

COMUNICAÇÃO ORAL

Magna Andréa Rabêlo Diógenes

andreadiogenes@outlook.com

Enoque Fernandes de Araújo

Francisca Tauliane Lemos de Castro

Francisco Edymundo Fontenele F. de Albuquerque

Maria Neide Brandão Martins

Juscelino Freitas Jardim

juscelino_freitas@otmail.com

RESUMO

As fissuras labiopalatinas representam a patologia congênita de face mais comum, que durante o período embrionário acomete os processos faciais e palatinos. Insurgem isoladamente ou associadas a outras malformações complexas decorrentes da deficiência ou da falta de fusão entre os processos das regiões frontonasal, maxilares e mandibulares, o que pode agravar ainda mais o seu tratamento. O objetivo desta pesquisa é estudar as fissuras labiopalatinas apresentando o processo embrionário do desenvolvimento da face/palato; discutir os aspectos etiológicos e epidemiológicos ressaltando a classificação, o diagnóstico e o tratamento dos fissurados a fim de compreender o processo de formação das fissuras labiopalatinas e colaborar com o estudo. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura sobre fissuras labiopalatinas. Realizou-se uma investigação detalhada de artigos científicos (SciELO; PubMed;) sobre o problema em estudo, mediante uma abordagem qualitativa. Pretende-se colaborar com o debate em saúde bucal, sem pretensão de esgotar a problemática abordada, mas contribuir com as pesquisas científicas sobre fissuras orofaciais. O estudo fornece instrumentos para que os gestores de saúde pública e cirurgiões dentistas estabeleçam protocolos de prevenção e tratamento interdisciplinar para os fissurados.

Palavras-chave: Fissura labiopalatina; Cirurgião-dentista; Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas faciais, que alteram as estruturas funcionais da boca e da face, ocasionada durante a formação e desenvolvimento do feto no período embrionário (que vai da 3^o a 8^o semana de vida intra-uterina) e início do período fetal (que vai da 8^o a 12^o semana de vida intra-uterina) por deficiência ou por falta de fusão entre os processos faciais e processos palatinos primários e secundários (ROSA & SERRA, 2011; FREITAS, 2015; DAVI et al., 2015; DARREN & JOSEPH, 2014).

Ressalta-se que o número de fissurados muda de acordo com o grupo étnico, região geográfica, história familiar de fissuras, classificação socioeconômicas, hábito materno de fumar até o terceiro mês de gestação e faixas etárias materna e paterna. Estudos

epidemiológicos mostram que as fissuras lábio palatais constituem as anomalias crânio faciais mais prevalentes no Brasil, acomete 1 para cada 650 nascidos vivos. A menor ocorrência das fissuras é constatada na raça negra, e a maior, na raça amarela. O tipo de fissura mais comum é a completa de lábio e palato unilateral do lado esquerdo e o gênero mais afetado é o masculino, já no gênero feminino, a fissura mais prevalente é a do palato (GABI et al., 2011; AQUINO et al., 2011; ACUNA-GONZALES et al., 2011).

A equipe multidisciplinar tem papel fundamental na reabilitação do paciente com fissura lábio palatina, em vista da sua total recuperação, sendo que quanto mais cedo a intervenção, melhor. Neste sentido, dependendo do tipo de fissura, o tratamento é longo, vai desde o nascimento até, em alguns casos, a idade adulta, necessitando passar por diversas cirurgias corretivas, estéticas e funcionais em vista do reposicionamento muscular (LORENZZONI et al., 2012; KUHN et al., 2012; COSTA, 2013).

O cirurgião-dentista não deve se restringir apenas ao tratamento odontológico pré e pós-operatório, mas também se aproximar do paciente e da família para conhecer a saúde geral deste, orientando os pais ou responsáveis em vista da promoção de saúde bucal, integrando medidas de prevenção, autoestima e reabilitação. Em consonância, a efetiva participação de uma equipe multidisciplinar favorece o completo restabelecimento da saúde bucal e geral do paciente (COSTA, 2013).

METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão de literatura que pretende fundamentar uma possível análise das fissuras labiopalatinas. Realizou-se uma investigação detalhada de artigos científicos (SciELO; PubMed;) sobre o problema em estudo, mediante uma abordagem qualitativa. Pretende-se colaborar com o debate em saúde bucal, sem pretensão de esgotar a problemática abordada, mas contribuir com as pesquisas científicas sobre fissuras labiopalatinas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A etiologia das fissuras labiopalatinas torna-se complexa por ser de ordem multifuncional, mas há evidências de que fatores genéticos, ambientais e teratogênicos, estes interferem no período do desenvolvimento embrionário humano, estão envolvidos no seu aparecimento. Uma criança portadora de fissura labiopalatina não só é acometido pelos aspectos de ordem funcional e estética, como também psicológico. Os procedimentos cirúrgicos avançados não conseguem suprir os estigmas que perdurarão durante a sua existência (GABI et al., 2011; AQUINO et al., 2011; ACUNA-GONZALES et al., 2011).

