

A ORTODONTIA NA ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE DO PACIENTE FISSURADO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Orthodontics in multidisciplinary health care in cleft patients: a literature review

Everaldo Pinheiro de Andrade Lima¹; Amanda Souza Carvalho¹; Dhiego Medeiros Veiga Menezes¹; José Roberto Vieira de Almeida²; Alfredo de Aquino Gaspar Júnior³; José Romar Baião de Almeida⁴

1 – Cirurgião-Dentista formado pela Universidade Federal de Pernambuco;

2- Cirurgião Buco-Maxilo-Facial;

3- Professor do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco;

4- Cirurgião Buco- Maxilo-Facial

Palavras – chave:

Odontologia; Fissura labiopalatal; Aparelhos ortodônticos

RESUMO

As fissuras labiopalatais constituem anomalias faciais congênitas que causam uma série de implicações funcionais, estéticas e psicossociais no indivíduo. As consequências psicológicas da fissura podem ter origem após o nascimento da criança, correlacionado-se com a forma pela qual ela é recebida no meio familiar e o crescimento desses pacientes pode ser controverso, caso não exista um tratamento adequado. Neste sentido este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sistemática sobre o tratamento ortodôntico na atenção da saúde ao paciente fissurado, bem como o emprego da equipe multiprofissional e interdisciplinar em seu atendimento.

Keywords:

Dentistry; Cleft labiopalatal; Orthodontic appliances

ABSTRACT

The cleft lip and palate are congenital facial abnormalities that cause a series of functional, aesthetic, and psychosocial implications for the individual. The psychological consequences of the crack may originate after child birth, correlated with the way in which it is received in the family environment and the growth of these patients can be controversial if no suitable treatment exists. This feeling this study aimed to conduct a systematic review of literature on orthodontic treatment in health care to cleft patients and the use of multidisciplinary and interdisciplinary team in their care.

785

AUTOR CORRESPONDENTE:

Everaldo Pinheiro de Andrade Lima

Rua Larga do Feitosa, 255 | Encruzilhada, Recife - PE, CEP: 52.030-140

INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos de casos de fissura labial remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia deste tipo de má-formação, embora o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente aconteceu nos últimos 50 anos¹. Hoje, sabe-se que entre as anomalias congênitas da face, as fissuras labiopalatinas, também conhecidas como lábio leporino ou goela de lobo, são as mais comuns. No Brasil, estima-se que a cada 700 recém-nascidos um seja portador de fissura².

A fissura labiopalatal é uma má-formação congênita comum que ocorre entre a quarta e a décima segunda semana de vida intra-uterina, período que compreende o desenvolvimento da face, e apresenta como conseqüências uma série de alterações funcionais e estéticas.

O processo reabilitador é complexo, extenso e dependente de uma equipe profissional multidisciplinar. Quanto maior for o nível de comprometimento e severidade causados pela má-formação, mais complexo será seu tratamento. Este processo de reabilitação está relacionado diretamente

com a adequada condição bucal.

A queiloplastia, cirurgia reparadora do lábio, tem início em fase precoce, podendo ser realizada a partir do terceiro mês de vida, desde que o bebê apresente o peso mínimo de 5 Kg. Já a palatoplastia, cirurgia reparadora de palato, é realizada a partir de 1 ano de idade, sendo necessário que a criança apresente 9 kg, no mínimo, e boas condições de saúde geral³.

REVISÃO DE LITERATURA FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO Etiologia

A formação da face e da cavidade oral ocorre na fase embrionária e envolve o desenvolvimento de múltiplos processos teciduais que devem se unir e se fundir de modo extremamente ordenado⁴.

