



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Comunicações em Eventos - HRAC

2013-08

O papel da odontologia na reabilitação das anomalias craniofaciais

Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 46, 2013, Bauru.

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/43717>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

O PAPEL DA ODONTOLOGIA NA REABILITAÇÃO DAS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Marcia Ribeiro GOMIDE
Cirurgiã dentista, Odontopediatria, do HRAC-USP

A Odontologia na reabilitação das fissuras labiopalatinas é um processo contínuo que se inicia antes mesmo das cirurgias e no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, já na primeira consulta do paciente. Deve-se ter em mente que a saúde dos dentes e dos seus tecidos de suporte (gengivas e osso alveolar) tem importância fundamental, uma vez que a fissura ocorre na cavidade bucal em estreita relação com os dentes. Por este motivo, como membro da equipe de reabilitação, o cirurgião dentista necessita acompanhar o indivíduo com fissura oral mesmo antes da irrupção dos dentes, atuando na prevenção, obtenção e manutenção da saúde bucal.

Para o processo reabilitador traça-se uma conduta terapêutica específica, que nada mais é do que a forma individualizada dos tratamentos que serão necessários para conduzir a reabilitação, pois cada caso é um caso. Para isso considera-se o tipo de fissura (extensão das estruturas anatômicas afetadas), indicação ou não de cirurgias, melhores épocas cirúrgicas, presença ou não de cáries, possibilidade ou não de acompanhamento do tratamento no seu local de origem (aspectos socioeconômicos e geográficos) e expectativa pessoal ou familiar.

As fissuras labiopalatinas apresentam formas diversificadas dependendo de quais estruturas anatômicas estão envolvidas e de quais funções relacionadas estão comprometidas; sendo assim, o tipo de fissura determina quais cuidados são necessários para sua recuperação, ou seja, as fissuras mais simples normalmente requerem seguimento mais simplificado, enquanto que as mais complexas exigirão meios terapêuticos mais intensos e de longa duração.

Um aspecto extremamente importante para a reabilitação dos indivíduos com fissura é o controle da cárie dentária. Sendo uma infecção localizada na cavidade bucal, a cárie deve sempre ser evitada porque, se presente no momento da cirurgia, pode causar contaminação da área cirúrgica e interferir na sua cicatrização, provocando danos ao paciente e conseqüentemente atrasos no processo reabilitador.

Quando no período prévio às cirurgias o paciente apresentar cárie, estas devem ser totalmente removidas e os dentes restaurados com material definitivo. Assim, previnem-se possíveis intercorrências como infecção ou dor no pós-operatório, situações difíceis de serem controladas nesta fase.

A prevenção e o controle da cárie têm início antes da irrupção dos dentes quando o cirurgião dentista orienta a limpeza bucal com fralda ou gaze e água filtrada, cujo objetivo principal é a

instituição de um hábito saudável nestes bebês, e prossegue com a orientação de escovação, sempre auxiliada pela supervisão dos responsáveis enquanto crianças. O acompanhamento odontológico profissional é necessário e deve ser contínuo. A boa saúde bucal é imprescindível ao indivíduo com fissura porque permitirá que as cirurgias e os tratamentos necessários (ortodôntico e protético) sejam realizados no momento ideal, sem atrasos.

Uma dúvida que geralmente ocorre está relacionada ao uso de ortopedia maxilar pré-cirúrgica, seja ela ativa, com a utilização de elásticos, faixas, esparadrapos, principalmente para reposicionamento da porção anterior da maxila ou da pré-maxila, antes da queiloplastia, ou passiva com placas acrílicas no palato. A realização da terapia ativa não se faz necessária, pois a cirurgia por si só funciona como uma cinta muscular que faz a retração gradual da região anterior maxila, rearranjando os segmentos palatinos. Profissionais que indicam a placa acrílica no palato, prévio a palatoplastia, justificam que seu uso permitiria a horizontalização das lâminas palatinas, porque eliminaria a interferência da língua na região da fissura e também poderia tranquilizar a mãe no momento da alimentação. Tanto as lâminas palatinas como a alimentação em crianças com fissura de palato, sem o uso da placa, evoluem adequadamente, não justificando sua utilização. Na literatura o uso de ortopedia pré-cirúrgica permanece controverso.

