



**Universidade de São Paulo**

**Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI**

---

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Comunicações em Eventos - HRAC

---

2011-06

# Odontopediatria na reabilitação de crianças com fissura labiopalatina

---

Curso de Anomalias Congênicas Labiopalatinas, 44, 2011, Bauru.

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/46659>

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

## *Odontopediatria na reabilitação de crianças com fissura labiopalatina*

Beatriz COSTA

Cirurgiã-dentista, Odontopediatria HRAC-USP

A fissura labiopalatina acarreta alterações anatômicas e funcionais na cavidade bucal, tornando imprescindível a presença de um cirurgião dentista na equipe de reabilitação.

Embora a correção cirúrgica do defeito seja a maior expectativa dos pais de bebês com fissuras labiopalatinas, os aspectos odontológicos não podem ser negligenciados. As orientações sobre cuidados de higiene bucal e hábitos dietéticos de risco a cárie dentária devem ser fornecidas o mais precocemente possível. Uma vez que uma boa saúde bucal é pré-requisito para a realização das cirurgias, a fim de se prevenir infecções, esse fato pode ser utilizado como fator de motivação para que os pais dêem mais importância à higiene bucal (Dalben et al, 2002).

Muita ênfase deve ser dada aos aspectos educativos dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos. Principalmente pela falta de possibilidade de retornos periódicos e freqüentes ao Hospital, considerando-se as dificuldades socioeconômicas apresentadas pela maioria das famílias. Portanto, a necessidade de acompanhamento educativo-preventivo em suas cidades de origem torna-se essencial.

O atendimento odontológico preventivo de indivíduos com fissura labiopalatina não difere daqueles sem fissuras. Orientações para realização da limpeza bucal com gaze ou fralda umedecida em água filtrada ou fervida para bebês sem dentes e com o uso de escova dentária infantil macia com uma quantidade mínima de creme dental, após irrupção dentária. O procedimento de higiene bucal deve ser realizado principalmente após as refeições e antes de dormir.

A dieta pode constituir um fator de risco à cárie dentária nos bebês com fissura labiopalatina, principalmente naqueles com fissura envolvendo o palato, nos quais a sucção do leite materno é prejudicada pela pressão negativa intrabucal deficiente. Com a dificuldade de aleitamento materno, o primeiro contato destes bebês com a mamadeira costuma ocorrer muito precocemente, principalmente para a ingestão de leite. Geralmente, açúcar é acrescentado à mamadeira, ou é utilizado leite em pó industrializado, cuja formulação já contém açúcar. No entanto, esse hábito não pode ser abolido, pois os bebês necessitam de um peso mínimo para a realização das cirurgias plásticas reparadoras e conseqüentemente, do ponto de vista nutricional, uma dieta calórica é indicada (Dalben et al, 2002; Dalben et al 2003). Conseqüentemente, aos pais de bebês com fissura labiopalatina, maior ênfase deve ser dada nos procedimentos de higiene bucal após ingestão de dieta cariogênica.

Embora a prevenção de cáries seja o objetivo primário da abordagem odontológica inicial, em alguns casos existe a necessidade de tratamento restaurador. Os pacientes com fissura

labiopalatina não apresentam mais cárie devido à malformação, mas sim, devido a alguns fatores de risco que favorecem o acúmulo de placa bacteriana, predispondo-os a maior ocorrência de cárie dentária.

Existem várias razões para isto. Em crianças com fissura labiopalatina, alterações dentárias morfológicas e estruturais e o colapso do arco dentário superior podem tornar a remoção da placa dentária mais difícil. A cicatriz cirúrgica e a tensão do lábio superior resultantes do reparo primário restringem o acesso para escovação dos dentes anteriores superiores. Além disso, do ponto de vista psicológico, os pais têm maior dificuldade de “dizer não” para crianças com anomalias congênitas, sendo mais permissivos quanto a hábitos inadequados, tanto em relação à higiene bucal, como em relação à ingestão de dieta cariogênica (ingestão excessiva de doces) (Dalben et al, 2009).

Portanto, os pais devem ser orientados quanto à presença desses fatores, para que possam realizar adequadamente a remoção da placa bacteriana e prevenir a ocorrência de cárie, o que constituiria mais um obstáculo ao tratamento reabilitador (com atraso na realização das cirurgias), bem como uma sobrecarga ao paciente, já submetido a tantos procedimentos desde o nascimento.

