



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Comunicações em Eventos - HRAC

2013-08

O tratamento periodontal em indivíduos com fissuras labiopalatinas

Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 46, 2013, Bauru.
<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/43721>

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

O TRATAMENTO PERIODONTAL EM INDIVÍDUOS COM FISSURAS LABIOPALATINAS

Luis Augusto ESPER; Ana Lúcia Pompéia Fraga de ALMEIDA
Cirurgiões-dentistas, Periodontia HRAC-USP

As fissuras labiopalatinas são deformidades que afetam a face humana, e estão entre os defeitos congênitos mais freqüentes (Cortela, 1992). Dados epidemiológicos realizados na região de Bauru, relataram a prevalência desta condição como sendo de 1:650 (Nagem Filho, 1968). Existem poucos estudos de prevalência, incidência, extensão e severidade das alterações periodontais, assim como tratamento das mesmas em adultos portadores dessa anomalia.

De acordo com os dados estatísticos do início de 2010, estão cadastrados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) 77.787, sendo 49.256 com anomalias craniofaciais.

O tratamento reabilitador das fissuras labiopalatinas envolve uma equipe multidisciplinar que atua na reabilitação física e emocional do paciente, possibilitando uma vida saudável (Almeida, 2007). Este tratamento requer especialistas da área médica e odontológica dentre eles pediatras, cirurgiões plásticos, ortodontistas, odontopediatras, protesistas, periodontistas, além de fonoaudiólogos e psicólogos (Cockell & Lees, 2000).

Muito tem sido discutido a respeito do papel da doença periodontal nas doenças sistêmicas. No início do século XX, a teoria da infecção focal foi desenvolvida, baseando-se na hipótese da disseminação de microrganismos e seus produtos de locais cronicamente inflamados (como a cavidade bucal) para outros órgãos, levando assim ao desenvolvimento de doenças sistêmicas. A falta de evidência científica e de trabalhos controlados contribuiu para o fracasso de tal teoria. Muitos dos preceitos desta teoria vêm sendo revividos em pesquisa recente e bem controlada, que tem demonstrado a ligação entre ausência de saúde periodontal e doença sistêmica como aterosclerose, endocardite infecciosa, doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, partos prematuros, controle deficiente de diabetes e outras (Newman, 2007).

A terapia periodontal inicial constitui a primeira fase do tratamento reabilitador, com objetivo de alterar ou eliminar a etiologia microbiana, fatores locais de retenção de placa bacteriana e que contribuem para o desenvolvimento das patologias periodontais (Newman, 2003; Hallmon, 2003). Visando a saúde geral do indivíduo com fissura além da terapia inicial ser realizada antes de qualquer tipo de procedimento ambulatorial, também é realizada antes das cirurgias médicas ou odontológicas em âmbito hospitalar, para prevenir possíveis infecções oriundas de bactérias orais, reforçando os conceitos da medicina periodontal.

Quanto á epidemiologia da doença periodontal alguns estudos relatam que dentes adjacentes às fissuras labiopalatinas apresentam inserção conjuntiva mais longa; entretanto, essa condição parece não ser um fator de risco para desenvolvimento da doença (Brägger et al., 1985,1990,1992). É conhecido na literatura que a doença periodontal aumenta com a idade (Cutress et al., 1982; Collins et al., 2005; Bourgeois et al., 2007), e que somente uma pequena porcentagem de indivíduos exibe bolsas periodontais de moderadas a severas (Baelum 1987; Schürch et al., 1988; Bourgeois et al., 2007), e isto contrasta com a alta prevalência de acúmulo de placa e gengivite na população como um todo (Olsson, 1978). Assim, acredita-se que o comportamento, extensão e prevalência da doença periodontal não difere em indivíduos com fissuras quando comparados com a população em geral. Poucos estudos foram realizados e que avaliaram a prevelência, severidade, progressão e extensão da doença periodontal em fissurados (Almeida et al. 2007).

