



CIOSP 2013

I Congresso Interdisciplinar da APCD
De 31 de janeiro a 03 de fevereiro de 2013
Local: Expo Center Norte - São Paulo/SP

Especialidade em foco!

Com foco nas **especialidades odontológicas**, a grade científica do **CIOSP** foi organizada em **módulos científicos**. Assim, o congressista poderá eleger um ou mais módulos para participar, de acordo com o seu enfoque profissional.

Conheça agora cada um dos **MÓDULOS CIENTÍFICOS** que **você** poderá participar:



Beleza do sorriso

Estética, Dentística, Materiais Dentários, Prótese Dentária, Prótese sobre Implante, Oclusão e ATM, Reabilitação Oral, Clareamento, TPD e Fotografia.



Da gestação à maturidade

Odontologia Intrauterina, Odontopediatria, Odontologia Preventiva, Ortopedia dos Maxilares, Odontohebiatria, Ortodontia e Odontogeriatría.



Terapias coadjuvantes

Hipnose, Homeopatia, Halitose e Laser.



Hospitalar

Cirurgia e Traumatologia BMF, Terapêutica, Prótese BMF, Câncer Bucal, Cirurgia Ortognática, Diagnóstico Bucal, Odontologia Hospitalar e Pacientes com Necessidades Especiais.



Osseointegração e Manipulação de Tecidos

Implantes, Biomateriais, Enxertos, Periodontia, Microcirurgia e Biotecnologia.



Da imagem à execução

Endodontia, Microscopia, Radiologia e Imaginologia.



Recursos humanos

Odontologia Legal, Odontologia Social, Odontologia do Trabalho e Saúde Coletiva.



ASB - TSB



Acadêmica



Gestão & Marketing

Gestão Empresarial, Marketing e Mídias Sociais.

Acesse www.ciosp.com.br e confira a programação científica completa do evento.



Realização:



Apoio:



Hotel Oficial:



Cia. Aérea Oficial:



Informações e adesões: 0800 12 85 55 (de seg. a sex., das 8h às 20h) - **E-mail:** secretaria.decofe@apcdcentral.com.br - **Site Oficial:** www.ciosp.com.br
Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas - Rua Voluntários da Pátria, 547, CEP: 02011-000 - Cx. Postal 2523 - São Paulo/SP

Análise da oclusão dentária em crianças portadoras de fissura labiopalatina bilateral

Recebido em: jun/2012

Aprovado em: jul/2012

Analysis of dental occlusion in children with bilateral cleft lip and palate

Jairo Lessa Crepaldi

Mestre - Ciências Odontológicas
pela Fousp - Brasil - Especialista em
Ortodontia e Ortopedia Facial

Marcia André

Doutora em Ciências Odontológicas pela
Fousp - Brasil - Profª Drª da Disciplina de
Prótese Bucomaxilofacial da Fousp - Brasil
- Especialista em Prótese Bucomaxilofacial
e Pacientes com Necessidades Especiais

Margareth Torrecillas Lopez

Doutoranda em Ciências Odontológicas na
Fousp - Brasil - Especialista em Ortodontia

CEP Fousp nº 148/2010

Autor para correspondência:

Jairo Lessa Crepaldi

Al. Dos Jaúnas, 100

Indianópolis - São Paulo - SP

04522-020

Brasil

jairorto@ig.com.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar a condição oclusal dos arcos dentários de crianças com fissura labiopalatina bilateral completa (FLPb), em acompanhamento na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp), por meio de análise de modelos em gesso. Material e Método: A amostra selecionada constituiu-se de modelos das arcadas dentárias de 30 pacientes com FLPb (8 do gênero feminino e 22 do masculino), com idade média de 6 anos e 2 meses, submetidos a cirurgias reparadoras primárias. Após exame clínico, realizaram-se fotos intra/extraorais e moldagem para obtenção dos modelos de trabalho, que foram classificados pelo Índice de Bilateral, por três examinadores calibrados. O Teste Alfa de Cronbach e a Análise de Correlação de Spearman mostraram elevado grau de confiabilidade ($p < 0,001$) e reprodutibilidade ($p < 0,001$). O estudo da correlação entre prognóstico e gênero e entre prognóstico e hospital de reabilitação cirúrgica foi feito só com os índices determinados pelo pesquisador, os quais foram agrupados em prognóstico bom, regular e pobre. Resultados: Dos 30 pacientes analisados, a classificação pelo Índice de Bilateral, resultou em 10% grau 1; 36,6% grau 2; 36,6% grau 3; 13,33% grau 4 e 3,33% grau 5. Apenas 16% apresentaram prognóstico pobre, e a associação do prognóstico com o gênero, não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,207$) quando da aplicação do Teste da Razão da Verossimilhança. Da mesma forma, não se encontrou relação entre o prognóstico e os hospitais de reabilitação ($p = 0,788$). Conclusão: Houve alta concentração de pacientes nos prognósticos bom e regular, sem relação com o gênero ou com o hospital de reabilitação cirúrgica.

