

Pacientes com fissura labiopalatina – acompanhamento de casos clínicos

Patients with cleft lip and palate – clinical cases follow up

Márcia Cançado Figueiredo¹; Nuno Figueiredo Pinto²; Fabiana Kapper Fabricio³; Cristina Maria Silveira Boaz³; Daniel Demetrio Faustino-Silva⁴

¹Professora Doutora da Disciplina de Odontopediatria – FO/UFRGS, Regente da Disciplina Eletiva de Atendimento Odontológico aos Pacientes com Necessidades Especiais – FO/UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

²Especialista em Ortodontia – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³Graduandas do curso de Extensão Universitária em Bebê-Clinica – UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁴Especialista em Saúde Coletiva – ESP/RS e Mestre em Clínica Odontológica – Odontopediatria – UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

Endereço para correspondência

Márcia Cançado Figueiredo
R. Luzitana, 1370/502, Higienópolis
90520-080 – Porto Alegre – RS [Brasil]
mcf1958@gmail.com

Resumo

Introdução: Fissura labiopalatina é considerada um problema de saúde pública, tendo os portadores de passar por diversas etapas para sua cura. **Objetivo:** Relatar casos clínicos de pacientes com fissura labiopalatina, mostrando o processo de reabilitação e as consequências psicológicas. **Método:** Foi realizado estudo longitudinal com quatro pacientes fissurados, submetidos a tratamento de reabilitação multidisciplinar. **Resultados:** A fissura de lábio-palato interfere na vida de pacientes tanto no aspecto funcional quanto no psicológico, por isso indivíduos com tal patologia precisam receber cuidados multidisciplinares, e o tratamento deve começar com a maior antecedência possível. **Conclusão:** Sugere-se que o paciente fissurado tenha um fator genético predisponente a essa doença, podendo apresentar um menor desenvolvimento físico e até mental. Ele pode sofrer preconceito e abandono ou ser negligenciado pela sociedade que não sabe lidar com essa situação, nem que um tratamento correto, na época adequada, pode proporcionar ao doente melhores chances de reabilitação.

Descritores: Fissura palatina; Reabilitação. Saúde pública.

Abstract

Introduction: Cleft lips and palate is considered a problem of public health, making the patients pass through a lot of treatments before reaching its cure. **Objective:** To describe clinical cases of patients with cleft lip and palate, showing rehabilitation process and psychological consequences. **Method:** It was conducted a longitudinal study with four patients with cleft lip and palate submitted a multidisciplinary rehabilitation. **Results:** Cleft lip and palate interfere in functional and psychological aspects of the patients' lives. So individuals with the disease must receive a multidisciplinary treatment, which must start as soon as possible. **Conclusion:** It is suggested that patient with cleft lip and palate has a genetic factor predisposing to the disease with the possibility of having a low physical and mental development. He may suffer prejudice and neglect or being neglected by the society who can not deal with this situation, nor that a correct treatment at a suitable time can provide the patient a better chance of rehabilitation.

Key words: Cleft palate; Rehabilitation; Public health.

Introdução

Entre as anomalias congênitas da boca, destacam-se as fissuras orais que afetam 5% dos nascidos vivos em todo o mundo¹. Esse tipo de malformação é uma das mais estudadas razão de sua complexidade e ocorrência mundial². As fissuras labiopalatinas são um conjunto de anormalidades na formação da face que incluem uma grande variedade de lesões, desde as mais simples, como a fissura de lábio, até as mais complexas, como a fissura completa de lábio e palato³. É uma malformação que se inicia ainda no primeiro trimestre, mais exatamente na quarta semana de vida intrauterina.

Sua etiologia é bastante complexa e definitivamente multifatorial, ou seja, pode envolver fatores tanto genéticos quanto ambientais, isolados ou em associação⁴. Os aspectos ambientais são os nutricionais, os tóxicos, os infecciosos, o uso de medicamentos, as radiações ionizantes, o estresse e o tabagismo materno, durante o período de formação do bebê. Acredita-se, ainda, na influência de fatores genéticos, pois mais da metade dos pacientes com fissuras apresenta familiares portadores dessa mesma alteração⁵⁻⁶.