Um recente estudo transversal, realizado por Almeida et al. (2009) avaliou a prevalência e severidade da doença periodontal em 400 indivíduos comparando áreas de fissura a outros sítios. Os indivíduos avaliados apresentavam fissura trans-forame e os exames periodontais foram realizados na primeira visita do paciente ao setor de periodontia do hospital, e os pacientes não haviam recebido enxerto ósseo alveolar e nem ptratamento periodontal prévio. Os autores concluíram que, como em outras populações, alguns indivíduos apresentaram destruição periodontal severa. Entretanto, muitos outros apresentaram somente gengivite, em decorrência da própria má higiene oral. Os autores relatam que deve ser considerada a susceptibilidade individual à doença, e que a área da fissura não exibiu maiores acúmulos de placa e índice gengival comparada a outros sítios no mesmo indivíduo.

Segundo Huynh-Ba et al (2009) a progressão da doença periodontal em indivíduos com fissura apresenta maior risco para a progressão da doença. Apesar do aumento na detruição periodontal com o tempo, fatores que poderiam influenciar na progressão da doença periodontal como idade e fumo (Heitz-Mayfield, 2005) não foram avaliados. Os autores, porém, não avaliaram a prevalência da doença periodontal, apenas a progressão uma vez que os indivíduos já apresentavam a doença no início do estudo. Os autores concluíram que o controle inadequado de higiene oral e os sinais de inflamação gengival em indivíduos com fissuras aos 45 anos de idade foram independentes do acometimento do rebordo alveolar pela fissura. Visitas uma a duas vezes por ano em clínicos gerais não preveniram a deterioração clinica do periodonto ao longo de 25 anos. O cuidado especializado do periodontista na manutenção da saúde oral desses indivíduos é indispensável principalmente naqueles que usam próteses removíveis ou fixas.

A periodontia além de realizar o preparo inicial dos pacientes, é responsável por devolver a saúde periodontal, uma vez que este é um pré-requisito para conseguir boa função, estética e

manutenção do tratamento, garantindo assim o sucesso do tratamento restaurador (Newman et al., 2007).

O protocolo de tratamento das fissuras consiste na realização de cirurgias primárias, nos primeiros meses de vida (queiloplastia) e os indivíduos são avaliados aos 6 anos quanto à necessidade de cirurgias secundárias (Almeida et al., 2005). Enxerto ósseo na área da fissura é realizado nos casos em que a fissura envolve o rebordo alveolar, restaura a região da fissura, e permite que dentes adjacentes irrompam espontaneamente ou que eles sejam posicionados ortodonticamente na área enxertada. Um dos fatores determinantes do sucesso do procedimento cirúrgico do enxerto é a saúde gengival pré-operatória (Samman et al., 1993,1994; Wong e King, 1998). O enxerto ósseo propicia boas condições periodontais na região que irá irromper o canino permanente e dentes adjacente (Trindade et al., 2007).

Indivíduos com fissuras labiopalatinas apresentam ainda, algumas características intra-orais peculiares, como: atresia maxilar, mal posicionamento dentário, hipodontia, anomalias dentárias de forma (sendo o incisivo lateral superior o dente mais afetado) e também alterações mucogengivais (Gaggl et al., 1999; Costa et al., 2003; Almeida et al., 2006). Alterações mucogengivais inerentes à área da fissura são representadas pela reduzida profundidade de vestibulo raso (que pode ser piorada pelas várias cirurgias plásticas a que são submetidos os indivíduos), reduzida altura óssea marginal, estreita faixa de mucosa queratinizada e freqüente recessão gengival nos dentes adjacentes à fissura (Almeida et al., 2005). A prevalência e severidade da recessão gengival em dentes adjacentes à fissura foram avaliadas por Almeida et al. 2010, além de alguns possíveis fatores envolvidos no desenvolvimento das recessões. Os autores demonstraram uma relação inversamente proporcional entre a faixa de mucosa queratinizada e a presença de recessão gengival, e concluíram que havia maior prevalência de recessão, embora não mais severa nos dentes próximos à fissura.

Altas inserções musculares na área da fissura tornam difícil o manejo de tecido mole, dificultando o tratamento ortodôntico e protético na área. Além disso, a falta de gengiva queratinizada associada à mobilidade gengival pode comprometer a saúde gengival na área (Falcone, 1966; Almeida et al., 2006). Assim, procedimentos de cirurgia plástica periodontal são frequentemente realizados na área. Estes procedimentos variam desde simples frenectomia a múltiplas cirurgias (Wennström, 1996). Iino et al (2001) descreveram uma técnica de vestibuloplastia após enxerto ósseo alveolar secundário em fissurados. A vestibuloplastia associada a enxertos gengivais livres de conjuntivo-epitélio geralmente é realizado na área da fissura, resultando em aprofundamento de vestibulo e adequado ganho de tecido queratinizado na área (Almeida et al., 2005). Assim, este procedimento é realizado posteriormente ao enxerto ósseo secundário ou anteriormente para uma melhor qualidade tecidual a qual irá favorecer a manipulação tecidual no momento do enxerto ósseo. A indicação e as taxas de sucesso dos procedimentos de

cirurgia plástica periodontal são as mesmas em relação aos não fissurados (Almeida et al., 2006).

