

Estudo da Fissura Labiopalatal. Aspectos Clínicos desta Malformação e Suas Repercussões. Considerações Relativas à Terapêutica

Study of Cleft Lip Palate. Clinical Aspects and Repercussion. Considerations Related to its Therapy

Helena AUGUSTO da Silva*
Ana Keila Costa Barreira BORDON**
Danilo Antonio DUARTE***

AUGUSTO, H. da S.; BORDON, A.K.C.B.; DUARTE, D.A. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.5, n.27, p.432-436, set./out. 2002.

As malformações de lábio e palato constituem grave problema odonto-médico-social, ocupando lugar de destaque dentre as malformações presentes no nascimento. A importância do acompanhamento precoce do fissurado por um odontopediatra fica evidenciada quando se analisam os problemas bucais decorrentes da presença de fissuras. O autor propõe-se a apresentar uma revisão de literatura em que realizou um estudo da fissura lábio palatal quanto aos seus aspectos clínicos e suas conseqüências para a criança e familiares, bem como a abordagem multidisciplinar necessária para o tratamento destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Lábio fissurado; Fissura palatina; Anormalidades; Crianças; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Uma fissura é um espaço anormal, congênito, no lábio superior, no alvéolo ou no palato. A fissura labiopalatal é uma deformidade de grande complexidade, pois atinge várias estruturas faciais como: nariz, lábio, dentes, palato duro e mole (ELLIS, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, é necessário uma equipe multidisciplinar para uma reabilitação global do paciente (MOTOYAMA *et al.*, 2000). A idéia e o conceito de equipe integrada para o tratamento de fissuras labiopalatais foram introduzidos e desenvolvidos a partir de 1930, quando se analisaram os problemas e as limitações destes pacientes. Embora o sucesso do tratamento seja freqüentemente alcançado em termos de

função fisiológica e estética, a adaptação psicológica dos pacientes e o ajustamento nem sempre o são.

A importância do acompanhamento precoce do fissurado por um odontopediatra fica evidenciada quando se analisam os problemas bucais decorrentes da presença de fissuras.

Defeitos congênitos são extremamente mobilizadores de sentimentos intensos, tanto nos seus portadores como naqueles que com eles convivem. Do corpo humano, certamente, o rosto é um elemento dos mais importantes, o ponto de contato entre os indivíduos. Assim sendo, defeitos no rosto adquirem importância maior (VIANA *et al.*, 1994).

*Especialista em Odontopediatria – FOA–UNESP – Araçatuba; Mestrando em Odontopediatria – UNICASTELO – Campinas; Professor-assistente de Odontologia Preventiva e Social – FISA – Santa Fé do Sul; Rua Dezesseis, 527, Centro – CEP 17775-000, Santa Fé do Sul, SP; e-mail: heleno@melfinet.com.br

**Especialista em Odontopediatria – FOA–UNESP – Araçatuba; Mestranda em Odontopediatria – UNICASTELO – Campinas; Professora-assistente de Odontologia Preventiva e Social – FISA – Santa Fé do Sul

*** Especialista, Mestre e Doutor em Odontopediatria – FOU SP; Professor Titular da disciplina de Odontopediatria – UNICSUL, UNISA e UNICASTELO – SP

O presente trabalho refere-se a uma revisão de literatura em que se verificou o renovado interesse nas malformações labiopalatinas, o que resultou em grande avanço na pesquisa quanto à incidência, etiologia, aspectos psicológicos/clínicos e tratamento.

ETIOLOGIA

A embriologia da face considera que durante a 6ª semana de vida intra-uterina, no aspecto lateral do segmento intermaxilar, existe inicialmente uma fissura que o separa dos processos maxilares laterais; a falta de fusão destes processos, nesta fase de desenvolvimento facial, determina a fissura labial e/ou palatal (MOORE, 1990; MATTOS & ANDRÉ, 1997; DI NICOLÓ *et al.*, 2000; MONTANDON *et al.*, 2001).

Outra teoria citada por ALTMANN (1994), NUNES *et al.* (1998), diz que as fissuras seriam decorrentes de uma falta de penetração mesodérmica que acarretaria falta de nutrição vascular e, conseqüentemente, necrose, originando a fenda. Verificou-se neste estudo que os autores SOUZA (1985), NUNES *et al.* (1998), DI NICOLÓ *et al.* (2000), MOTOYAMA *et al.* (2000) e MONTANDON *et al.* (2001) consideraram como um dos fatores mais importantes das fissuras labiopalatais a hereditariedade. Entretanto, há evidências de que fatores ambientais são importantes.

