

UNIVERSIDADE DE UBERABA  
OTÁVIO CÉSAR PRATA SANTOS

REVISÃO DE LITERATURA:  
TRATAMENTO DAS FENDAS LABIAIS E PALATINAS

**Uberaba - MG**

**2017**

**OTÁVIO CÉSAR PRATA SANTOS**

**REVISÃO DE LITERATURA:  
TRATAMENTO DAS FENDAS LABIAIS E PALATINAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para a conclusão do curso de graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Eliana Silva Cassimiro de Araújo

**Uberaba – MG**

**2017**

S59r Santos, Otávio César Prata.  
Revisão de literatura: tratamento das fendas labiais e  
palatinas / Otávio César Prata Santos. – Uberaba, 2017.  
22 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2017.  
Orientadora: Profa. M<sup>a</sup>. Eliana Silva Cassimiro de Araújo.

1. Fenda palatina. 2. Lábio leporino. 3. Boca – Anomalias. 4.  
Palato – Cirurgia plástica. I. Universidade de Uberaba. Curso de  
Odontologia. II. Título.

CDD 617.5225

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

**OTÁVIO CÉSAR PRATA SANTOS**

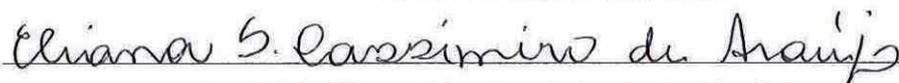
**REVISÃO DE LITERATURA:  
TRATAMENTO DAS FENDAS LABIAIS E PALATINAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para a conclusão do curso de graduação em Odontologia.

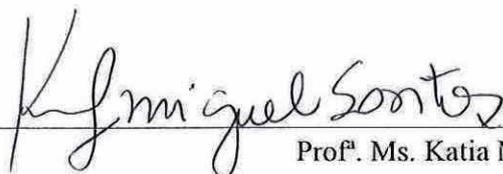
Área de Concentração: Cirurgia

Aprovado em: 01/07/2017

BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Eliana Silva Cassimiro de Araújo- Orientadora  
Universidade de Uberaba



Profª. Ms. Katia Miguel

Universidade de Uberaba

## RESUMO

As fissuras labiais e palatinas são anomalias craniofaciais congênitas comuns ocorridas devido a uma falha na fusão dos processos labiais e palatinos entre a quarta e a sétima semana de vida intrauterina. São acometidos entre 1/1000 recém-nascidos sendo detectadas no primeiro trimestre da gravidez por ultrassonografia de alta resolução. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas existem evidências de que os fatores ambientais e, principalmente o fator genético têm influência em sua formação. As fissuras podem ocorrer isoladamente, associadas entre si ou com outras malformações. Os procedimentos para a realização da cirurgia são muito variados, levando-se em consideração que cada paciente apresenta suas particularidades e as fendas apresentam características variadas. O procedimento cirúrgico pode ser realizado em dois tempos, sendo o fechamento do tecido duro e fechamento do tecido mole. A metodologia utilizada foi Pesquisa qualitativa e bibliográfica compreendida entre o período de 1.995 a 2.016 sobre as fissuras labiais e palatinas e o tratamento cirúrgico. Revisão de literatura através de bases de dados: Scielo e Google acadêmico. O objetivo do presente estudo foi o de viabilizar através de artigos científicos, os tipos de fendas existentes e as técnicas cirúrgicas realizadas. O presente estudo esclarece quais são os tipos de fendas palatinas e as técnicas cirúrgicas realizadas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos portadores.

Palavras chaves: Fendas palatinas, fendas labiais, palatoplastia e veloplastia.