No trabalho de Loffredo et al. (1994), sobre possíveis fatores de risco para o aparecimento da anomalia, incluem referências à poluição, à ocupação, ao consumo de bebida alcoólica, à ingestão de drogas, às doenças na mãe, à exposição a herbicida/pesticida na lavoura e a raio-X na gestação, além da hereditariedade⁷.

É importante lembrar que as fissuras labiopalatinas podem ser classificadas, de acordo com Pinto 2000⁸, como unilateral total – que conta com dois segmentos alveolares desiguais, um maior e um menor, separados pela fissura, localizados na região do incisivo lateral superior. E bilateral total, com três segmentos – dois no maxilar, bipartidos em semiarcos alveolares, e o terceiro, constituído da pré-maxila, que é o prolongamento anterior do vômer. O lábio, por sua vez, pode apresentar-se como unilateral, possuindo dois segmentos, um largo e um curto, que representa o lado da fissura; e lábio

bilateral, dividido em três porções, duas laterais, constituintes da região alveolar, e uma mediana, inserida na pré-maxila.

A fissura labiopalatina é uma anomalia que causa grande impacto na vida do indivíduo portador, provocando problemas funcionais, estéticos e psíquicos. As disfunções mais comuns são relacionadas à deglutição, à mastigação, à audição, à respiração, à arcada dentária e à voz nasalizada⁹. É necessária a atuação de uma equipe interdisciplinar, especializada, para iniciar o processo de reabilitação, após o nascimento da criança, e mantê-lo durante seu crescimento¹⁰, promovendo cuidado biopsicossocial completo a fim de resolver os problemas e atender às necessidades dela e de sua família, contribuindo para sua melhora física e emocional¹¹. Assim, os pacientes acometidos podem viver sem traumas e complexos, ou seja, com melhor qualidade de vida¹².

Diante disso, neste trabalho, objetivou-se relatar casos clínicos de pacientes com fissura labiopalatinas, mostrando o processo pelo qual eles têm de se submeter para obter a cura.

Relato dos casos

A amostra foi composta por quatro pacientes com fissura labiopalatina, três do sexo feminino, e um, do masculino, que passaram por todo o processo de reabilitação e foram acompanhados durante a manutenção do tratamento. Três participantes tiveram tratamento iniciado quando ainda eram bebês, e uma voluntária foi tratada tardiamente⁸. Dois dos pacientes acompanhados neste estudo possuíam fissura bilateral total, uma paciente, fissura unilateral com pré-forame incisivo, e um paciente apresentava fissura unilateral total.

Caso 1

Paciente do sexo feminino, com fissura bilateral total e pronunciada projeção da pré-maxila, dez anos de idade (Figuras 1 e 2). Paciente possuía irmã gêmea não fissurada e pai não fissurado (Figura 3); porém, seu primeiro e terceiro



Figura 1: Paciente com fissura bilateral total, vista frontal



Figura 2: Paciente com fissura bilateral total, vista lateral

irmãos também apresentavam fissura labiopalatina, além da tia e da prima, mostrando o desenvolvimento complexo das fissuras de lábio-palato com forte caráter genético.

Em razão da idade da paciente (dez anos) à época, o tratamento foi considerado tardio, pois se considera tratamento precoce o iniciado de zero até oito meses de vida da criança. Primeiramente, foram tomadas as impressões das arcadas dentárias e instituída uma ortodontia interceptiva com o objetivo de nivelar os arcos maxilares e alinhar os segmentos, ortodontia realizada com a ajuda do uso de uma cinta elástica (Figura 4); posteriormente, foi realizada cirurgia de lábio. Esse caso, que teve início em 1974, foi acompanhado até 1975 (Figura 5).