O tratamento odontológico restaurador para crianças com fissura não difere do tratamento convencional. No entanto, algumas particularidades odontológicas inerentes a estes pacientes devem ser conhecidas pelo profissional que se dispõe a atendê-los.

A ocorrência da fissura de lábio e/ou palato e a formação dos germes dentários têm uma relação muito próxima, tanto em termos de época de formação como em relação à posição anatômica. Assim, observa-se clinicamente, com frequência, a presença de anomalias dentárias em crianças com fissura labiopalatina. Estas alterações estão diretamente relacionadas ao grau de envolvimento anatômico da fissura, ou seja, quanto maior a extensão do defeito e o número de estruturas envolvidas, maiores são a possibilidade e a gravidade de sua ocorrência (Dalben et al, 2009).

Dentes natais e neonatais - A ocorrência de dentes natais e neonatais na região da fenda é comum em bebês com fissuras completas de lábio e palato unilaterais (2%) e bilaterais (11%) (Almeida; Gomide, 1996), sendo caracterizados como incisivos laterais ou supranumerários. Estes elementos dentários apresentam pobre implantação na mucosa gengival, com mobilidade excessiva, indicando-se sempre sua extração por apresentar o risco de aspiração, devido à comunicação entre as cavidades bucal e nasal nestes tipos de fissuras.

Cronologia da irrupção - A avaliação da cronologia de irrupção dos dentes decíduos (Duque et al, 2004) e permanentes (Carrara et al, 2004) de crianças com fissura completa de lábio e palato unilateral demonstrou que os dentes do lado fissurado apresentam maior atraso de irrupção em relação aos do lado não fissurado, com diferença estatisticamente significativa para o incisivo lateral e canino superiores. Uma única alteração da seqüência de irrupção foi observada, relacionada ao

incisivo lateral superior decíduo do lado fissurado, último dente a irromper na cavidade bucal (Duque et al, 2004). Este conhecimento permite que o cirurgião dentista oriente os pais, sem necessidade de realizar tomadas radiográficas que poderiam expor o paciente a riscos desnecessários a sua saúde, em idade precoce.

Irrupção ectópica do primeiro molar superior permanente – é observada uma alta ocorrência de irrupção ectópica do primeiro molar superior permanente em indivíduos com fissura, demonstrando valores de 20,6% para as fissuras isoladas de palato (Silva Filho et al, 1993), 19,6% nas fissuras completas de lábio e palato (Silva Filho et al, 1990) e de 20% nas isoladas de lábio (Silva Filho et al, 1996), estando relacionada ao menor comprimento ântero-posterior e retroposição da maxila em relação à base do crânio, em pacientes com fissura com envolvimento do palato.

Anomalias dentárias estruturais - Alterações de esmalte nos incisivos decíduos e permanentes são observadas freqüentemente em pacientes com fissura labiopalatina, principalmente quando a fissura envolve o rebordo alveolar. A estrutura dos incisivos centrais próximos à fissura pode apresentar-se alterada, demonstrando opacidades branco-creme ou amarelo-marrom e hipoplasias. Nas fissuras unilaterais a ocorrência desses defeitos de esmalte apresenta freqüência significativamente superior no incisivo central adjacente à fissura em relação ao seu homólogo, enquanto que nas bilaterais, um ou ambos os incisivos centrais podem estar envolvidos (Maciel et al, 2005).

A maior ocorrência de defeitos estruturais de esmalte nos dentes permanentes em relação aos decíduos poderia ser justificada pelo fato destes se desenvolverem principalmente no período pós-natal sendo, portanto, mais sensíveis às influências externas nocivas durante a morfogênese do que os dentes decíduos, que se desenvolvem no período pré-natal e são protegidos no útero. Deve-se também considerar o papel do controle genético que pode afetar o desenvolvimento dentário.

A alta prevalência de alterações de esmalte nos incisivos adjacentes à fissura, além de constituir um fator de risco à cárie dentária, compromete também a estética. Dessa forma os profissionais devem reconhecer a importância do diagnóstico precoce, para realizar adequadamente o acompanhamento preventivo ou o tratamento dessas alterações.

Anomalias dentárias de forma, número e posição – As anomalias dentárias de forma mais freqüentemente observadas na dentição decídua são dentes conóides, em forma de T ou X, fusionados ou geminados e apresentam distribuição variada nos diferentes tipos de fissuras. Diferentemente da dentição decídua, os incisivos laterais permanentes da região da fissura, quando presentes, apresentam alta ocorrência de aspecto conóide (Suzuki & Takahama, 1992).