Uma das desvantagens da realização dos enxertos de conjuntivo-epitélio em área anterior é a diferença de coloração em relação ao tecido adjacente (Lindhe et al.,). Porém, indivíduos com fissuras pré-forame completa e trans-forame geralmente apresentam linha labial baixa (Almeida et al., 2005) com pouca exposição do tecido gengival no sorriso forçado (Esper et al., 2006).

As características estéticas do tecido mole em áreas de fissura são de extrema importância na reabilitação de indivíduos com fissura de lábio, alvéolo e palato. Quando o componente de tecido mole é visível o tratamento periodontal cirúrgico deve levar em consideração se o procedimento a ser realizado afetará o grau de satisfação do paciente. Ao avaliar o grau de satisfação de indivíduos que já receberam alta da reabilitação oral e cirurgia plástica, 84,4% dos pacientes consideraram seu sorriso com esteticamente agradável. Os valores estéticos e o grau de satisfação do paciente são essenciais para o sucesso do tratamento (Esper et al., 2009) e a periodontia está diretamente envolvida na reabilitação oral desses indivíduos.

Também são atendidos no HRAC pacientes com necessidades especiais, sob anestesia geral, e a periodontia atua na adequação do meio oral através da realização da terapia inicial, promovendo a homeostasia local, além de procedimentos cirúrgicos, quando necessários.

Além de fissurados, pacientes sindrômicos com anomalias craniofaciais são atendidos no HRAC, e dentre eles estão os com Síndrome de Apert. A síndrome de APERT é uma anomalia genética de herança autossômica dominante, rara, e caracterizada clinicamente pela presença de craniossinostoses, anomalias craniofaciais e sindactilia simétrica dos dedos de mãos e pés, a qual pode ser graduada de acordo com a intensidade (Cohen, 1975; Cohen, Kreiborg, 1995).

A cavidade oral dos indivíduos com Síndrome de Apert é também característica. Anomalias dentárias como impacção dentária, erupção ectópica, dentes supranumerários e agenesia estão presentes nesses indivíduos, além da gengiva espessa ser também uma característica comum (Kreiborg et al., 1993). Esses pacientes geralmente necessitam de tratamentos ortodônticos e em alguns casos cirurgias orais maiores para reposicionamento dos maxilares durante o tratamento reabilitador.

A configuração do palato duro é uma característica peculiar nesses indivíduos (Letra et al., 2006; Dalben et al., 2006), e assume uma forma de arco bizantino, com aumentos volumétricos laterais observados em quase todos os indivíduos com a síndrome, e que tornam-se mais pronunciados com a idade (Kreiborg, 1992). Os aumentos volumétricos bilaterais formam um sulco mediano profundo, que pode levar ao diagnóstico errado de fissura palatina (Van der Knaap et al., 1992; Renier et al. 1996; Dalben et al., 2006), mas trata-se na maioria das vezes de uma pseudo fissura (Hohoff et al., 2007). Esses indivíduos apresentam frequentemente má-oclusão, inflamação gengival, hipoplasia maxilar acarretando apinhamento dentário, perda dentária devido ao alto índice

de cáries e dificuldades de higienização (Paravatty et al., 1999).

Os pacientes com Síndrome de Apert recebem tratamento periodontal básico e de manutenção. Vários pacientes com Síndrome de Apert em tratamento no HRAC apresentam aumento volumétrico na região palatina (Letra et al., 2007) representando 88,8% dos casos de um estudo realizado por Dalben et al. (2006) no HRAC, corroborando com outros estudos.

