

## TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATAL: REVISÃO DE LITERATURA

Joyce Falcão Batista<sup>1</sup>  
Michele Cacique de Andrade Fialho<sup>2</sup>  
Paula Carolina Mendes Santos<sup>3</sup>  
Sérgio Ricardo Magalhães<sup>4</sup>  
Camilo Aquino Melgaço<sup>5</sup>  
Kelly Oliva Jorge<sup>6</sup>

### RESUMO

As Fissuras Labiopalatais são anomalias orofaciais congênitas muito frequentes no ser humano. Sua etiologia é considerada multifatorial e inclui fatores hereditários e ambientais. Sabe-se que a ocorrência de Fissuras Labiopalatais é causa de anomalias dentárias e fator predisponente ao desenvolvimento de doenças bucais. Assim sendo, foi objetivo do presente estudo contribuir para a produção de conhecimento sobre o tratamento odontológico direcionado às crianças com fissuras labiopalatais. Levantou-se a importância do início do tratamento se dar o mais breve possível, a fim de evitar consequências funcionais e psicológicas nos indivíduos fissurados. A reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatais deve ser feita por uma equipe multidisciplinar. A odontopediatria e a ortodontia são fundamentais em todas as fases do tratamento do portador de fissura labiopalatal, atuando na adequação do meio bucal e na preservação dos elementos dentários sadios ao término do tratamento ortopédico e ortodôntico.

**Palavras chave:** Fissura labial. Fissura palatal. Odontopediatria. Tratamento odontológico.

### 1 INTRODUÇÃO

As Fissuras Labiopalatais (FLP) são anomalias congênitas orofaciais muito frequentes no ser humano, sendo considerado um problema médico-odontológico-social (FIGUEIREDO

---

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte. E-mail: [jojofalcao@hotmail.com](mailto:jojofalcao@hotmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte. E-mail: [michelecacique@hotmail.com](mailto:michelecacique@hotmail.com)

<sup>3</sup>Mestre em Odontopediatria. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte. E-mail: [paulamendes pne@yahoo.com.br](mailto:paulamendes pne@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Doutor em Engenharia Biomédica. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte. E-mail: [Sergio.magalhaes@unincor.edu.br](mailto:Sergio.magalhaes@unincor.edu.br)

<sup>5</sup>Doutor em Ortodontia. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte. E-mail: [camilomelga@hotmail.com](mailto:camilomelga@hotmail.com)

<sup>6</sup>Doutora em Odontopediatria. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte. E-mail: [kellyoliva@yahoo.com.br](mailto:kellyoliva@yahoo.com.br)

*et al.*, 2004). Estima-se que sua incidência seja de 1:650 nascidos vivos no Brasil (MONTANDON *et al.*, 2001).

Na literatura podem-se encontrar várias formas de se escrever o termo “fissuras labiopalatais” tais como: “lábiopalatais”; “lábio-palatinas”; “lábio-palatalinas”; “labiopalatinas”; “labiopalatais”. Para padronização, este trabalho usará o termo “fissuras labiopalatais”, conforme a língua portuguesa (ARMBRUSTER, 2002).

As FLP foram classificadas por Spina em 1972 para a identificação de seus tipos, propondo uma terminologia prática e objetiva para ser utilizada por clínicos. Foi agrupada da seguinte forma:

- fissura transforame, sendo esta bilateral ou unilateral;
- fissura pós-forame, podendo ser completa ou incompleta;
- fissura pré-forame, podendo ser bilateral incompleta, unilateral incompleta, pré-forame completa e ainda fissura submucosa, que por sua vez apresenta fissura de úvula.

As Fissuras Labiopalatais podem acometer até o terço médio da face e são ocasionadas pela disjunção dos ossos maxilares. Isto acontece, segundo Carreirão *et al.* (1996) entre a sexta e a décima semana de vida intra-uterina.

Esta anomalia craniofacial se destaca por sua prevalência e por pouco se conhecer sobre o tratamento dentário dos indivíduos afetados. Muito se fala quanto à cirurgia corretiva da anomalia, mas pouco se pensa ou se discute sobre o tratamento dentário direcionado ao correto desenvolvimento das funções de mastigação, fala, respiração e deglutição; e aos procedimentos estéticos. Sabe-se que a estética pode incidir diretamente sobre a qualidade de vida dos indivíduos que, por sua vez, pode gerar transtornos psicológicos e sociais no futuro (CARREIRÃO *et al.*, 1996).