Figura 3: Paciente com fissura bilateral total acompanhada pelo pai e pela irmã gêmea, ambos sem fissura

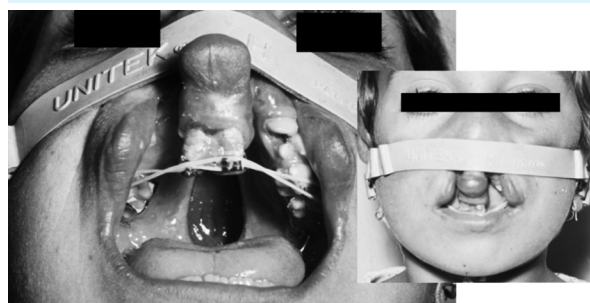


Figura 4: Paciente utilizando uma cinta elástica para ajudar na reposição da pré-maxila

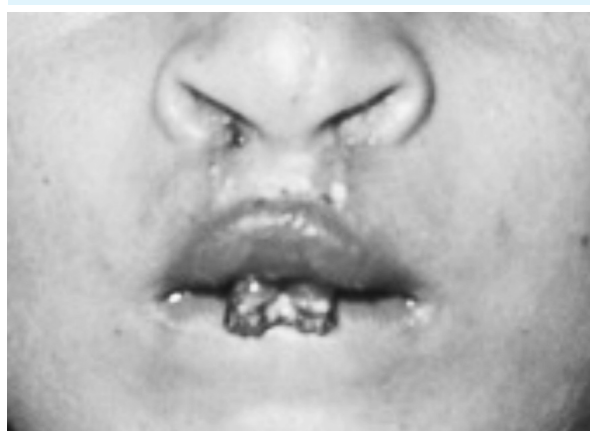


Figura 5: Paciente com 11 anos de idade, após cirurgia do lábio (1975)

Caso 2

Paciente sexo masculino, com quatro meses de idade, apresentava fissura unilateral e pré-forame incisivo. Teve seu tratamento iniciado em 1987, sendo prescrita a não utilização de placa ortopédica pré-cirúrgica. Foi realizada a cirurgia de lábio ainda no mesmo ano, podendo ser observadas diferenças significativas entre o curto período de julho de 1987 a setembro de 1987 (Figuras 6 e 7).

Após cirurgia e já com a dentição permanentemente completa, o paciente utilizou aparelho ortodôntico, até o ano de 1999 (Figuras 8 e 9). Observou-se que o participante, com 12 anos de idade no término do período de acompa-

nhamento, apresentou significativa correção da anomalia e, conseqüente, melhora na aparência (Figuras 10 e 11).



Figura 6: Vista frontal do paciente com fissura unilateral e pré-forame incisivo antes da cirurgia de fechamento de palato e lábio

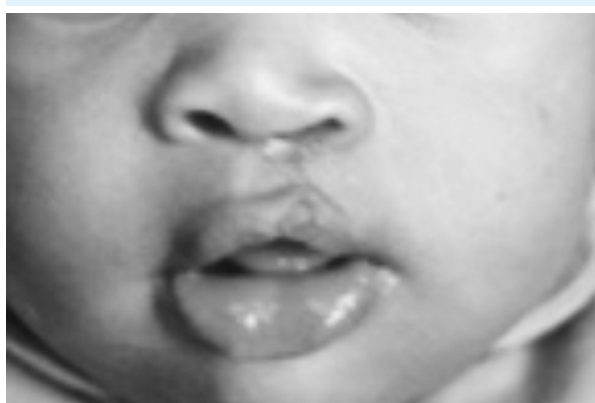


Figura 7: Vista frontal do paciente com fissura unilateral e pré-forame incisivo, após cirurgia de fechamento de palato e lábio