Ao considerar os fatores ambientais, SOUZA (1985) e NUNES *et al.* (1998) citaram algumas drogas utilizadas no primeiro trimestre de gravidez como: corticóides, difenil-hidantoína, deficiência de vitamina A e ácido fólico, infecções virais (rubéola, toxoplasmose, varíola, varicela), radiação, tabagismo, alcoolismo, drogas, fatores socioeconômicos em geral.

INCIDÊNCIA

Estatisticamente a fissura labiopalatal é, dentre as malformações congênitas, uma das mais freqüentes no Brasil. FONSECA & REZENDE (1971), VIANA *et al.* (1994), OLIVEIRA *et al.* (1996), CARVALHO (2000) e MONTANDON *et al.* (2001) relataram que as estatísticas apontam para um taxa de 1 para cada 600 ou 700 nascimentos, sendo mais freqüente no sexo masculino, com lesão predominantemente do lado esquerdo.

Segundo DI NICOLÓ *et al.* (2000), a incidência de fissuras labiopalatinas constitui cerca de 50% de todos os casos, sendo que a fissura labial e fissura palatina representam 25% cada.

Há no Brasil, aproximadamente, 200 mil portadores, de fissuras labiopalatais cuja ocorrência varia com a raça e a nacionalidade dos indivíduos

afetados, sendo que a raça negra é menos atingida (NUNES *et al.*, 1998).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Para VIANA *et al.* (1994), NUNES *et al.* (1998) e CARVALHO & TAVANO (2000), os pais, diante do nascimento de uma criança portadora de malformação, são tomados por grande choque emocional, em que os padrões mais comuns de reação são negação da realidade da deficiência, lamentações e comiseração dos pais com sua própria sorte, ambivalência em relação à criança ou sua rejeição, sentimentos de culpa, vergonha, depressão, tristeza. Gradativamente, chega-se ao equilíbrio e à reorganização, em que atenuam-se a ansiedade e as intensas reações emocionais e os familiares auxiliam-se para aceitar a criança.

Quanto ao comportamento, à personalidade, à socialização dos fissurados, os autores RICHMAN (1978), SCHNEIDERMAN & AVER (1984), SOUZA (1995) e PRADA (2000) relataram que as crianças fissuradas só se percebem como diferentes após 4 a 5 anos de idade, e que o contato com outras crianças aumenta este estigma, sendo as mesmas mais inibidas que as outras crianças. Com o aumento da idade, atitudes relacionadas ao comportamento, imaturidade ou agressividade estavam mais presentes.

A intervenção psicológica logo após o nascimento da criança é necessária e indispensável, devendo auxiliar os pais na compreensão de seus sentimentos e reorganização pessoal, a fim de aceitarem a criança real e as potencialidades que existem por trás da fissura e buscar meios para reabilitação global da mesma. Os pais representam o ponto principal de todo o tratamento, devendo receber informações corretas, perceber e sensibilizar-se da importância de sua postura participativa durante o mesmo (RICHMAN, 1978; TOBIASON, 1983; RICHMAN, 1983; SOUZA, 1985; PAYNTER *et al.*, 1991; NUNES *et al.*, 1998; PRADA *et al.*, 2000; CARVALHO & TAVANO, 2000).

ASPECTOS CLÍNICOS

Várias são as classificações publicadas para identificar os diversos tipos de fissuras. SOUZA, em 1985, descreveu que a fissura pode se apresentar sob diversas formas clínicas, desde a forma cicatricial de Keith até a forma mais grave: fissura lábiopalatina bilateral completa ou fenda palatina.

Em seu trabalho, SANTOS *et al.* (1999) citaram a classificação proposta por SPINA, com relação ao tipo de fissura: fissura pré-forame incisivo (envolve lábio e/ou palato primário); fissura transforame incisivo (envolve lábio, palato primário e palato secundário); fissura pós-forame incisivo

(envolve somente o palato secundário); fissuras raras da face (oblíquas, transversa, do nariz).