A etiologia das FLP é considerada multifatorial e inclui fatores hereditários e ambientais. Sabe-se que a ocorrência de FLP é causa de anomalias dentárias; e estas estão relacionadas ao tipo da fissura e do lado da face acometido (CYMROT *et al.*, 2010). Destaca-se ainda o fato de que crianças portadoras de fissura possuem uma alta prevalência de cárie na dentição decídua, quando comparadas às crianças que não apresentam FLP, e são consideradas de alto risco para o desenvolvimento de lesões cariosas (TANNURE e MOLITERNO, 2007).

Assim sendo, foi objetivo do presente estudo contribuir para a produção de conhecimento sobre o tratamento odontológico direcionado às crianças com fissuras labiopalatais.

## 2 FISSURAS LABIOPALATAIS

Os primeiros registros encontrados sobre as fissuras labiopalatais estão em uma escultura indígena com data do século I de nossa era (GUEDES-PINTO, 2012). Já o primeiro tratamento através de cirurgia e registrado em documento ocorreu na China no ano 390 d.c., quando foi operado um jovem de 18 anos e que mais tarde teria se tornado um governador.

Entre 1833 e 1865, um russo de nome Frobelius examinou mil crianças em um hospital na cidade de São Petersburgo na Rússia e constatou a ocorrência de 118 fissurados (BUENO *et al.*, 2012).

De acordo com Lopes (1986) a fissura labiopalatal é a segunda anomalia craniofacial mais encontrada no mundo e ela ocorre devido à falta de fusão do processo frontal com o processo maxilar, podendo ser estas completas ou incompletas.

Ainda, as fissuras podem ser encontradas no lábio superior, lábio e rebordo alveolar ou apenas sendo uma fissura frusta (apenas um sinal no lábio). As fissuras completas encontram-se no lábio, rebordo alveolar, palato duro, palato mole e podem ainda ser tanto uni quanto bilaterais (LOPES, 1986).

São vários os fatores ambientais que contribuem para as causas da FLP, sendo identificadas as “radiações ionizantes, drogas, álcool, cigarro, infecções virais ou bacterianas, assim como algumas carências nutricionais proteicas ou vitamínicas, tais como a vitamina B e o ácido fólico. Sabe-se também que fatores ambientais alteram a capacidade de migração e diferenciação das células derivadas da crista neural, influenciando no fechamento do lábio assim como do palato (COBOURNE, 2004; MARQUES *et al.* 1997; SLAYTON, 2003).

Em estudos sobre a embriologia, comprovou-se que, durante o desenvolvimento do embrião, observa-se que em alguns indivíduos ocorrem “desvios ou falhas na sequência habitual da formação de cada estrutura que originarão o novo ser humano” (GUEDES-PINTO, 2012). Guedes-Pinto (2012) completa que, atualmente, pesquisadores têm aprofundado seus estudos sobre o desenvolvimento embrionário dos seres humanos e, em relação às estruturas faciais, estes estudos revelam “determinados fundamentos na evolução do tratamento para esses desvios”.

Verifica-se que há um aumento na incidência de casos de FLP devido o decréscimo do índice de mortalidade infantil; diagnósticos precoces e melhores técnicas de tratamentos; aumento da frequência de casamentos entre indivíduos fissurados e exposição a um maior número de teratógenos (DERIJCKE *et al.*, 1996; HAGBERG *et al.*, 1998; SHAW, 2004). A FLP perde em sua incidência apenas para as malformações congênicas do Sistema Nervoso Central (SNC) (NORONHA *et al.*, 2000).

## 2.1 Etiologia das Fissuras Labiopalatais

O mecanismo etiológico para o desenvolvimento das FLP é multifatorial, podendo ser classificado como:

- Genético;
- Mesológicos (físicos, químicos ou biológicos);
- Mistos (predisposição genética em associação a outros fatores).

As fissuras labiopalatais podem ocorrer em maior ou menor complexidade, de acordo com a atuação dos agentes etiológicos e também da fase de desenvolvimento do embrião (BUENO *et al.*, 2012).

De acordo com Guedes-Pinto (2012), pesquisadores do campo da biologia celular tem se dedicado para detectar os genes que estão envolvidos na formação da FLP. Estudos mais recentes dos portadores de fissuras revelam mutações dos genes MSX1 e TGFB3, sugerindo que estas mutações estão diretamente envolvidas na patogênese das mesmas (BOHN, 1950; BOHN, 1963; GUINARD *et al.*, 1985).

