

RELAÇÃO FISSURA LÁBIO-PALATINA E ODONTOLOGIA

**JÚLIA SILVA GOMES DE ARAÚJO¹; MATEUS GAYA²; EZILMARA LEONOR
ROLIM DE SOUSA³**

¹*Universidade Federal de Pelotas - juliaagomes27@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - matthews.gds@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas - ezilrolim@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A Fissura Lábio-palatina trata-se de uma anomalia congênita localizada na região orofacial, caracterizada pela econtinuidade do palato, do lábio ou de ambos, com diferentes extensões e comprometimentos (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005). No Brasil existe uma proporção de uma criança com a fissura orofacial a cada 650 nascimentos (NAGEM FILHO; MORAES, ROCHA; 1968; VARGAS; HUAYTA-AGUIRRE; DALBEN; 2015). Existem tratamentos e cirurgias de correção, e não necessariamente irá afetar o futuro da criança.

Embriologicamente o processo de formação do nariz lábio e palato ocorre entre a quinta e a décima semana de vida intra-uterina (MOORE; PERSAUD; 1975). Durante a quinta semana de vida intrauterina – período embrionario- serão formadas: as asas do nariz entre os dois processos nasais, encontra-se uma nova área formada por uma depressão, denominada processo frontonasal (MOORE; PERSAUD; 1975). Os processos nasais mediais dos dois lados, junto com o processo frontonasal, formam a porção média do nariz, porção média do lábio superior, porção anterior da maxila e palato primário (MOORE; PERSAUD; 1975).

Logo, no decorrer das proximas semanas será formado o lábio superior, o filtro labial superior, um componente maxilar superior,que conterá os quatro dentes incisivos (MOORE; PERSAUD; 1975). Contudo, é na sexta semana de vida intrauterina que será formado um componente palatino, que formará o palato primário triangular, bem como os processos palatinos fundem-se entre si, formando o palato secundário na sétima semana (MOORE; PERSAUD; 1975).

As fissuras labiais e palatina possuem diferentes causas. As fendas do lábio e da maxila anterior são resultados do desenvolvimento imperfeito do palato embrionário primário (MOORE; PERSAUD; 1975) Frequentemente, quando existente à fissura, ocorrem, a deformação do desenvolvimento facial impede o contato das cristas palatinas, quando elas rotacionam para a posição horizontal, de tal forma que as fendas do palato primário são freqüentemente acompanhadas pelas do palato secundário (duro e mole) (MOORE; PERSAUD; 1975).

Entretanto, as fissuras palatinas podem ser resultantes de inumeros fatores, podendo ser: falhas das cristas palatinas de se contatarem por causa de um erro de crescimento ou de um distúrbio no mecanismo de elevação das cristas; falha das cristas em se fundirem após o contato ter sido estabelecido devido ao fato de o epitélio de revestimento não se romper ou não ser reabsorvido; ruptura após ter ocorrido a fusão das cristas e fusão e consolidação defeituosa do mesênquima das cristas palatinas (MOORE; PERSAUD; 1975).

Devido à complexidade do caso, ele não depende apenas do cirurgião-dentista, de modo que demanda uma equipe multiprofissional, constituída por um dentista clínico geral ou odontopediatra, ortodontista, protesista, um cirurgião buco-maxilo facial, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, um pediatra, um psicólogo e um assistente social (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005). A

quantidade de especialista reflete na complexidade dos problemas que os indivíduos fissurados possuem, sendo tanto problemas físicos quanto psicológicos.

Tratando-se das deformidades físicas, o indivíduo fissurado possui problemas dentários, como agenesia ou presença de dentes extranumerários, pela proximidade da fissura com incisivo lateral e canino, esses podem estar morfologicamente deformados ou hipomineralizados (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005). Também possui grande chance de apresentar má oclusão, devido a discrepância esquelética entre o tamanho, forma e posição dos maxilares, sendo na maioria dos casos, má oclusão de classe III (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005). A deformidade nasal também é comumente observada nesses indivíduos, assim como a dificuldade de deglutição e problemas de ouvido (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005). Por fim, ocorre problemas de fala, já que o mecanismo velofaríngeo-Passagem do ar da orofaringe para a nasofaringe, que permite a clareza na fala- do indivíduo sindrômico é deficiente (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005).

