



CONDUTAS ODONTOLÓGICAS FRENTE AO PACIENTE FISSURADO: REVISÃO DE LITERATURA

AMANDA FERNANDES¹;
MARILIA LEÃO GOETTEMES² CATIARA TERRA DA COSTA³

¹Universidade Federal de Pelotas1 – amandapxr@hotmail.com 1

²Universidade Federal de Pelotas– marilia.goettems@gmail.com 2

³Universidade Federal de Pelotas– catiaraorto@gmail.com 3

1. INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina é uma malformação congênita resultante da falta de fusão do palato e lábio. No Brasil, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de cada 650 nascidos, uma criança apresenta fissura labiopalatina, totalizando 5800 novos casos ao ano (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

Várias são as classificações para fissuras labiopalatinas, entretanto, a mais utilizada é a classificação de SPINA *et al.* (1972). Esta classificação utiliza como referência o forame incisivo, separando as fissuras labiopalatinas em três tipos principais: Fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo e fissuras transforame incisivo.

As crianças que possuem estas malformações possuem comprometimento anatômico facial, que pode impedir ou dificultar a realização de importantes funções. (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

Pacientes que apresentam essas fissuras geralmente possuem a asa do nariz deslocada pela ausência de suporte ósseo nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar (MAZAHARI *et al.*, 1993). Ocorre dificuldade na função faríngea devido a baixa função muscular do palato mole. Após os tratamentos cirúrgicos pode ocorrer restrição tridimensional do crescimento maxilar e problemas oclusais (SILVA FILHO, 2000).

O tratamento de fissuras é complexo, geralmente iniciando na infância e abrangendo até a vida adulta (CERQUEIRA *et al.*, 2005; LIMA, *et al.*, 2008). Para o tratamento cirúrgico, a idade ideal é que se inicie por volta dos três meses para fissuras no lábio e nove meses de idade para fissuras de palato (COUTINHO *et al.*, 2009). As cirurgias secundárias devem ser realizadas somente em idade pré-escolar (LIMA *et al.*, 2008).

As fissuras labiopalatinas geram um impacto na aparência da criança que a possui. A família pode apresentar dificuldades em aceitar tal anormalidade, sendo necessário o acompanhamento com psicólogos e assistentes sociais. Além de cirurgiões-dentistas, enfermeiros, nutricionistas que orientam sobre os cuidados de higiene e alimentação (ARARUNA; VENDRÚSCOLO).

Além das alterações estéticas e funcionais causadas pelas fissuras, ocorrem também problemas de dicção, fala e deglutição, destacando a importância da presença do fonoaudiólogo na equipe (FIGUEIREDO *et al.*, 2008; COUTINHO *et al.*, 2009). Nos casos de correção cirúrgica, a equipe geralmente é composta por cirurgião-plástico, cirurgião-dentista especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e otorrinolaringologista, segundo a portaria 62 SAS/MS.

2. METODOLOGIA



Este estudo é caracterizado por ser uma revisão de literatura sistematizada de artigos que tratem desde a classificação até tipos de conduta de tratamento odontológico para pacientes com fissuras labiopalatinas. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e SCIELO a partir das seguintes palavras-chave: *cleft lip and palate*; *cleft palate e treatment of fissure*, em inglês, e seus correspondentes em português, de acordo com a base de dados estudada, até dezembro de 2019. Os termos estavam presentes no Decs (Descritores de saúde) ou Medical Subject Headings (MeSH). Os critérios de inclusão foram estudos que relataram etiologia, epidemiologia, classificação, alterações e tratamento de pacientes com fissuras labiopalatinas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de pacientes que nascem com fissuras labiopalatinas não é insignificante na população brasileira. A questão exige equipe multidisciplinar para atendimento individualizado para o paciente e para a família; na Odontologia, odontopediatras, ortodontistas e ortopedistas, cirurgões bucomaxilofaciais estão envolvidos diretamente nos procedimentos. Além de médicos, a equipe de enfermagem exerce papel fundamental no acolhimento dos pacientes com fissuras labiopalatinas (ROCHA, 2007). O fonoaudiólogo deve ter o primeiro contato com o paciente, orientando a mãe e os familiares quanto à amamentação e a estimulação tátil nos lábios e na parte anterior da língua realizando estímulos sensoriais evitando problemas posteriores de fala. A assistência psicológica para os pais e ao paciente é de extrema importância na vida do paciente com fissuras. O nutricionista deve atuar e orientar sobre o aleitamento materno e prescrevendo uma dieta adequada e rica, para evitar deficiências nutricionais e desnutrição (RIBEIRO, 2004).

Locais especializados que atendem esta demanda existem, entre eles: o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP, Centrinho/USP, em Bauru-SP, pioneiro e centro de referência nacional e o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Criança Conceição, em Porto Alegre-RS. Muitas famílias conseguem levar seus filhos a esses centros de referência, mas precisam manter o tratamento em suas localidades e, por isso, os profissionais precisam estar apropriados do conhecimento específico.

Todo tratamento inicia com um correto diagnóstico e planejamento adequados para o estabelecimento do melhor tratamento, que restabeleça a saúde do paciente (WYSZYNSKI, 2002).

