

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO
INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E MARKETING
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ESTANISLAU FILGUEIRA E SILVA FILHO
RAUL CÉSAR DOS SANTOS SILVA

**ABORDAGEM ODONTOLÓGICA AO PACIENTE COM FISSURA
LABIOPALATAL: REVISÃO DA LITERATURA**

Recife-PE
2023

ESTANISLAU FILGUEIRA E SILVA FILHO
RAUL CÉSAR DOS SANTOS SILVA

**ABORDAGEM ODONTOLÓGICA AO PACIENTE COM FISSURA
LABIOPALATAL: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiões-dentistas

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina de Souza Leitão

Recife-PE
2023

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

S586a

Silva Filho, Estanislau Filgueira e.

Abordagem odontológica ao paciente com fissura labiopalatal:
revisão da literatura /Estanislau Filgueira e Silva Filho;
Raul César dos Santos Silva. - Recife: O autor, 2023.
18 p.

Orientador(a): Dra. Ana Carolina de Souza Leitão

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em odontologia, 2023.

Inclui Referências.

1. Fissura labiopalatal. 2.Lábio leporino,. 3. Odontologia. 4.
Odontopediatria. 5. Saúde bucal. I. Silva, Raul César Dos Santos. II.
Centro Universitário Brasileiro - Unibra. III. Título.

CDU: 616.314

Dedicamos o fechamento deste ciclo ao cirurgião-dentista Estanislau Filgueira e Silva (in memoriam) profissional que foi referência em uma época em que não havia tantos recursos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre nos conceder grandes oportunidades, sabedoria e capacidade de atingir os nossos objetivos profissionais, em meio de tantos obstáculos existentes no decorrer de todo o curso.

Aos nossos familiares e amigos pelo carinho, incentivo e apoio nessa longa trajetória.

A nossa orientadora, Profa. Dra. Ana Carolina de Souza Leitão, pelo tempo dedicado na correção desse trabalho.

A toda equipe de professores pelos conhecimentos transmitidos.

“Há, pois, algo milagroso e surpreendente na missão de curar a boca.”

(Papa Pio XII)

ABORDAGEM ODONTOLÓGICA AO PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATAL: REVISÃO DA LITERATURA

ESTANISLAU FILGUEIRA E SILVA FILHO
RAUL CÉSAR DOS SANTOS SILVA

Professora orientadora: Ana Carolina de Souza Leitão
Professora da UNIBRA DOUTORA EM ODONTOLOGIA INTEGRADA.
E-mail: carolinalfalcao@hotmail.com

Resumo: A fissura labiopalatina, comumente conhecida como “lábio leporino”, consiste em uma deformidade que possui como característica principal: a fenda no lábio superior de um ou dos dois lados. A fissura é considerada a malformação craniofacial congênita, com maior prevalência na população, apresentando graus de severidade que podem comprometer desde funções estéticas a dificuldades na fonação, deglutição, respiração, além de riscos a infecções bucais e assim, diante de distintas complexidades, o paciente acometido deve receber diferentes abordagens de tratamento, desde os primeiros meses de vida. Através de uma Revisão da Literatura, o estudo buscou identificar evidências científicas atualizadas sobre a abordagem odontológica a crianças com fissura labiopalatal. Foram utilizadas as seguintes Bases de Dados: PUBMED, SCIELO, Periódicos CAPES, aplicando os seguintes descritores: Fissura labiopalatal, lábio leporino, odontologia, odontopediatria. Foram avaliados os estudos publicados no intervalo de tempo de maio de 2013 a maio de 2023, nos idiomas Português e Inglês.

Conclusão: O estudo identificou a relevância da abordagem odontológica a pacientes com fissura labiopalatal, desde a prevenção de infecções bucais, com orientações sobre higiene bucal e dieta; a planejamentos ortodônticos, ortopédicos ou cirúrgicos, quando juntos com toda equipe multidisciplinar buscarão pela promoção de saúde dessas crianças, bem como qualidade de vida. Mais estudos, no entanto, são necessários sobre o tema.

Palavras-chave: Fissura labiopalatal, lábio leporino, odontologia, odontopediatria, saúde bucal.

ABORDAGEM ODONTOLÓGICA AO PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATAL: REVISÃO DA LITERATURA

ESTANISLAU FILGUEIRA E SILVA FILHO
RAUL CÉSAR DOS SANTOS SILVA

Professor (a) orientador (a): Ana Carolina Leitão
Professor(a) da UNIBRA DOUTORA EM ODONTOLOGIA INTEGRADA
E-mail: carolinalfalcao@hotmail.com

Abstract: The cleft lip and palate, commonly known as “cleft lip”, consists of a deformity that has as its main characteristic: the cleft in the upper lip on one or both sides. Fissure is considered the most prevalent congenital craniofacial malformation in the population, with degrees of severity that can compromise everything from aesthetic functions to difficulties in phonation, swallowing, breathing, as well as risks to oral infections and thus, in the face of different complexities, the patient affected should receive different treatment approaches, from the first months of life. Through an Literature Review, the study sought to identify updated scientific evidence on the dental approach to children with cleft lip and palate. The following Databases were used: PUBMED, SCIELO, Periodicals CAPES, applying the following descriptors: cleft lip and palate, cleft lip, dentistry, pediatric dentistry. Studies published between May 2013 and May 2023, in Portuguese and English, were evaluated.

Conclusion: The study identified the relevance of the dental approach to patients with cleft lip and palate, from the prevention of oral infections, with guidance on oral hygiene and diet; to orthodontic, orthopedic or surgical planning, when together with the entire multidisciplinary team they will seek to promote the health of these children, as well as quality of life. More studies, however, are needed on the subject.