Descritores: má oclusão; fissura palatina; classificação

ABSTRACT

Objective: Assess the condition of occlusal dental arches of children with complete bilateral cleft lip and palate (FLPb), followed at the School of Dentistry, USP by analysis of dental casts. Material and method: The sample consisted of models of the dental arches of 30 patients with FLPb (8 females and 22 males) with mean age of 6 years and 2 months underwent primary repair surgeries. After clinical examination, there were pictures intra / extra oral and molding to obtain the working models, which were classified by the Index of Bilateral, by three calibrated examiners. The Cronbach's alpha test and Spearman correlation analysis showed a high degree of reliability ($p < 0.001$) and reproducibility ($p < 0.001$). The study of the correlation between prognosis and Gender, and prognosis and rehabilitation hospital for surgery was done only with the rates determined by the researcher, which were grouped into good regular and poor prognosis. Results: Of the 30 patients analyzed, classified by the Index of Bilateral resulted in 10% grade 1, 36.6% grade 2, 36.6% grade 3, 13.33% grade 4 and 3.33% grade 5. Only 16% had a poor prognosis, and prognosis associated with the gender showed no statistically significant difference ($p = 0.207$) during the application of the Likelihood Ratio Test. Likewise, no relationship was found between the prognosis and rehabilitation hospitals ($p = 0.788$). Conclusions: There was a high concentration of patients in good and regular forecasts, without regard to gender or the rehabilitation hospital for surgery.

Descriptors: malocclusion; cleft palate; classification

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A alta incidência das FLP justifica o interesse em aprimorar a reabilitação desta patologia.

INTRODUÇÃO

As fissuras de lábio e palato são malformações congênitas caracterizadas pela descontinuidade tecidual do lábio superior, rebordo alveolar, palato duro e palato mole, de forma parcial quando compromete apenas uma ou duas dessas estruturas, ou de modo abrangente ao atingir a totalidade dos elementos.

A dificuldade de identificar fatores etiológicos específicos se deve ao fato dessas anomalias acontecerem no início do desenvolvimento embrionário, tendo uma complexa intervenção genética e ambiental com relativa recorrência¹.

As fissuras labiopalatinas apresentam um largo espectro de severidade, com diferentes graus de anormalidades anatômicas e funcionais, de tal forma que a reabilitação global dos pacientes fissurados só alcança a excelência quando existe atuação de uma equipe multidisciplinar intervindo precocemente².

A diversidade nos resultados terapêuticos está relacionada às variações de sequência, tempo e técnica cirúrgica, assim como à habilidade e experiência individual do cirurgião.

As cirurgias primárias, queiloplastia e palatoplastia, atuam como modeladoras do crescimento e seus efeitos podem ser deletérios. Ambas as cirurgias são apontadas como procedimentos que podem causar trauma nas matrizes osteogênicas da maxila, que vão interferir diretamente no crescimento ósseo. Somando-se a isso, a formação de tecido cicatricial, com limitada capacidade de distensão, contribui para dificultar o deslocamento para frente e para baixo das estruturas do processo nasomaxilar. Desta forma, a discrepância entre as bases ósseas dos maxilares e a maloclusão dentária podem espelhar as abordagens cirúrgicas na primeira infância³.

Os desequilíbrios esqueléticos e as alterações oclusais, comumente presentes já ao final da dentição decídua, tendem a se intensificar nas dentições mista e permanente, pois são reflexos da combinação de padrões de crescimento herdados e de traumas das matrizes funcionais. Os primeiros estudos, em modelos de gesso, que relacionavam o crescimento maxilar com a qualidade das arcadas dentárias antes e após as cirurgias primárias estavam baseados essencialmente na presença e extensão das mordidas cruzadas^{4,5,6}. Posteriormente, utilizando-se modelos de gesso, criaram-se índices para categorizar a relação da arcada dentária em fissuras labiopalatinas unilaterais, os quais representam a severidade da maloclusão e a dificuldade de correção^{7,8}. Grandes centros de referência internacionais em atendimento a pacientes com fissura labiopalatina se propuseram a avaliar protocolos de tratamento por meio destes índices^{9,10,11,12,13,14}.

Mais recentemente, criou-se um índice para uma avaliação padronizada dos resultados oclusais na fissura bilateral completa de lábio e palato, sendo adaptado aos diferentes estágios de desenvolvimento dental, nomeado Índice de Bilateral¹⁵.

Atualmente, centros internacionais e nacionais buscam qua-

lificar e quantificar a morfologia oclusal por meio de aplicação de índices oclusais padronizados, como base para estabelecer um prognóstico mais assertivo.

O objetivo do presente estudo é avaliar e classificar a oclusão dentária de crianças portadoras de fissura labiopalatina bilateral, por equipes reabilitadoras cirúrgicas distintas, utilizando o Índice de Bilateral.

