

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIGUAIACÁ
GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA

Daniel Antony Siqueira

Lábio Leporino: a atuação do cirurgião dentista.

GUARAPUAVA

2022

Daniel Antony Siqueira

Lábio Leporino: a atuação do cirurgião dentista.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário UniGuairacá de Guarapuava.

Sandra M. Matnei

GUARAPUAVA

2022

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de um modo ou de outro, se fizeram presentes nesta caminhada!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Primeiramente a Deus, pela minha vida, por iluminar a minha caminhada e me permitir alcançar meus objetivos ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu pai Cristiano, a minha mãe Rita e as minhas irmãs Cristiane e Letícia por acreditarem em mim, por estarem presentes me cercando com a sua ajuda, atenção e apoio durante o percurso desta caminhada, e também ao longo de toda a minha vida, que não mediram esforços, sempre me incentivando e reconhecendo a importância desta formação para a minha vida pessoal e profissional.

A todos os professores da faculdade pela dedicação e compromisso, especialmente à minha orientadora, pelo tempo dedicado e por toda a ajuda na execução deste trabalho.

Finalmente, aos meus amigos que fizeram parte de todo esse processo, por toda a ajuda distribuída, pois mesmo entre os enfrentamentos aos desafios do percurso, transmitiram energias positivas, cumplicidade e alegrias, sempre me apoiando e dando forças, tornando a amizade em família!

RESUMO

Siqueira, D.A. **Lábio Leporino: a importância do cirurgião dentista.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Guarapuava: Centro Universitário UniGuairacá; 2022.

O estudo teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica de artigos sobre fenda labial e/ou fissura palatina, incluindo as causas e tratamento das mesmas. Fendas labiopalatais podem ser consideradas como malformações de inibição, onde ocorre localmente uma paralização do desenvolvimento, por uma alteração na velocidade migratória das células da crista neural encarregadas de comandar o fenômeno de fusão das proeminências faciais, resultando em uma ruptura na região de lábio e/ou palato, ocasionada pela falta de coalescência envolvendo o processo frontonasal, mediano e os processos maxilares; que são derivados do primeiro arco faríngeo. Para reparar a fenda labial a primeira intervenção cirúrgica ocorre em torno dos 03 meses. As técnicas cirúrgicas usadas para reparar as fissuras palatinas são complexas e variadas. Sofrem alterações não apenas de cirurgião para cirurgião, mas também de um paciente para outro, de acordo com as características de cada fissura e estado geral do paciente; que juntos determinam a intervenção mais apropriada. As fissuras palatinas associadas ou não às fissuras labiais podem interferir, na vida da criança no que se refere a alterações funcionais e estéticas, além de transtornos psicológicos. Cuidados com o bebê, anteriores e consequentes a cirurgia, são imprescindíveis, sendo que a cirurgia tem papel essencial na qualidade de vida do indivíduo, bem como, o acompanhamento multidisciplinar se faz indispensável.

Palavras-chave: Fissura labial; Lábio leporino; Fissura labiopalatina; Anormalidades da boca.

ABSTRACT

Siqueira, D.A. **Lip cleft: the importance of the dental surgeon.** [Completion of course work] Graduation of Dentistry. Guarapuava: UniGuairacá University Center; 2022.

The study aimed to carry out a literature review of articles on cleft lip and/or cleft palate, including their causes and treatment. Through five scientific articles, with a specific publication period that goes from 2016 to 2021, available in SCIELO, LILACSA cleft lip and palate can be considered as inhibition malformations, where a halt in development occurs locally, due to a change in the migratory speed of the neural crest cells responsible for controlling the phenomenon of fusion of facial prominences, resulting in a rupture in the lip and/or palate region, caused by the lack of coalescence involving the frontonasal, median and maxillary processes; which are derived from the first pharyngeal arch. To repair the cleft lip, the first surgical intervention takes place around 10 months. The surgical techniques used to repair cleft palates are complex and varied. They undergo changes not only from surgeon to surgeon, but also from patient to patient, according to the characteristics of each cleft and the patient's general condition; that together determine the most appropriate intervention. The cleft palate associated or not with cleft lip can interfere in the child's life with regard to functional and aesthetic changes, in addition to psychological disorders. Baby care, before and after surgery, is essential, and surgery plays an essential role in the individual's quality of life, as well as multidisciplinary follow-up is essential.