A partir da migração das células da crista neural se forma o tecido conectivo e o esqueleto da face (durante a terceira semana de vida intrauterina) 5 e, o desenvolvimento da face inicia na quarta semana, onde estão presentes os 5 primórdios faciais ou boca primitiva: eminência fronto-nasal, 2 processos maxilares e 2 processos mandibulares. A mandíbula é a primeira estrutura a ser formada. A partir da quinta semana

Ortodontia na saúde do paciente fissurado.
Lima EPA, et al.

ocorre a fusão dos processos nasais e processos maxilares. O palato desenvolve-se a partir de dois primórdios: o palato primário e o palato secundário⁶.

As fissuras labiopalatinas (FLP) são consideradas anomalias congênitas resultantes da falta de fusão, na linha mediana, dos processos bilaterais do maxilar por volta da décima segunda semana de vida intrauterina⁷.

A explicação etiológica das FLP considera a interação entre os fatores genéticos e ambientais como determinantes essenciais para o desenvolvimento dessas anomalias: o componente genético, por exercer influência no padrão de desenvolvimento embrionário, e os teratógenos ambientais, pela interferência que causam no organismo materno, induzindo ou protegendo o feto de defeitos congênitos⁸.

Classificação

A classificação mais utilizada atualmente no Brasil é a formulada por⁹ a qual tem como ponto anatômico de referência o forame incisivo, local onde ocorre a junção na formação de toda a região labiopalatal. Segundo essa classificação, as FLP são divididas em quatro grupos:

Grupo I: As **fissuras pré-forame incisivo**, localizadas a frente do forame incisivo, são exclusivamente labiais, sendo originárias embriologicamente do palato primário podendo atingir lábio e rebordo alveolar. Podem ser unilaterais, bilaterais ou medianas, completas ou incompletas, dependendo se atingirem ou não o forame incisivo.

Grupo II: As **fissuras transforame incisivo** atingem todo o lábio e todo o palato. Podem ser unilaterais ou bilaterais, dividindo a maxila em dois segmentos quando unilateral e, em três segmentos, quando bilateral. De maior gravidade, apresenta o rompimento completo do palato primário e secundário. Elas rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula, havendo uma ampla comunicação da cavidade bucal com a nasal¹⁰.

Grupo III: As **fissuras pós-forame incisivo** podem ser completas ou incompletas, dependendo do envolvimento total do palato ou somente do palato mole. São fendas palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato primário ou envolver o palato secundário; nas fissuras completas, o palato duro e o palato mole estão totalmente fendidos até o forame incisivo sem, contudo, atingir o rebordo alveolar¹¹.

Grupo IV: As **fissuras raras da face** acontecem, mas representam raridade em relação às FLP. Podem ser transversais ou oblíquas e envolverem outras estruturas faciais como lábio inferior, nariz, bochecha, pálpebra, orelha, ossos do crânio e da face como o frontal, nasal, etmoide, malar e temporal.

Epidemiologia

As fissuras labiopalatinas são defeitos congênitos comuns entre as malformações que atingem a face do ser humano e

ocorrem com uma prevalência média entre 1 e 2 indivíduos brancos para cada 1000 nascimentos. Estudos do Hospital de Referência para Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) em Bauru, São Paulo, conhecido como "CENTRINHO", mostra que as más formações congênitas do lábio e/ou palato situam-se entre o terceiro e quarto defeito congênito mais frequente, sendo que em nosso meio parece ocorrer em uma grandeza de 1:650 nascimentos¹².

Tratamento multidisciplinar

A implantação da Política Nacional de Humanização do SUS, em 2003, marca o início de uma nova fase no âmbito das relações humanas nas diversas áreas da saúde quando possibilita interatividade nunca antes vivenciada na história da saúde pública no Brasil. O Ministério da Saúde estabelece como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde a oferta de atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais¹³.

