

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
NICOLE J. SANTOS**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LÁBIO LEPORINO

UBERABA - MG
2019

NICOLE J. SANTOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LÁBIO LEPORINO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina “Orientação de trabalho de conclusão de curso II” como exigência dos componentes curriculares para conclusão do curso de Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Christiano Marinho Correia

UBERABA - MG
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Nicole J.
S59t Tratamento cirúrgico do lábio leporino / Nicole J.
Santos. – Uberaba-MG, 2019.
20 f.

Trabalho de Conclusão de (Bacharelado em
Odontologia) – Universidade de Uberaba.
Orientador: Prof. Dr. Christiano Marinho Correia.

1. Odontologia. 2. Boca-Cirurgia. I. Título.

CDD: 617.522059

Ficha Catalográfica elaborada por: Marcos Antônio de Melo Silva-Bibliotecário-CRB6 2461

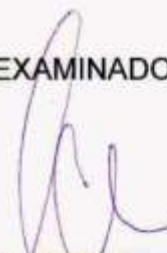
NICOLE J. SANTOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LÁBIO LEPORINO


Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina "Orientação de trabalho de conclusão de curso II" como exigência dos componentes curriculares para conclusão do curso de Odontologia.
Área de concentração: graduação em Odontologia.

Aprovado em: 14 / 12 / 19

BANCA EXAMINADORA:



Christiano Marinho Correia
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO-MG 20957



Prof. Dr. Christiano Marinho Correia – Orientador
Universidade de Uberaba



Prof. Dr. Marcelo Sivieri
Universidade de Uberaba

DEDICATÓRIA

Ao realizar este trabalho reconheço todos os conhecimentos que foram dados durante esses anos de graduação, por isso, agradeço aos professores da graduação, por cada ensinamento, por serem pessoas de minha total confiança, ao orientador, professor Christiano Marinho Correia, por todo o apoio, incentivo e dedicação. Agradeço a minha irmã Lorena Gervasio por todo amor incondicional e que foi incentivo pela escolha do tema deste trabalho, passou por cada fase do tratamento da fissura lábio-palatina. Aos meus pais, por permitirem estudar nesta instituição, além de todo carinho, amor e dedicação. Agradeço a todos que fizeram parte da minha formação acadêmica.

RESUMO

A fissura lábio-palatina ocorre pela falha na fusão dos processos nasais medianos e processos maxilares durante a fase intra-uterina, embora não tenha sido comprovada ao certo a causa desta anomalia fatores genéticos ou fatores ambientais são predominantes. Esta deformidade pode variar de tamanho, desde uma pequena fenda no lábio até um grande orifício que inclua palato. Algumas dificuldades são enfrentadas pelo paciente fissurado como dificuldade de alimentação, respiração, fala, estética e problemas psicológicos. O tratamento de fissura labial deve ser realizado com uma equipe multiprofissional, especialidades que são essenciais para o diagnóstico e tratamento, para cada tipo de paciente reabilitando estética e função realizadas em momentos oportunos para melhor prognóstico. Neste trabalho foi avaliado qual o momento clínico ideal para o fechamento das fissuras lábio-palatinas.

Palavras chaves: lábio leporino, fissuras labiais, queilopastia.

ABSTRACT

The cleft lip and palate occurs due to the failure of the fusion of the median nasal processes and maxillary processes during the intrauterine phase, although the causes of this anomaly genetic factors or environmental factors are predominant. This deformity can range in size from a small slit in the lip to a large hole that includes the palate. Some difficulties are faced by the cleft patient such as difficulty in feeding, breathing, speaking, aesthetics and psychological problems. The treatment of cleft lip should be performed with a multi-professional team, specialties that are essential for diagnosis and treatment, for each type of patient rehabilitating aesthetics and function performed at appropriate times for better prognosis. This study evaluated the ideal clinical moment for the closure of the cleft palate.