Pesquisas têm sido realizadas para melhor compreensão das bases moleculares desta Síndrome e propiciar assim um protocolo de tratamento periodontal direcionado para as reais necessidades destes indivíduos (Sgarbosa, 2008), uma vez que pouco se conhece a respeito das alterações dos tecidos periodontais nesta síndrome, e estes pacientes geralmente necessitam de cirurgias de gengivectomia interna para remover o aumento gengival na região palatina e dar seqüência ao tratamento ortodôntico e/ou protético visando a reabilitação oral destes pacientes.

Por apresentar acometimento gengival e pelas características de sindactilia, que dificultam a higienização oral. Em 2006, Kaizer et al, avaliaram a eficácia da remoção da placa bacteriana com escovas manuais ou elétricas em indivíduos com Síndrome de Apert. Apesar da redução da placa bacteriana os índices de placa ainda permaneceram elevados após a escovação, indicando que estes indivíduos devem ser envolvidos em programas preventivos, necessitando de visitas de manutenção regulares. Ambas as escovas demonstraram efetividade na redução dos níveis de placa bacteriana, porém a escovação elétrica demonstrou melhores resultados para estes indivíduos.

A periodontia está diretamente relacionada à manutenção de dentes naturais e pilares de próteses, representando assim, papel na função e estética do indivíduo. Além disso, possui papel importante na diminuição de patógenos da cavidade oral em indivíduos que estão hospitalizados e que serão submetidos a cirurgias, uma vez que periodontopatógenos podem estar associados com enfermidades sistêmicas.

Com uma maior interdisciplinaridade entre as diversas áreas do conhecimento das ciências da saúde e fundamentado nos conhecimentos da medicina periodontal, hoje a periodontia é considerada um pilar essencial na integralidade do tratamento multidisciplinar oferecido atualmente também em âmbito hospitalar. Assim, o cuidado especializado do periodontista é fundamental não apenas no tratamento e manutenção da reabilitação oral, mas também na preservação da saúde sistêmica do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.L.P.F. *Avaliação epidemiológica da condição periodontal dos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais*. 153 p. [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, 2007.

ALMEIDA, A.L.P.F. et al. Are teeth close to the cleft more susceptible to periodontal disease? *Cleft Palate Craniof J* 2009; 46: 161-165.

- ALMEIDA, A.L.P.F. et al. Comparative evaluation of two different vestibuloplasty surgical procedure in cleft patients: a pilot study. *Cleft Palate Craniof J* 2005; 42: 439-441.
- ALMEIDA, A.L.P.F. et al. Gingival recession in maxillary canines and central incisors of individuals with clefts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109: 37-45.
- ALMEIDA, A.L.P.F. et al. Surgical treatment of mucogingival alterations in cleft lip and palate patients. *PERIO* 2006; 3: 31-35.
- BAELUM, V. Pattern of periodontal breakdown in adult Tanzanians. *Scand J Dent Rev* 1987; 95: 221-228.
- BOURGEOIS D et al. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodontal Res* 2007;42: 219-227.
- BRÄGGER, U. et al. Periodontal conditions in adolescents with cleft lip, alveolus and palate following treatment in a co-coordinated team approach. *J Clin Periodontol* 1985; 12: 494-502.
- BRÄGGER, U. et al. Periodontal conditions in adult patients with cleft lip, alveolus, and palate. *Cleft Palate Craniof J* 1992; 29:179-185.
- BRÄGGER, U. et al. The significance of alveolar bone in periodontal disease: a long term observation in patients with cleft lip, alveolus and palate. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 379-384.
- COCKELL, A.; LEES, M. Prenatal diagnosis and management of orofacial clefts. *Prenatal Diagnosis* 2000; 20: 149-151.
- COHEN, M.M. Jr; KREIBORG, S. Cutaneous manifestations of the Apert syndrome. *Am J Med Genet* 1995; 58:94-96.
- COLLINS, J. et al. Prevalence of clinical attachment loss in adolescents in Santo Domingo. *J Periodontol* 2005; 76:1450-1454.
- CORTELA, D.C.B. *Etiologia e classificação das fissuras lábio-palatais*. Monografia (Residência Odontológica da PROFIS) – Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-palatais – Universidade de São Paulo, Bauru, 1992. 67p.
- COSTA, B. et al. Clinical and microbiological evaluation of the periodontal status of children with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniof J* 2003; 40:585-589.
- CUTRESS, T.W.; POWELL, R.N.; BALL, M.E. Differing profiles of periodontal disease in two similar South Pacific island populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982; 10:193-203.
- DALBEN, G.S. et al. Oral findings in patients with apert syndrome. *J Appl Oral Sci* 2006; 465-69.
- ESPER L.A. et al. Esthetic Analysis of gingival components of smile and degree of satisfaction in individuals with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniof J* 2009; 46:381-7.
- ESPER, L.A. *Análise da composição estética do sorriso em indivíduos portadores de fissura labiopalatina*. [Monografia de especialização] Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Bauru, 2006.
- FALCONE, A.E. Release of the adherent prolabium and deepening of the labial sulcus in the secondary repair of bilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38:42-4.
- GAGGL, A. et al. Periodontal disease in patients with cleft palate and patients with unilateral and bilateral clefts lip, palate and alveolus. *J Periodontol*, 1999; 70:171-8.
- HALLMON W.W. Local anti-infective therapy: Mechanical and physical approaches. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8: 99-114.
- HEITZ-MAYFIELD, L.J. Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 196-209.
- HOHOFF, A. et al. The spectrum of Apert syndrome: phenotype, particularities in orthodontic treatment, and characteristics of orthognathic surgery. *Head & Face Medicine* 2007; 3:1-24.