Keywords: Cleft palate, cleft lip, Dentistry, Pediatric Dentistry, oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. METODOLOGIA	11
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	11
3.2 RESULTADOS.....	12
4. REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 FATORES ETIOLÓGICOS DA FISSURA LABIOPALATAL	13
4.2 TIPOS DE FISSURAS LABIOPALATAIS.....	13
4.3 ALTERAÇÕES ANATOMOFUNCIONAIS	14
4.4 TIPOS DE TRATAMENTO	15
4.5 RISCOS E PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS	20
5. DISCUSSÃO	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
7. REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

Fissura lábio-palatina é um grupo de condições em que se inclui a fenda labial, a fenda palatina e ambas. A fenda pode situar-se num dos lados, em ambos os lados ou ao centro. (ABI FARAJ et al, 2007)

A maioria dos estudos considera as fissuras labiopalatais como defeitos de não fusão de estruturas embrionárias. Ou seja, tanto o lábio, como palato (“céu da boca”) são formados por estruturas que, nas primeiras semanas de vida, estão separadas. (HRAC – USP, 2023)

Estas estruturas devem se unir para que ocorra a formação normal da face. Se, no entanto, esta fusão não acontece, as estruturas permanecem separadas, dando origem às fissuras no lábio e/ou no palato. As fissuras faciais são estabelecidas na vida intrauterina, no período embrionário (ou seja, até a 12a. semana de gestação), e apresentam grande diversidade de forma pela variabilidade na amplitude e pelas estruturas afetadas no rosto. (HRAC- USP, 2023)

Tais anomalias são tratáveis, recebendo prognóstico positivo, considerando que o tratamento deve se iniciar logo nos primeiros meses de vida. Não se sabe exatamente o que de fato causa as fissuras labiopalatais, no entanto, os fatores ambientais mais conhecidos como risco para surgimento de fissura são: bebida alcoólica, cigarros e alguns medicamentos (como corticoides e anticonvulsivantes), principalmente quando utilizados no primeiro trimestre da gestação. A ação destes fatores ambientais depende de uma predisposição genética do embrião (interação gene *versus* ambiente). Hoje, com o avanço das tecnologias, é possível identificar a ocorrência de fissura por exames de imagens no período pré-natal. As alterações anatômicas podem trazer repercussões na fonação, deglutição, respiração, oclusão, além de riscos a infecções bucais e assim, abordagens precoces e assertivas visam saúde e qualidade de vida para as crianças. (HRAC- USP, 2023)

Diante do exposto, através de uma Revisão da Literatura, este estudo buscou evidências científicas atualizadas sobre a abordagem odontológica a crianças com fissura labiopalatal, a fim de melhor nortear acadêmicos e profissionais, na abordagem a estes pacientes.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Através de uma Revisão da Literatura, o estudo buscou identificar evidências científicas atualizadas sobre a abordagem odontológica a crianças com fissura labiopalatal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Identificar os fatores etiológicos da fissura labiopalatal.

2.2.2 Detectar as alterações anatomofuncionais encontradas nos pacientes com fissura labiopalatal.

2.2.3 Verificar os tipos de abordagem: conservadora ou cirúrgica, no tratamento das fissuras.

2.2.4 Observar os riscos e a prevenção de doenças bucais nos pacientes com a má formação.

3. METODOLOGIA

Este estudo é uma Revisão da Literatura. Foram pesquisados artigos em inglês e português, publicados no período maio de 2013 até maio de 2023. Foram utilizadas as seguintes Bases de Dados: PUBMED, SCIELO, Periódicos CAPES, aplicando os seguintes descritores: Fissura labiopalatal, lábio leporino, odontologia, odontopediatria e saúde bucal, em português e inglês.

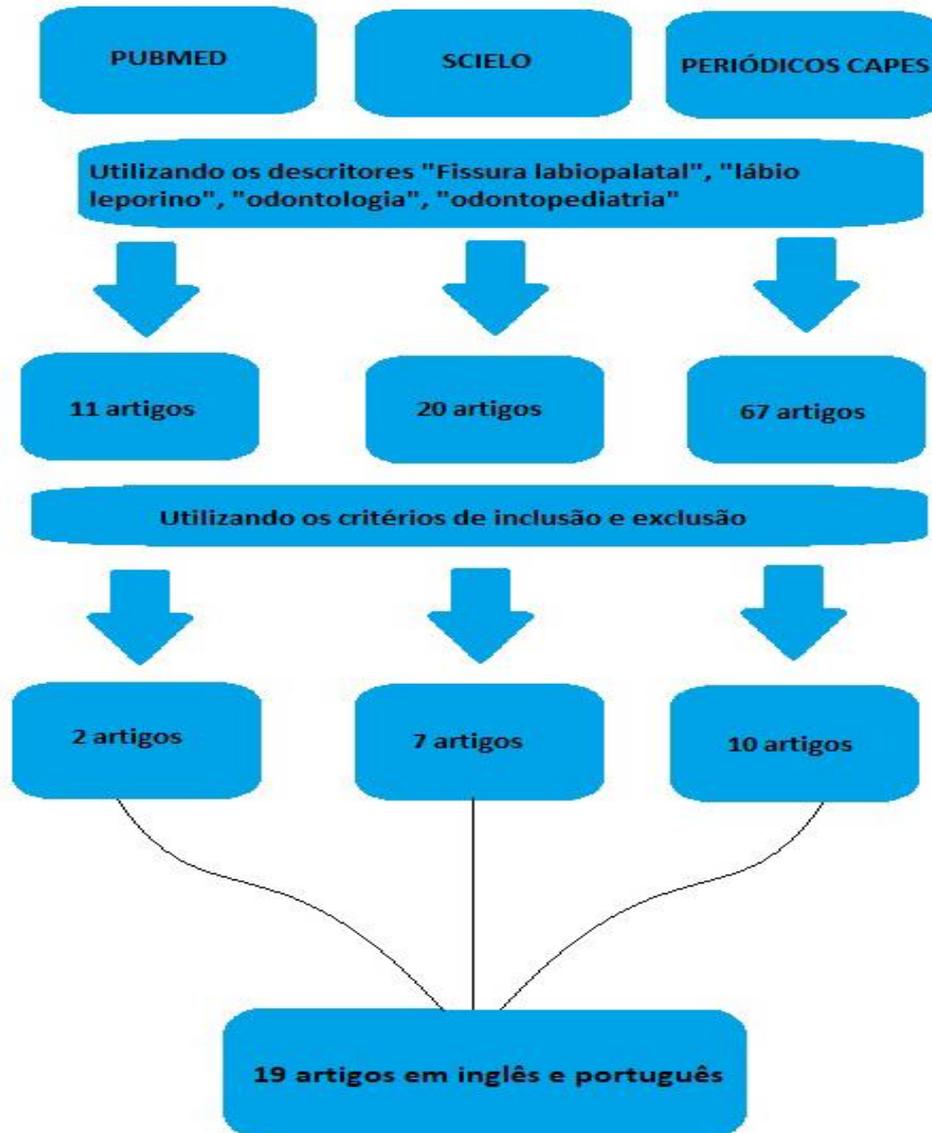
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra, cujos conteúdos contemplassem os objetivos do estudo.

