. Isso permite que a erupção dentária ocorra através do osso enxertado enquanto o enxerto suporta o arco maxilar. Isso então reconstitui o alvéolo maxilar e facilita o tratamento ortodôntico definitivo.

A preocupação com a fonação, a oclusão e com o crescimento facial nos faz entender que, além da importância das propostas cirúrgicas, o tratamento multidisciplinar é fundamental, para uma possível resolução das deformidades, num menor tempo e com um mínimo de trauma para a criança (MONTEIRO *et al.*, 2004).

Após passarem pelos procedimentos cirúrgicos citados anteriormente, o tratamento ortodôntico é fundamental para a reabilitação dos portadores de fissura, e, nos casos de realização de cirurgias secundárias. Lurentt *et al.* (2012) afirmam que a fase ideal para se iniciar o tratamento ortodôntico seria por volta dos 6 e 7 anos de idade, época em que o crescimento da maxila se acelera devido ao início da dentição mista. Em contrapartida, Lima e colaboradores (2015) ressaltaram que o tratamento ortodôntico deve-se iniciar entre 11 a 14 anos de idade ou no início da dentição permanente e tem o objetivo de complementar o tratamento ortopédico (quando realizado) corrigindo as más posições dentárias que persistirem.

Tuji *et al.* (2009) destacam que odontopediatras e ortodontistas devem se responsabilizar por procedimentos clínicos e pela correção e estabilização dos processos alveolares e palatinos dos maxilares. Segundo Tannure e Moliterno (2007) a prevalência e a atividade de cárie em crianças com fissura palatina foram relativamente maiores quando em comparação às crianças que não apresentam a mesma característica.

O odontopediatra e o ortodontista, devem realizar procedimentos curativos por existir essa prevalência de cárie na dentição decidua e má oclusão, além de, enfatizar a prevenção das doenças bucais, envolvendo todo o âmbito familiar a zelar pela saúde. Por fim, orientar os pais e responsáveis no decorrer de todo o tratamento reabilitador (TANNURE; MOLITERNO, 2007).

Lima *et al.* (2015) salientaram a importância do tratamento ortodôntico/ortopédico na orientação do crescimento e desenvolvimento maxilomandibular, com a colocação de uma placa palatina (prótese de Bulbo) que auxilia na alimentação (sucção) e corrige possíveis aproximações dos rebordos maxilares. Esta placa mantém os rebordos em posição anatômica, completando as palatoplastias.

Segundo De Almeida *et al.* (2015) o tratamento através da ortodontia enfatiza a ortopedia antes dos procedimentos cirúrgicos, visando orientar o melhor crescimento e desenvolvimento maxilomandibular. A colocação de uma placa palatina auxilia na alimentação (sucção) e corrige possíveis aproximações dos rebordos maxilares. A placa mantém os rebordos alveolares em sua posição, completando as palatoplastias e orientando o desenvolvimento da maxila. No caso de pacientes pós cirúrgicos, com má posicionamento dentário e com mordida cruzada que impossibilitem a mastigação ou causem danos funcionais maiores, lança-se mão de aparelhos ortodônticos.

A maioria dos pacientes com fissura lábio palatina apresentam hipoplasia maxilar, provocando problemas oclusais, estéticos, sofrimento psicossocial e problemas de autoestima. A cirurgia ortognática é uma opção para tratamento de hipoplasia maxilar após o paciente atingir a maturidade esquelética. Quando for necessário um movimento maxilar além de 1 cm, a distração maxilar pode ser uma alternativa viável. É sempre necessária a combinação de tratamento ortodôntico à cirurgia ortognática para que se possa alcançar resultados estéticos e funcionais

apropriados (SANTOS *et al.*, 2017).

Tuji *et al.* (2009) relatam que o papel do protesista será o de restaurar ou reabilitar as estruturas afetadas congenitamente e que podem estar ausentes ou mal formadas, propiciando melhorias em funções como: mastigação, deglutição, fonação e proporcionando melhorias estéticas. Em complemento a isso, Di Ninno *et al.* (2012) propuseram como possibilidade ou de recurso complementar, a prótese obturadora ou obturador palatino auxiliar da fala (OPAF) compreende em um aparelho protético que tem como função vedar a fenda palatina, apresentando um bulbo faríngeo, que trata-se de um prolongamento da prótese para posterior atuando na normalização da fala.

Figura 4: Enxerto secundário utilizando osso autógeno com origem da crista ilíaca.



Fonte: Arquivo pessoal, Prof. Niverso Rodrigues Simão, 2019.

Devido às alterações nas arcadas dentárias, tais como anodontia e agenesia dentária, há a possibilidade de reabilitação com implantes dentários osteointegrados em área de fissura alveolar (SERRA *et al.*, 2018). Visto que vários estudos apresentam a eficácia a longo prazo de próteses implantossuportadas, o sucesso é avaliado quanto a ausência de dor, sensação de corpo estranho ou disestesia e de mobilidade (ESPOSITO *et al.*, 1998; MATSUI *et al.*, 2007). De acordo com Härtel *et al.* (1999) existem alguns riscos locais, tais como posição desfavorável, comprimento do implante insuficiente, implante simultâneo ao enxerto ósseo, implante muito tardio após enxerto, tecido cicatricial de cirurgias anteriores na fissura e implantes de travamento primário não observado, levando à perda óssea de enxertos na região de fenda ou do próprio implante. Para o planejamento dos pacientes portadores de anomalias craniofaciais, recomenda-se exames de imagem, tais como, radiografias e tomografias computadorizadas, sendo indispensável para a precisão do plano de tratamento.