- HUYNH-BA, G. et al. Periodontal disease progression in subjects with orofacial clefts over a 25-year follow-up period. *J Clin Periodontol* 2009; 36:836-42.
- KAIZER, R.O.F. *Análise comparativa entre escovas manual e elétrica quanto à efetividade de remoção da placa bacteriana em indivíduos com sindactilia*. Monografia de especialização. Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Bauru, 2006.
- KREIBORG, S and COHEN M.M. The oral manifestation of Apert syndrome. *J Craniofac Genet* 1992; 41-48.
- KREIBORG, S. et al. Comparative three-dimensional analysis of ct-scans of the calvaria and cranial base in Apert and Crouzon syndromes. *J Craniomaxillofac Surg.* 1993; 21: 181-188.
- LETRA, A et al. Intraoral features of Apert syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 103: 38-41.
- LINDHE, J et al. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- LINO M et al. Vestibuloplasty after secondary alveolar bone grafting. *Cleft Palate Craniofacial J.*, 38(6): 551-9.
- NAGEM FILHO, H.; MORAIS, N.; ROCHA, R.G.F. Contribuição para o estudo e prevalência das má-formações congênitas lábio palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol Bauru* 1968; 6: 111-128.
- NEWMAN M.G. et al. The use of the evidence-based approach in a periodontal therapy contemporary science workshop. *Ann Periodontol* 2003; 8: 1-11.
- NEWMAN, M.G. et al. *Periodontia Clínica*. 10 ed. Rio de Janeiro, Elsevier 2007.
- OLSSON, B. Periodontal disease and oral hygiene in Arussi province, Ethiopia. *Community Dental Oral Epidemiol* 1978; 6:139-145.
- PAVARATTY, R.P. et al. Apert syndrome: a case report with discussion of cranio-facial features. *Quintessence Int* 1999; 30:423-6.
- RENIER, D. et al. Mental prognosis of Apert syndrome. *Arch Pediatr* 1996; 3:752-60.
- SAMMAN, N. et al. A comparison of alveolar bone grafting with and without simultaneous maxillary osteotomies in cleft palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23:65-70.
- SCHÜRCH, Jr. E. et al. Periodontal conditions in a randomly selected population in Switzerland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988;16:181-6.
- SGARBOSA, S.H.P.V. *Análise histológica, histoquímica e imunohistoquímica da mucosa de palato duro em pacientes portadores de Síndrome de Apert*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Bauru, 2009, 141p.
- TRINDADE, I.E.K. et al. *Fissuras Labiopalatinas. Uma abordagem multidisciplinar*. Editora Santos, São Paulo, 2007.
- VAN DER KNAAP M.S. et al. Comparison of skull circumference and linear measurements with CSF volume MR measurements in hydrocephalus. *J Comput Assist Tomogr* 1992;16:737-43.
- WENNSTRÖM J. L. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1: 671-701.
- WONG, F.W.; KING, N.M. The oral health of children with clefts – A review. *Cleft Palate Craniofac J*, 1998; 35: 248-54.