## ABSTRACT

Labial and palate fissures are common congenital craniofacial anomalies occurring due to a failure in the fusion of the labial and palatal processes between the fourth and seventh week of life intrauterine. They are affected among 1/1000 newborns being detected in the first trimester of pregnancy by high resolution ultrasound. Its etiology is still unknown, but there is evidence that environmental factors, and especially the genetic factor, have influence in its formation. Fissures may occur in isolation, associated with each other or with other malformations. The procedures for performing the surgery are very varied, taking each patient presents its particularities and the characteristics. The surgical procedure can be performed in two hard tissue closure and soft tissue closure. The methodology research qualitative and bibliographic information about the clefts of the lips and palates and the surgical treatment, literature through databases: Scielo and Google academic. Since they are common anomalies on the face, and aims to clarify them and promote better quality of life for the carriers. The objective to make feasible through scientific articles the types of slits existing surgical techniques. It is expected that the presente clarify the types of cleft palate and the surgical techniques performed with the Improve the quality of life of patients.

Key words: Palatine clefts, cleft lip, palatoplasty and veloplasty.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades.

Um agradecimento especial para a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Ms. Eliana Silva Cassimiro de Araújo, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pela gentileza, pelos conselhos e acima de tudo pela sua amizade.

Agradecimento aos meus pais Júlio César, Perciliana Prata e Joselito de Jesus, que cautelosa e carinhosamente foram a minha base através dos conselhos, apoio moral e acima de tudo o amor.

Aos meus familiares que sempre estiveram dispostos a conversar, aconselhar, e apoiar em todos os momentos.

Agradeço aos meus amigos e colegas que sempre estiveram do meu lado, torcendo e me apoiando no decorrer da universidade.

## SUMÁRIO

Introdução	08
1 Materiais e métodos	10
2 Objetivos	11
3 Discussão	12
4 Considerações Finais	20
Referências	21

## INTRODUÇÃO

As fissuras labiais e palatinas são anomalias congênitas comuns decorrentes de uma alteração ocorrida entre a quarta e a sétima semanas de vida intrauterina, levando a uma falha na fusão dos processos labiais e palatinos, resultante de um atraso no desenvolvimento dos processos de formação da face relacionados às regiões frontal, maxilar e palato. As fissuras labiais, com ou sem envolvimento do palato, apresentam prevalência de 1/1000 recém-nascidos podendo ser detectadas no primeiro trimestre de gravidez por ultrassonografia de alta resolução. (TANNURE e MOLITERNO, 2007; PALANDI e GUEDES, 2009).

A etiologia dessas malformações faciais ainda é desconhecida, no entanto, existem evidências de que fatores ambientais e genéticos influenciam na sua origem. Dentre os fatores ambientais mais comuns estão o uso abusivo de drogas, doenças durante o período de gestação, uso de álcool ou cigarros e a idade dos pais. (PALANDI e GUEDES, 2009)

Acredita-se que o fator hereditário seja o mais relevante no desenvolvimento das fissuras. Tal fato é comprovado quando se observa que a incidência de fissuras aumenta em famílias que apresentam essa alteração. (VARANDAS e SILVA, 1995).

As fissuras labiais e palatinas podem ocorrer isoladamente, associando-se entre si ou com outras malformações. Referente às fendas labiais, podem ser bilaterais, quando ocorre nos dois lados do lábio ou unilaterais quando ocorrem em apenas um lado do lábio. Quando ocorrem apenas no lábio são denominadas incompletas e completas quando atingem também a pré-maxila. Existem diversas classificações das fissuras e a mais utilizada no Brasil é a por Spina. Nesta o forame incisivo é utilizado como referência anatômica por estar localizado no limite do palato primário e secundário. De acordo com ela, as fissuras são classificadas da seguinte forma: fissura labial unilateral pré-forame incompleta, fissura labial bilateral pré-forame incompleta, fissura labial unilateral pré-forame completa, fissura labial bilateral pré-forame completa, fissura labial unilateral transforame completa, fissura labial bilateral transforame completa, fissura palatina pós-forame completa, fissura palatina pós-forame incompleta. (PALANDI; GUEDES, 2007)

No ato pré-cirúrgico, são solicitados exames de sangue com hemograma completo, coagulograma completo e urina. Solicita-se também exames de imagens complementares como radiografias de face, panorâmicas, intrabucais oclusal superior e periapical de incisivos superiores. A radiografia panorâmica é utilizada no pré-operatório para determinar a posição dos caninos inferiores e verificar uma possível remoção do tecido ósseo da área mentoniana para o enxerto. (TANNURE e MOLITERNO, 2007; PALANDI e GUEDES, 2009).