As fissuras labiopalatais resultam numa série de seqüelas que podem acompanhar o portador durante toda sua vida: alterações estéticas; alterações funcionais na sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e audição; e alterações emocionais.

ALIMENTAÇÃO

A dificuldade de amamentação no seio materno é a primeira restrição de relacionamento que a criança fissurada enfrenta. Os autores SOUZA (1985) e ELLIS (2000) enfatizaram que os bebês com fissuras palatinas podem deglutir normalmente, entretanto, a musculatura não é desenvolvida, ou propriamente orientada, para permitir uma sucção eficaz. Para a solução do problema deve-se utilizar bicos especialmente projetados, mais alongadas e que penetram mais profundamente na boca do bebê.

ANOMALIAS DENTÁRIAS

As fissuras labiopalatinas afetam com freqüência o desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes. Os problemas mais comuns podem estar relacionados com a ausência congênita de dentes e a presença de dentes supranumerários (OLIN, 1964; OLIVEIRA, 1996; ELLIS, 2000).

MATTOS & ANDRÉ (1997) e MONTANDON (2001) relataram que as anomalias dentárias constituem 53% das doenças bucais de crianças fissuradas, e as anomalias mais freqüentes são: dentes ausentes, hipoplasia e giroversão, e as menos freqüentes: a microdontia e os dentes geminados, sendo aproximadamente 7 vezes mais prevalentes nos fissurados que na população em geral.

A incidência de agenesias na área da fenda, na dentição permanente, é maior que a de dentes supranumerários e, na dentição decídua, ocorre o inverso, sendo o incisivo lateral o dente mais suscetível a danos na área da fissura (RANTA, 1986; OLIVEIRA, 1996).

A cronologia de erupção apresenta-se atrasada nas crianças fissuradas e os distúrbios mais freqüentes atribuídos à erupção, segundo DALBEN *et al.* (2001), são: prurido, salivação aumentada, aumento da freqüência de sucção e irritabilidade.

MALOCLUSÕES

Os indivíduos afetados por fissuras, especialmente aquelas do palato, apresentam discrepâncias

esqueléticas entre o tamanho, formato e posição dos maxilares. Um achado comum é o prognatismo mandibular, causado mais pela retrusão da maxila do que pela protrusão da mandíbula. Dentre as doenças bucais mais prevalentes encontradas em crianças fissuradas, as maloclusões estão presentes em 86% dos casos, sendo a maloclusão mais freqüente a mordida cruzada, presente em 75% dos casos examinados (SANTOS *et al.*, 1999; ELLIS, 2000; MONTANDON *et al.*, 2001).

PREVALÊNCIA DE CÁRIE

Segundo LAGES *et al.* (2000), a prevalência e a atividade de cárie em crianças fissuradas foi relativamente maior, podendo as mesmas serem consideradas como grupo de risco para desenvolver cárie. Conclusões semelhantes foram apresentadas por JOHNSEN & DIXON (1984), PAUL & BRANDT (1998), DI NICOLÓ *et al.* (2000) e MONTANDON *et al.* (2001), que verificaram uma higiene bucal deficiente no segmento anterior reparado cirurgicamente, apresentando um aumento na porcentagem de placa bacteriana na superfície de todos os dentes. Portanto, estas crianças devem participar tão cedo quanto possível de programas preventivos com o objetivo de preservar a dentição saudável.

ABORDAGEM DO PACIENTE FISSURADO

A criança fissurada pode ser abordada de várias maneiras: cirúrgica, ortodôntica, fonoaudiológica, psicológica e social. Em uma coisa todos os profissionais concordam, há a necessidade de uma visão conjunta de uma filosofia de tratamento que atenda aos interesses imediatos e futuros do paciente (SOUZA, 1985).

De acordo com CARVALHO & TAVANO (2000), a reabilitação global do paciente portador de fissura labiopalatal preconiza tratamento precoce, multidisciplinar e longitudinal, visando sua integração adequada no ambiente familiar e social, sendo necessário um acompanhamento periódico e constante preventivo/educativo.

MONTANDON *et al.* (2001) sugeriram para o programa de atendimento aos fissurados: um odontopediatra e um ortodontista. O odontopediatra atuaria na ortodontia preventiva e abrangeria todo aspecto de prevenção, educação e intervenção nestas crianças em relação à cárie e à doença periodontal. No entanto, este contato precoce como odontopediatra não é freqüente, o que impede que os pais estejam cientes dos distúrbios que a erupção pode ou não causar, deve-se, portanto, atentar para que seja realizado um trabalho conjunto entre odontopediatra e médico pediatra.