MATERIAIS E MÉTODOS

A amostra selecionada foi constituída por 30 crianças portadoras de fissura labiopalatina bilateral, em acompanhamento no Ambulatório da Disciplina de Prótese Bucomaxilofacial do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp) - Brasil, com idade média de 6 anos e 4 meses.

Os critérios de inclusão para a participação do paciente neste estudo foram: ser portador de fissura transforame incisivo bilateral, que envolve o lábio e o palato, comprometendo o rebordo alveolar¹⁶; não apresentar qualquer outra anomalia que pudesse caracterizar um quadro sindrômico; ter sido submetido às cirurgias reparadoras primárias, queiloplastia entre 3 e 6 meses e palatoplastia entre 12 e 18 meses; estar no estágio da dentição decídua completa ou dentição mista precoce e não ter sido submetido a enxerto ósseo alveolar e nem sequer ao tratamento ortodôntico prévio ao enxerto.

O presente trabalho obteve um parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa emitido com o número FR357658 protocolo 148/10 da Fousp. Após exame clínico, foram realizadas as moldagens das arcadas dentárias com hidrocolóide irreversível e o registro da oclusão dentária foi obtido em oclusão cêntrica com máxima intercuspidação dentária, posteriormente foram feitas fotografias da face (frente e perfil) e intraorais em máxima intercuspidação dentária (frente, direita e esquerda). A finalidade desta documentação fotográfica, além da identificação do paciente, foi permitir conferir a oclusão dentária, sempre que necessário.

Os moldes foram vazados com gesso pedra (Tipo III) quando se obteve os modelos de estudo das arcadas dentárias, os quais foram identificados com os nomes dos respectivos pacientes e a data de moldagem, sendo então arquivados com os registros da oclusão dentária e as fotos correspondentes. Posteriormente, esses modelos foram duplicados em gesso ortodôntico super branco (Pasom), e zocalados, com a finalidade de padronização, para a obtenção dos modelos de trabalho.

A classificação dos modelos foi realizada utilizando o Índice de Bilateral¹⁵ que quantifica a má oclusão, sendo enumerados de 1 a 5, de acordo com a severidade da má oclusão e a dificuldade de sua correção (Figura 1).

Com finalidade ilustrativa, selecionamos um caso de cada grupo. (Figuras 2 a 6).

Inicialmente foi avaliada a concordância intra e interexaminadores pelo pesquisador e mais dois colaboradores, todos três calibrados quanto à aplicabilidade do Índice de Bilateral e com experiência no tratamento de pacientes fissurados. Em

Diretrizes				
• Considerar primeiro a relação das bases apicais • Corrigir mentalmente a inclinação dos incisivos (também considerar a retro inclinação excessiva dos incisivos inferiores) • Ignorar a mordida cruzada de incisivos laterais decíduos e permanentes e/ou caninos decíduos • Ignorar relação de topo dos dentes posteriores • Se existe evidência de ortodontia, assumir que houve um pré-tratamento de mordida cruzada				
Grau	Relação de bases apicais	Relação dos incisivos	Mordida cruzada	Forma de arco
1	Classe I ou II	Overjet e overbit positivos (sem mordida aberta)	Ausente	Boa
2	Classe I ou II	Incisivos corrigidos seria overjet e overbite positivos (ou mordida aberta mínima)	Pode ter	Pequena alteração (quando há alteração ou mordida aberta acentuada - Grau 3)
3	Topo a topo	Incisivos corrigidos estariam topo a topo	Pode ter	Grande alteração
4	Classe III	Incisivos corrigidos não estariam topo a topo	Pode ter	Grande alteração
5	Classe III	Incisivos corrigidos não tocariam os incisivos inferiores	Pode ter	Pobre

FIGURA 1
Índice de Bilateral (dentição decídua e mista precoce) Ozawa *et al.*¹⁵ (2011)

um primeiro momento os dados foram transcritos para fichas específicas, onde constavam: nome do examinador, data da avaliação, estágio de desenvolvimento oclusal, número do modelo de trabalho. Após dez dias, os três examinadores reavaliaram todos os modelos de trabalho, sendo que uma nova ficha, similar à primeira foi igualmente preenchida. Os dados obtidos, nesses dois momentos, foram individualmente encaminhados à análise estatística, para o estudo da confiabilidade, sendo usado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) em sua versão 20.0. Foram identificados elevado grau de confiabilidade ($p < 0,001$) após a aplicação do Teste Alfa de Cronbach e de alta reprodutibilidade pela análise de Correlação de Spearman ($p < 0,001$).

RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir são com os índices determinados pelo pesquisador.

A Figura 7 apresenta a distribuição percentual dos pacientes portadores de FLP bilateral quanto ao grau de má oclusão segundo o Índice de Bilateral.