Key words: cleft lip; cleft lip; cleft lip; mouth abnormalities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ilustração das classificações.

14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das fissuras labiopalatinas.

13

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	PROPOSIÇÃO.....	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4	DISCUSSÃO.....	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
	REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

Fissuras labiopalatinas são consideradas rupturas estruturais na aparência facial considerado uma deformidade craniofacial. Durante o crescimento do feto, diferentes partes do rosto se desenvolvem e em seguida, eles se fundem. Se houver qualquer interferência na fusão natural, conseqüentemente irá ocorrer fissuras. O processo de fusão do osso maxilar e saliências nasais médias, ou entre os processos palatinos, resulta em fissuras, levando a diferentes graus extensionais de forma unilateral ou bilateral (HIREMATH et al., 2016).

A cada dois minutos, nasce no mundo uma criança com fenda labial e/ou palatina (FL/P), em média 660 crianças diariamente e 235.000 novas rachaduras são observadas por ano. Sendo que, a incidência de FL/P é maior do que a da síndrome de Down (ANDRADE et al., 2012).

A fissura labial e a fissura palatina podem desencadear uma série de alterações que podem afeta seriamente a fala, a dieta, o posicionamento dos dentes e a estética. Sem o devido tratamento, As rachaduras podem levar a sequelas graves, como perda auditiva, problemas de fala e defeitos, nutrição, além de sofrer preconceito (CERQUEIRA et al., 2005)

Segundo Hiremath *et al.* (2016), o fator mais prejudicial da fissura labiopalatina é a dificuldade de obter uma boa alimentação, fator necessário para o crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos. Devido a separação da área palatal, a dificuldade de posicionar o mamilo para uma adequada compressão e a impossibilidade de exercer a pressão intra-oral negativa, quando são utilizadas as mamadeiras, a alimentação e nutrição são insuficientes.

No processo de reabilitação destes infantes com fissura labial e/ou palatina (FL/P), é importante a abordagem multidisciplinar entre os diversos profissionais da área de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e agentes do serviço social (BEZERRA et al., 2020).

2. PROPOSIÇÃO

Para o tema abordado, a pesquisa Bibliográfica foi realizada por meio de revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas SciElo através dos registros de artigos científicos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) entre outros portais educacionais, utilizando como descritivos para pesquisa: lábio leporino, fissura labial e odontologia. Para destacar a importância do cirurgião dentista em pacientes portadores da deformação facial denominada como lábio leporino.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ETIOLOGIA

Comumente a etiologia é multifatorial, relacionada a fatores genéticos e ambientais, que são, uso de substâncias associados a aspectos maternos, como teratogênicas, estresse, infecções, deficiência de ácido fólico, diabetes gestacional, hipertensão arterial e, principalmente, tabagismo, o que aumenta cerca de duas vezes a incidência de rachaduras orofacial infantil (BEZERRA et al., 2020).

O desenvolvimento embrionário do palato se inicia no final da 5ª semana de gestação e não se completa antes da 12ª semana, sendo assim o período propício a malformação (MOORE; PERSAUD, 2008).

Se divide em duas etapas, palato: primário e secundário. O palato primário é uma massa mesênquima em forma de cunha entre as superfícies internas das saliências maxilares das maxilas em desenvolvimento, ou seja, ele forma a parte pré-maxilar da maxila (MOORE; PERSAUD, 2008).

Composto por partes duras e moles, a etapa secundária do palato começa a se desenvolver a partir de duas projeções mesenquimais que se estendem das faces internas das saliências maxilares (MOORE; PERSAUD, 2008).