Já se sabe que os riscos de recorrência das FLP são determinados conforme o risco empírico, e que este risco pode ser aumentado conforme a história familiar, como o número de parentes fissurados, o grau de parentesco dos pais e, conforme a gravidade da lesão, quanto mais complexa a fissura, maior o risco de recorrência no bebê em gestação (RIBEIRO e MOREIRA, 2005; TOLAROVA, 2005; MOSSEY e LITTLE, 2002; JONES, 1998).

## 2.1 Anomalias Dentárias e Fissuras Labiopalatais

As anomalias dentárias que ocorrem em pessoas portadoras de FLP podem ser vistas na dentição decídua, assim como na dentição permanente. Podem ocorrer tanto na maxila quanto na mandíbula, porém, o nível de ocorrências é maior na maxila. Ainda, podem ser unilaterais ou bilaterais, mas com maior ocorrência no lado em que ocorre a fissura (SLAYTON *et al.*, 2003; RIBEIRO *et al.*, 2003; SHAPIRA *et al.*, 2000; LOPES *et al.*, 1997).

Sobre as anomalias dentárias, alguns autores como Slayton *et al.*, (2003); Ribeiro *et al.*, (2003); Shapira *et al.*, (2000) e Lopes *et al.*, (1997) concordam que estas alterações ocorrem durante a odontogênese (processo de formação do dente, dividido em vários estágios - lâmina dentária, botão, capuz e campânula, e inclui ainda a produção de esmalte dentário, de dentina e de cimento dentário). Ainda afirmam que as fissuras labiopalatais geralmente são defeitos acompanhados ou não da presença de outras malformações do corpo em gestação.

As fissuras labiopalatais prejudicam ainda a oclusão (relação de todos os componentes do sistema mastigatório quando em sua função normal, em relação à posição e também contato entre os dentes maxilares e os mandibulares), afetando a função mastigatória, sendo um facilitador para o desenvolvimento de lesões cáries e podendo interferir na fala.

Dentre as anomalias associadas à FLP, destacam-se:

- *Anomalias dentárias de número:*

Segundo Slayton *et al.*, (2003) são alterações ocorridas em fases bem precoces da odontogênese e varia no número de dentes devido a uma ausência de germes dentários, agenesia dentária ou mesmo aumento no número de dentes, gerando uma hiperdontia.

- *Agenesia:*

Oliveira *et al.* (2003) afirma que esta é uma das mais recorrentes anomalias dentárias do ser humano. Ela é a ausência congênita de germes dentários, que são as estruturas embrionárias de onde derivam o elemento dental e suas estruturas de suporte.

Pode ocorrer nas duas dentições, mas com maior ocorrência na permanente. A ausência de germes dentários pode ser denominada como:

- uma hipodontia, que é a condição de possuir menor número de dentes que o natural;
- uma oligodontia, uma condição de possuir menor número de dentes porém maior que sete;
- uma anodontia: condição de ausência de todos os dentes. Conforme Vieira *et al.* (2004), esta condição surge com certa raridade.

Nos portadores de FLP, a agenesia afeta principalmente os incisivos laterais e os caninos superiores devido à região da fissura. É comum também que ocorram defeitos no esmalte.

Segundo alguns autores a ausência de dentes por motivo congênito é mais observada unilateralmente (RIBEIRO e MOREIRA, 2005; SLAYTON *et al.*, 2003; VIEIRA *et al.*, 2004).

- *Hiperdontia:*

Esta anomalia consiste no número aumentado de dentes, isto é, dentes a mais de 20 quando decíduos ou a mais quando se trata dos 32 na dentição permanente. Estes ainda podem apresentar suas características anatômicas alteradas (SLAYTON *et al.*, 2003).

As pessoas portadoras de FLP apresentam uma prevalência muito alta de “erupção ectópica” - termo utilizado para designar casos em que os dentes permanentes apresentem algum desvio em seu padrão normal de irrupção, produzindo uma reabsorção anormal nos dentes decíduos adjacentes - na região de suas fissuras assim como fora delas, devido os dentes desta

região (incisivos laterais e caninos superiores) surgirem bem no fundo de sulco vestibular, também no palato e/ou ainda na cavidade nasal (BACCETTI, 1998).