Os procedimentos para realizar uma cirurgia de fenda palatina são muito variados, visto que cada paciente é de uma forma e cada fenda tem um formato, vendo então que cada caso é um caso, e cada cirurgião tem uma forma de trabalhar. O objetivo deste tratamento no geral é o fechamento da abertura no palato duro com os tecidos moles adjacentes. (FIGUEIREDO; BEZERRA; MARQUES; ROCHA; MONTEIRO, 2004).

Espera-se que o presente estudo esclareça quais são os tipos de fendas palatinas e o tratamento realizado com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos portadores da anomalia.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi realizado por pesquisa qualitativa e bibliográfica sobre as fissuras labiais e palatinas e o tratamento cirúrgico.

A revisão de literatura foi realizada no período compreendido entre 1.995 a 2016 através das bases de dados: Scielo e Google acadêmico.

As palavras chaves utilizadas para a busca dos artigos científicos foram: Fendas palatinas, fendas labiais, palatoplastia e veloplastia.

## OBJETIVOS

O estudo tem como objetivo principal esclarecer, através de artigos científicos quais são os tipos de fendas labiais e palatinas existentes e o tratamento realizado, viabilizando aos portadores da anomalia uma melhor qualidade de vida.

## DISCUSSÃO

As fissuras labiais e palatinas são uma má formação congênita ocorrida por uma alteração entre a quarta e a sétima semanas de vida intrauterina, que leva a falha na fusão dos processos labiais e palatinos. Sua prevalência entre 1975 a 1994 foi de 0,19 por 1000 nascidos vivos, onde a fissura labial afeta mais o sexo masculino e variando entre diferentes grupos étnicos, onde os asiáticos apresentam a com maior incidência, e as fissuras palatinas apresentam mais no sexo feminino e com incidência homogênea entre etnias. É a malformação congênita mais frequente na população humana. (TANNURE e MOLITERNO, 2007; PALANDI e GUEDES, 2009; SILVA E DORNELLES E PANIAGUA E COSTA E COLLARES, 2008).

Sua etiologia é considerada multifatorial incluindo fatores ambientais e hereditários. Alguns dos fatores prevalentes de risco para fissuras labiopalatinas são: ingestão de anti-inflamatórios na gestação, epilepsia na mãe, ocorrência de raio X (CAMPILLAY E DELGADO E BRESCOVICI, 2008). Existem evidências de que fatores ambientais e genéticos influenciam na sua origem. Dentre os fatores ambientais mais comuns estão o uso abusivo de drogas, doenças durante o período de gestação, uso de álcool ou cigarros e a idade dos pais.

Acredita-se que o fator hereditário seja o mais relevante no desenvolvimento das fissuras. Tal fato é comprovado quando se observa que a incidência de fissuras aumenta em famílias que apresentam essa alteração. (VARANDAS e SILVA, 1995).

No processo de mecanismo de formação das fendas acontecem alterações na velocidade migratória das células da crista neural, que são encarregadas de comandar a fusão das proeminências faciais, ocorridas na sexta e oitava semanas de vida embrionária, onde uma falta de continuidade do crescimento do complexo maxilar somará com o desequilíbrio de forças musculares que são aplicadas às estruturas ósseas descontínuas. (PALANDI e GUEDES, 2009).