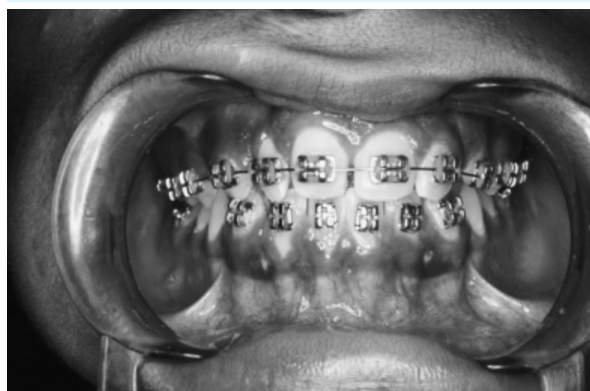


Figura 8: Utilização de aparelho fixo já em fase de dentadura permanente

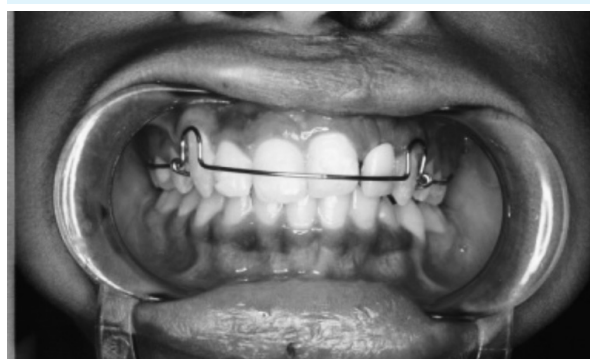


Figura 9: Uso de aparelho removível, em etapa de contenção

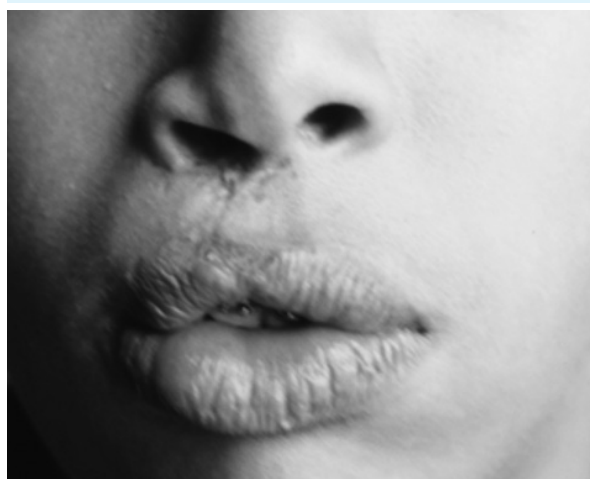


Figura 10: Vista frontal do paciente, após cirurgia de fechamento de palato e de lábio e tratamento ortodôntico

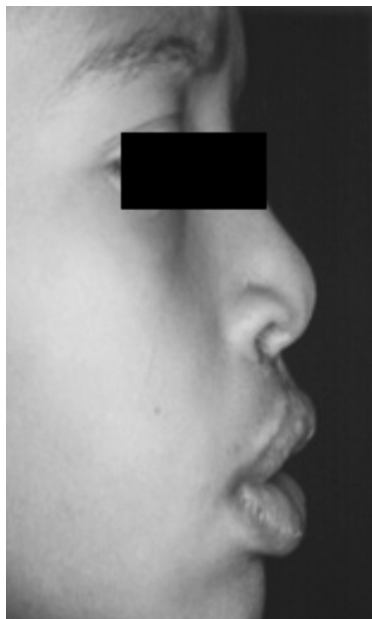


Figura 11: Vista lateral da face do paciente, após cirurgia de fechamento de palato e de lábio e tratamento ortodôntico

Caso 3

Paciente do sexo feminino, com fissura unilateral total, iniciou tratamento, em 1979, com um mês de idade (Figura 12). Por meio de acompanhamento de modelos de estudo (Figura 13) é possível observar que, em apenas seis meses, houve grande evolução no fechamento da fissura palatina, resultado obtido com a utilização