Crítérios de exclusão: estudos em animais e estudo “in vitro”.

3.2 RESULTADOS

FLUXOGRAMA DOS RESULTADOS APÓS BUSCA NAS BASES DE DADOS:



4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Fatores etiológicos da fissura labiopalatal.

A fissura labiopalatina (FLP) é uma má-formação congênita que ocorre durante o desenvolvimento do embrião, ocasionada pelo não fechamento ou fechamento defeituoso do processo nasal mediano com o processo maxilar (fenda labial) e das cristas palatinas (fenda palatina) na fase embrionária entre a 4^a (quarta) e 12^a (décima segunda) semana de gestação (CAPELOZZA et al,1992).

Sua etiologia é definitivamente multifatorial, ou seja, envolve fatores genéticos e ambientais, isolados ou em associação. Os aspectos ambientais podem ser nutricionais, tóxicos, infecciosos, decorrentes do uso de medicamentos que apresentam risco ao feto, exposição à radiação ionizante, tabagismo e estresse materno durante o primeiro trimestre da gestação (MOORE et al, 2008)

A influência de fatores genéticos é clara, pois mais da metade dos pacientes com fissuras apresenta familiares portadores do defeito. A incidência na família normal é de 0,1% de chance, mas se a família já tiver um filho com essa anomalia, há 4,5% de chance do segundo filho também ter; se um dos pais tiver, as chances aumentam para 15%. Estima-se que no Brasil a cada 650 nascidos, um é portador dessa má-formação, e a incidência é menor na etnia negra e maior na amarela (MOORE et al, 2008).

4.2- Tipos de Fissuras Labiopalatais

A existência de diferentes graus de envolvimento das formas uni e bilateral e das associações observadas entre as fissuras de lábio e palato, deu origem a várias classificações (Mattos Mauro, 2007), para o entendimento do protocolo de tratamento necessário para a reabilitação do paciente fissurado, é fundamental que se tenha o conhecimento da extensão anatômica que caracteriza os diferentes tipos de fissuras (Silva Filho et al, 2008). A classificação mais utilizada para as fissuras labiopalatinas foi a proposta por Spina et al. (1972), e modificada por Silva Filho et al. (1992), baseado em morfologia que permite pensar o diagnóstico, à reabilitação e o prognóstico de tratamento, há quatro (4) tipos de fenda:

1- A fenda pré-forame incisivo, ocorre afetando apenas o lábio e o rebordo alveolar, ou seja, restringe-se apenas ao palato primário, podendo ser completa ou incompleta, unilateral, bilateral ou mediana. (CAPELOZZA et al,1992)

2- A fenda transforame incisivo, que é total, atingindo lábio, alvéolo, palato duro e palato mole. Também apresentam as variações unilaterais, bilateral e a mediana. (CAPELOZZA et al,1992)

3- Fissuras pós-forame incisivo, que ocorrem devido a ausência de fusão entre os palatos secundários, isoladamente no palato, consideradas complexas, já que a implicação acarretada é funcional, e podem ser completas, quando a fenda existe em todo o palato mole e duro, ou incompletas. (CAPELOZZA et al,1992)

4- A fissura rara da face, que representa raridade em relação às fissuras labiopalatinas, e segundo a classificação de Tessier, que elegeu a órbita como referência exclusivamente anatômica, sem relação alguma com a embriologia desta malformação, pode ser facial, quando localizada abaixo da órbita, ou craniana, quando localizada acima da órbita. Abaixo segue imagem para ilustrar os casos mais recorrentes, que são a fenda pré forame, a fenda transforame incisiva e a fissura pós-forame incisivo. (CAPELOZZA et al,1992)

4.3 Alterações anatomofuncionais encontradas nos pacientes com fissura labiopalatal

As fissuras labiopalatais trazem como consequência uma série de alterações que comprometem não só a estética mas também as funcionalidades associadas à região orofacial. (MOORE et al, 2008)