Os graus que classificam a má oclusão foram agrupados segundo o prognóstico: prognóstico bom (graus 1 e 2); prognóstico regular (grau 3); prognóstico pobre (graus 4 e 5). Desta forma, a análise estatística foi realizada em função destes agrupamentos, aplicando-se o Teste da Razão da Verossimilhança.

A distribuição da amostra segundo o gênero e o grau de má oclusão é visualizada no gráfico da Figura 8.

A relação entre o prognóstico e o gênero, não apresentou diferença estatisticamente significativa, o que pode ser observado na Tabela 1.

A Figura 9 apresenta a distribuição da amostra dos pacientes com fissura labiopalatina bilateral segundo o grau de má oclusão e o hospital de reabilitação cirúrgica, sendo que foi individualizado o Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz (ICPSC) porque a Fousp

mantém parceria com este centro de referência para o atendimento assistencial e para o desenvolvimento de pesquisas clínicas.

Pode-se observar que o prognóstico do ICPSC foi favorável em relação aos outros centros de tratamento, embora a análise estatística não demonstre diferença significativa. (Tabela 2)

DISCUSSÃO

A alta incidência das fissuras labiopalatinas e a sua complexidade favoreceram o surgimento de vários centros de tratamento com diferentes protocolos. Avaliar os resultados obtidos ao término do tratamento reabilitador, que coincide com o final do crescimento do complexo maxilo-facial, com a finalidade de alterar ou não o protocolo, demanda um tempo muito longo. E atualmente, existe a preocupação em reavaliar em curto prazo, para que se possam traçar modificações, em menor ou maior grau, do protocolo empregado¹⁷.

As cirurgias reparadoras primárias, a queiloplastia e a palatoplastia são realizadas nos primeiros anos de vida com objetivos estéticos e funcionais. Entretanto, essas cirurgias têm um efeito deletério no crescimento maxilar, promovendo uma deficiência progressiva tridimensional, com repercussão na oclusão e na convexidade facial¹⁸.

Particularmente nas fissuras labiopalatinas transforame incisivo, após a reparação cirúrgica, existe a tendência de atresia maxilar, em geral de manifestação discreta na dentição decídua e que se torna mais significativa na dentição mista, resultando em um dano progressivo na relação esquelética e no perfil facial, devido a mordidas cruzadas anteriores e/ou posteriores.

A necessidade de avaliar a conduta terapêutica eleita, de forma a elucidar sua relação com o crescimento do osso maxilar, tem como trabalhos pioneiros os de Pruzansky e Aduss⁴ (1964) e posteriormente Matthews *et al.*⁵ (1970) que analisaram as condições oclusais de indivíduos portadores de fissuras labiopalatinas com objetivo de verificar os efeitos dos tratamentos reabilitadores.

Prognóstico							
Gênero	Bom		Regular		Pobre		Significância (p)
	n	%	n	%	n	%	
Feminino	2	25,00	5	62,50	1	12,50	0,207
Masculino	12	54,50	6	27,30	4	18,20	

TABELA 1

Números absolutos e percentuais dos pacientes com fissura bilateral segundo o prognóstico e o gênero

Prognóstico							
Hospital	Bom		Regular		Pobre		Significância (p)
	n	%	n	%	n	%	
ICPSC	4	44,40	4	44,40	1	11,10	0,788
Outros	10	47,60	7	33,30	4	19,00	

TABELA 2

Números absolutos e percentuais dos pacientes com fissura bilateral segundo o prognóstico e o hospital de reabilitação cirúrgica

Para Huddart e Bodenham⁶ (1972), embora os trabalhos anteriores tenham analisado a oclusão, as categorias usadas não são similares, de forma que uma efetiva comparação de resultado é extremamente difícil. Desta forma, os autores propuseram um sistema no qual um score foi designado para cada dente superior de acordo com sua oclusão com o arco inferior, acreditando que uma classificação numérica seria mais consistente e teria maior grau de confiabilidade.

Em 1987, Mars *et al.*⁷, criaram um índice que recebeu o nome de Índice de Goslon, o qual passou a ter grande aceitação na comunidade científica, tornou-se muito popular por ser um método simples e altamente confiável, que categoriza a má oclusão em pacientes com fendas labiopalatinas unilaterais, e representa a severidade da má oclusão e a dificuldade de corrigi-la. Consideraram a relação interarcos em termos de discrepância ântero-posterior, transversal e vertical.

O Índice de Goslon foi inicialmente desenvolvido para o estágio de dentição permanente precoce e que depois se mostrou confiável também para a dentição decídua, sendo que em 1997, Atack *et al.*⁸ desenvolveram um sistema similar para crianças com fissura labiopalatina unilateral aos 5 anos de idade, que foi chamado de Índice de Atack e posteriormente de Índice dos 5 anos de idade. Estes sistemas de classificação passaram a ser utilizados para avaliação entre os centros de referência de tratamento, com o objetivo de julgar os resultados frente ao protocolo estabelecido.