Keywords: cleft lip, fissure lip, cheiloplasty.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO	11
3 MATERIAIS E MÉTODOS	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
5 DISCUSSÃO	15
6 CONCLUSÃO	18
7 REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento inicial da face é dominado pela proliferação e migração de ectomesênquima envolvido na formação das cavidades nasais primitivas. No final do primeiro mês de vida intra-uterina acontece a formação de placoides olfatórios, e ao lado de cada placóide acontece uma rápida proliferação do mesênquima subjacente, formando também uma saliência em forma de ferradura que transforma o placóide olfatório em uma fosseta nasal. O braço lateral de cada ferradura forma o processo nasal lateral e o braço medial o processo nasal medial (SILVA; BERNARDES, 2007).

Entre os processos nasais laterais e nasais mediais, existe uma depressão conhecida como processo fronto nasal, essa depressão junto com o processo nasal medial constitui a região medial do nariz, parte anterior da maxila e o palato primário. Os processos maxilares e nasais mediais que crescem no sentido da linha média se fundem e formam o lábio superior, o lábio inferior forma a partir dos processos mandibulares (DI BERNARDO *et al.*, 2017).

Durante a formação da face pode ocorrer anomalias faciais, por exemplo, ausência do nariz, narina única, nariz bífido e microstomia que em casos graves pode estar associada ao subdesenvolvimento da mandíbula. No desenvolvimento facial raramente pode ocorrer fendas faciais (MOORE; PERSAUD, 2008).

As fissuras labiais popularmente chamadas de lábio leporino são malformações presentes no nascimento. A fissura ocorre pela falha na fusão dos processos nasais medianos e processos maxilares. As fissuras podem ocorrer lateralmente a linha média em um ou em ambos os lados (ROCHA *et al.*, 2015).

A causa do lábio leporino é complexa, podendo ser por fatores genéticos ou fatores ambientais. Em algumas síndromes por fatores genéticos podem aparecer às fissuras labiais sendo autossômicas dominantes, autossômica recessiva ou padrão hereditário ligado ao cromossomo X (NEVILLE *et al.*, 2009).

As fissuras orais podem também ser classificadas de acordo com a posição anatômica do forame incisivo, sendo elas: fissura pré-forame incisivo que são as fissuras labiais, fissura pós-forame incisivo ou fissura palatina, fissura transforame incisivo ou fissuras lábio palatinas e fissuras raras da face (PARNAIBA *et al.*, 2009).

As fendas labiais estão divididas em dois grupos principais: anomalias na fenda anterior e as anomalias na fenda posterior. As anomalias na fenda anterior é resultado de uma deficiência do mesênquima da saliência maxilar e do segmento intermaxilar (MOORE; PERSAUD, 2008).

As anomalias na fenda posterior são causadas pelo desenvolvimento defeituoso do palato secundário. Fendas graves estão geralmente associadas a anomalias grosseiras da cabeça, fendas oblíquas da face (fissuras orbito faciais) são bilaterais e estendem do lábio superior até a margem média órbita, as fendas faciais laterais ou transversas ocorrem na boca em direção à orelha, fendas bilaterais resultam em uma boca muito grande (macrostomia) (MOORE; PERSAUD, 2008).

Na maioria dos casos a fenda labial e a fenda palatina ocorrem juntas e representam aproximadamente 45% dos casos, sendo 30% em casos isolados de fenda palatina e 25% fenda labial. Apesar de muitas fendas serem anomalias isoladas, foram identificadas mais de 350 síndromes do desenvolvimento que podem estar associada à fenda labial e fenda palatina, algumas destas síndromes são condições genéticas e outras síndromes resultam de anomalias cromossomiais (NEVILLE *et al.*, 2009).

As fendas que envolvem o lábio superior, com ou sem envolvimento palatino ocorre 1 em cada 1.000 nascimentos, 60% a 80% das crianças afetadas são do sexo masculino. A fenda labial pode ser unilateral ou bilateral, na fenda unilateral o lábio fica dividido em partes medial e lateral, na fenda bilateral o segmento intermaxilar fica suspenso, solto, se projeta anteriormente. A fenda mediana do lábio inferior é muito rara. A fenda palatina ocorre uma vez em cada 2.500 nascimentos e é mais comum no sexo feminino (MOORE; PERSAUD, 2008).