No Brasil, existem vários centros de excelência no tratamento de anomalias craniofaciais. A Portaria 62 SAS/MS normaliza o cadastramento de hospitais que realizam procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de fissura labiopalatinas para o Sistema Único de Saúde¹⁴. Embora existam critérios internacionais com padrões norte-americanos e padrões europeus para constituição de equipes multiprofissionais, a Portaria 62 SAS/MS, define que o hospital deve oferecer serviços de clínica médica, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, odontologia geral, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, serviço social, psicologia, cirurgia plástica, anestesia, enfermagem, fisioterapia, nutrição e atendimento familiar. Constitui-se então, a equipe multiprofissional garantindo um tratamento integrador ao paciente portador de fissura¹⁵. Através da publicação da Portaria 718 SAS/MS, o Sistema Único de Saúde garante a assistência aos pacientes que apresentam anomalia do crânio e bucomaxilofacial com melhora na organização e criação de novos procedimentos. Esta portaria estabelece ainda procedimentos para a especialidade de Ortodontia e Ortopedia para os Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal¹⁶.

A inclusão efetiva da assistência à saúde aos portadores de anomalias craniofaciais no Sistema Único de Saúde, somente foi conquistada após anos de muitas tentativas por parte de pesquisadores, profissionais da área e familiares de indivíduos portadores¹⁷.

A reabilitação compõe um conjunto de ações de atenção à saúde onde são necessárias as seguintes áreas e referidas especialidades: medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, genética, otorrinolaringologia, pediatria) e enfermagem; odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), nutrição, fonoaudiologia; psicologia; fisioterapia; serviço social¹⁶. Essas áreas devem trabalhar integradas, com o objetivo de dar ao paciente o melhor tratamento¹⁵.

A reabilitação completa de um paciente fissurado está

na dependência direta da extensão do comprometimento anatômico. Em relação ao tratamento dos pacientes fissurados labiais afirmam que o protocolo deve ser dividido em etapas pré-cirúrgica, cirúrgica e pós-cirúrgica. Na etapa pré-cirúrgica temos o setor de triagem, o qual é composto por profissionais que tem o primeiro contato com o paciente, como: enfermeiros, obstetras, pediatras e odontopediatras. Sendo esses profissionais responsáveis pela identificação da deformidade e contato com o setor de apoio. Este setor é composto por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, os quais são responsáveis, respectivamente pela análise do perfil socioeconômico dos familiares e pacientes, e atuam como intermediários entre a família dos fissurados e as instituições assistenciais. Por volta de seis a nove meses, o bebê tem lábio e palato intactos (exceto alvéolo), alimentação e audição funcional. Com um ano há revisões com o cirurgião plástico; o fonoaudiólogo acompanha o desenvolvimento da fala; o ortodontista começa o seu programa de atendimento; e o otorrino faz avaliações a cada seis meses até que a audição se normalize. Aos quatro anos e meio são feitos os traçados cefalométrico e encontro da equipe multidisciplinar. A primeira consulta é marcada com o ortodontista antes da erupção dos primeiros molares. O enxerto do osso alveolar é realizado juntamente com o tratamento ortodôntico antes da erupção dos caninos. Dos treze aos dezoito anos avalia-se o crescimento facial e a necessidade de se fazer cirurgia ortognática.

A atuação do Cirurgião Dentista nos pacientes com fissura

O Cirurgião-Dentista é um profissional que apresenta grande importância no tratamento odontológico corretivo, pois as fissuras labiopalatinas causam alterações dentárias diversas, fazendo-se necessário um prolongado tratamento odontológico¹⁸.

O Cirurgião-Dentista deve atuar sabendo que as fissuras geram sequelas ou problemas que ele deve saber prevenir e tratar, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida à criança portadora desta malformação. As fissuras afetam o desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes e ainda pode ocorrer a ausência congênita de dentes e a presença de dentes supranumerários.

Pacientes com fissura possuem vários tipos de alterações bucais como dentes supranumerários, microdentes, erupção dentária ectópica, dentes natais, neonatais e intranasais, atraso na erupção e na formação dentária. No entanto, a anodontia é a anomalia dentária mais frequentemente observada em pacientes com fissuras de lábio e palato, afetando principalmente o incisivo lateral do lado da fissura¹⁹.