Conclusões semelhantes foram apresentadas por GARDNER & DAVIS (1986), indicando o exame odontológico precoce e um programa preventivo e restaurador completo como parte da reabilitação total destas crianças.

O tratamento cirúrgico e da fala dura de 12 a 15 anos, enquanto houver crescimento facial, sendo concluído por volta dos 20 anos de idade.

Família, amigos, níveis socioeconômicos, genes, etapas do desenvolvimento são alguns fatores que podem influir no tratamento (NUNES *et al.*, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O nascimento de uma criança portadora de fissura labiopalatal representa para os pais um grande impacto.

- Há necessidade de atuação psicológica precoce e sistemática junto aos pais de crianças fissuradas.

- A reabilitação do paciente portador de fissura labiopalatal ortodontista, tratamentos

precoce, multidisciplinar e longitudinal, visando à sua integração adequada ao ambiente familiar e social.

- A freqüência de agenesias dentais, bem como de dentes supranumerários, é maior no lado da fissura.

- Os indivíduos fissurados apresentam alto risco de desenvolver cáries.

- A motivação para educação em saúde bucal deve ser iniciada em fases precoces da vida; no caso do paciente portador de fissura este é um dado ainda mais importante, pois os pais, preocupados com a reabilitação estética, relegam a segundo plano os cuidados odontológicos de suas crianças. Há, portanto, grande necessidade da participação de médicos pediatras no auxílio ao odontopediatra, na conscientização para educação em saúde bucal.

- É indispensável um acompanhamento periódico e constante preventivo/educativo com o acompanhamento de, no mínimo, dois profissionais em um programa de atendimento aos fissurados: seja mantida a saúde bucal dos fissurados e para que

AUGUSTO, H. da S.; BORDON, A.K.C.B.; DUARTE, D.A. Study of cleft lip palate. Clinical aspects and repercussion. Considerations related to its therapy. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.432-436, set./out. 2002.

Lip and palate malformations are serious social, dental and medical problems. They are one of the most common congenital malformations. The importance of precocious dental assistance of patients with cleft lip/palate is noticed when all oral problems are observed with the presence of fissures. The authors present a literature review on cleft lip/palate regarding clinical aspects, consequences for child and family, as the necessary well as multidisciplinary approach necessary for the treatment of these patients.

KEYWORDS: Cleft lip; Cleft palate; Abnormalities; Children; Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