Por último a língua desloca-se assumindo a posição inferior da boca, mas somente após desenvolvimento da mandíbula, logo em seguida os processos palatinos laterais se alongam e vão para uma posição horizontal superior à da língua (MOORE; PERSAUD, 2008).

3.2. INCIDÊNCIA

A incidência de nascidos vivos com lábio leporino, associado ou não à fissura palatina é cerca de 1 em 800. Logo em fenda palatina isolada é de 1 em 2000 (WONG, 1999), porém pode variar de acordo com a área geográfica e a situação socioeconômica (CUNHA et al., 2004).

No Brasil especificamente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde existe cerca de 1 criança com fissura para cada 660 nascidas, totalizando aproximadamente 5800 novos casos todos ao anos. Entretanto, não se sabe quantas já receberam tratamento, devido à grande demanda de crianças com fissura, o que torna alarmante a partir do momento em que o

Sistema de Saúde Público não consegue atender nem metade desses pacientes (OPERAÇÃO SORRISO BRASIL, 2010) (BEZERRA et al., 2020).

3.3 CARACTERÍSTICAS DAS FISSURAS LABIOPALATINAS

Na fissura labiopalatina, a insuficiência velofaríngea é uma resposta à defeitos anatômicos ou funcionais devido a tecido insuficiente no maxilar superior para fornecer fechamento velofaríngeo adequado, é necessário tratamento físico através de cirurgia ou uso de próteses. É importante enfatizar que a combinação dos tratamentos físicos e funcionais são fundamentais; porém a correção física não extingue as alterações de ordem funcional, sendo elas o tratamento com base na fonoterapia (TOVANI-PALONE, 2015).

A fenda palatina provê da falta de fusão ou da fusão completa dos processos laterais do palato (CARLSON, 1996), sendo nos casos de menor gravidade apenas o palato secundário fendido, deixando óbvio ao exame a úvula bífida. Mas quando a fenda é maior proporcionalmente, envolve também palato duro, e a fenda pode abranger a saliência alveolar, no caso de existir o lábio leporino (STEVENS; LOWE, 2002).

Tannure; Moliterno (2007) citaram que diante da impossibilidade da amamentação natural dos pacientes com fissura labiopalatina, é importante o primeiro contato com a mamadeira muito precocemente. Nesses casos, deve-se dar preferência a bicos de látex e, caso haja necessidade, recomenda-se ampliar o furo do bico para até 1mm de largura para facilitar a sucção. Placas obturadoras podem ser confeccionadas com o objetivo de melhorar a sucção.

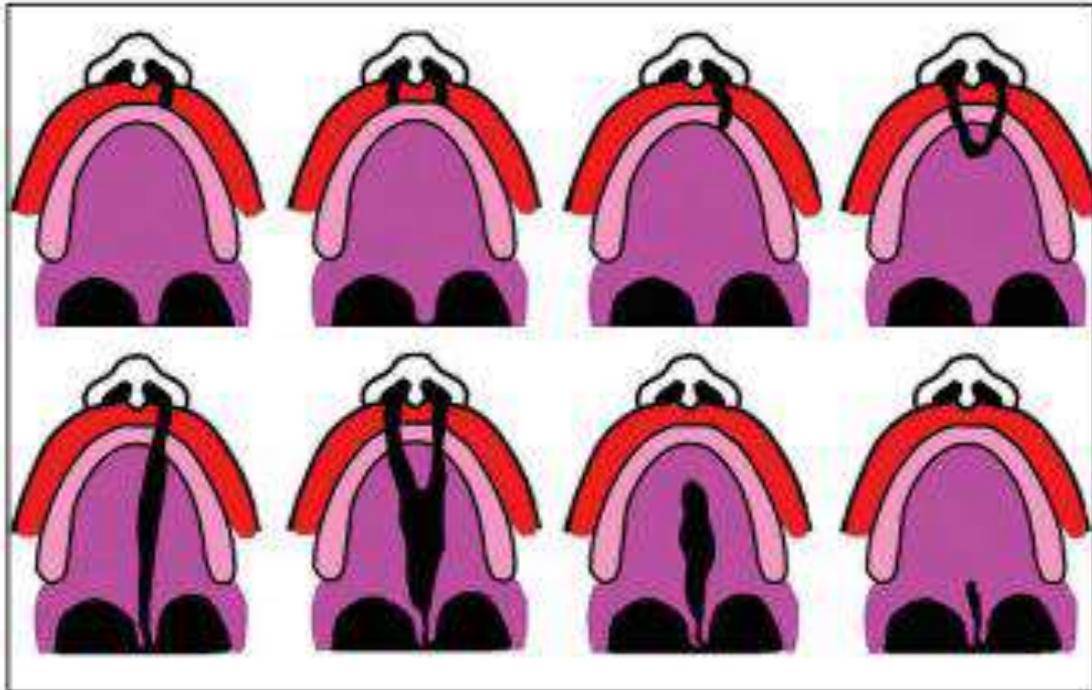
As FL(P) podem ser classificadas de diversas formas, conforme suas alterações. Utilizando a classificação de (SPINA et al., 1972) que tem como ponto de referência anatômico o forame incisivo, dividindo as fissuras em grupos:

Tabela 1. Classificação das fissuras labiopalatinas.

Fissuras Pré-Forame Incisivo	São as fissuras labiais unilateral, bilateral e mediana
Fissuras Transforame Incisivo	São as de maior gravidade, unilaterais ou bilaterais, atingindo lábio, arcada alveolar e palato.
Fissuras Pós-Forame Incisivo	São fissuras palatinas, em geral mediana, que podem situar-se apenas na úvula, ou nas demais partes do palato duro e mole.

Fonte: Cymrot et al. (2010).

Figura 1. Ilustração das classificações.



Fonte: Cymrot et al. (2010).

3.4 ATUAÇÃO CIRURGIÃO DENTISTA

Para que haja um tratamento eficaz, é necessário que seja efetuado por uma equipe multidisciplinar envolvendo ginecologista obstetra, geneticista, cirurgião plástico, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e cirurgião dentista (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Abrange odontologia geral, odontopediatria, reabilitação artificial de membros (próteses), ortodontia, maxilo-facial, clínica geral e laboratórios especializados. A odontologia tem papel fundamental na reabilitação e é uma das etapas mais longas no tratamento do paciente, pois as deformidades dos lábios e/ou da boca podem causar alterações bucais e exigir atenção especial. Os cuidados começam antes mesmo de o primeiro dente aparecer, na odontopediatria, com os cuidados básicos de higiene oral. (LIMA et al., 2015).

Kuhn *et al.* (2012) ressaltaram que o papel do cirurgião-dentista na abordagem do paciente fissurado não deve ser restringido apenas ao tratamento odontológico. No primeiro contato deve haver uma aproximação com o paciente e a família, a fim de conhecer a saúde geral desse, para melhor tratá-lo. Deve-se considerar ainda, um programa permanente da saúde bucal, com a integração de medidas preventivas e reabilitação bucal. O sucesso do tratamento

odontológico desses pacientes tem como base a tríade: paciente, dentista e cuidador. O cirurgião-dentista tem um papel fundamental na reabilitação da fissura labiopalatina, mas o completo estabelecimento da saúde bucal e geral do paciente só será possível com a efetiva participação de uma equipe multidisciplinar, com ênfase na relação de confiança desta com o paciente e com sua família.

Nas fissuras labiopalatinas, a insuficiência velofaríngea ocorre em resposta a um defeito anatômico ou funcional, devido à falta de tecido suficiente no palato, para proporcionar o fechamento velofaríngeo de maneira adequada, sendo necessário adicionar um tratamento físico por meio de cirurgia (Cirurgião Bucomaxilofacial) ou uso de prótese de palato. É importante destacar que a combinação dos tratamentos físicos e funcionais são fundamentais; porém a correção física não extingue as alterações de ordem funcional, sendo elas o tratamento com base na fonoterapia (TOVANI-PALONE, 2015).