As fissuras são classificadas, quanto à sua manifestação como: Pré-forame incisivo (unilateral, bilateral ou mediana completa ou incompleta); Transforame incisivo (unilateral direito ou esquerdo e bilateral). Sua classificação tem como referência o forame incisivo, constituindo-se na junção do palato primário (pré-maxila) e o palato secundário (palato duro e mole). (PALANDI e GUEDES, 2009).

Com resultados de Pini Peres, portadores de fissura pré-forame incisivo conseguiram amamentar por um período de tempo maior comparando-se às crianças com fissuras

pós-forame e transforame, visto que o aleitamento é mais efetivo em fissuras mais simples. Alguns bebês, impossibilitados de uma amamentação natural, possuem o primeiro contato com a mamadeira muito precocemente. Em casos de bebês impossibilitados, deve-se dar preferência a bicos de látex e ampliar o furo do bico para até 1 mm de largura para facilitar sua sucção. Outros fatores relevantes nos portadores de fissura palatina é que podem apresentar atraso da linguagem e fala, distúrbios articulatorios e vocais. A fissura poderá contribuir também para acumular fluidos no ouvido médio, causando otites ou até a perda da audição de suave a moderada. (TANNURE e MOLITERNO, 2007)

Nas dentições dos portadores de fendas, é comum observar incisivos centrais superiores natais ou neonatais em portadores de fissura palatina bilateral completa ou unilateral. Quando mal implantados, deve ser realizada a remoção destes elementos, para evitar uma possível deglutição ou aspiração. São também frequentes, as microdontias na área da fissura, giroversões, fusões, geminações, dentes em T e hipoplasias de esmalte. Em Alguns casos pode se observar alterações na oclusão, como mordida cruzada posterior, oclusão topo a topo ou mordida cruzada anterior. As crianças portadoras de fissuras possuem alta prevalência de cárie na dentição decídua, comparando-se às que não apresentam a anomalia. (TANNURE e MOLITERNO, 2007).

O primeiro desafio das crianças portadoras de fissura labiopalatina, é a amamentação. As dificuldades mais frequentemente relatadas são: Sucção deficitária, escape nasal, excessiva deglutição de ar, ingestão insuficiente, vômitos abundantes, engasgamentos e asfixias. Crianças portadoras de fissura pré-forame quase sempre conseguem adaptar a fenda ao seio materno, e as crianças portadoras de fissura transforame e pós-forame dependem da capacidade de criar um vácuo com a própria língua através do fechamento da fenda. (TANNURE e MOLITERNO, 2007)

As crianças portadoras de fissura palatina precisam de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. O odontopediatra deve estar sempre preparado para enfatizar a prevenção das doenças bucais, orientação dos pais e responsáveis durante o tratamento reabilitador. (TANNURE e MOLITERNO, 2007).

Os procedimentos para a realização das cirurgias de fenda palatina são muito variados, visto que cada paciente é de uma forma e cada fenda tem um formato, vendo então que cada caso é um caso, e cada cirurgião tem uma forma de trabalhar. O objetivo deste tratamento no geral é o fechamento da abertura no palato duro com os tecidos moles adjacentes. (FIGUEIREDO; BEZERRA; MARQUES; ROCHA; MONTEIRO, 2004).

A técnica de enxerto ósseo tem inúmeros benefícios, onde se destacam condições

para a restauração estética facial e promover uma função da mastigação e fala normais.

A partir do momento da realização, podem-se dividir estas técnicas de enxerto ósseo em primário, secundário e terciário. O enxerto primário é realizado na intervenção cirúrgica antes dos três anos de idade, onde seus efeitos adversos são: restrição do crescimento maxilar, morfologia alveolar deficiente com dentes não erupcionados e a necessidade de uma futura reintervenção. O enxerto ósseo terciário é realizado na fase de dentição permanente. É indicado para facilitar a reabilitação protésica e periodontal, e favorecendo o encerramento de fístulas oro-nasais refratárias/persistentes. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016)