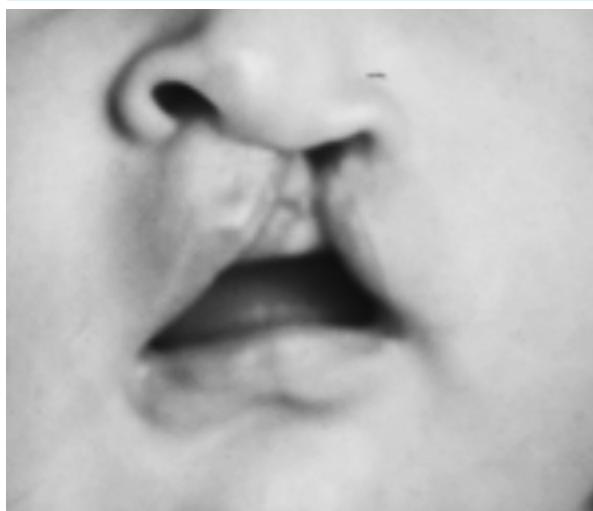


Figura 12: Vista frontal da paciente antes da cirurgia de fechamento de palato e lábio

de uma placa ortopédica pré-cirúrgica. Após o período de dezesseis anos, sendo cinco anos de uso de aparelho ortodôntico e acompanhamento profissional, a paciente terminou seu tratamento com a idade de 16 anos (Figura 14).

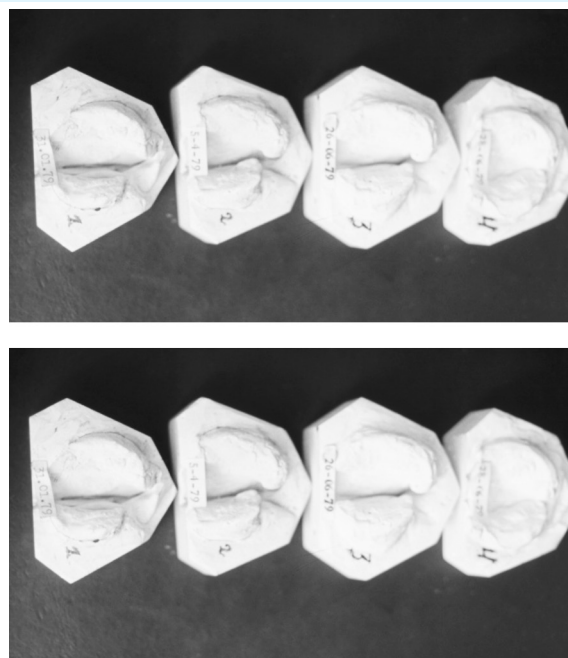


Figura 13: Acompanhamento em modelos de estudo demonstrando o efeito da placa pré-cirúrgica



Figura 14: Vista lateral da paciente, após cirurgia de fechamento de palato e lábio e tratamento ortodôntico

Caso 4

Paciente feminino apresentava fissura bilateral facial total associada à síndrome complexa com o comprometimento da visão. Iniciou tratamento com quinze dias de idade (Figura 15) e obteve controle clínico até completar dez anos, em 1997.



Figura 15: Vista frontal do paciente, antes cirurgia de fechamento de palato e lábio e tratamento ortodôntico

Em 1987, quando iniciado o tratamento, foi feita uma placa ortopédica pré-cirúrgica (moldagem e modelo mostrados nas Figuras 16 e 17) com o objetivo de alinhar as vertentes dos hemiarcos e aproximar os segmentos maxilares, expandir o palato e proporcionar melhores condições para a cirurgia, além de uma placa ortopédica expansora na fase de dentição mista (Figura 18). Em 1997, a paciente, com 10 anos de idade, já possuía condições mais favoráveis para aceitar o tratamento proposto (Figura 19).