As anomalias dentárias são diferenciadas por meio de número, tamanho, forma, desenvolvimento e erupção, e a sua intensidade parece depender da severidade da fissura. Embora apareçam na dentição decídua, prevalecem na dentição permanente, e na maxila sua incidência é maior do que na mandíbula¹⁹.

Portanto, as más oclusões são frequentes, com mordidas cruzadas anterior e posterior manifestando-se já na dentadura

decídua, devido às anomalias dentárias citadas anteriormente. As cirurgias realizadas para fechamento de lábio e palato interferem no crescimento facial e do arco dentário superior, resultando em faces retrognáticas e maxilas atresicas²⁰.

Ainda, existem vários problemas bucais decorrentes da presença de fissuras que tornam este paciente de alto risco à doença cárie e periodontal. Dentre eles podem ser citados: mau posicionamento dental, defeitos na formação dentária, anomalias (agenesia, dente supranumerário), como também a dieta líquido/pastosa por vezes açucarada¹⁹ e a presença de fatores como fibrose cicatricial, tensão labial, uso de aparelhos ortodônticos e próteses dentárias²⁰.

O papel da ortodontia no tratamento dos pacientes com fissuras

O tratamento ortodôntico é fundamental na reabilitação de portadores de fissuras que passaram por cirurgias primárias, e que realizarão cirurgias secundárias. Desta forma, a terapia ortodôntica é planejada em fases separadas, uma pré-enxerto e outra pós-enxerto ósseo. O crescimento deficiente da maxila e as alterações encontradas no osso alveolar são fatores considerados no momento do planejamento ortodôntico²¹.

O ortodontista desempenha importante papel no diagnóstico e no tratamento da fissura, pela confecção de fichas do paciente, necessária para o diagnóstico e plano de tratamento.

O tratamento ortodôntico/ortopédico deve dar ênfase a ortopedia pré-operatória que irá orientar o melhor crescimento e desenvolvimento maxilomandibular. A colocação de uma placa palatina auxilia na alimentação (sucção) e corrige possíveis aproximações dos rebordos maxilares. Esta placa mantém os rebordos em posição anatômica, completando as palatoplastias, e orientando o desenvolvimento da maxila. No caso de pacientes com mordida cruzada que impossibilite a mastigação ou causem danos funcionais maiores, podem-se lançar mão de aparelhos fixos.

A maloclusão de classe II quando expressa por protusão da maxila é favorável ao tratamento, pois se a maxila fosse retrognar, ocorreria a compensação e anulação dos dois processos. Entretanto, um paciente classe III tem seu tratamento mais complexo tendo em vista o padrão de retrognatismo da maxila, que irá acentuar-se posteriormente.

O tratamento ortodôntico deve ter início por volta dos 11 aos 14 anos de idade ou no início da dentadura permanente e tem o objetivo de completar o tratamento ortopédico (quando realizado) corrigindo as más posições dentárias que persistirem.

CONCLUSÃO

As fissuras labiopalatinas constituem um tipo complexo de anomalia craniofacial, pela qual o portador apresenta inúmeras alterações.

O diagnóstico deve ser realizado tempestivamente, para que a equipe composta por dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos, assistentes so-

Ortodontia na saúde do paciente fissurado.
Lima EPA, et al.

ciais, possa realizar um adequado planejamento das etapas do tratamento do paciente fissurado.

O tratamento desses pacientes requer uma abordagem multidisciplinar, na qual todos os profissionais e familiares possuem papel fundamental no desenvolvimento da criança.

O tratamento ortodôntico é fundamental na reabilitação de portadores de fissuras que passaram por cirurgias. Desta forma, a terapia ortodôntica é planejada em fases separadas, uma pré-enxerto e outra pós-enxerto ósseo²¹.