Graças à sua alta qualidade, o uso de osso fresco autólogo é considerado o 'gold-standard' no EOAS. Além de baixo custo apresenta antigenicidade e reduzido risco de contaminação. Dentro das fontes de ossos para enxerto podem ser utilizados a calota craniana, mandíbula, tíbia, costelas, e crista ilíaca, sendo este último o mais usada. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016)

A técnica de enxerto ósseo apresenta inúmeros benefícios sendo os principais: obtenção da continuidade do arco maxilar e estabilização de seus segmentos; criação de suporte para a cartilagem alar do nariz que facilitará a restauração estética facial; eliminação de fístulas oro-nasais promovendo uma normal função da fala e mastigação, assim contribuindo para o normal desenvolvimento psicossocial destas crianças. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016).

Os dentes erupcionados têm o potencial para a osteogênese de osso alveolar, prevenindo a reabsorção óssea e estabilizando a maxila. Ao escolher o local doador deve se orientar não apenas pelo potencial osteogênico e volume, mas também pelo tamanho e características da fenda. O trauma cirúrgico deve ser reduzido ao mínimo, sendo que o enxerto de osso autólogo esponjoso é de rápida revascularização, ajudando a promover a osteogênese do osso alveolar respondendo à migração dentária e aos movimentos ortodônticos. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016)

A crista ilíaca é o osso mais usado, com sua alta celularidade e capacidade de revascularização e também por sua disponibilidade volumétrica, porém já foram descritas limitações a este procedimento, como risco de má cicatrização, de lesão nervosa, uma maior dor no pós-operatório, resultando no atraso no início da deambulação. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016).

De acordo com a literatura, alguns fatores promovem o sucesso da intervenção: a fase de erupção dentária, o tipo de material enxertado, a forma do retalho cirúrgico e manuseio dos

tecidos durante o enxerto e a experiência do cirurgião. A higiene bucal também constitui um fator importante de sucesso ou falência na intervenção. A doença periodontal é um fator potencial de infecção. Também são descritos fatores de sucesso como tratamentos ortodônticos prévios ao processo de enxerto, incluindo-se a expansão maxilar e continuação deste tipo de tratamentos após os procedimentos. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016).

Outros fatores têm sido apontados importantes, como a avaliação volumétrica de enxerto e o tamanho das partículas ósseas. Partículas pequenas poderão resultar em uma reabsorção aumentada e uma redução do volume final. O aumento do volume ósseo necessário a enxertar contribui para seu sucesso, com a quantidade inferior à necessária haverá falha na osteogênese, porém, a quantidade excessiva poderá comprometer o encerramento da ferida e a densidade do osso formado. (COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA, 2016).

Em pacientes com fissura lábio palatina o tratamento da hipoplasia maxilar é um desafio, dividindo-se em técnicas convencionais, cirurgias ortognáticas e a distração osteogênica da maxila. O tratamento cirúrgico poderá levar a uma deficiência do desenvolvimento facial, com hipoplasias maxilares, palatais e em especial do terço médio. Estas deformidades incluem alterações de mordida, alterações funcionais e estéticas do terço médio da face. Seu tratamento com cirurgias ortognáticas associadas ou não com enxertos ósseos pode apresentar resultados instáveis, possibilitando a perda parcial do resultado. (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009)

A distração osteogênica, permite o alongamento ósseo gradual, onde realiza-se através de forças mecânicas aplicadas em dois segmentos ósseos após realizar-se uma osteotomia entre os mesmos. (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

O tratamento cirúrgico das fissuras lábio palatinas, pode resultar em cicatrizes, alterações da circulação local e alterações nos centros de crescimentos faciais. A opção técnica tradicional é a cirurgia ortognática, realizando-se uma osteotomia maxilar e avanço abrupto da maxila. Em casos de necessidade de avanço grande, ocorre um "gap" tornando o avanço instável, acarretando na necessitando de enxertos ósseos para estabilização do resultado conseguido. (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009)