Números trabalhos foram publicados avaliando qualitativa e quantitativamente, pelos índices propostos, somente as fissuras unilaterais. Isto sempre foi justificado pela alta prevalência das fissuras unilaterais, mas se fazia necessário criar uma metodologia específica para as fissuras bilaterais.

Em 2005, ortodontistas do Hospital de Reabilitação de Ano-

malias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, desenvolveram um índice semelhante ao de Goslon, que denominaram Índice Bauru, também de aplicação simples e com alta reprodutibilidade, para avaliação padronizada dos resultados oclusais na fissura bilateral completa de lábio e palato¹⁹.

Recentemente, o Índice Bauru foi complementado em trabalho publicado em 2011 por Ozawa *et al.*¹⁵, quando foi renomeado como Índice de Bilateral, o qual foi subdividido em três índices, representando a dentição decídua, dentição mista precoce e dentição permanente precoce ou, respectivamente, Índice de 6 anos, Índice de 9 anos e Índice de 12 anos.

Seguindo a tendência nacional e internacional em se avaliar os resultados obtidos na reabilitação dos fissurados, surgiu o nosso interesse de investigar as condições oclusais dos pacientes com FLPb em atendimento no Ambulatório da Disciplina de Prótese Bucomaxilofacial da Fousp.

Esta pesquisa teve como base os estudos de Ozawa *et al.*^{19,15}, buscando, a exemplo deles, através de modelos em gesso dos arcos dentários, categorizar a má-oclusão, relacionando a severidade e a dificuldade de correção.

Após a obtenção dos 30 pares de modelos em gesso, houve preocupação em verificar a concordância, intra e interexaminadores, quando da utilização do índice, pois o mesmo impõe a necessidade de uma calibração dos avaliadores devido à subjetividade deles, o que os autores encontraram certa dificuldade. Nesta pesquisa, foi aplicado o Teste da Estatística Alfa de Cronbach e a Análise de Correlação de Spearman que mostraram um elevado grau de confiabilidade e reprodutibilidade.

Uma leitura retrospectiva nos trouxe trabalhos que consideraram ser o sistema de avaliação Huddart/Bodenham modificado mais objetivo que os índices já existentes, sendo mais versátil e sensível no reconhecimento da constrição do arco maxilar, sem