- ALTMANN, E.B.C. **Fissuras labiopalatinas**. 3.ed. São Paulo: Prótono, 1994.
- CARVALHO, A.P.B. de; TAVANO, L.D. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – Bauru. **Pediatr Mod**, São Paulo, v.36, n.12, dez. 2000.
- DALBEN, G.S.; GOMIDE, R.M.; COSTA, B.; NEVES, L.T. das. Prevalência de distúrbios da erupção dentária em bebês portadores e fissuras labiopalatais – opinião de médicos pediatras de Bauru, São Paulo. **Pediatr Mod**, São Paulo, v.37, n.4, p.116–124, abr. 2001.
- DI NICOLÓ, R.; NAKAIA, L.H.I.; SILVA, S.C.F.F da. Estudo da eficácia da escova bitufo em pacientes fissurados. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.3, n.14, p.251-294, jul./ago. 2000.
- ELLIS, E. Tratamento de pacientes com fissuras orofaciais. In: PETERSON, L.J. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. Tradução Wladimir Cortezzi. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap. 27, p.639-661.
- FONSECA, E.; RESENDE J. R. Incidência das malformações do lábio e palato. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v.9, p.45–58, 1971.
- GARNER, L.D.; DAVIS, W.B. A abordagem em equipe da fenda labial e palatina. In: McDONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. Cap. 24, p.554–564.
- GNOINSK, W. Early maxillary orthopedics as a supplement to conventional primary surgery in complete cleft lip and palate cases. Long term results. **J Maxillofac Surg**, Stuttgart, v.10, n.3, p.165–172, Aug. 1982.
- JOHNSEN, D.C.; DIXON, M. Dental caries of primary incisors in children with cleft lip and palate. **Cleft Palate J**, Baltimore, v.21, n.2, p.104–108, Apr. 1984.
- LAGES, E.M.L.; BADEIA, M.; PORDEUS, I.A. Saúde bucal em portadores de fissura labiopalatal: revisão. **Rev CROMG**, Belo Horizonte, v.6, n.2, p.88–93, maio/ago. 2000.
- MATTOS, B.S.C.; ANDRÉ, M. Anodontia e dente supranumerário em fissura labiopalatina. **Rev Pós-Grad**, São Paulo, v.4, n.4, p.297, out./dez. 1997.
- MONTANDON, E.M.; DUARTE, R.C.; FURTADO, P.G.C. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, n.17, p.68–73, jan./fev. 2001.
- MOORE, K.L. **Fundamentos de embriologia humana**. Tradução Leonel Costa-curta. São Paulo: Manole, 1990. 194p.
- MOTOYAMA, L.C.J.; LINO, A. de P.; ZAMBON JR., D. Tratamento ortodôntico em pacientes com fissuras labiopalatinas. **Rev Paul Odontol**, São Paulo, v.22, n.2, p.4–10, mar./abr. 2000.
- NUNES, M.L.T.; MAGGI, A.; LEVANDOWSKI, D.C. Considerações acerca das experiências de pais e mães de crianças portadoras de fissura labiopalatinas. **Rev Odontol Ciên**, Porto Alegre, v.13, n.26, p.7–27, dez. 1998.
- OLIVEIRA, D.F.B.; CAPELOZZA, A.L.A.; CARVALHO, I.M.M. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.50, n.1, p.83–86, jan./fev. 1996.
- OLIN, W.H. Dental anomalies in cleft lip and/or palate patient. **Angle Orthod**, New York, v.34, n.2, p.119-123, Apr. 1964.
- PAUL, T.; BRANDT, R.S. Oral and dental health status of children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate Craniofac J**, Lewiston, v.35, n.4, p.329–332, July 1998.

PAYNTER, E.T.; EDMONSON, T.W.; JORDAN, W.J. Accuracy of information reported by parents and children evaluated by a cleft palate team. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburg, v.28, n. 4, p.329–337, Oct. 1991.

PRADA, C.G.; VALLE, T.G.M.; PIMENTEL, M.C.M. A percepção de si da criança portadora de fissura labiopalatal. **Pediatr Mod**. São Paulo, v.36, n.3, p.103–107, mar. 2000.

RANTA, R. A review of tooth formation in children with cleft lip palate. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, Saint Louis, v.90, n.1, p.11–18, July 1986.

RICHMAN, L.C. Parents and teacher: differing views of behavior of cleft palate children. **Cleft Palate J**, Baltimore, v.15, n.4, p.360–364, Oct. 1978.

RICHMAN, L.C. **Longitudinal behavior variability of children cleft lip and palate**. AMERICAN CLEFT PALATE ASSOCIATION CONVENTION. Indianápolis, Indiana. May 1983.

SANTOS, C.; ROCHA, R.; MENEZES, M.L.; LOCKS, A.; RIBEIRO, G.U. Incidência e localização das mordidas cruzadas em pacientes portadores de fissura de lábio e ou palato. **J Soc Gaucha Ortod Ortop Fac**, Porto Alegre, v.3, n.2, p.125–136, jul./dez. 1999.

SCHNEIDERMAN, C.R.; AUER, K.E. The behavior of the child with cleft lip and palate as perceived by parents and teachers. **Cleft Palate J**, Baltimore, v.21, n.3, p.224–228, July 1984.

SOUZA, L.C.M. de. Fissura labiopalatina. Abordagem multidisciplinar. **Rev Paul Odontol São Paulo**, São Paulo, v.7, n.3, p.54–60, maio/jun. 1985.

TOBIASON, J.M. **Conduct problems and the cleft palate child**. AMERICAN CLEFT PALATE ASSOCIATION CONVENTION Indianápolis, Indiana, May 1983.

VIANA, M.L.; GIACOMONI, C.H.; RASHID, L. “O que fiz por merecer?” Aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado. **Rev Odonto Ciên**, Porto Alegre, v.9, n.17, p.21–29, jun. 1994.

Recebido para publicação em: 22/01/02

Enviado para reformulação em: 22/03/02

Aceito para publicação em: 19/04/02