Pode haver perda dos enxertos ósseos, parcialmente ou total, associado a presença de cicatrizes no palato, dificultando a manutenção do resultado obtido. (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009)

Nos últimos anos o tratamentos das deformidades faciais com deficiência de crescimento ósseo, ganhou uma forma de tratamento, a distração óssea, que é um campo da

ortopedia, amplamente utilizado na cirurgia craniomaxilofacial. (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

O alongamento ósseo está associado ao crescimento e desenvolvimentos das partes moles e pode ser avaliado através de documentações fotográficas no pré e pós-operatório. O trabalho multidisciplinar da equipe é fundamental no sucesso do tratamento. (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

O tratamento da cirurgia ortognática em pacientes com fissuras labiais e palatinas é considerado extremamente complexo, multidisciplinar envolvendo uma equipe médica preparada, iniciando no primeiro ano de vida e podendo terminar aos 18 anos de idade. A queiloplastia é realizada no primeiro ano de vida, tendo vantagem a partir do ponto de vista funcional, onde resultará em uma cinta labial rígida e fibrosa, onde impede o crescimento maxilar adequado. (LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE, 2011)

O crescimento da maxila acelera quando inicia a dentição mista, entre seis e sete anos de idade, que é a fase ideal para iniciar-se a correção ortodôntica da mordida cruzada, também em sentido e quantidade do crescimento anteroposterior da maxila. Se o tratamento ortodôntico prévio não foi possível, o paciente poderá atingir a fase adulta com severos problemas de má oclusão decorrente do não desenvolvimento esquelético adequado como: deficiência horizontal maxilar, transversa maxilo-mandibular e mordida cruzada anterior e posterior. (LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE, 2011).

O tratamento ortodôntico isolado, em grande parte dos casos, não é suficiente para correção do problema do paciente, onde é necessária a combinação do tratamento ortodôntico com a cirurgia para alcançar resultados estéticos faciais harmônicos e funcionais. (LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE, 2011).

Pacientes com fissuras labiopalatinas, veem a cirurgia ortognática como a fase final do tratamento, que apresenta maior precisão estética e funcional. Para outros, onde começam o protocolo ortodôntico desde o início da dentição mista, poderá estabelecer a reabilitação estética e funcional. (LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE, 2011).

Um fator importante que é negligenciado, a partir do momento em que terminam os procedimentos reabilitadores primários de queiloplastia e palatoplastia, é a falta de acompanhamento nos primeiros anos de vida. Futuramente os pacientes procuram tratamento ortodôntico na fase adulta e apresentam severas más oclusões relacionadas ao déficit maxilar, que na fase de dentição mista, poderiam ter sido reduzidas e até solucionadas. (LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE, 2011).

Devido ao histórico médico cirúrgico, os pacientes fissurados apresentam deficiências

severas na maxila, na grande maioria, existindo a necessidade de a mandíbula ser operada para pequenos recuos. Esta necessidade ocorre devido à dificuldade de grandes avanços da maxila, pois a maxila é fibrosada e com fenda alveolar, o que torna difícil a manipulação e apresenta maior probabilidade de risco de necrose. (LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE, 2011)

O ortodontista tem o papel fundamental entre a equipe interdisciplinar reabilitadora no paciente com fissura, representando o regente que define o compasso dos procedimentos odontológicos e cirúrgicos, monitorando o crescimento e o desenvolvimento craniofacial, corrigindo as más oclusões. (GARIB; ALMEIDA; MOURA; LAURIS; PEIXOTO; SILVA FILHO, 2011)