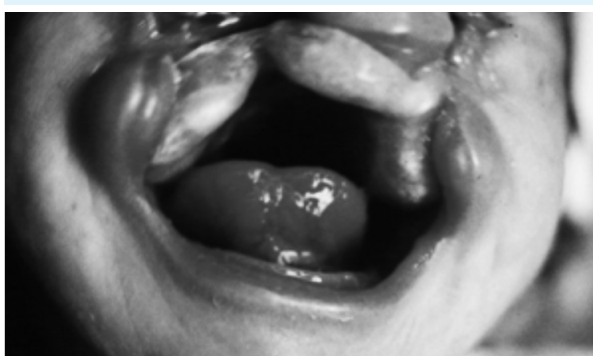


Figura 16: Vista frontal do paciente utilizando a placa pré-cirúrgica

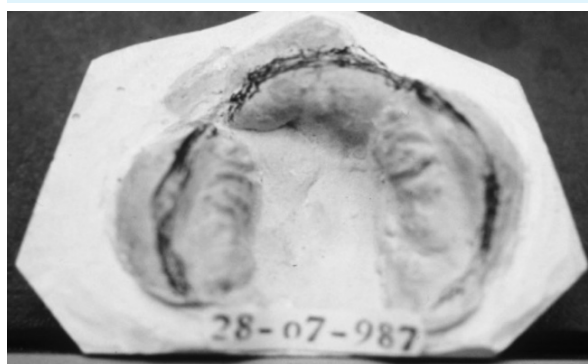


Figura 17: Modelo da arcada superior usado para confecção da placa pré-cirúrgica

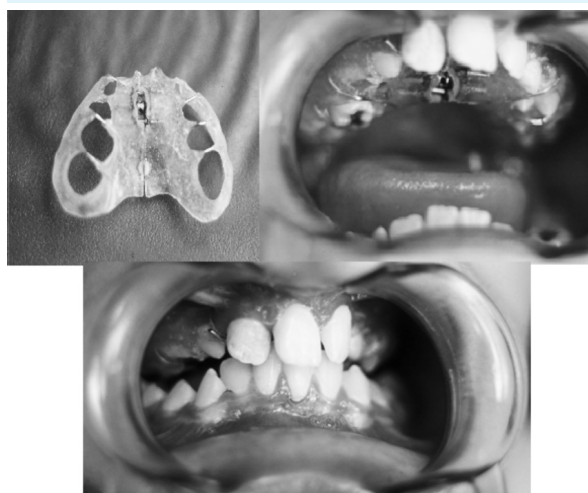


Figura 18: Paciente usando uma placa expansora durante dentição mista



Figura 19: Vista frontal do paciente com 10 anos de idade, após cirurgias de fechamento de palato e lábio e tratamento ortodôntico

Discussão

As causas primárias das malformações faciais constituem, até hoje, um desafio para a ciência. Influências multifatoriais podem ocorrer nessas estudadas lesões labiopalatais, atribuídas à herança genética, meio ambiente e fatores conhecidos ou não definidos, desdobrados em predisponentes, que podem ser genéticos (endógenos), ambientais (exógenos) ou associados (multifatoriais)⁸. De acordo com Souza-Freitas et al.⁵, 32,3% dos indivíduos com fissura labial possuem outro parente na família na mesma situação. Além disso, os riscos de uma criança nascer fissurada aumenta de 2% a 4% se a família já possui outro filho com tal patologia, e de 4% a 5%, se um dos pais apresentar essa doença¹³.¹⁴. O exposto serve para mostrar a influência do fator genético nessa enfermidade.

O tratamento de pacientes com fissura labiopalatina pode ser realizado antes da erupção dentária, ou em caráter tardio, depois da dentição mista ou já com a permanente. O ato cirúrgico em indivíduos com esse tipo de doença é de extrema importância e vital não somente por questão de estética, mas também pela funcionalidade, ou seja, por auxiliar no bom funcionamento dos órgãos responsáveis pela audição, olfação, fonação etc., além de obviamente, beneficiar o lado psicológico do paciente. É necessário um período pré-cirúrgico, principalmente em se tratando de ainda bebês.