Da fase inicial do tratamento até a aquisição da dentadura permanente completa cabe ao odontopediatra o acompanhamento odontológico das crianças com fissura, focalizando-se na instituição de bons hábitos bucais, no controle da cárie, preservação dos dentes e seguimento do crescimento craniofacial. O tratamento ortodôntico na dentadura decídua está limitado aos casos de intervenção de alterações funcionais ou quando com a correção obtém-se estabilidade de movimento. No período de dentadura mista, após a irrupção dos primeiros molares permanentes, inicia-se o tratamento ortodôntico com vistas à correção dos problemas mais usualmente detectados que são a atresia maxilar e discrepância maxilar anteroposterior, normalmente prévio ao enxerto ósseo alveolar secundário, nos casos indicados. É muito importante a adesão do paciente e da família para indicação e uso do aparelho ortodôntico, para o qual o risco à carie e a sua presença, bem como a maturidade da criança e a possibilidade de acompanhamento do tratamento são condições indispensáveis.

O enxerto ósseo alveolar secundário está indicado para reparo da fissura alveolar (osso da gengiva), corrigindo o defeito anatômico, por meio de uma cirurgia na qual tecido ósseo da crista ilíaca do próprio indivíduo ou um material à base de proteína óssea (BMP) são utilizados. Isto permite que a irrupção e a movimentação ortodôntica adequada de dentes possam ocorrer nesta região. A idade ideal para sua realização é aquela no período prévio à irrupção do canino permanente (por volta dos nove aos 11 anos). Obtém-se com este procedimento estabilidade

ortodôntica, ganhos periodontais e melhora na posição da asa nasal e conseqüentemente na estética final.

Por meio da ortodontia corretiva ocorre a finalização do tratamento, no qual os dentes da maxila e mandíbula são nivelados e alinhados em suas bases ósseas e entre si.

Quando existe discrepância entre maxila e mandíbula, sem possibilidade de correção ortodôntica ou ortopédica, a indicação e realização da cirurgia ortognática repara esta diferença, permitindo a relação adequada entre estas bases ósseas. Este é um procedimento de grande porte, realizado após o término do crescimento, no qual a manipulação cirúrgica pode ocorrer tanto na maxila como na mandíbula.

A reabilitação estética tem o objetivo de finalizar o tratamento odontológico por procedimentos variados, dependendo da necessidade de cada paciente. Normalmente estes recursos são utilizados na região relativa à fissura e incluem a re-anatomização de dentes anteriores, principalmente de caninos em incisivos, utilização de próteses para reposição de elementos dentários ausentes, realização de implantes dentários, em especial na área de enxerto e cirurgias periodontais para reparo e melhoras nas funções e na estética da região gengival e tecidos de suporte dentário.

Alguns indivíduos com fissura labiopalatina podem requerer um tipo de reabilitação odontológica que envolve tanto aspectos estéticos como funcionais. São aqueles casos nos quais ou os recursos cirúrgicos são limitados para uma reabilitação adequada (seqüelas, palato insuficiente), ou a realização de cirurgia reparadora não é possível (ausência de tecido palatino, ou paciente não quer a cirurgia). Nestes casos a prótese de palato pode ser o meio indicado para restaurar o defeito anatômico e melhorar a condição da fala. Este procedimento necessita que fonoaudiólogo e protesista trabalhem em conjunto para obtenção dos resultados esperados.

Os recursos odontológicos utilizados no processo reabilitador dos pacientes com fissura labiopalatina são variados, podendo ser simples ou complexos dependendo das necessidades de cada caso, por isso, a reabilitação odontológica é individual, extensa e essencial para o resultado final.

REFERÊNCIAS

Dalben, GS, Costa, B, Carrara CFC, Neves, LT, Gomide, MR. Treating children with cleft lip and palate: special needs and attention required during dental care. In: Taggart, JC. *Handbook of dental care: diagnostic, preventive and restorative services*. Hauppauge: Nova Science publishers, 2009, p.199-266.

Silva Filho, OG, Teles, SG, Ozawa, TO, Capelozza Filho, LC (2000) Secondary Bone Graft and Eruption of the Permanent Canine in Patients with Alveolar Clefts: Literature Review and Case Report. *The Angle Orthodontist*: Vol. 70, No. 2, pp. 174-178.

Trindade IEK, Silva-Filho OG (2007). *Fissuras labiopalatinas. Uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo Livraria Santos Editora Ltda. p 337.