A anatomia da maxila difere nas más oclusões de pacientes com fissuras em relação aos pacientes sem fissura, segmentada pela fissura, e a consequência das cirurgias plásticas primárias, a deficiência maxilar, diferenciando em que pode ser individualizada na relação inter-arcos dentários, como: más posições e anomalias dentárias, nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar; Defeito ósseo na região anterior no rebordo alveolar, o defeito morfológico do lábio e palato em nível de tecido mole, ocultadas sob a mucosa; deficiência sagital da maxila, com fissuras transforame incisal unilateral, inclui o lábio, o rebordo alveolar unilateralmente e o palato, restringindo o crescimento anteroposterior da maxila, ocasionada pelas cirurgias plásticas primárias; Deficiência transversal do arco dentário superior, a ausência da sutura palatina mediana determinando que os arcos dentários superiores em pacientes com fissuras unilateral, bilateral ou transforame apresentando dimensões transversais reduzidas em relação a pacientes não fissurados. (GARIB; ALMEIDA; MOURA; LAURIS; PEIXOTO; SILVA FILHO, 2011)

Em pacientes com fissuras o diagnóstico das más oclusões utilizam-se os mesmos recursos utilizados na documentação ortodôntica convencional, assim como: a análise facial e fotografias faciais, cefalometria, nas quais os pacientes com fissura transforame unilateral operados, apresentam severa deficiência sagital da maxila, com redução expressiva dos ângulos SNA e SN.ENA; Radiografias panorâmica e intrabucais utilizadas para uma visão global da dentição, visualização da amplitude e extensão do defeito ósseo alveolar e diagnóstico de anomalias dentárias; Modelos de estudo, que retratam a relação inter-arcos no sentido sagital, transversal e vertical, mostrando irregularidades intra-arcos como más posições dentárias individuais, apinhamento e toques. (GARIB; ALMEIDA; MOURA; LAURIS; PEIXOTO; SILVA FILHO, 2011)

O planejamento ortodôntico de pacientes com fissuras segue os passos seguintes:

Ortodontia pré-enxerto, iniciando-se na fase da dentadura mista, entre 9 a 10 anos, como finalidade de corrigir a atresia maxilar e a mordida cruzada posterior, assim ampliando as dimensões do arco superior e a amplitude da fissura preparando-a para receber o enxerto ósseo alveolar secundário. A expansão maxilar deve iniciar apenas quando os caninos superiores permanentes apresentar metade a dois terços da raiz formada; Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS), que repara o defeito ósseo alveolar possibilitando a movimentação dos dentes adjacentes à fissura sem riscos e proporcionando suporte para a asa nasal; ortodontia pós-enxerto ósseo alveolar secundário (EOAS) permitindo uma avaliação qualitativa e quantitativa do osso enxertado. Se os caninos não estiverem irrompidos, o ortodontista tem como papel acompanhar o desenvolvimento e a erupção dos caninos através do enxerto. Se estiverem irrompidos, a ortodontia corretiva pode iniciar-se entre 60 a 90 dias após a cirurgia de EOAS, e a uma avaliação final via radiografia periapical da área enxertada. A cirurgia ortognática é realizada ao término do crescimento facial, exceto em pacientes com problemas psicossociais acentuados. Este planejamento tem o seguimento semelhante ao tratamento de pacientes não fissurados, como avaliação radiográfica, traçado preditivo e cirurgia de modelos. (GARIB; ALMEIDA; MOURA; LAURIS; PEIXOTO; SILVA FILHO, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho foi abordado o tema sobre tratamentos de fissuras labiais e palatinas, que são uma má formação congênita que ocorre por uma alteração entre a quarta e a sétima semanas de vida intrauterina, onde sua prevalência foi de 0,19 por 1000 nascidos vivos afetando mais o sexo masculino e variando entre diferentes grupos étnicos. É a malformação congênita mais frequente na população humana. Sua etiologia ainda desconhecida, porém, considerada multifatorial incluindo fatores ambientais e hereditários.

Acredita-se que o fator hereditário seja o mais relevante no desenvolvimento da fissura, uma vez que a incidência das fissuras aumenta em famílias que apresentam essa alteração. As fissuras são classificadas de acordo com a localização tomando como referência o forame incisivo.