Diagnóstico pode ser feito na fase intra-uterina, através de ultrassom, a visualização do nariz e lábios pode ser feita por volta da 15ª semana de gestação. Porém, para identificar a fenda labial e a fenda palatina é possível apenas entre a 28º e 33º semanas de gestação (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

O diagnóstico é dependente da topografia da face em múltiplos planos, experiência na técnica e observação no grau de ondulação da língua. Diagnóstico precoce é importante para que a equipe de saúde esteja preparada ao realizar os primeiros atendimentos e para o preparo emocional dos pais (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

Após a avaliação inicial são realizados encaminhamentos para exames de imagens, ecocardiograma e outros atendimentos, de acordo com a necessidade de cada caso. No Brasil, há 28 estabelecimentos de saúde credenciados no SUS (Sistema Único de Saúde) que possuem equipes multidisciplinares essenciais para o diagnóstico e tratamento dos pacientes. O tempo de tratamento é de 16 a 20 anos, de acordo com o tempo de desenvolvimento craniofacial e a maturidade de cada indivíduo (HRAC-USP, 2019).

O fechamento da fissura labial não é um desafio só estético, mas também funcional. A cirurgia primária para o fechamento da fissura labial, também chamada de queiloplastia, se a fissura for bilateral o cirurgião pode reparar em uma única vez ou em duas etapas. A cirurgia para fechamento do lábio não é considerado uma cirurgia de emergência, conferindo um pós-operatório com o mínimo de riscos, porém algumas complicações são observadas frequentemente em sala de recuperação pós-anestésica e associadas ao tipo de cirurgia, anomalia e à técnica cirúrgica (BIAZON; PENICHE, 2007).

As complicações mais frequentes que podem aparecer são dessaturação de oxigênio, dor e taquicardia. As mudanças fisiológicas após anestesia e cirurgia durante as primeiras horas o paciente fica mais susceptível a dessaturação de oxigênio. A taquicardia é considerada a mais comum em casos admitidos no período de um ano (BIAZON; PENICHE, 2007).

A cirurgia para o fechamento da fenda labial pode ser realizada pela técnica de Fisher que se estende o bordo medial da incisão em direção a margem da fissura em torno da base da columela. Essa técnica inclui retalho triangular e incisões geométricas curvilíneas para atingir um fechamento vertical. Outra técnica é a de Millard que consiste na rotação do filtro do lábio e o avanço do segmento labial lateral sobre a fenda, por meio desta técnica tornaram-se possível obter cicatriz sobre a projeção da coluna filtral e o alargamento da narina reduzida (FREITAS *et al.*, 2011). E a plástica em Z realizada somente na pele e com retalho de base na asa nasal, para auxiliar na rotação da asa (ANGER; SERTORIO, 2006).

A formação cicatricial pode ocorrer por primeira intenção ou por segunda intenção. Na cicatrização por primeira intenção, que ocorre normalmente após a sutura cirúrgica, tem a formação de um tecido fibroso mínimo, com menos prejuízo à função motora e estética. Na cicatrização por segunda intenção, que ocorre nas

feridas abertas ou quando os pontos se rompem com o afastamento das bordas, tem a formação de maior quantidade de tecido fibroso resultando em cicatrizes hipertróficas e, conseqüente, prejuízo motor e estético (ROSSI *et al.*,2005).

Após a fase cicatricial inicial, outros fatores são capazes de melhorar a cicatriz como a hidratação da pele, uso de fitas contentoras, uso de massagens por meio de toques, pressões, alisamento e trações facilita um padrão funcional objetivando uma postura ativa e adequação da tensão muscular. Esses exercícios promovem aquecimento, soltura, vascularização muscular e tecidual contribuindo de forma gradativa para uma boa cicatrização (ROSSI *et al.*,2005).