As alterações dentárias de número, como agenesias e supranumerários são observadas com freqüência na região do incisivo lateral. Fissuras mais simples, como as isoladas de lábio e com

pequeno envolvimento alveolar tendem a apresentar maior ocorrência de dentes supranumerários, enquanto que nas mais complexas a agenesia prevalece (Suzuki et al, 1992; Ribeiro et al 2003; Torora et al, 2008).

Alterações na posição do incisivo lateral superior podem ser resultantes da presença de dentes supranumerários, conduzindo a um desalinhamento do arco dentário, por falta de espaço ou ainda acompanhando a anatomia alterada do rebordo alveolar na região da fissura. Comumente os incisivos laterais superiores, quando presentes, encontram-se a distal da fissura alveolar (Suzuki et al, 1992; Tsai et al, 1998; Ribeiro et al 2003; Tezera et al, 2010). Nestes casos, pode ser denominado de dente pré-canino.

A ocorrência de diferentes tipos de alterações odontológicas nos dentes adjacentes à área da fenda é uma condição característica de pacientes com fissura labiopalatina, e constitui motivo de preocupação de pais e profissionais que atendem este grupo específico. Por isso, a orientação e o acompanhamento da saúde bucal nas dentaduras decídua e mista é a conduta indicada para a manutenção de seus elementos em bom estado, mesmo que supranumerários ou malposicionados, com o objetivo de preservar estruturas ósseas de suporte, que podem estar deficientes na região da fissura (Gomide, Costa, 2007).

## TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A anestesia odontológica em pacientes com fissura, em geral, não constitui procedimento diferenciado para a maioria das regiões da cavidade bucal como arco inferior e região posterior do arco superior, exceto na área da fenda alveolar. Neste local, a maxila encontra-se dividida pelo defeito ósseo em segmentos distintos, com inervação individualizada e embora após o reparo cirúrgico seu aspecto clínico possa assemelhar-se muito ao da maxila não afetada, esta condição ainda é mantida. Isto é particularmente importante quando se necessita anestésiar o dente nesta região, porque o malposicionamento comum deste elemento pode dificultar a determinação do local de sua implantação, o que pode ser visualizado por meio de exame radiográfico periapical prévio, demonstrando o segmento ósseo em que o dente está localizado (Dalben et al 2000).

O reparo cirúrgico do lábio geralmente provoca uma fibrose cicatricial secundária nesta região tornando a mucosa mais resistente e conseqüentemente a punção mais dolorida. A anestesia tópica evita tal desconforto bem como a injeção lenta do líquido anestésico que diminui a distensão tecidual. A punção inicial com infiltração anestésica deve ser paralela ao longo eixo do dente em questão. Devido ao defeito ósseo que individualiza a inervação dos dois segmentos fissurados e à sua contigüidade, a anestesia da região vizinha torna-se necessária para evitar dor ou incômodo durante o tratamento a ser realizado, utilizando-se a mesma punção da infiltração inicial, porém alterando-se a trajetória da agulha em direção a esta região

Para o tratamento odontológico convencional recomenda-se o uso de isolamento absoluto por diversas razões, como evitar a aspiração ou deglutição de debris infectados, de material restaurador, diminuir a possibilidade de contaminação pulpar, permitir campo seco para o material restaurador, melhorar a visibilidade do operador, proteger e manter a língua afastada do campo, entre outras.

Em pacientes com fissura de palato não tratada cirurgicamente, além de todas estas funções, o isolamento absoluto previne o desconforto ocasionado pelo fluxo constante de água do instrumento de alta rotação, pela presença de resíduos de cárie ou materiais restauradores que podem penetrar nas vias aéreas, uma vez que existe comunicação entre as cavidades bucal e nasal. Nestes casos, o cuidado na manipulação do grampo para o isolamento envolve sua amarração com fio dental antes da prova, prevenindo assim o risco de acidentes como a aspiração do mesmo.

A presença de dentes supranumerários rotacionados ou malposicionados dificulta, muitas vezes, a colocação do grampo, por isso, a utilização de amarrilhos com fio dental nos dentes em que não for possível a utilização de grampos, principalmente naqueles adjacentes à área da fissura quando esta envolver o rebordo alveolar, tem se mostrado apropriada.