Os primeiros desafios que os recém-nascidos com FLP enfrentam estão relacionados à nutrição e respiração. A dificuldade na amamentação desencadeia uma série de complicações, como baixo ganho de peso, anemia e infecções. Tais complicações se relacionam ao fato de que os pacientes com esse tipo de defeito possuem a sucção fraca (o comprometimento da integridade do palato anula a característica de pressão intraoral negativa necessária para uma sucção adequada),

dificuldade de pega causada pela má postura da língua, refluxo de leite pelas narinas, risco de aspiração e um maior gasto calórico durante as mamadas. (SÁ et al, 2014)

Pacientes nascidos com fissuras podem ter anomalias dentárias de forma, número, tamanho e posição, o que leva o dentista a ter de realizar um planejamento individualizado a respeito do tratamento deste paciente. A fim de alcançar um resultado de tratamento bem sucedido, é necessário, além de realizar um planejamento multidisciplinar, monitorar o progresso do plano constituído para o paciente, onde mudanças podem ser acrescentadas caso o procedimento não saia como planejado, ou como o esperado pelo paciente. As características orofaciais de pacientes portadores de FLP, podem sofrer alterações ao longo do tempo, ocasionando também, mudanças no plano de tratamento. (SÁ et al, 2014)

As anomalias anatomicas suportadas por um paciente fissurado são variadas, podemos citar, as maloclusões, o aumento do risco cariogênico, alterações periodontais e problemas na respiração bucal. A maloclusão é um conjunto de falhas nos dentes que causa deformação e possuem níveis como: maloclusão branda, severa e muito severa. (SÁ et al, 2014)

4.4 Tipos de Tratamento

O tratamento do lábio leporino pode envolver abordagens conservadoras e cirúrgicas, que são escolhidas de acordo com a gravidade da fissura, idade do paciente, e outros fatores. (HRAC – USP, 2023)

As abordagens conservadoras envolvem a utilização de aparelhos ortopédicos para corrigir o posicionamento dos dentes e/ou a utilização de próteses palatinas que promovem o fechamento artificial da fissura palatina. Esse tipo de abordagem é indicada para aberturas palatinas leves ou incompletas, e buscam minimizar a necessidade de intervenções cirúrgicas. Estudos indicam que a abordagem conservadora pode ser eficaz em casos selecionados de fissuras labiopalatinas, reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas. (HRAC – USP, 2023)

Um exemplo de abordagem conservadora são as Técnicas de Perseu lemos e a de Victor Spina e Orlando Lodovici. Perseu Lemos foi o primeiro a priorizar o reparo de fissura labial unilateral por meio da plástica em Z de toda a espessura do lábio: pele, musculatura e mucosa. (CHENG et al, 2021)

Os fundamentos da técnica de Perseu Lemos, consistem em uma excisão na borda da fissura, respeitando o início do arco de cupido e em seguida, realizando uma simples plástica, adotando o formato de um Z, visando alongar o lábio e quebrar a linha de sutura. O resultado final nesta técnica, preserva o arco do cupido e deixa uma cicatriz mais discreta. (CHENG et al, 2021)