FIGURA 2
Grau 1 para fissura labiopalatina bilateral

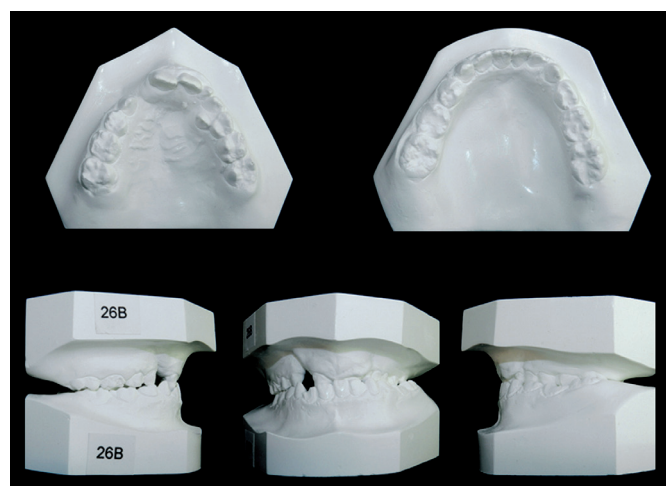


FIGURA 5
Grau 4 para fissura labiopalatina bilateral

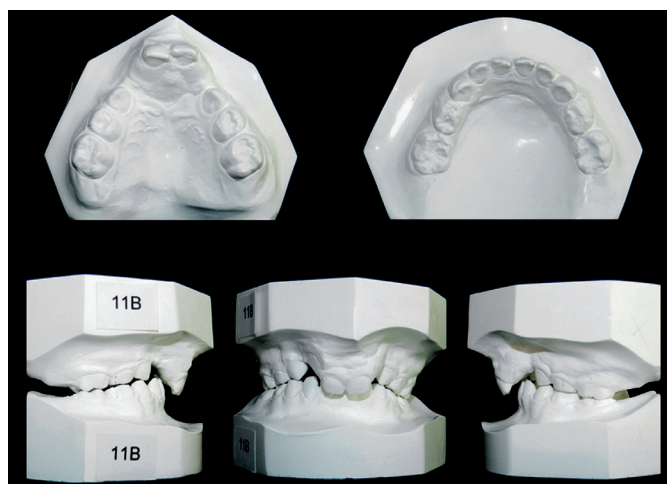


FIGURA 3
Grau 2 para fissura labiopalatina bilateral

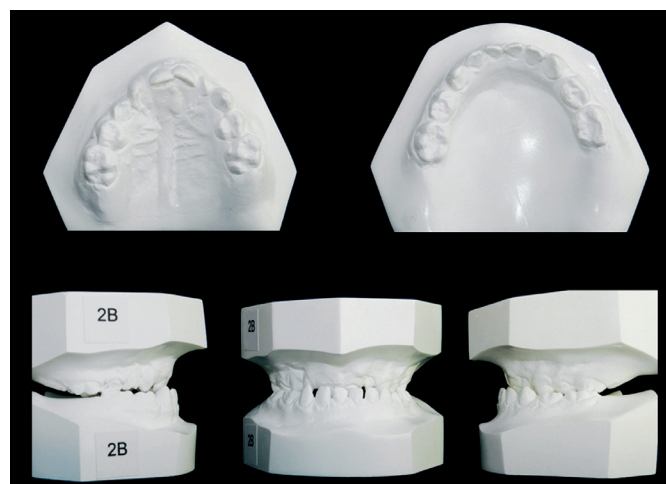


FIGURA 6
Grau 5 para fissura labiopalatina bilateral

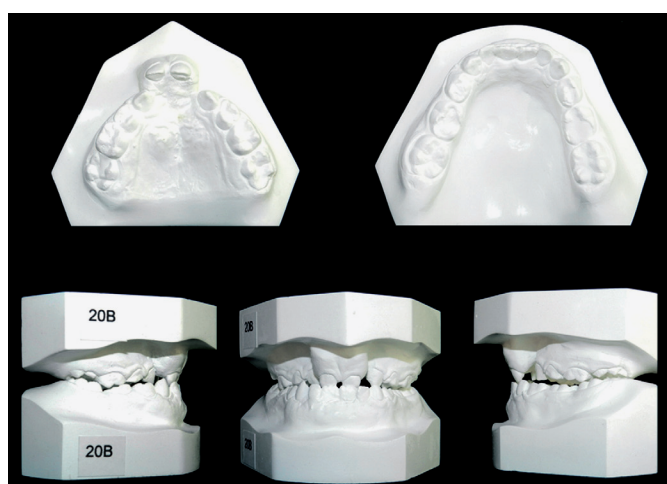


FIGURA 4
Grau 3 para fissura labiopalatina bilateral

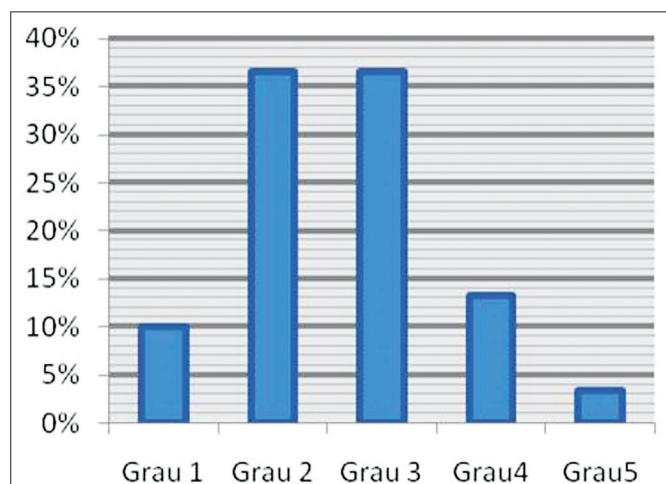


FIGURA 7
Distribuição da amostra de acordo com o Índice de Bilateral (n=30)

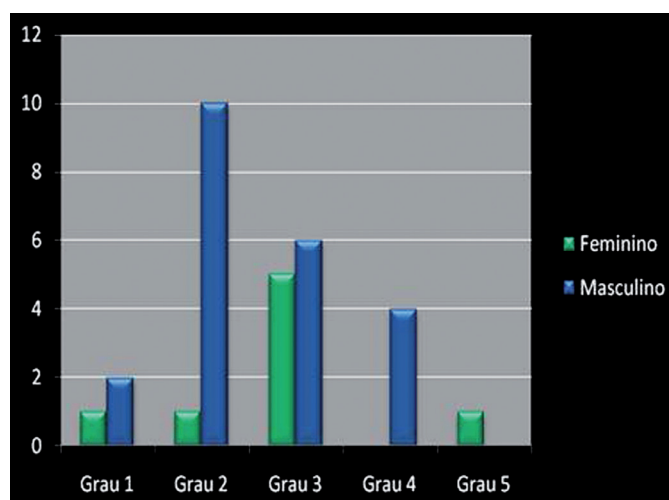


FIGURA 8

Distribuição da amostra segundo o grau de má oclusão e o gênero (n=30)

exigir examinador experiente e treinado^{20,21,22}. Entretanto, estes autores^{20,21,22} confirmam que os resultados desse sistema apresentam alto grau de correlação com os demais índices. Bartzela *et al.*²³ (2010) acreditam que, no futuro, possa haver uma associação do sistema de Huddart/Bodenham e o Índice de Bauru, com a finalidade de otimizar a avaliação.

A distribuição da nossa amostra se concentra nos graus de má oclusão 2 e 3, em percentual acima de 50%, o que é um achado promissor, já que temos pacientes oriundos de vários centros cirúrgicos de reabilitação.