Alguns cuidados são prescritos com relação a alimentação e sucção de chupeta, como: evitar a alimentação por sonda, o recém-nascido deve ser estimulado a sugar e se conseguir deverá ser amamentado no peito. O aleitamento materno ajuda no desenvolvimento das estruturas da boca, melhorando a posição correta da musculatura orofacial dos bebês com fissuras labiopalatinas, além de diminuir o risco de infecções e apresentarem maior facilidade para a correção cirúrgica (RIBEIRO, 2005).

Aqueles que não conseguirem, a mãe deverá ser orientada a fazer a ordenha e dar o leite materno na mamadeira. (RIBEIRO, 2005).

A orientação do uso de chupeta para o paciente fissurado é a mesma que para as crianças não fissuradas, ou seja, de preferência, não estimular o uso, mas em casos de necessidade o uso deve ser feito de forma racional.

Os cuidados com a higiene bucal iniciam-se na maternidade com a instrução dos pais sobre a higienização da boca e principalmente da fenda



(WYSZYNSKI, 2002). A higienização dos lábios, narinas e da fenda devem ser realizadas com hastes flexíveis ou algodão, embebido em soro fisiológico ou água filtrada sempre entre as mamadas (THOMÉ 2005).

O paciente que apresenta fissura labiopalatina possui alterações no complexo maxilofacial que variam conforme a gravidade da fissura e do padrão de crescimento, assim, o tratamento depende do acometimento das estruturas envolvidas e deve ser planejado por todos os profissionais que atuarão no caso (ALONSO *et al*, 2010).

Os principais protocolos desenvolvidos recomendam que o primeiro ponto no tratamento dos pacientes com fissuras labiopalatinas são orientações sobre amamentação, entrevistas e encaminhamento para a equipe multidisciplinar. A partir dos 3 meses inicia-se os procedimentos cirúrgicos, incluindo queiloplastia. A partir dos 12 meses é realizada a palatoplastia e início do tratamento com fonoaudiólogo e odontopediatra. A partir dos 4 anos é realizado as moldagens em gesso, estudo do cefalograma. Aos 8 anos inicia-se a ortodontia corretiva e cirurgias de enxerto ósseo alveolar. Após os 13 anos avalia-se a necessidade de cirurgia ortognática e após o término da ortodontia, se for necessário, é indicado a rinoplastia.

Em relação ao prognóstico, sendo os casos de fissura labiopalatina isolada, o prognóstico é bom.

4. CONCLUSÕES

As crianças acometidas por fissuras labiopalatinas, assim como seus familiares, necessitam de cuidados especiais. Os familiares pela ansiedade e desconhecimento da alteração e as crianças pelo grau de comprometimento das estruturas faciais.

Diferentes protocolos de tratamento para o paciente com fissura labiopalatina existem na literatura. Os tipos de tratamento são direcionados ao tipo de fissura e gravidade do caso, porém, em todos eles o tratamento multidisciplinar é destacado para a melhor resolução estética e funcional do aparelho estomatognático.

A responsabilidade dos profissionais da Odontologia na equipe multidisciplinar para reabilitação do paciente com fissura labiopalatina é de extrema importância. Destaca-se a relevância do odontopediatra para cura e prevenção de doenças da boca como cárie e periodontite, do ortodontista e ortopedista para estabelecimento da oclusão, avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento facial e do cirurgião bucomaxilofacial no tratamento cirúrgico, além do protesista para reabilitação final.

O acompanhamento destes pacientes deve ocorrer desde o nascimento até a idade adulta e recomenda-se a formação continuada dos colegas que apresentam interesse no assunto visto a importância do mesmo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, *et al*. Avaliação comparativa e evolutiva dos protocolos de atendimento dos pacientes fissurados. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. 434 2010; 25(3): 434-8

ARARUNA, Raimunda da Costa; VENDRÚSCOLO, Dulce Maria Silva.
Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico.



Revista Latino-americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 99-105, 2000.

CERQUEIRA, Milena Nunes. *et al.* Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 161-6, 2005.

CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. **Odontopediatria na primeira infância**. 2ª Reimpressão. São Paulo: Editora Santos; 2001.

COUTINHO, *et al.* Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, n.2, p. 149-156, abr./jun. 2009.

FIGUEIREDO, *et al.* Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – Relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia UFRGS**, Porto Alegre, v.13, n.3, p. 73- 77, set./dez. 2008.

LIMA, Marcelo da Luz Silva, *et al.* Fissuras labiopalatais - Considerações sobre o tratamento interdisciplinar. **Ortodontics Science and Practice**, v.1, n.2, p. 173-177, 2008

MAZAHERI, *et al.* Evaluation of maxillary dental arch form in unilateral clefts of lip, alveolus, and palate from one month to four years. **Cleft palate Craniofacial Journal**, Lewiston, v. 30, p.90-93, 1993.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, Trivedi Vidhya Nandan. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

RIBEIRO, Erlane Marques; MOREIRA, Anna Silva Carvalho. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde** 2005; 18 (1) : 31-40

ROCHA, D.L.; CAVASSAN, A.O. Abordagem ortodôntica. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. **Fissuras labiopalatinas: Uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007 p. 213-138.

SILVA FILHO, *et al.* Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia de tratamento. In PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. p. 481-527.

SPINA, V *et al.* Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Revista do Hospital das Clínicas Fac Med São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972. THOMÉ, S., BERTONE, M. C. Manual de cuidados dispensados à pacientes no pós-operatório. **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais**. São Paulo: USP; 2005.

WYSZYNSKI, Diego F; **Cleft Lip and palate from origin to treatment**. Oxford University press; 2002.