A literatura apresenta diversos fatores etiológicos das fissuras labiopalatinas obtidos a partir de estudos sérios e cautelosos: fatores genéticos, fatores ambientais, álcool, fumo, exposição a agrotóxicos e herbicidas, uso de medicamentos na gestação, fatores nutricionais, estresse, radiações ionizantes e infecções (GABI et al., 2011; AQUINO et al., 2011).

Compreende-se por fissura não-sindrômica aquela que o indivíduo lesionado não apresenta problemas físicos e evidências. As fissuras sindrômicas são acompanhadas por

alterações nos indivíduos, associadas a outras anomalias, que predeterminam a fenda, por exemplo, a síndrome de Wan Der Woude (doença autossômica - quando é caracterizada pela fissura palatina e sulcos no lábio inferior) (GABI et al., 2011; AQUINO et al., 2011; ACUNA-GONZALES et al., 2011).

No mundo, os estudos epidemiológicos realizados mostram que a cada dois minutos e meio uma criança nasce com fissuras, somando um total de 660 nascimentos por dia e 235 mil por ano. Com o crescimento populacional mundial serão mais de 3.200 casos a cada ano de indivíduos fissurados. No Brasil, a ocorrência é em torno de 1 para cada 650 nascidos vivos. Estes dados epidemiológicos variam de acordo com a etnia, sendo de maior incidência em descendentes asiáticos (1 para cada 440 nascidos vivos), seguidos dos caucasianos (1 para cada 650 nascidos vivos) e negros (1 para cada 2000 nascidos vivos). A ocorrência varia conforme as características sócio-econômicas, raciais, étnicas e geográficas (FREITAS, 2011; COSTA et al., 2013).

A classificação das fissuras orofaciais é dada pela morfologia e origem embrionária. Neste sentido, os dados epidemiológicos apresentam as fissuras, com ou sem desenvolvimento do palato, mais frequentes no gênero masculino, e com fissuras só do palato no gênero feminino. Sublinha-se também, nos estudos até então realizados, que as fissuras labiopalatinas unilateral é a mais frequente, sendo o lado esquerdo o mais afetado (FREITAS et al., 2015).

O desenvolvimento da face perpassa três etapas, a saber, ovular, embrionário e fetal. O ovular atinge as primeiras semanas, a formação da face acontece entre a 3ª e 8ª semanas do período embrionário. Na 8ª semana a face está totalmente formada. O desenvolvimento do palato ocorre na fase fetal que vai da 8ª até 12ª semanas. Sublinha-se que, entre a 5ª e 9ª semanas, ocorre as principais alterações do desenvolvimento da face (MOORE et al., 2015; NANCI, 2013; EYNARD et al., 2011).

A palatogênese inicia-se na 6ª semana, e a sua integração palatina se completa na 12ª semana de desenvolvimento. Primeiramente forma-se o palato primário, o processo frontonasal não interfere no lábio normal, mais evolui para o palato primário, esta é a parte anterior do palato, que se dispõe a frente do forame incisivo e inclui o alvéolo entre os dentes caninos de cada lado. O palato primário ocorre a partir da mudança das proeminências nasais medias em direção a linha média, onde se juntam em profundidade e superfície, formando assim o segmento intermaxilar. Uma abertura nessa fusão levará a fissura labial, com ou sem envoltura alveolar (NANCI, 2013).

O palato primário e lábio primitivo são formados na 7ª semana, e atrás deles a uma depressão comum para o nariz e a boca. Na região interna do processo maxilar, está em desenvolvimento um par de prateleiras palatinas que se unem a linha mediana para completar o palato. Essa parte forma-se depois da parte anterior conhecida como palato secundário (NANCI, 2013; MOORE et al., 2015).

Existem diferentes classificações de fissuras lábio palatinas. No Brasil utiliza-se com mais frequência a definição de Spina (SPINA 1972; SILVA FILHO et al., 1992), que tem como orientação anatômica o forame incisivo, onde ocorre a divisão do palato primário e secundário.

A fissura pré-forame incisiva, subdividem-se em mediana, unilateral e bilateral. A mediana aborda o lábio superior, sendo esta mais atípica. A unilateral é quando tem uma desigualdade nasal, quanto mais extensa maior a desigualdade e pode ser direita e esquerda,

sendo a mais comum a esquerda. A bilateral, diferente da unilateral é proporcional nos dois lados nasal e pode ser completa ou incompleta. Esta fissura encontra-se após o forame incisivo (ROSA & SERRA, 2011).

A fissura pós-forame incisiva envolve o palato secundário e está posteriormente ao forame incisivo. Por ser no palato, a estética não fica tão prejudicada e sim a sua função, podendo ficar com eco nasal. Essa fissura acontece quando não há a devida junção dos palatinos e o septo nasal. Ela pode ser completa, envolvendo o palato duro e incompleta o palato mole (FREITAS, 2015; ROSA & SERRA, 2011).

A fissura transforame incisivo envolve o palato primário e secundário, essa fissura pode romper da maxila até a úvula. Pode ser unilateral ou bilateral e são completas. Acontece essa fissura porque os palatinos e o segmento intermaxilar não têm uma devida junção. Esta é caracterizada como de risco (DARREN & JOSEPH, 2014; FREITAS, 2015; ACUNA-GONZALES et al., 2011).