A literatura não apresenta trabalhos publicados sobre avaliação das fissuras bilaterais utilizando o Índice de Bilateral, pois o mesmo foi definido recentemente e publicado em 2011. Foram encontrados apenas dois artigos^{24,23} empregando o Índice Oclusal Bauru, precursor e similar ao Índice de Bilateral. Silva Filho *et al.*²⁴ (2007), avaliando 91 crianças brasileiras entre 4 e 11 anos de idade, registraram 64,8% de prognóstico bom, 26,4% de regular e 8,8% de pobre. Esses dados, superiores aos nossos (46,6% bom; 36,7% regular; 16,7% pobre) e similares aos de Bartzela *et al.*²³ (2010) também surpreendem frente aos publicados pela literatura internacional para as fissuras unilaterais, e desta forma nos tranquiliza quanto à confiabilidade dos nossos registros, e reforça a necessidade de pontuar as condições espaciais da pré-maxila.

A leitura mais aprofundada da literatura internacional sinaliza a dificuldade de comparar resultados intercentros, uma vez que os índices são subjetivos e necessitam de profissionais experientes e calibrados. Além disso, a diversidade de protocolos de tratamento, particularmente o cirúrgico, com diferentes técnicas e distintos momentos cirúrgicos, inviabiliza uma real comparação. Entretanto, bons resultados indicam que o centro está sendo conduzido por um protocolo favorável e que, portanto deve ser reproduzido na medida do possível.

A dificuldade em obter um grupo amostral significativo e o

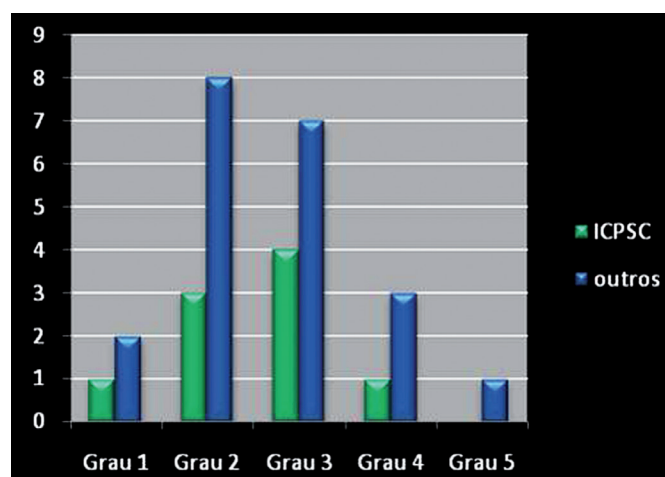


FIGURA 9

Distribuição da amostra segundo o grau de má oclusão e o hospital de reabilitação cirúrgica (n=30)

longo período de tempo necessário para avaliar os resultados alcançados por um determinado protocolo de tratamento, não permite que estudos prospectivos ganhem maior espaço no cenário científico. Desta forma, as análises retrospectivas continuarão fundamentais para o avanço da condução do processo reabilitador da fissura labiopalatina.

Existem variáveis inerentes e incontornáveis, como a extensão e a amplitude da fissura, assim como o padrão facial do indivíduo, e variáveis circunstanciais como o momento cirúrgico, número de cirurgias, abordagens complementares e outras, tornando difícil prever e definir resultados em longo prazo.

Um elemento chave que deveria ser incluído em estudos futuros, em adição ao bem-estar psicossocial do paciente fissurado, é considerar a eficácia terapêutica, o custo financeiro e a carga imposta a ele e aos seus familiares¹⁴.

A nossa instituição se caracteriza como um serviço de apoio a diversos centros de tratamento, e esta pesquisa nos permitiu traçar um quadro mais realista das condições da oclusão dental das crianças com fissuras bilaterais em acompanhamento neste ambulatório e despertou o nosso interesse em buscar interagir com as equipes cirúrgicas parceiras, aumentando a casuística e estendendo os processos de avaliação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

CONCLUSÃO

Houve alta concentração de pacientes nos prognósticos bom e regular, sem relação com o gênero ou com o hospital de reabilitação cirúrgica.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Clinicamente esta pesquisa buscou estabelecer um prognóstico mais assertivo além de reduzir o prazo de avaliação do prognóstico.