2 OBJETIVO

Avaliar qual o momento clínico ideal para o fechamento das fissuras lábio-palatinas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho de revisão de literatura é um estudo descritivo sobre a fissura labial e a melhor cronologia de fechamento para o lábio leporino, tendo como base de pesquisa livros, informações do hospital de referencia para tratamento de fissuras, artigos através do Google acadêmico e PubMed no período de 2005 a 2019. Utilizando como palavras chaves para pesquisa: lábio leporino, fissuras labiais, queilopastia, cleft lip, fissure lip, cheiloplasty.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Anger; Sertorio em 2006 estudaram 20 pacientes portadores de fissuras unilaterais, escolheu pacientes com idade entre três meses e seis meses na data da cirurgia e avaliou as medidas de alongamento do lábio na queiloplastia com plástica em Z e teve como resultado um ganho real após tratamento muscular, comparado com as medidas iniciais.

Biazon; Peniche em 2007 verificaram 484 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia primária de lábio e/ou palato, a media de idade destes pacientes 37,5 meses, a maioria dos pacientes operados na faixa de 0 a 18 meses. O autor concluiu que realização da queiloplastia aos 3 meses de idade é considerada como favorável para realização do procedimento anestésico cirúrgico, estética e função. Porém nesta faixa etária, a resposta verbal esta prejudicada, assim a avaliação de complicações os pacientes pediátricos operados é um desafio para os profissionais.

De acordo com Filho; Ozawa; Borges em 2007, o tratamento do paciente com fissura bilateral de lábio e palato deve iniciar o tratamento na infância com a intenção de reduzir a projeção da pré-maxila. Quando adulto se o paciente não operado, mantêm a singularidade da projeção ântero-superior da pré-maxila e do pró-lábio, com redução da columela nasal, resultando na convexidade exagerada da face media. A cirurgia plástica primária de lábio e palato reabilita estética e função do paciente. Quando realizada na primeira infância, exerce ao longo do crescimento influencia sobre a maxila e o arco dentário superior, tornando progressivamente menor em todas as dimensões transversais e sagital.

Vaccari-Mazzetti; Kobata; Brock em 2009, avaliaram 48 pacientes portadores de fissura lábio-palatina, pacientes com diagnóstico pré-natal e pacientes sem diagnóstico pré-natal. O autor chegou a conclusão que o diagnóstico realizado no pré-natal é mais fácil de avaliar quando o paciente portador da fissura lábio-palatina está em condições ideais para a cirurgia, permitindo um tratamento mais precoce e com maior possibilidade de integração social.

Eduardo; Amaral, em 2010 avaliaram 34 pacientes submetidos à queiloplastia. A idade dos pacientes variou de 3 meses a 25 anos. E segundo as

avaliações, a cronologia ideal para o fechamento da fissura labial é entre 3 a 4 meses de idade, porém no Brasil os pacientes portadores de fissura geralmente apresentam distúrbios nutricionais que impossibilitam o fechamento com essa idade.

Segundo Buzzo em 2010, a idade ideal para o fechamento da fissura labial é de 3 meses e o paciente com peso mínimo de 4,5 kg. A cirurgia se faz precocemente para melhorar estética do paciente e a avaliação do aspecto funcional.

Freitas e colaboradores em, 2011, realizou um estudo descritivo de pacientes submetidos a queiloplastia pela técnica de Fisher. Foi analisado 13 prontuários de pacientes com fissura unilateral com idade média de 5 meses a 11 anos. O tratamento realizado ainda na infância proporciona a reconstituição de uma face harmoniosa e balanceada, como uma oclusão dentária estável.

Valente e colaboradores em 2013 analisaram 43 prontuários que realizaram cirurgias primárias de fissuras labiais e palatinas. No estudo verificou-se que 40% das queiloplastias foram, em média, realizadas até os seis meses de idade, a intervenção realizada precoce promove a reconstrução imediata da morfologia facial que se encontra alterada em todas as fissuras que envolvem o lábio e também em relação ao impacto positivo que a mesma proporciona aos familiares.

Rocha e colaboradores em 2015, afirmam que independente da técnica utilizada para o fechamento o lábio a mesma deve ser realizada aos 3 meses de vida, apesar de quanto maior o número de repetições cirúrgicas, maior será a intensidade de fibrose cicatricial no local operado.