Com o advento do ultrassom no pré-natal de rotina aumentou significativamente o diagnóstico precoce das fissuras labiopalatinas. Ele é possível por intermédio de um ultrassom normal que permite observar a formação do feto nas primeiras semanas de gestação – a idade gestacional, localização da placenta, viabilidade, número e fetos e anomalias congênicas intra-útero - faz parte da rotina propedêutica obstétrica (DOUGLAS, 2012; STANLEY et al., 2009; MAARSE et al., 2012; AMSTALDEN-MENDES et al., 2011)

O diagnóstico pré-natal pode ser feito com ultrassom normal a partir da 26ª semana de gestação. Ao redor da 15ª semana é possível visualizar o nariz e a labiopalatina. A ultrassonografia morfológica em 3D dá para perceber nitidamente a deformidade, principalmente quando ocorre no palato. Em muitos casos o diagnóstico é pós-natal, isso ocorre porque os exames são mal executados ou aparelhos antigos com pouca sensibilidade. O diagnóstico preciso depende de uma topografia da face em múltiplos planos, experiência na técnica e observação no grau de ondulação da língua (DOUGLAS, 2012; STANLEY et al., 2009; MAARSE et al., 2012; AMSTALDEN-MENDES et al., 2011).

O tratamento de fissurados deve começar desde o seu nascimento até a sua fase adulta, buscando o mais rápido possível devolver a sua estética, anatomia e principalmente no reposicionamento muscular, para que o indivíduo consiga executar suas ações de uma forma adequada e que se insira na sociedade sem que haja preconceitos (MIACHONI & LEMET, 2014; BARBOSA et al., 2011).

A literatura mostra que o reparo cirúrgico da fissura labiopalatina deve ser realizado precocemente. No tratamento se faz necessário intervenções cirúrgicas primárias como a queiloplastia do lábio e palatoplastia, do palato. A queiloplastia quando for unilateral deve ser realizada na criança que tem de 3 a 12 meses de vida. Quando a fissura for bilateral muda por conta do tamanho da pré-maxila. Hoje uma das técnicas mais utilizadas é a Millard, que realiza um "Z" originando uma cicatriz vertical ao lado não fissurado, causando assim uma melhor assimetria do nariz (MIACHONI & LEMET, 2014; DAVI et al., 2015; FREITAS, 2011; BARBOSA et al., 2011).

CONCLUSÕES

Verificou-se que as fissuras labiopalatinas podem ser corrigidas a partir de cirurgias com técnicas específicas. As fissuras, com os avanços da ciência na época hodierna, podem ser corrigidas, obtendo-se, com isso, que os pacientes vivam sem perceber qualquer indiferença social, com melhor qualidade de vida, sendo o cirurgião-dentista e, sobretudo, a multidisciplinar imprescindível nesse processo.

REFERÊNCIAS

- ACUNA-GONZALES, G.; MEDINA, C.; VILLALOBOS, J. Factores de riesgo hereditarios y socioeconomicos para labio o paladar hendidos en Mexico. **Biomédica** (Bogota); 31 (3): 381-391, spt 2011.
- AQUINO, S.; PARANAÍBA, L.; MARTELLI, H.; Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatina palatinas com pais consanguíneos. **Braz J ororhinolaryngol** 77(1):19-23, jan-fev.2011.
- ALEXANDER, C; JEFFREY, R. Modern tenets for repair of bilateral cleft lip. **Clin Plastic Surg**, 41 (2014) 179–188.
- AMSTALDEN-MENDES, L.; XAVIER, A.; GIL V. Estudo multicêntrico da época do diagnóstico de fendas orais. **J. pediatr.** (Rio J.); 87 (3): 225-230, maio-jun. 2011.
- BARBOSA *et al.* Fraca pressão aérea intraoral na fala após correção cirúrgica da fissura palatina. **Rev. Bras. Cir. Plást.** vol.27 no.4 São Paulo out./dez. 2012.
- DARREN, M; JOSEPH, E. Cleft palate repair. **Clin Plastic Surg**. 41 (2014) 189–210.
- DAVID *et al.* Cleft lip and palate an evidence-based review. **Facial Plast Surg Clin**, 23 (2015) 357–372.
- COSTA *et al.* Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região. **Rev assoc paul cir dent**; 67(1):40-4, 2013.
- CYMROT *et al.* Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 25(4): 648-51, 2010.
- DOUGLAS, L. Establishing na antenatal group for families with a diagnosis of cleft lip. **Community Pract**; 85(6):20-3, 2012 jun.
- EYNARD, A.R; VALENTICH, M.A; ROVASIO, R. A. **Histologia e Embriologia humanas**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS *et al.* Rehabilitative treatment of cleft lip and palate experience of the Hospital of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP - Part 1: overall aspects. **J Appl Oral Science.** 2011;12:9-15.

FREITAS *et al.* Das Flores aos espinhos: ocorrência das fissuras orofaciais no serviço público da Bahia, 200-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.39, n.2, p.225-233 abr./jun. 2015.