Tanure e Moliterno (2007); Tuji et al. (2009) indicam o uso de próteses para vedar a fissura e facilitar a alimentação.

Segundo Costa (2011) o atendimento odontológico preventivo de indivíduos com fissura labiopalatina não difere daqueles sem fissuras. Cabe ao cirurgião-dentista orientar sobre o procedimento de higiene bucal que deve ser realizado. As particularidades são as dentições decíduas e permanentes das crianças fissuradas. Há razões importantes para o acompanhamento sistemático do odontopediatra durante todo o processo reabilitador.

O Cirurgião-Dentista possui um papel importante durante todo o tratamento do paciente. O objetivo das cirurgias primárias é minimizar os estigmas e preconceitos em relação a fissura, restaurar a função normal, incluindo fala e audição, e promover o crescimento normal e o desenvolvimento psicossocial (TAIB et al., 2015).

Para Tuji *et al.* (2009), as cirurgias primárias são realizadas caso o paciente esteja em boas condições sistêmicas e o protocolo de atendimento é dividido em etapas pré-cirúrgica, trans e pós-cirúrgica. O Cirurgião Bucomaxilofacial ou Cirurgião Plástico atuam inicialmente na realização da Queiloplastia, que é a técnica realizada o para fechamento do lábio, sendo realizada por volta dos 3 meses de vida, reposicionando o músculo orbicular da boca, e devolvendo estética agradável ao paciente (Sales et al. 2017).

Corroborando, Rocha et al. (2015) referem que a queiloplastia, técnica mais utilizada para fechamento do lábio, é realizada por volta dos 3 meses de vida e a palatoplastia, cirurgia realizada para fechamento do palato, entre 12 e 18 meses de vida.

Santos *et al.* (2017) enfatiza que as cirurgias secundárias devem ser programadas a partir dos 4 anos de idade para retoques labiais e da asa do nariz, geralmente deslocada pela ausência de suporte ósseo nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar.

O tratamento ortodôntico é a base da reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina submetidos à cirurgia primária, e quem fará cirurgias secundárias. Assim, o planejamento do tratamento ortodôntico em diferentes etapas, uma pré-enxerto e outra pós-enxerto ósseo. O desenvolvimento deficiente da maxila e as alterações encontradas no osso alveolar são consideradas durante o planejamento ortodôntico (LIMA *et al.*, 2015).

Ortodontistas desempenham um papel importante no diagnóstico e no tratamento de fissura, pela confecção de fichas do paciente, é necessário para o diagnóstico e planejamento do tratamento. O tratamento ortodôntico/ortopédico deve ser enfatizado ortopedia pré-operatória para guiar o crescimento ideal e desenvolvimento maxilar. A confecção de uma prótese palatina facilita a alimentação (sucção) e corrige possível aproximações do rebordo maxilar. 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 (LIMA *et al.*, 2015).

Além destes recursos segundo Tuji *et al.* (2009), ainda existe um protocolo, que deve ser seguido na seguinte sequência: período embrionário, quando diagnosticada uma fissura no feto. Após diagnóstico, os pais deverão ser acompanhados pela equipe multidisciplinar e neste período de tratamento mostrará o percurso a ser seguido para uma boa reabilitação.

Da 1ª semana ao 3º mês de vida, serão passadas informações sobre o tratamento pela assistente social juntamente com auxílio psicológico. O paciente com fissura será atendido por pediatras visando ao seu equilíbrio sistêmico, nesse período de tratamento, a fonoaudiologia atua na tentativa de melhorar a sucção da criança, a odontopediatria faz procedimentos preventivos e educação alimentar, o protético pode contribuir com a confecção de uma placa acrílica para vedar a fissura e facilitar a alimentação da criança. O terapeuta ocupacional ensinará técnicas de alimentação aos pais da criança juntamente com o nutricionista.

A partir do 3º ao 6º mês, caso o paciente esteja em boas condições clínicas, é realizada a queiloplastia pelo cirurgião bucomaxilofacial.