Em tratamentos precoces, aplicados de zero a oito meses de idade, são feitas placas ortopédicas pré-cirúrgicas, com o objetivo de proporcionar melhores condições na cirurgia, para que o paciente fissurado chegue à etapa operatória com alinhamento dos hemiarcos e com uma aproximação dos segmentos maxilares. Isso facilita o ato cirúrgico e proporciona uma intervenção de menor proporção, além de uma melhor recuperação pós-cirúrgica. Em pacientes com tratamento tardio, ainda que os resultados sejam considerados muito bons, comparando-se o quadro pré e o pós-cirúrgico, haverá um dano permanente mais psicológico do que físico. Indivíduos acometidos

com mais de dezoito anos, podem ser tratados unicamente com a cirurgia ortognática, que visa recuperar adultos com sequelas, porém tal procedimento nessa idade prejudica etapas importantes do tratamento que a ortodontia preventiva promove, o que comprova a importância de intervenções precoces.

Outro fator significativo observado no tratamento de pacientes com fissura labiopalatina são as suas diferentes classificações encontradas na literatura nacional e internacional^{8,11,14}. Ainda que não exista uma classificação universal para os tipos de fissuras, na maioria das vezes variando de filosofia profissional, é necessário perceber quais são as estruturas faciais no paciente atingidas pela doença. Pode ser incluída junta ou isoladamente a área nasal, a ocular, a alveolar e a palatina. Quanto maior o número de áreas envolvidas maiores serão os problemas e, mais complexo será o tratamento a ser executado.

As anomalias congênitas afetam cerca de 5% dos nascidos vivos em todo o mundo. No Brasil, esses defeitos vêm se mantendo consistentemente como segunda causa de morte perinatal, contribuindo com 13% dessas no ano 2000. Dessas doenças, destacam-se as fissuras labiais e labiopalatais, de natureza complexa, associadas ou não a síndromes¹⁰. Salienta-se que a vida social dos pacientes e de seus pais é prejudicada em razão dessa doença. Muitas vezes, o pai e a mãe não sabem a quem recorrer quando seus filhos nascem com esse problema. Eles ignoram a importância de iniciar um tratamento o mais rápido possível e a necessidade de que o paciente seja acompanhado durante muitos anos, após cirurgias corretivas. Por esse motivo, é preciso proporcionar mais orientação para essas pessoas.

Não basta apenas uma cirurgia ou cirurgia com aparelho ortopédico, é imprescindível o acompanhamento de um ortodontista. Se for feito um tratamento precoce, o paciente não terá de enfrentar o preconceito da sociedade; entretanto em um tratamento tardio, provavelmente, ele, pelo menos uma vez na vida, será alvo de estigmas e visto com olhares preconceituosos de pessoas totalmente alheias a sua condição.

Muitas vezes, até os pais, por terem filhos que consideram “imperfeitos”, também são a causa de maus tratos dessas crianças. Diante disso, é necessária uma abordagem multidisciplinar para esses pacientes, que envolva áreas, tais como a de fonoaudiologia, para tratamento da fala e suas dificuldades; a de odontologia, para a parte cirúrgica e ortodôntica; a de medicina, para cuidados da parte respiratória; a de nutrição para orientação adequada da alimentação especial necessária ao paciente, além de, obviamente, a área de psicologia, para tratar as feridas emocionais criadas durante o processo de cura e reabilitação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, entre os critérios internacionais para equipes da área de fissuras labiopalatais, destacam-se os padrões norte-americanos definem as seguintes especialidades: cirurgia, odontologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social ou profissional da área de saúde mental e enfermagem. Nos critérios europeus, inclui-se também a pediatria e a genética clínica, contudo não envolve o serviço social².