Tendo em vista que as fissuras labial e palatina afetam em várias condições básicas do indivíduo, a pesquisa foi realizada com a finalidade de ampliar e atualizar os conhecimentos nessa área, com um enfoque na origem embrionária das fissuras, condicionamentos do portador, atuação na odontologia e o prognóstico.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma busca na literatura do tema fissura labiopalatina para a apresentação no seminário do Projeto de Ensino Vivendo a Odontologia, orientado pela professora Ezilmara Leonor Rolim de Sousa, a fim de aprofundar os conhecimentos sobre as fissuras labiais e palatinas, seu impacto na vida da criança e a atuação da odontologia. A base literária foi do livro Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea, tradução da quarta edição, do livro Embriologia Clínica, tradução da primeira edição, e também foram usados artigos da literatura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que tange ao tratamento de pacientes fissurados, o objetivo é corrigir cirurgicamente a fissura e os problemas associados, de modo que o indivíduo tenha uma vida normal. Esse processo envolve dar ao paciente uma face comum, que não chame atenção, uma oclusão adequada, uma dentição funcional e estética, uma fala inteligível, uma facilidade de deglutição (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005).

As vantagens da cirurgia de fechamento das fendas palatinas são: melhoria no desenvolvimento da musculatura da faringe e do palato, facilidade de alimentação, melhoria no funcionamento da tuba auditiva, melhoria na capacidade de fonação, melhoria na higiene e melhora no estado psicológico do paciente e sua família (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005). Entretanto, existem as desvantagens da cirurgia, como, a dificuldade de realizá-la em crianças muito pequenas com estruturas menores, e a formação de uma cicatriz, que é uma consequência cirúrgica que causa restrições no crescimento maxilar (PETERSON; ELLIS; HUPP; TUCKER; 2005).

A fissura labiopalatina apresenta alguns conflitos para seu portador e família, porém, em virtude da prevalência dessa deformidade, seu tratamento vai adquirindo um resultado cada vez melhor, na medida que os profissionais vão se aperfeiçoando e as técnicas vão se modernizando. Com isso, pode-se dizer que o indivíduo com a fissura, por mais que fique refém de tratamentos e avaliações ao longo de sua existência, ele pode ter uma vida normal.

4. CONCLUSÕES

A quantidade de pacientes fissurados é relativamente alta, portanto, cabe ao cirurgião-dentista e aos outros profissionais que forem tratar a criança, conhecer as necessidades especiais desse. O portador possui problemas de oclusão, alimentação, fala, portanto, a presença do dentista ao longo de sua vida é fundamental. A fim de dar uma vida normal ao paciente, o cirurgião bucomaxílio facial, ortodontista, clínico geral, protesista, vão em busca do objetivo de mascarar a anomalia, dando ao paciente uma face que não atraia atenção, uma fala inteligível e uma dentição funcional. Geralmente, o prognóstico é aceitável, tendo em vista as técnicas anestésicas avançadas e profissionais com experiência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PETERSON, L.J., ELLIS III, E., HUPP Jr., TUCKER, M.R. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005. 880p.

MOORE, K.L., PERSAUD, T.V.N. Embriologia básica – tradução da 1^a ed.

HUAYTA-AGUIRRE, I. I.; VARGAS, Vivian Patricia Saldias; DALBEN, Gisele da Silva. Prevalência das fissuras labiopalatinas no Município de Bauru: concordância de diagnóstico entre registros do HRAC/USP, DNV e SINASC. **Brazilian Oral Research**, 2018.