Já no 6º ao 12º mês, é dada a sequência com terapia clínica básica com a nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontopediatria, pediatria, enfermagem, psicologia, assistência social e avaliações da audição com o otorrino a cada seis meses.

No 12º ao 15º mês, é realizada a palatoplastia pelo cirurgião plástico, quando a criança esteja em boas condições sistêmicas.

Em seguida no 15º mês ao 5º ano, é feito o acompanhamento do paciente pela pediatria, psicologia, fonoaudiologia (laboratório de voz), nutrição, periodontia, prótese, odontopediatria, ortodontia, enfermagem, otorrinolaringologia e o refinamento da cirurgia.

Do 7º ao 8º ano, é realizado procedimento preventivo na dentição mista do paciente pelo ortodontista.

Do 7º ao 9º ano, ocorre a maior parte do crescimento craniofacial da criança. Assim é realizado o enxerto ósseo secundário pelo cirurgião bucomaxilofacial.

Já do 9º ao 16º ano, inicia-se o tratamento corretivo dos dentes pelo ortodontista.

Por fim deste protocolo, do 13º ao 18º ano, caso seja preciso, o paciente será submetido à cirurgia ortognática pelo cirurgião bucomaxilofacial.

4. DISCUSSÃO

Segundo Hiremath et al. (2016) as fissuras labiopalatinas são reconhecidas como uma interrupção da estrutura facial normal e constituem o exemplo mais conhecido das anomalias craniofaciais. Tovani e Palone (2015) complementam esclarecendo que nas fissuras labiopalatinas a insuficiência velofaríngea ocorre em resposta a um defeito anatômico ou funcional devido a falta de tecido suficiente no palato para proporcionar o fechamento velofaríngeo de maneira adequada.

De acordo com Cymrot et al. (2010) relataram que as fissuras labiopalatinas são comuns anomalias congênitas orofaciais, acometendo estruturas, o terço médio da face sendo ocasionadas pela não fusão dos ossos maxilares durante o desenvolvimento embrionário. Dixon et al. (2011) esclarecem que esta anomalia não é uma das principais causas de mortalidade, mas pode causar morbidade considerável para as crianças afetadas.

Uma criança com fissura labial e/ou palatina nasce a cada dois minutos no mundo, uma média de 660 crianças nascem todos os dias e 235.000 novas fissuras são observadas a cada ano (ANDRADE et al., 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde, no Brasil, cerca de 1 criança em cada 650 nascimentos apresenta fissura labiopalatina, com cerca de 5.800 novos casos a cada ano. No entanto, não está claro quantos já receberam tratamento, pois as crianças com fissura labiopalatina estão em alta demanda, o que é preocupante porque o Sistema de Saúde Público não consegue atender nem a metade desses pacientes (OPERAÇÃO SORRISO BRASIL, 2010) (BEZERRA et al., 2020).

Entretanto, não se sabe quantas já receberam tratamento, devido à grande demanda de crianças com fissura, o que torna alarmante a partir do momento em que o Sistema de Saúde Público não consegue atender nem metade desses pacientes (OPERAÇÃO SORRISO BRASIL, 2010) (BEZERRA et al., 2020).

A abordagem do cirurgião dentista deve ser 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 fissura (LIMA et al., 2015).

As anomalias dentárias são diferenciadas por meio de número, tamanho, forma, desenvolvimento e erupção, e a sua intensidade parece depender da severidade da fissura (LIMA et al., 2015).

Embora apareçam na dentição decídua, prevalecem na dentição permanente, e na maxila sua incidência é maior do que na mandíbula (LIMA et al., 2015).

Rosa e Serra (2011) constataram em seus estudos que esta anomalia afeta o desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes, e ainda pode ocorrer ausência congênita e presença de dentes supranumerários. Observaram também a presença de dentes girovertidos, fusões dentárias, um grande número de dentes atópicos, conóides, retidos, anquilosados, hipoplasias dentinárias, quando comparados com as populações sem anomalia. As maloclusões são comuns e o prognatismo mandibular é mais causado pela retrusão da maxila do que da protusão da mandíbula. As maloclusões estão em 86% dos pacientes, sendo a de mordida cruzada presente em 75% dos casos examinados. Em relação às doenças bucais mais prevalentes num grupo de crianças fissuradas estão, cárie (75%), anomalias dentárias (53%), doenças periodontais (42%), e traumatismos (11%).