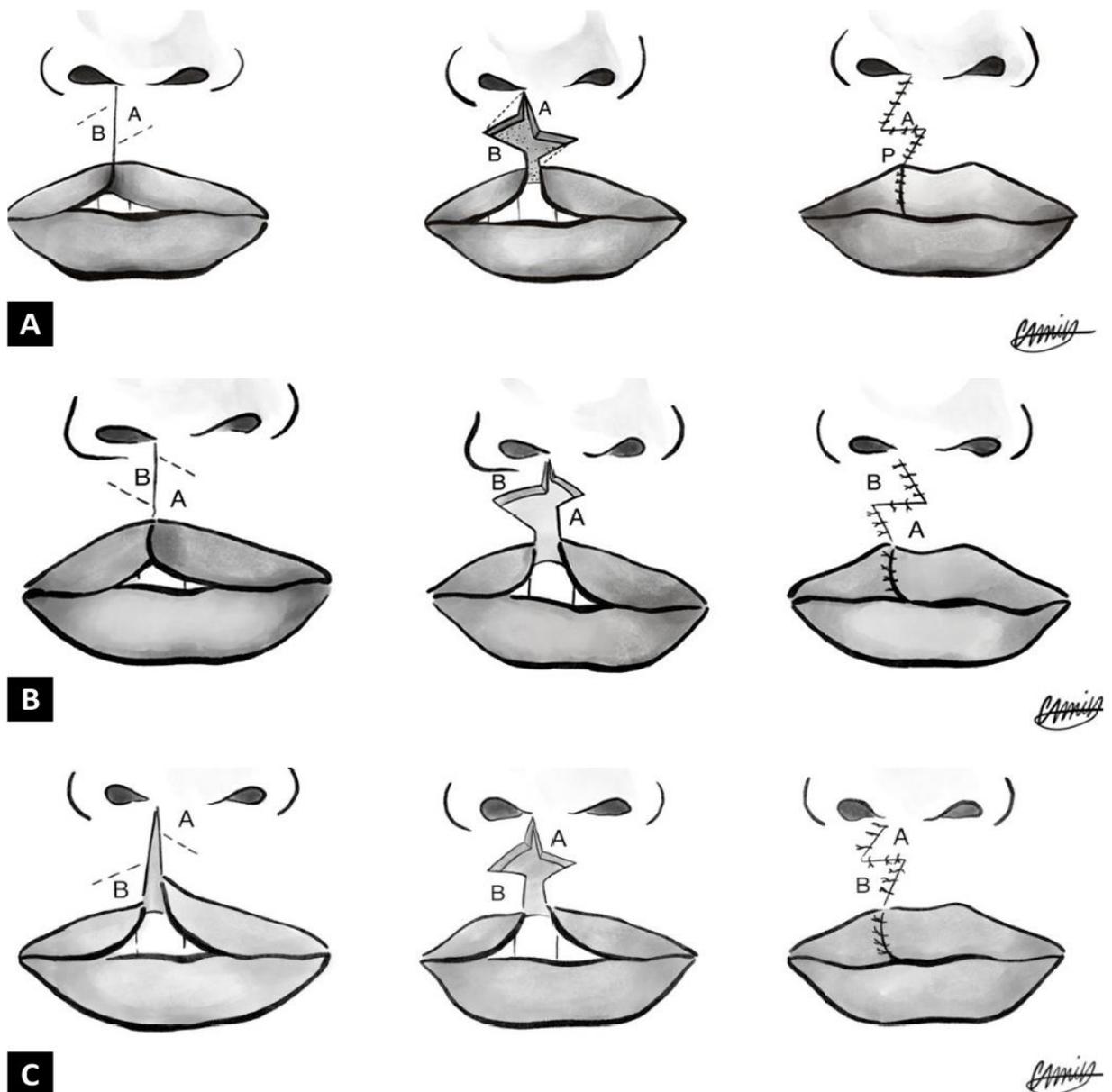


Figura 2- Técnica de Perseu Lemos (Zraik et.al, 2021)

Nos anos 60, Victor Spina juntamente com Orlando Lodovici, propuseram a plástica em formato Z apenas ao plano cutâneo, o que para eles parecia suficiente para determinar o devido aumento da altura do lábio. Nesta técnica, a plástica em Z, o braço superior é medial e o braço inferior é lateral. Ocorre um engenhoso reparo do vermelhão, sem ressecções e o aproveitamento de toda a mucosa em parte decorticada e sepultada na vertente contralateral. Spina e Lodovici (1960) reconhecem que seu método corresponde ao método de Lemos, com modificações próprias, na intenção da obtenção de melhores resultados. (CHENG et al, 2021)

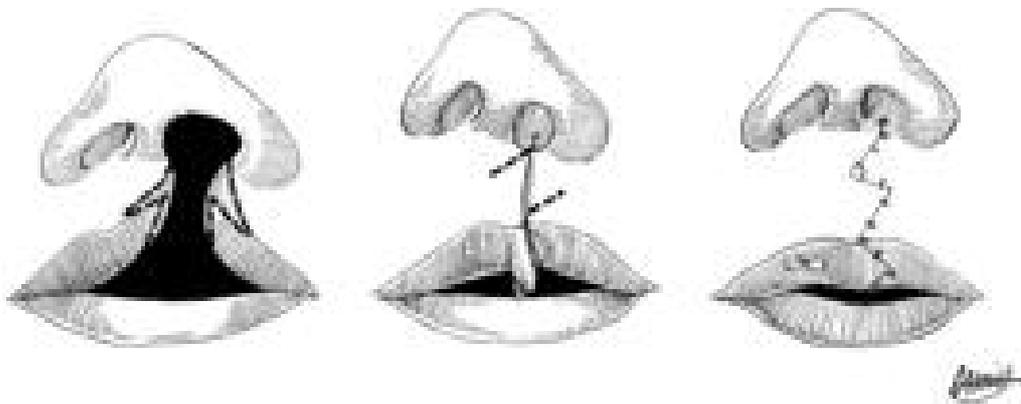


Figura 2- Técnica de Spina e Ludovic (Zraick, 2021)

A abordagem cirúrgica é indicada para lesões mais graves e complexas, e envolve a realização de procedimentos cirúrgicos para fechamento da fissura labiopalatina e reconstrução da anatomia craniofacial. Os procedimentos cirúrgicos podem ser realizados em diferentes estágios do desenvolvimento da criança, dependendo da gravidade da fissura e do impacto na função e na estética facial. Estudos indicam que a abordagem cirúrgica pode melhorar a qualidade de vida e a função respiratória, alimentar e da fala em pacientes com fissuras labiopalatinas.

É importante ressaltar que o tratamento da abertura labiopalatina deve ser individualizado e baseado na avaliação clínica do paciente, levando em consideração fatores como a gravidade da anomalia, idade do paciente, e impacto na função e na estética facial. O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, envolvendo médicos, dentistas, fonoaudiólogos, e outros profissionais de saúde, garantindo assim um tratamento adequado e personalizado para cada paciente.

A cirurgia de tratamento de lábio leporino pode ser feita a partir dos 3 meses de vida das crianças, caso ela tenha mais de 5 quilos de peso e esteja saudável. O procedimento para correção do lábio leporino é focado na reconstrução do espaço entre a gengiva e o lábio e, se necessário, do assoalho nasal. Também é feita a reconstrução muscular, para garantir a movimentação adequada do lábio superior. Já para a fenda palatina é feita a reposição do tecido e da musculatura para fechar a fissura e garantir o bom desenvolvimento da fala. Quando a criança apresenta os dois problemas, geralmente a cirurgia do lábio leporino é feita antes.

Dependendo da severidade da deformidade e da área acometida, pode haver a necessidade de mais de um procedimento. No entanto, destaca-se que elas não acontecem seguidamente, mas sim conforme o crescimento da criança. Importante notar que, normalmente, a cirurgia reparadora do lábio leporino (juntamente com outras estruturas afetadas, como nariz e palato mole) só pode ser feita a partir dos 3 meses de idade. A correção da fenda palatina (palato duro) costuma ser feita somente a partir do 15º mês de vida. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são: Palatoplastia e a Queiloplastia.