Obter esse apoio multidisciplinar é, muitas vezes, extremamente difícil, apesar dessa doença ser um problema de saúde pública. A dificuldade de seguir tal padrão internacional, talvez esteja relacionada ao alto custo dos tratamentos. No ano 2000, o *National Institute of Dental and Craniofacial Research* dos Estados Unidos estimou em 1 bilhão de dólares/ano o investimento necessário para atender portadores de fissuras labiopalatais ao longo de suas vidas. Em 2001, o *National Health Services* do Reino Unido que seria preciso um investimento de 6,4 milhões de libras/ano para manter uma unidade regional multiprofissional, com capacidade para 140 casos novos/ano de fissuras labiopalatais. Em âmbito nacional, é importante citar o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, em Bauru, referência no Brasil⁹.

Tratar o indivíduo com fissura labiopalatal em uma única área da saúde não é medida suficiente para cuidar adequadamente desse sujeito, embora um tratamento multidiscipli-

nar possa apresentar muitas dificuldades, ele é o mais recomendado nesses casos. Além disso, insistir nesse tipo de cuidado estimula a combater a exclusão que muitos pacientes fissurados sofrem, bem como a resgatar seu direito de ser visto integralmente. O tratamento cirúrgico do paciente, sem acompanhamento longitudinal, que é etapa essencial em casos dessa natureza, pode levar a sequelas que poderiam ser ev

Conclusões

A partir do exposto neste trabalho, depreende-se que, atualmente, o número de pessoas afetadas pela fissura de lábio ou de palato, ou das duas associadas, é considerado alto, sendo já um problema de saúde pública, cujo tratamento não se restringe somente a área odontológica. De aspecto multidisciplinar, o tratamento para pacientes fissurados deve ser introduzido o mais precocemente possível, de maneira a prepará-los para a etapa operatória com o melhor prognóstico viável. É preciso ajudar esses indivíduos acompanhando-os no pré e pós-operatório e durante alguns anos após as cirurgias, contribuindo para melhorar sua vida social e informando sobre o fator genético da patologia para a futura família que o paciente possa vir a ter. Sugere-se que instituindo o tratamento correto e na época adequada, é possível evitar que os pacientes acometidos dessa doença sofram demasiado preconceito.

Referências

1. Monlleó I L, Gil-da-Silva-Lopes V L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):913-22.
2. Campillay P L, Delgado S E, Brescovicci S M. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. *Rev CEFAC*. 2010;12(2):257-66.

3. Silva Filho O G, Freitas J A S, Okada T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento In: PINTO, V G. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 481-527.
4. Souza-Freitas J Á, Dalben G S, Freitas P Z, Santamaria M Jr. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2004;9:74-8.
5. García A R, Peña B C, Marín E, Felzani R, Morales O. Diagnóstico prenatal de las hendiduras labiopalatinas. Acta Odonto Venez. 2006;44(3):399-405.
6. Altmann E B C. Fissuras labiopalatinas. 4a ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997.
7. Pinto N F. Fissuras labiopalatais: retrospectiva histórica e tratamento. Belo Horizonte, Minas Gerais; 2000.
8. Souza Freitas J A. Centro de pesquisa e reabilitação de lesões lábio-palatais. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 1974.
9. Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. etapas e condutas terapêuticas – HRAC/USP e FUNCRAF: fissuras labiopalatais, anomalias craniofaciais, deficiências auditivas, síndromes. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.
10. Loffredo L C M, Souza J M P, Yunes J, Souza-Freitas J A, Spiri W C. Fissuras lábio-palatais: estudo caso controle. Rev Saúde Pública. 1994;28:213-7.
11. Figueiredo M C, Pinto N F, Silva D D F, Oliveira M de. Fissura bilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. Publ UEPG Ci Biol Saúde, Ponta Grossa, mar. 2008;14(1):7-14.
12. Azeredo Z, Amado J, Silva HNA, et al. A família da criança oncológica: testemunhos. Acta Med Port 2004;17:375-80.
13. Slavkin H C. Incidence of cleft lips, palates rising. J Am Dent Assoc 1992;123:61-5.
14. Figueiredo M C, Pinto N F, Silva D D F, Oliveira M de. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. RFO set/dez 2008;13(3):73-7.