4 CONCLUSÃO

O tratamento do paciente com fissura labio-palatina é complexo, longo e exige uma atuação multiprofissional para alcançar resultados estéticos e funcionais satisfatórios. O Cirurgião Dentista tem um papel fundamental no tratamento dessa patologia, atuando precocemente desde os primeiros meses de vida, passando pela infância, até a fase adulta do paciente, corrigindo as sequelas das doença e promovendo uma integral reabilitação oral e maxilofacial do indivíduo.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M.F.L; CHAVES, S.C.L; SANTOS, C.M.L *et al.* Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. **Saúde Debate**. v.41, n.especial, p. 156-166, 2017.

AMORIM, J.G. **Estudo Comparativo das Técnicas de Palatoplastia de Von Langenbeck, Veau-Wardill-Kilner e Furlow.** Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. v.2, n.28, p.36-43, 2014.

- BATISTA, J.F; FIALHO, M.C.A; SANTOS, P.C.M et al. Tratamento odontológico em crianças com fissura labiopalatal: Revisão de Literatura. **Revista Interação**. v.19, n.2, p.105-119, 2017.
- BERNARDO, B; BELLATO, A; MOREIRA, M.A et al. Fissuras lábio-palatinas: tipos de tratamento – revisão de literatura. **Revista de divulgação científica da ULBRA Torres**. v.1, 2017.
- BONANI-SAQUETI, J.C; MAGRO-ÉRNICA, N; GRIZA, G.L et al. Enxerto ósseo alveolar secundário como protocolo de tratamento em paciente portador de fissura labiopalatina: relato de caso clínico. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v.32, n.1, p.20-30, out/dez. 2017.
- CAMPBELL, A; COSTELLO, B.J; RUIZ, R.L et al. Cleft Lip and Palate Surgery: An Update of Clinical Outcomes for Primary Repair. **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am**. n.22 p.43–58, 2010.
- COSTA, A; MORGADO, H; MARIZ, C; ESTEVÃO-COSTA, J. Secondary alevolar bono grafting in orofacial cleft: a survey of a Portuguese tertiary hospital. **Acta Med Port**. v.3, n.29, p.210-216, 2016.
- CYMRROT, M; SALES, F.C.D; TEIXEIRA, F.A.A et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissura nasopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v.4, n.25, p.648-651, 2010.
- DININNO, C.Q.M.S et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. **Rev CEFAC**. v.6, n.13, p.1002-1008, 2011.
- FIGUEIREDO, I.M.B; BEZERRA, A.L; MARQUES, A.C.L et al. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. **RBPS**. 17 (3) p.154-160, 2004.
- FREITAS, R. S; KUROGI, A.S; NASSER. I.J.G et al. Tratamento da fissura labial unilateral pela técnica de Fisher: uma série de casos. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**. v.1, n.14, p.29-33, 2011.
- HARTEL, J. et al. Dental implants in alveolar cleft patients: a retrospective study. **J Craniomaxillofac Surg**. v.6, n.27, p.354-357, 1999.
- JAMES, J.N; COSTELLO, B.J; RUIZ, R.L. Management of Cleft Lip and Palate and Cleft Orthognathic Considerations. **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am**. n.26, p.565–572, 2014.
- LACERDA, R.H; RAMOS, T.B; FILGUEIRAS, V.M. A ortodontia como pilar na reabilitação do paciente com fissura labiopalatina. **Ortho sci pract** v.31, n.8, p.372-378, 2015.
- LEAL, N; ABREU, V.O; GHIDELLA, K.R et al. Obturadores palatinos em pacientes com fissura palatina. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe**. v.14, n.2, p. 71-78, 2014.
- LIMA, E.P.A; CARVALHO, A.S; MENEZES, D.M.V et al. A ortodontia na atenção multidisciplinar na saúde do paciente fissurado : uma revisão de literatura. **Odontol. Clín.-Cient.** v.4, n.14, p.785-788, 2015.
- MATSUI, Y.O.K; NISHIMURA, A; SHIROTA, T. et al. Long-term study of dental implants placed into alveolar cleft sites. **Cleft Palate Craniofac J**. v.4, n.44, p.444-447, 2007.
- MIACHON, M. D; LEME, P. L. S. Tratamento operatório das fendas labiais. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.3, n.41, p.208-2015, 2014.
- ROCHA, R; RITTER, D.E; RIBEIRO, G.L.U et al. Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.** v. 32, n.8, p.526-540, 2015.
- SALES, P.H.H; ROCHA, S.S; ALBUQUERQUE, A.F.M et al. Queiloplastia primária unilateral através da técnica de fisher. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**. 28(2) p.148-54, mai-ago, 2016.
- SANTOS, M.H.R.C; LIMA, C.A.C; SILVA, T.B. Fissuras Labiopalatinas: aspectos etiológicos e tratamento. **Revista Científica InFOC**. v.2, n.2, p.71-81, 2017.

SERRA, A.V.P; CARVALHO, M.M.M; ANDRADE, M.G et al. Avaliação clínica e radiográfica de implantes dentários em área de fissura alveolar. **Rev Odontol UNESP**.v.4, n.47, p.198-204, 2018.

TAIB, B.G; TAIB, A.G; SWIFT, A.C et al. Cleft lip and palate: diagnosis and management. **Br J Hosp Med Lond Engl**. v.76, p.584–585, 2015.

TANNURE, P. N.; MOLITERNO, L. F. M. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**. v.4, n.36, p.341-345, 2007.

THOMSEN, P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. Success criteria and epidemiology. **Eur J Oral Sci**. v.1, n.106, p.527-551, 1998.

TUJI, F.M; BRAGANÇA, T.A; RODRIGUES, C.F et al. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras lábio e/ou em hospital de atendimento público. **Rev. Para. Med**. v.2, n.43, 2009.