A técnica da palatoplastia, trata da reconstrução do palato de forma a permitir a separação anatômica entre as cavidades oral e nasal e estabelecer uma velofaringe que possa funcionar adequadamente, visando evitar a regurgitação nasal de alimentos e favorecer o desenvolvimento normal da audição e da fala. (ABDO MACHADO, 2005)

Nesta cirurgia, o palato mole é fechado em três camadas, aproximando a mucosa nasal, a musculatura elevadora e a mucosa bucal. Já o palato duro é fechado em duas camadas usando retalhos da mucosa nasal e da mucosa bucal. Ambas as cirurgias devem ser realizadas sem tensão para evitar formações de fistulas. (PARANAIBA et al, 2009)

A queiloplastia consiste na correção da fissura labial por meio de técnicas cirúrgicas como a de Spina e Millard, devendo ser realizada a partir do terceiro mês de vida. Nessa idade, nos Estados Unidos, é realizada cirurgia de lábio, palato e gengiva peri osteoplastia alveolar, ao passo que, na França, é realizada a cirurgia de lábio associado a contenção palatina passiva. (Ribeiro, 2011)

Na reconstrução do palato, utilizam-se técnicas cujos princípios apoiam-se nos conceitos de Von Langenback e Veau, a partir do décimo segundo mês. Nos Estados Unidos e na França, a cirurgia do palato é realizada aos nove meses e aos sete meses respectivamente. Em seguida, esses indivíduos devem ser acompanhados ao longo de todo o seu crescimento, quando receberão assistência interdisciplinar das múltiplas equipes que compõem o seu quadro reabilitador (Ribeiro, 2011). As cirurgias secundárias de lábio e ou do palato, o alongamento de columela nos pacientes com fissuras de lábio de envolvimento bilateral, ou mesmo a faringoplastia, devem ser realizadas em idade pré-escolar, a partir de quatro anos de idade.

A ortodontia desempenha um papel primordial na reabilitação desses casos. Os principais objetivos do tratamento ortodôntico são: estabelecer função e harmonia estética, com restabelecimento da relação oclusal fisiologicamente ótima, em relação harmônica com as outras estruturas faciais e cranianas (Ribeiro, 2011). O tratamento ortopédico precoce, ou ortopedia neonatal, tratamento ortopédico maxilar no recém-nascido com fissura e tratamento pré-operatório, é indicado ao nascimento, antes da cirurgia do lábio, posterior à cirurgia do lábio até a palatoplastia ou depois da palatoplastia se necessário. (Ribeiro, 2011)

Os aparelhos ortopédicos podem ser placas palatinas, casquetes extraorais de apoio pericraniano e pré-maxilar, bem como esparadrapo antialérgico. A grande deficiência maxilar mesmo após intervenção cirúrgica na infância associada à idade avançada, faz da cirurgia ortognática recurso imprescindível ao ajuste anatômico das bases ósseas. Em caso de persistência de defeito ósseo alveolar, a correção com enxerto ósseo autógeno é o procedimento de eleição. O tecido é retirado da crista ilíaca do próprio enfermo, procedimento também denominado enxerto ósseo alveolar, com as vantagens de permitir movimentação ortodôntica, melhorar simetria nasal, promover excelentes condições periodontais, permitindo colocação de implantes osteointegrados com finalidade protética. (Ribeiro, 2011)

Após a cirurgia, as primeiras 48 horas são geralmente mais complicadas, incluindo bastante choro por parte do paciente. O pós-operatório não é tão fácil, podendo ter diminuição na aceitação da dieta o que pode causar certo estresse na família. Por isso é tão importante o acompanhamento da equipe multidisciplinar no tratamento. (HRAC – USP, 2023)

O tratamento não se encerra após a operação. Na realidade, o acompanhamento médico depois da cirurgia deve ser regular. O paciente terá apoio de profissionais ortodontistas, dentistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, intensivistas, otorrinolaringologistas, neurocirurgiões, psicólogos, entre outros. (HRAC – USP, 2023)

4.5 Riscos e prevenção de doenças bucais nos pacientes com a má formação

Os pacientes com FLP apresentam maiores riscos a infecções bucais. Sob o ponto de vista cariogênico devido à dificuldade de realizar a higiene bucal e ao mau posicionamento dentário, deixam as superfícies mais favoráveis ao acúmulo de biofilme, tornando assim, um fator de risco importante ao desenvolvimento da desmineralização dental. (CAPELOZZA et al,1992)

São comuns casos de atresia maxilar e malformações dentárias em áreas anatómicas anexas ao local da fissura, como agenesias de dentes supranumerários. A falta de nivelamento entre os processos maxilar e nasal medial devido à deficiência de massa mesenquimal favorece o aparecimento de fissuras labial, palatal ou ambas. De acordo com Tsai e colaboradores, a hipodontia do incisivo lateral pode ser explicada por essa deficiência do mesênquima na região que origina o potencial odontogênico para esse dente. Distúrbios na fase de morfodiferenciação durante o desenvolvimento dentário provocam o surgimento de dentes supranumerários, por afetarem a histodiferenciação, originando um dente distinto a partir da lâmina dentária ou de uma dicotomia a partir do estágio de botão. (Ribeiro, 2011)

A principal mudança relatada centralizou-se nos arcos dentais, que se tornaram menores e mais estreitos. Um alto índice de desordens temporomandibulares associadas a fissuras labiopalatais tem sido descrito. Nesses casos, cliques são mais frequentes que crepitações. Mesmo tendo em vista esses aspectos, os sinais clínicos e subjetivos de desordem temporomandibular não são muito comuns em adultos com fissura de lábio e ou de palato reparada. (Ribeiro, 2011)

A alimentação da criança deve ser uma dieta rica em nutrientes, como o que é essencial para toda e qualquer criança, observando vitaminas, proteínas e etc. A

escovação deve ser feita após cada refeição, através do uso de creme dental com fluór. (WONG et al, 2005)