De acordo Santos et al. (2017) com enxerto ósseo alveolar primário, realizado nas cirurgias primárias, que acontecem nas idades abaixo de dois anos e meio, induzem a formação de um tecido cicatricial na região da cirurgia. Segundo Lacerda et al. (2015), o enxerto ósseo primário caiu em desuso em função dos péssimos resultados para o crescimento maxilar, além dos riscos em função da idade muito precoce das crianças nas cirurgias primárias de queiloplastia (realizadas a partir dos 3 meses de idade). Complementando isso, Rodrigues et al. (2010) relataram que a realização do enxerto primário resulta na restrição do crescimento maxilar lateral, culminando em mordidas cruzadas, além de outras deformidades.

As fissuras podem ser um achado isolado ou ocorrer em associação com outros distúrbios, como componente de uma síndrome e em diversos graus de severidade, Cymrot et al. (2010). Tovani e Palone (2015) são da opinião de que é necessário um tratamento físico por meio de cirurgia ou uso de prótese e de um tratamento funcional com base na fonoterapia. Corroborando com eles, Costa et al. (2016) também ressaltam a importância de se promover iniciativas de prevenção que se dediquem à orientação dos cuidadores, a necessidade de cirurgias primárias e da importância delas serem realizadas em tempo previsto, pois uma cirurgia tardia acarreta vários problemas na qualidade de vida do indivíduo.

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho) da USP, é referência mundial no processo de reabilitação de anomalias da face e do palato, é reconhecido

como centro de excelência de pesquisa e atendimento pela Organização Mundial da Saúde, que atende exclusivamente a usuários do SUS (HRAC, 2022).

O Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal (CAIF), localizado em Curitiba, é administrado pelo Complexo Hospitalar do Trabalhador, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa). O Centro é referência no País para o tratamento de deformidades da face. O principal objetivo do CAIF é promover a recuperação estética e funcional, bem como a reintegração social de pacientes com deformidades craniofaciais, com profissionais qualificados e equipamentos de alta tecnologia, é uma unidade de excelência, uma das poucas unidades que prestam atendimentos de forma integral ao paciente (CAIF, 2022).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os protocolos de atendimento multiprofissional são tentativas para obtenção dos melhores resultados estéticos e funcionais possíveis no tratamento dos pacientes fissurados. Concluíram que a padronização pode melhorar os resultados, mesmo em um curto período de tempo. Em que o cirurgião dentista tem um papel importante e fundamental na reabilitação oral de pacientes portadores da deformidade craniofacial.

REFERÊNCIAS

ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005.

ANDRADE, B. A. **Revisão sistematizada de literatura. Lábio Leporino**. Universidade Salgado de Oliveira, Niterói, 2012. Disponível em: https://semanaacademica.com.br/system/files/artigos/artigocientifico_2_0.pdf. Acesso em: 24 mai. 2021.

BEZERRA, R. *et al.* Notificações de fenda labial e fenda palatina na região Sul do Brasil e Paraná. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Umuarama Vol. 29, n. 3, p. 11-14, 2020.

CARLSON, B. M. **Embriologia humana e biologia do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal. Disponível em: <https://cht.saude.pr.gov.br/CAIF/Pagina/Centro-de-Atendimento-Integral-ao-Fissurado-Labio-Palatal-Caif>. Acesso em: 29 mai. 2022.

CERQUEIRA, M. N. *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.

COSTA, B. **Odontopediatria na reabilitação de crianças com fissura labiopalatina**. 2011. 6 f. Curso de Anomalias Congênicas Labiopalatinas_Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC-USP, São Paulo, Junho. 2011.