A técnica para extração de dentes irrompidos na região da fissura segue os mesmos passos da extração de qualquer outro elemento dentário: sindesmotomia, luxação, apreensão com o fórceps, extração propriamente dita e sutura. Para pacientes com o palato não operado deve-se tomar cuidado para que o dente não caia na fissura e seja aspirado pelo paciente. Isto pode ser evitado colocando-se uma gaze no local da fissura. Ao se remover o dente, este nunca deve ser forçado em direção à área da fissura evitando assim que seja deslocado para o seu interior (Dalben et al., 2001).

Após a extração, realiza-se a curetagem do alvéolo, irrigação com soro fisiológico e sutura. A sutura é fundamental para evitar uma provável hemorragia para o interior da fissura, a qual é de difícil detecção por não se visualizar o sangue.

Particularidades observadas nas dentições decídua e permanente de crianças com fissura labiopalatina são variadas e constituem razões importantes para o acompanhamento sistemático do odontopediatra durante o processo reabilitador. Este seguimento que se inicia logo após o nascimento estende-se por um longo período, no qual são empreendidos os procedimentos cirúrgicos primários e secundários, bem como os ortodônticos, justificando assim a importância da obtenção e manutenção da saúde bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Dalben, GS, Costa, B, Gomide, MR. Características Básicas do bebê portador de fissura lábio-palatal – aspectos de interesse para o CD. *Revista da APCD*, 2002; 56:223-226.

- 2 - Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Breast-feeding and sugar intake babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:84-87.
- 3 - 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.
- 4 - Almeida CM, Gomide MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate Craniofac J*. 1996; 33:297-299.
- 5 - Duque, C, Dalben, GS, Aranha, AMF, Carrara, CFC.; Gomide, MR, Costa, B. Chronology of deciduous teeth eruption in children with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J* 2004; 41:285-289.
- 6 - Carrara, CFC.; Lima, JEO.; Carrara, CE, Vono, BG. Chronology and sequence of eruption of the permanent teeth in patients with complete cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2004; 41, 642-645.
- 7 - Silva Filho OG, Albuquerque MVP, Costa B. Irrupção ectópica do primeiro molar permanente superior em pacientes portadores de fissura isolada de palato (fissura pós forame incisivo). *Rev Odont Univ São Paulo* 1993; 7:1-10.
- 8 - Silva Filho OG, Albuquerque MVP, Costa B. Erupción ectópica del primer molar superior permanente em pacientes portadores de lábio leporino y paladar hendido. *Rev Esp Ortod* 1990; 20:155-165.
- 9 - Silva Filho OG, Albuquerque MVP, Kurol J. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars in children with cleft lip. *Angle Orthod* 1996; 66:373-380.
- 10 - Maciel, SP, Costa, B, Gomide, M. Difference in the prevalence of enamel alterations affecting central incisors of children with complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J* 2005; 42:392-395.
- 11 - Suzuki A, Takahama Y. Maxillary lateral incisor of subjects with cleft lip and/or palate. I. *Cleft Palate Craniofac J* 1992; 29:376-379.
- 12 - Suzuki, A.; Watanabe, M.; Nakano, M. & Takahama, Y. Maxillary lateral incisors of subjects with cleft lip and palate. p. *Cleft Palate-Craniofac J* 1992, 29: 380-384.
- 13 - Ribeiro LL, Neves LT, Costa B, Gomide MR. Dental anomalies of the permanent lateral incisors and prevalence of hypodontia outside the cleft area in complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:172-175.
- 14 - Tortora, C, Meazzini, MC, Garattini, G, Brusati, R. Prevalence of abnormalities in dental structure, position, and eruption pattern in a population of unilateral and bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2008; 45:154-162.
- 15 - Tsai, TP, Huang, CS, Huang, CC, See, LC. Distribution patterns of primary and permanent dentition in children with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J* 1998; 35: 154-160.
- 16 - Tezera, GPG; Carrara, CFC; Costa, B. Tooth Abnormalities of Number and Position in the Permanent Dentition of Patients With Complete Bilateral Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2010; 47: 247-252.
- 17 - Gomide, MR; Costa, B. Cuidados Odontopediátricos in: *Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Trindade, IEK; Silva Filho, OG. (Coord.) Editora Santos. São Paulo, 2007. p.199-211.
- 18 - Dalben GS; Costa B; Gomide MR; Neves LT. Dental anesthetic procedures for cleft lip and palate patients. *Journal of Clinical Paediatric Dentistry* 2000; 24:153-158.
- 19 - Dalben GS; Gomide MR; Costa B; Neves LT. Description of a clinical technique for extraction in the cleft lip and palate area. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2001; 11:143-146.