Para alimentar um RN com FLP de forma segura e adequada é possível realizar adaptações posturais e usar estratégias facilitadoras durante a administração alimentar. É importante que profissionais e familiares considerem que o próprio RN se adapta às condições anatômicas, de forma reflexa, visando suprir uma necessidade vital de obtenção do alimento. Enquanto as adaptações internas ocorrem por meio da necessidade do RN em ingerir o alimento, as adaptações externas são aquelas em que os profissionais e familiares podem proporcionar para facilitar este processo. Além das adaptações posturais e implementação de estratégias facilitadoras, é possível também adequar a mamadeira (bico e furo) usada para oferecer o leite. As seguintes observações permitem ajustes que podem favorecer o processo alimentar do RN com FLP desde a primeira mamada. (HRAC – USP, 2023)

5. DISCUSSÃO

O tema das fissura labiopalatais é de extrema relevância para os odontólogos, considerando a demanda de crianças que nascem com essa deformidade congênita e que buscarão o auxílio do dentista.

O profissional deve estar preparado para lidar com toda a questão do lábio leporino, a demanda psicológica do paciente, entender das técnicas mais atualizadas e estar antenado nas intervenções mais eficazes para o tratamento do paciente.

Apesar da pesquisa ter encontrado poucos estudos sobre o tema, todos os que foram utilizados nesta pesquisa demonstram a necessidade das abordagens odontológicas preventivas destes pacientes, até mesmo abordagens cirúrgicas.

Aquino et al (2011) desenvolveu um estudo com o objetivo escrever casos clínicos de fissuras do lábio e/ou palato, associadas com consanguinidade e buscou correlacionar tais alterações com possíveis fatores de risco. O estudo concluiu que fissuras do lábio e/ou palato (FL/P) representam as anomalias congênitas mais comuns da face e em 70% dos indivíduos, as fissuras lábio-palatinas ocorrem de forma não-sindrômica (FL/PNS).

Neste estudo, entre 246 casos de FL/PNS (diagnosticadas e assistidas no serviço, 15 (6,1%) foram de FL/PNS com relato de consanguinidade em primeiro grau e 73,3% ocorreram no gênero masculino. Verificou-se que dos 15 pacientes, 4 pacientes apresentavam fissura lábio palatina (FLP) completa unilateral direita, 4 FLP bilateral completa, 3 FLP completa unilateral esquerda, 3 fissura palatina isolada e 1 fissura labial isolada. Dos fatores de risco avaliados, somente três mães relataram história de tabagismo durante a gestação.

Em relação à patogênese, embora ainda pouco compreendida, as FL/P são multifatoriais, resultando de fatores genéticos e ambientais. A dieta materna, suplementação vitamínica, álcool, fumo e uso de drogas anticonvulsivantes estão entre os fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento das fissura. (AQUINO et al, 2011)

Montagnoli et al (2005) realizou um estudo transversal com 881 crianças (58,9% meninos e 41,1% meninas) com fissura labial e palatina do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru (SP), Brasil, com idades entre 1 a 24 meses. Foram avaliados três tipos de fissuras: fissura labial (181/20,5%), fissura palatina (157/17,8%) e fissura labial + palatina (543/61,6%). Foram obtidas as medidas de peso e comprimento e os dados acerca do aleitamento materno e do nível socioeconômico. Crianças com peso e comprimento abaixo do percentil 10 da referência NCHS foram consideradas como tendo restrição do crescimento.

No estudo de Montagnoli (2005) a distribuição da amostra de acordo com o tipo de fissura e gênero foi semelhante àquela observada em outros estudos epidemiológicos. O aleitamento materno foi mais freqüente no grupo com fissura labial (45,9%) que nos grupos de fissura palatina (12,1%) ou de fissura labial + palatina (10,5%). Os lactentes com fissura labial mostraram menos comprometimento do peso (23,8%) e do comprimento (19,3%) comparados àqueles do grupo com fissura labial + palatina (35,7% e 33,1%, respectivamente), sendo que o último grupo mostrou proporções de crianças com peso e comprimento inferiores ao percentil 10 muito próximas às do grupo com fissura palatina (34,4% e 38,9%).

Montagnoli et al (2005), chegou a conclusão de que o comprometimento do peso e comprimento é mais grave nos lactentes com fissura labial + palatina e com fissura palatina e pode ser atribuído principalmente às dificuldades de alimentação, em comparação ao grupo com fissura labial.

Na literatura corrente existem estudos que investigam sobre as diferentes técnicas de palatoplastia e seus resultados clínicos. No entanto, ainda são escassos os estudos que buscam controlar a maioria dos fatores, já conhecidos, que possam influenciar os resultados da palatoplastia, como por exemplo, um único cirurgião realizar todas as palatoplastias primárias em uma ou mais técnicas; influência do tratamento fonoaudiológico e principalmente a homogeneidade da amostra caracterizada pelas medidas morfométricas do palato no mesmo tipo de fissura.

Charles Tennison divulgou um método próprio com retalhos triangulares e zetaplastia. Ralph Millard Jr apresentou no I Congresso Internacional de Cirurgia

Plástica, em Estocolmo, a técnica de avanço e rotação. Esta técnica foi publicada pela primeira vez em 1957, difundindo-se rapidamente pela simplicidade de sua confecção e pelos bons resultados apresentados. (MIACHON, 2014)

Tennison, Randall e Skoog devem ser destacados como ícones na evolução do tratamento da fissura labial, assim como os cirurgiões brasileiros Perseu Lemos e Vitor Spina, referenciados na Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica por Jaime Anger Figueiredo, em 2002, ressaltou que o maior desafio é a correção cirúrgica de fissuras bilaterais devido à ausência de tecido, o prolábio proeminente e a falta de columela.