Os incisivos centrais superiores natais ou neonatais estão presentes em grande parte dos portadores de fissuras palatinas bilaterais completa ou unilateral e quando for necessário deve-se realizar a remoção deles, quando mal implantados, para evitar uma possível deglutição ou aspiração. Outras anomalias dentais que também são frequentes: microdontias, giroversões, fusões, geminações, dentes em T e hipoplasia de esmalte. Destacando-se também que as crianças portadoras dessas fissuras possuem alta prevalência de cárie na dentição decídua.

Os tratamentos das fissuras utilizando-se enxertos apresentam inúmeros benefícios destacando-se condições para a restauração estética facial e promover uma normal função da mastigação e fala. A distração maxilar é um desafio, pois pode levar a uma deficiência do desenvolvimento facial, associados ao tratamento com enxertos ósseos apresentando resultados instáveis. A cirurgia ortognática é considerada extremamente complexa e multidisciplinar envolvendo uma equipe médica preparada. O tratamento ortodôntico onde o ortodontista tem como papel fundamental entre a equipe interdisciplinar reabilitadora no paciente com fissura, representando o regente que define o compasso dos procedimentos odontológicos e cirúrgicos, monitorando o crescimento e desenvolvimento craniofacial, corrigindo as más oclusões. O Odontopediatra deve estar sempre preparado para enfatizar a prevenção das doenças bucais, orientação dos pais e responsáveis durante o tratamento reabilitador.

## REFERÊNCIAS

CAMPILLAY E DELGADO E BRESCOVICI. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. Revista CEFAC, São Paulo, 2008.

COSTA; MORGADO; MARIZ; ESTEVÃO-COSTA. Enxerto Ósseo Na fenda lábio- palatina: experiência de um hospital de referência português. Revista Científica da ordem dos médicos, Portugal, 2016. P.210-216.

FIGUEIREDO, I. M. B.; BEZERRA, A. L.; MARQUES A. C. L.; ROCHA, Í. M.; MONTEIRO, N. R. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. RBPS, Ceará, 2004. P. 154 – 160.

GARIB; ALMEIDA; MOURA; LAURIS; PEIXOTO; SILVA FILHO. Tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas: protocolo do HRAC – USP. 44º Curso de anomalias Congênicas labiopalatinas. HRAC- USP. Anais, São Paulo, 2011.

LURENTT; CAVALCANTE; GANDELMANN; SALVATORE. Cirurgia ortognática em paciente portador de fissura lábio-palatina. Relato de caso. Revista de cirurgia buco-maxilo-facial, Camaragibe, V.1., 2012. P 47 – 52.

MIRANDA, G. E.; MAGALHÃES, C. S.; LORENTZ, T. C. M; GALLBACH, J. R.; FERREIRA, E. F. Caracterização dos pacientes acometidos por fissura labiopalatina atendidos por um projeto. J Bras Ortodon Ortop Facial, Minas Gerais, 2004. P. 398 – 404

PALANDI, B. B. N.; GUEDES, F. C. Z. Aspectos da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. Revista CEFAC. São Paulo, 2009.

SILVA E DORNELLES E PANIAGUA E COSTA E COLLARES. Aspectos patofisiológicos do esfíncter velofaríngeo nas fissuras palatina. Arq. Int. Otorrinol, São Paulo, V. 12, n 3, 2008. p 426-435.

TANNURE, Z. C. F.; MOLITERN, M. L. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. Revista de Odontologia da UNESP. São Paulo, 2007. P 341 – 345

VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK. Distração óssea maxilar na seqüela de fissura lábio palatina. Relato de caso. Arquivos catarinenses de medicina, Santa Catarina Volume 38. Suplemento 01, 2009. P 49 – 51.

VARANDAS ET, SILVA SC. Fissuras lábio-palatinas: análise epidemiológica no Hospital Universitário Lauro Wanderley. CCS 1995; 14 (4):94-100.