REFERÊNCIAS

- Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*. 2011;12(3):167-78.
- André M, Lopez MT. Tratamento odontológico precoce e ortodôntico do paciente fissurado. In: Melega JM, Viterbo F, Mendes FH; editores associados: Rocha DL, Albertoni WM. *Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. Capítulo 42, p. 328-32.
- Silva Filho OG, Freitas JAS, Ozawa TO, Trindade-Suedam IK. Fissuras Labiopalatinas: fundamentos terapêuticos instituídos no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da USP, em Bauru. In: Melega JM, Viterbo F, Mendes FH; editores associados: Rocha DL, Albertoni WM. *Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 289-304.
- Pruzansky S, Aduss H. Arch form and the deciduous occlusion in complete unilateral clefts. *Cleft Palate J*. 1964;1:411-8.
- Matthews D, Broomhead I, Grossman W, Goldin H. Early late bone grafting in cases of cleft lip and palate. *Br J Plast Surg*. 1970;23:129-59.
- Huddart AG, Bodenham RS. The evaluation of arch form and occlusion in unilateral cleft palate subjects. *Cleft Palate J*. 1972;9:194-209.
- Mars M, Plint DA, Houston WJB, Bergland O, Semb G. The Goslon Yardstick: a new system of assessing dental arch relationships in children with unilateral clefts of the lip and palate. *Cleft Palate J*. 1987;24(4):314-22.
- Atack NE, Hathorn I, Semb G, Dowell T, Sandy JR. A new index for assessing surgical outcome in patients with clefts of the lip and palate subjects aged five: reproducibility and validity. *Cleft Palate-Craniofac J*. 1997;34(3):242-6.
- Friede H, Enemark H, Semb G, et al. Craniofacial and occlusal characteristics in unilateral cleft lip and palate patients from four Scandinavian centers. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg*. 1991;25:269-76.
- Mars M, Asher-McDade C, Brattstrom V, et al. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: part 3. Dental arch relationships. *Cleft Palate-Craniofac J*. 1992;29(5):405-8.
- Shaw WC, Dahl E, Asher-McDade C, et al. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 5. General discussion and conclusions. *Cleft Palate-Craniofac J*. 1992;29(5):413-8.
- Fudalej P, Hortis-Dziedzicka M, Dudkiewicz Z, Semb G. Dental arch relationship in children with complete unilateral cleft lip and palate following Warsaw (one-stage repair) and Oslo protocols. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2009;46(6):648-53.
- Hathaway R, Daskalogiannakis J, Mercado A, et al. The americleft study: an inter-center study of treatment outcomes for patients with unilateral cleft lip and palate. Part 2. Dental arch relationships. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2011;48(3):244-51.
- Semb G, Ronning E, Abyholm F. Twenty-year follow-up of 50 consecutive patients born with unilateral complete cleft lip and palate treated by the Oslo cleft team, Norway. *Semin Orthod*. 2011;17(3):207-24.
- Ozawa TO, Shaw WC, Katsaros C. A new yardstick for rating dental arch relationship in patients with complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2011;48(2):167-72.
- Spina V, Psillaks JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 1972;27(1):5-6.
- Shaw WC, Semb G. Princípios e estratégias da reabilitação: recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Livraria Santos; 2007. Capítulo 1, p. 1-15.
- Cavassan AO, Silva Filho OG. Abordagem ortodôntica In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Livraria Santos; 2007. Capítulo 12, p. 213-38.
- Ozawa TO, Silva Filho OG, Santos ACS, Costa GC, Semb G. Índice Bauru: sistematização para avaliação da condição oclusal (interarcos) em crianças e adolescentes com fissura bilateral completa de lábio e palato (fissura transforame incisivo bilateral). *Ortodontia SPO*. 2006;39(3):253-63.
- Mossey PA, Clark JD, Gray D. Preliminary investigation of a modified Huddart/ Bodenham scoring system for assessment of maxillary arch constriction in unilateral cleft lip and palate subjects. *Eur J Orthod*. 2003;25:251-7.
- Gray D, Mossey PA. Evaluation of a modified Huddart/Bodenham scoring system for assessment of maxillary arch constriction in unilateral cleft lip and palate subjects. *Eur J Orthod*. 2005;27:507-11.
- Bartzela T, Leenarts C, Bronkhorst E, Borstlap W, Katsaros C, Kuijpers-Jagtman AM. Comparison of two scoring systems for evaluation of treatment outcome in patients with complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2011;48(4):455-61.
- Bartzela T, Katsaros C, Shaw WC, et al. A longitudinal three-center study of dental arch relationship in patients with bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2010;47(2):167-74.
- Silva Filho OG, Ozawa TO, Borges HC. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. *Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(2):24-37.

VIAGENS e TURISMO com descontos especiais! APCD disponibiliza mais um benefício exclusivo para seus associados.

Com o objetivo de facilitar a sua vida e usufruir melhor do seu tempo e dinheiro, a APCD disponibiliza o **HOTSITE de VIAGENS e TURISMO** com pacotes de viagens que incluem hotéis, passagens aéreas e passeios por pontos turísticos com **excelentes preços** para conhecer o Brasil e o Mundo.

Acesse hoje mesmo o www.apcd.org.br/turismo e confira essas e outras oportunidades e condições especiais que criamos especialmente para você e sua família.

A APCD facilita o seu dia a dia.

Ligue: (11) 2223-2318 ou (11) 2223-2327, das 9h às 18h, de segunda a sexta, ou envie um e-mail para: contato.turismo@apcdcentral.com.br