Di Bernardo e colaboradores em 2017 estudaram crianças com fissura e mostrou que a cirurgia primária compromete a oclusão dentária decídua e mista, a autora afirma que a cirurgia deve ser realizada ao 3 meses de idade assim que a criança possuir condições medicas ideais para realização da queiloplastia.

5 DISCUSSÃO

A identificação da fissura lábio palatina no pré-natal é importante para o aconselhamento, planejamento obstétrico e neonatal. O pré-natal pode mostrar imagens em tempo real e oferecer uma alternativa barata e segura para ver o feto indiretamente, sem nenhum risco aparente para a mãe ou a criança. O aparelho de ultrassom é utilizado para determinar idade gestacional, localização da placenta, número de fetos, número de anomalias congênitas intra-úterinas, sendo capaz de identificar a fissura lábio-palatina durante a gestação (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

A fenda labial pode ser identificada entre a 28^o e 33^o semanas de gestação, o diagnóstico ainda no pré-natal pode preparar as expectativas dos pais para aceitar a deformidade e para os passos seqüenciais necessários antes e após o parto, o diagnóstico ainda no pré-natal permite um tratamento mais precoce com melhor evolução no tratamento, clínico e cirúrgico (VACCARI-MAZZETTI; KOBATA; BROCK, 2009).

O tratamento de fissuras lábio-palatinas é um processo longo, a reabilitação é feita em etapas terapêuticas de acordo com idade e crescimento do paciente. O encaminhamento do paciente com fissura lábio-palatina para um hospital especializado é após uma avaliação inicial em uma Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento ou Ambulatório Médico de Especialidades (HRAC-USP, 2019).

Após a primeira avaliação a equipe do hospital especializado analisa as condutas terapêuticas iniciais e realiza encaminhamento para exames e outros atendimentos, de acordo com a necessidade de cada caso e são estabelecidos as épocas adequadas de cada intervenção, de acordo o crescimento craniofacial e a maturidade fisiológica do paciente (HRAC-USP, 2019).

O objetivo do tratamento de fissuras é de corrigi-las cirurgicamente e também os problemas associados como fala, deglutição, mastigação, sucção, audição entre outras conseqüências que dificultam a integração social destes

pacientes. O tratamento é realizado por uma equipe multidisciplinar para solucionar as necessidades estéticas e funcionais do sistema estomatognático (DI BERNARDO *et al.*,2017).

Nos primeiros anos de vida geralmente é realizado a queiloplastia tendo como melhores resultados cirúrgicos por cirurgiões experientes e treinados que produz o aprimoramento das técnicas cirúrgicas (ROCHA *et al.*,2015).

A idade ideal para cirurgia é aos três meses, peso mínimo de 4,5 kg, hemoglobina com um mínimo de 10 mg%, associado aos exames de rotina e avaliação clínica pré anestésica. Pacientes operados na idade de três meses geralmente estão em bom estado para realizar a cirurgia, ao contrário dos pacientes operados em uma idade mais avançada que geralmente estão com fatores de alta morbidade, como a anemia e a desnutrição, onde as seqüelas apareceram de forma mais evidente (BUZZO, 2010).

Para os autores Biazon; Peniche em 2007 ; Buzzo ; Eduardo; Amaral em 2010 a queiloplastia realizada a partir dos três meses de idade é considerada como favorável para a realização do procedimento anestésico cirúrgico. O estado nutricional e metabólico do paciente é uma variável importante quando relacionada às complicações pós-operatórias, o organismo depende grande parte para sua recuperação principalmente quando se refere à cicatrização da ferida cirúrgica apresentando evidências de interferência no mecanismo de defesa do organismo .

O tratamento do paciente com fissura de lábio para os autores Filho; Ozawa; Borges em 2007; Freitas e colaboradores em 2011; Di Bernardo e colaboradores em 2017 se inicia na infância, com intuito de facilitar as queiloplastias primárias, alguns centros utilizam alternativas prévias com a intenção de reduzir a projeção da pré-maxila. A retroposição da pré-maxila é observada quando o paciente é operado na infância, ate certo grau é favorável. A projeção da pré-maxila é grande no nascimento e vai reduzindo progressivamente depois de cirurgias primarias, principalmente após a queiloplastia, criando uma face côncava.