COSTA, T. L. *et al.* Multimedia material about velopharynx and primary palatoplasty v 13, n. 2, p. 237-245, 2012.

CYMROT, M. *et al.* Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um hospital pediátrico do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 25, n. 4, p. 648-651, 2010.

GARDENAL, Mirela *et al.* **Predominance of orofacial fissure diagnosed in reference service in resident cases in Mato Grosso do Sul State.**, São Paulo, v. 15, n. 2, June 2011 .

HIREMATH, V. S. *et al.* A innovative technique - modified feeding bottle for a cleft palate infant. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 4, p. 1-2, 2016.

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho). Disponível em: <https://hrac.usp.br/>. Acesso em: 29 mai. 2022.

KUHN, V. D. *et al.* Fissuras labiopalatais: revisão de literatura. **Disciplinarum Scientia**, v.

LIMA, E. P. A. *et al.* A ORTODONTIA NA ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE DO PACIENTE FISSURADO: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Odontologia Clínico-Científica (online)**, Recife, vol. 14, n. 4. p. 785-788, 2015.

LISBOA, P. K.; ROCHA, V. P.; PINI, R. **FISSURA LÁBIO-PALATAL : Uma Revisão De Literatura**. Londrina, 2010. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_14_1310156005.pdf. Acesso em: 30 mai. 2021.

LOFFREDO, L. C. M. *et al.* Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 28, n 3. p. 213-217, 1994.

LOFFREDO, L. C. M.; FREITAS, J. A. S.; GRIGOLLI, A. A. G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. **Revista de Saúde Pública**, n. 35, v. 6, p. 571-5, 2001.

MITRA, A. K. *et al.* Fine-mapping of 18q21.1 locus identifies single nucleotide polymorphisms associated with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. **Frontiers in Genetics**, v. 7, n. 88, p. 1-10, May. 2016.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004.

MOSSEY, P. A. Cleft lip and palate. **Lancet**, v. 374, n. 9703, p. 1773-85, 2009.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NUSSBAUM, R. L. *et al.* **Genetics in Medicine**. 6. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2001.

OPERAÇÃO SORRISO BRASIL. Perguntas frequentes. Disponível em: <http://www.operationsmile.org.br/novo/index.php/sobre-nos/quem-somos/perguntasfrequentes>. Acesso em: 28 mai. 2021.

ROCHA, R; RITTER, D.E; RIBEIRO, G.L.U *et al.* Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.** v. 32, n.8, p.526-540, 2015.

ROSA, A. C; SERRA, C. G. Fissuras orofaciais: revisão da literatura. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 123-130, 2011.

SALES, P.H.H; ROCHA, S.S; ALBUQUERQUE, A.F.M *et al.* Queiloplastia primária unilateral através da técnica de fisher. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**. 28(2) p.148-54, mai-ago, 2016.

SANTOS, M.H.R.C; LIMA, C.A.C; SILVA, T.B. Fissuras Labiopalatinas: aspectos etiológicos e tratamento. **Revista Científica InFOC**. v.2, n.2, p.71-81, 2017.

SPINA, V.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S.; FERREIRA, M.C. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.** São Paulo, v.27, p.5-6, 1972.

STEVENS, A.; LOWE, J. Patologia for orientation of caregivers of children with cleft lip and palate. **CoDAS**, v. 28, n. 1, p. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

TAIB, B.G; TAIB, A.G; SWIFT, A.C et al. Cleft lip and palate: diagnosis and management. **Br J Hosp Med Lond Engl.** v.76, p.584–585, 2015.

TANNURE, P. N; MOLITERNO, L. F. M. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP,** v. 36, n. 4, p. 341-345, 2007.

TOVANI-PALONE, M. R. Fonoaudiologia e fissuras labiopalatinas. **Revista. Fac. Med,** v. 63, n. 4, p. 741-742, 2015.

TUJI, F.M; BRAGANÇA, T.A; RODRIGUES, C.F et al. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras lábio e/ou em hospital de atendimento público. **Rev. Para. Med.** v.2, n.43, 2009.