Figueiredo (2002), descreveu técnicas operatórias para tratamento das fissuras labiais: deixar o lábio simétrico com todas as suas estruturas – vermelhão sem falhas, arco de cupido, filtro labial; cicatrizes bem localizadas; não alterar a forma do lábio com o crescimento; reconstruir e simetrizar o nariz. Devem ser levados em consideração: o tipo e a extensão da fissura, a técnica operatória, o tempo de reparo e a experiência do profissional, além de fatores funcionais e individuais como a saúde geral do paciente e oclusão velofaríngea. 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. (SCHILLING et al, 2021)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos, através deste estudo, a importância da abordagem multidisciplinar e precoce aos pacientes com FLP. Os profissionais da odontologia são essenciais neste trabalho integrado, podendo intervir desde procedimentos mais conservadores a cirúrgicos, melhorando assim, a qualidade de vida dessas crianças. Novas pesquisas são importantes, no entanto, na busca por mais evidências científicas e assim, o estabelecimento de protocolos sempre atualizados e mais assertivos no tratamento desses pacientes.

7. REFERÊNCIAS

- ABDO, Ruy Cesar Camargo; MACHADO, Maria Aparecida de Andrade Moreira. **Odontopediatria nas Fissuras Labiopalatais**. Livraria Santos Editora Ltda, 2005. 113 p.
- ABI FARAJ, J; ANDRÉ, M. **Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decídua**. Maringá, v. 12, n. 5, p. 100-108, set./out. 2007. R Dental Press Ortodon Ortop Facial.
- ALMEIDA A. M. F. L; CHAVES S. C. L; **Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro**, 2019. Cad. Saúde Colet.,Rio de Janeiro, 27 (1): 73-85 | DOI: 10.1590/1414-462X201900010365
- AQUINO, Sibeles Nascimento. Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatinas com pais consanguíneos. Braz. j. otorhinolaryngol. (1) • Fev 2011 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000100004>. Acesso 01 de junho de 2023.
- CAPELOZZA Filho L, SILVA FILHO OG. **Fissuras labiopalatais**. In: Petrelli E, ed. Ortodontia para fonoaudiologia. Curitiba: Ed. Lovise; 1992. p. 195-239. 28.
- Cheng X, Liang X, Lin Y, et al. **Comparison of the effects of different surgical protocols on maxillofacial growth and speech development in patients with cleft lip and palate**. J Craniomaxillofac Surg. 2021 Jun;49(6):502-509. doi: 10.1016/j.jcms.2021.02.020.
- Chou YJ, Chang SH, Su YY, et al. **Early intervention with a palatal plate and speech therapy for infants with bilateral cleft lip and palate**. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020 Nov;135:110126. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110126.
- GENARO, Kátia; FUKUSHIRO, Ana Paula; SUGUIMOTO, Maria Lourdes. **“Avaliação e Tratamento dos Distúrbios da Fala.”** In: Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar. Bauru: Livraria Santos Editora Ltda, 2007
- HRAC-USP; **FISSURA LABIOPALATINA**. CAMPUS BAURU, 2023. DISPONIVEL EM: <https://hrac.usp.br/saude/fissura-labiopalatina/>. ACESSO EM 01 DE JUNHO DE 2023
- Katti G, Halkai RS, Hegde S, Shetty P, Desai A. **A conservative approach to manage bilateral cleft lip and palate: A case report**. J Indian Prosthodont Soc. 2019 Oct-Dec;19(4):371-376. doi: 10.4103/jips.jips_71_19.
- Lertsirivorakul J, Somjai W, Supakul N, Samranranawarin S, Rattanawong W. **Prosthodontic rehabilitation for incomplete cleft lip and palate: a clinical report**. J Prosthodont Res. 2016 Jan;60(1):66-70. doi: 10.1016/j.jpor.2015.08.008.

MIACHON, Mateus Domingues, LEME, Pedro Luis Squilacci. Tratamento operatório das fendas labiais. Rev. Col. Bras. Cir. 41 (3) • May-Jun 2014 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000300013>. Acesso em 01 de junho de 2023

MONTAGNOLI LC, BARBIERI MA, BETTIOL H, MARQUES IL, de Souza L. **Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal.** J. Pediatr (Rio J). 2005;81:461-5.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 181-196.

PARANAÍBA, Livia, et al. **Técnicas cirúrgicas correntes para fissuras lábio-palatinas.** BRAZILIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY 75 (6) NOVEMBRO/DEZEMBRO 2009 <http://www.bjorl.org.br>

RIBEIRO, Thyciana Rodrigues et al. **Fissuras Labiopalatais: abordagem multiprofissional.** 2011.

SÁ, Jamile et al. **ANOMALIAS DENTÁRIAS NAS FISSURAS LABIAIS E/OU PALATINAS NÃO- SINDRÔMICAS.** Revista Bahiana de Odontologia. 2014 Dez;5(3):153- 159).

SPINA, V. et al. **Classificação das fissuras lábio-palatinas:** Sugestões de modificação. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972

SCHILLING G. B, CARDOSO M. C. A. F.; SILVA P. S. G, MAAHS M. A. P; **Associação entre alterações de fala e dento-oclusais em crianças com fissura labiopalatina e a época das cirurgias plásticas primárias,** 2021. Rev. CEFAC. 23(4):e12420 | DOI: 10.1590/1982- 0216/202123412420

WONG F.K., HAGG U., ANNEROTH G. **Health-related quality of life and satisfaction 5 years after surgical repair of cleft lip and palate.** J Craniofac Surg. 2005 Nov;16(6):1080-5. doi: 10.1097/01.scs.0000189696.16333.8e.