A técnica cirúrgica mais utilizada é a de Millard, entretanto alguns pacientes evoluem com uma cicatriz hipertrófica, próximo a região de retalho, muitos desses pacientes evoluem com um encurtamento labial, que necessita de revisão cirúrgica, a revisão cirúrgica de lábio só é realizada após os 6-7 anos de idade. A técnica de Fisher é eficaz e proporciona resultados estéticos e funcionais melhores, por ser

uma cirurgia quase totalmente linear, apresentando baixos índices de complicações ou necessidades de reoperação (FREITAS *et al.*,2011).

6 CONCLUSÃO

De acordo com o estudo realizado, concluo que o momento clínico ideal para tratar a fissura lábio-palatina é na primeira infância, pois o tratamento precoce traz benefícios funcionais com repercussões diretas na função estomatognática como a fala, a deglutição e também traz benefícios estéticos e sociais.

7 REFERENCIAS

ANGER J; SERTORIO CB. Lip lengthening measures evaluation in cheiloplasty with Z plasty in the treatment of the unilateral cleft lip. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** 2006; 139 p.

BIAZON J; PENICHE A. Estudo retrospectivo das complicações pósoperatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Enferm USP.* n.519 São Paulo. Disponível em português/inglês: <www.scielo.br/reeusp> Acesso: 03/05/2019.

BUZZO CL. Tratamento cirúrgico da fissura labial pela técnica de Goteborg: Seguimento de 7 anos. **Rev. Bras. Cir. Plást.**2010; 259p.

DI BERNARDO B, *et al.* Fissuras Lábio-Palatinas: Tipos de Tratamento- Revisão de Literatura. **Revista de Divulgação Científica da ULBRA Torres**, Rio Grande do Sul, v.13 n.3 2017.1,p 1-26.

EDUARDO C; AMARAL R. Assessment of lip and nasal asymmetry after primary cleft lip repair. **Rev. Bras. Cir. Plást.**2010; 48p.

FREITAS RS, *et al.*, Treatment of unilateral cleft lip by Fisher technique: a series of cases. **Rev Bras Craniomaxilofac** 2011; 33p.

FILHO OGS; OZAWA TO; BORGES HC. Influence of lip repair performed in one and two surgical times on the dental pattern of children with bilateral cleft lip and palate. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial** v.12 n.2 Maringá.2007.

HRAC-USP Bauru. Fissura Labiopalatina. Disponível em: <http://hrac.usp.br/saude/fissura-labiopalatina/> Acesso: 23/03/2019.

NEVILLE B.W, *et al.*,. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad.3 Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.

MOORE K. L.; PERSAUD T. V. N. Embriologia Clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PARANAIBA LMR, *et al.* Técnicas cirúrgicas correntes para fissuras lábiopalatinas, em Minas Gerais, Brasil, 2009, v. 75, n.6, p.839-843. ISSN 1808-8694.

ROCHA R, *et al.* Fissuras labiopalatinas. Diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.** 2015; 540p.

ROSSI DC, *et al.* The effect of local mass on process of lip scar in children with unilateral cleft lip and palate surgery. **Revista CEFAC**, v.7, n. 2, 2005; p. 205-214. Instituto Cefac. São Paulo, Brasil

SILVA N; BERNARDES V. Fendas Lábio Palatinas. 2007, CISPRES. Disponível em: <http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?Id=87> Acesso: 17/04/2019.

VACCARI-MAZZETTI MP; KOBATA CT; BROCK. Diagnóstico Ultrassonográfico Pré-natal da Fissura Lábio-palatal. **Arq Catarin Med** . 2009; 132p.

VALENTE AM, *et al.* Characteristics of patients who underwent primary correction of the cleft-lip and palate. **Rev. HCPA&Fac.Med.** Univ RS. 2013; 32p.