O indivíduo que possui esta malformação além de apresentar sequelas

em seu corpo pode apresentar também alterações psicológicas, prejudicando sua inserção na sociedade, podendo gerar atrasos no seu desenvolvimento social. Além disso, a fissura pode atrapalhar toda a sua função alimentar, podendo acarretar em atraso do seu desenvolvimento físico. Pode haver comprometimento grave na fonação e na sua audição, levando a criança à surdez total, além de problemas sociais gerados por problemas na fala. Outro

agravante é quanto ao desenvolvimento crânio-facial e da dentição da criança, que podem apresentar sequelas difíceis de serem tratadas; por isso o paciente que tem este tipo de anomalia congênita deve ter um acompanhamento desde seu nascimento até a sua fase adulta, e os pais também devem ser acompanhados a fim de dar uma boa qualidade de vida para ambos.

788

REFERÊNCIA

1. Lofiego JL. Fissura Labiopalatina. Rio de Janeiro, Revinter, 1992. 186p;
2. Menegotto BC, Salzano FM. Epidemiology of oral clefts in a large South American sample. *Cleft Palat Craniofac J.*, Baltimore, v. 28, n. 4, p. 373-376, 1991.
3. Silva Filho OG, Freitas J, Okada T. Fissuras labio-palatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto VG.- Saúde bucal coletiva, 4 ed. São Paulo: Ed. Santos, p. 481-515, 2000.
4. Neville BW. Defeitos do desenvolvimento da região maxilofacial e oral. In: Neville BW. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.2-47.
5. Lorenzoni D. Avaliação do sistema de referência e contra referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós- Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
6. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004
7. Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábios-palatais. In: Petrelli E. Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1994. cap 12, p.195-240.
8. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. *Revista do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 27(1), 5-6, 1972.
9. Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci* 2005; 27:31-5.
10. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das máis formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odont*; 1968; 6:111-28.
11. Tuji, FM, Bragança TA, Rodrigues CF, Pinto DPS. Tratamento Multidisciplinar na Reabilitação de Pacientes Portadores de Fissuras de Lábio e/ou Palato em Hospital de Atendimento Público. Belém - PA, 2009.
12. Monlleó IL, Lopes VLGS. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no sistema único de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006; 22(5), 913-922.
13. Prada CG, Valle TGM, Pimentel MCM. A percepção de si da criança portadora de fissura labiopalatal. *Pediatr. Mod*, São Paulo, 2000.
14. Freitas JAS. Ciência e humanismo a favor da reabilitação e do próximo. Módulo 30 In: Curso de anomalias congênitas labiopalatais. São Paulo: HRAC/USP; 2006.
15. Colares V, Richman L.. Fatores psicológicos e sociais relacionados às crianças portadoras de fissuras labio-palatais. *Pediatr. Mod*, São Paulo, nov. 2002.
16. Neves ACC et al.. Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: revisão de literatura. *Revista Biociência*, v. 8, n. 2, p. 75-81, 2002.
17. Silva Filho OG, Almeida RR. Fissuras lábio palatais: o que o cirurgião dentista precisa saber. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*; v. 5, n. 2, p. 7-18, 1992;
18. Montandon EM, Duarte RC, Furtado PGC. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labio-palatinas. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, v. 4, n. 17, p. 68-73, 2001.
19. Silva HA, Bordon AKCB, Duarte DA. Estudo da fissura labiopalatal: aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, v. 4, n. 14, p. 71-4, 2003.
20. Alves LMLH et al. Prevalência de cárie em portadores de fissura lábio-palatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. *Odontologia Clínica Científica*, v. 3, n.1, p. 57-60, 2004.
21. Lima PT. Fissuras congênitas da face e do crânio. In: Mustacchi Z, Peres S. Genética baseada em evidências: síndromes e heranças. São Paulo: CID; 2000. p.687-99.

Recebido para publicação: 24/09/2014
Aceito para publicação: 05/08/2016