MONTANDON *et al.* (2001) sugeriram para o programa de atendimento aos fissurados: um odontopediatra e um ortodontista. O odontopediatra abrangeria todo aspecto de prevenção, educação e intervenção nestas crianças em relação à cárie e à doença periodontal e o ortodontista atuaria na ortodontia preventiva e corretiva.

## 2.2 Fissuras Labiopalatais e Outras Doenças

Além de apresentarem anomalias dentárias, os fissurados acabam por desenvolver várias outras anomalias, tais como a hipernasalidade, também conhecida por rinolalia, que surge por consequência da insuficiência velofaríngea; dificuldade de deglutição, comunicação e no aprendizado da fala; presença de catarros rinofaríngeos; defeitos articulatorios; dificuldades de mastigação e deficiência auditiva devido a constantes infecções no ouvido médio (HELLER *et al.*, 1970). O acúmulo de fluido no ouvido médio, caso não seja tratado corretamente, pode levar ao desenvolvimento de uma otite média secretora, devido à má função das Trompas de Eustáquio e uma perda auditiva por condução, uma vez que, para cada quatro fissurados, um tem perda de audição (BROSCO *et al.*, 1979; ELY, 1969; FREITAS, 1974; GOTTLIEB, 1979; RANALLI, 1981).

Pode ocorrer também suscetibilidade a infecções respiratórias superiores e desvio de septo nasal; amigdalites; respiração pela boca (ROSENSTEIN *et al.*, 1974); problemas de coordenação muscular ou mesmo mobilidade reduzida de língua (GUNS, 1970; SHAH *et al.*, 1980). Há ainda certa frequência de doenças cardíacas e oftalmológicas em crianças fissuradas (PRUZANSKY, 1973).

As fissuras labiopalatais também podem estar presentes em crianças afetadas por doenças congênitas como as Síndromes de Larsen e de Sequência de Pierre Robin (FISH, 1974; MALSON, 1969).

## 3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sem limite temporal. Somente artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola foram considerados para este es-



tudo. Os descritores utilizados para a busca foram: fissura labial, fissura palatal, odontopediatria e tratamento odontológico. A presente revisão de literatura foi construída a partir da leitura crítica dos trabalhos encontrados sobre o tema.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As FLP causam verdadeiros distúrbios de caráter estético e funcional, que por sua vez se agravam conforme a lesão ou mesmo devido a um tratamento inadequado (PSAUMÉ, 1965).

As malformações labiopalatais tem despertado o interesse de pesquisadores nas últimas décadas, resultando em avanços científicos, pesquisas e terapias, criando assim a necessidade de uma equipe multidisciplinar com a finalidade de proporcionar uma reabilitação estética, funcional e psicossocial do paciente portador de FLP (BUENO *et al.*, 2012). Nesta equipe, ganha destaque o cirurgião-dentista, que atua no tratamento através da ortopedia neonatal, acompanhando todas as cirurgias necessárias até a oclusão dentária estar normalizada.

Mesmo que as fissuras sejam completas e que as deformações ósseas sejam intrínsecas e mesmo de apresentação complexa, é possível resultado satisfatório com o tratamento (BUENO *et al.*, 2012).

Estudos afirmam que o tratamento e a reabilitação dos fissurados deve ter início o quanto antes, devido à complexidade do tratamento pelo qual devem passar (MITCHELL, 2002; ROMUALDO FILHO, 2006; SHAW, 2004).

Há certos desequilíbrios musculares que são criados devido à ausência de uma cinta muscular do lábio, que não se opõe quando o fissurado projeta a língua, resultando em um prognatismo superior acentuado e também assimétrico (BUENO *et al.*, 2012). Para o tratamento cirúrgico das FLP, busca-se o alongamento do palato e, concomitantemente a readaptação do diafragma palatino para a sua posição anatômica ideal, provocando o equilíbrio e o restabelecimento do fissurado, suprimindo suas carências morfológicas, fisiológicas e funcionais (FIGUEIREDO *et al.*, 2004).

Logo em seguida ao nascimento, já se torna possível perceber deformações ósseas intrínsecas e estas aumentam no primeiro mês da vida do bebê, como o deslizamento divergente dos segmentos laterais da maxila nas fissuras unilaterais e o deslizamento convergente, nos casos de fissuras bilaterais (BUENO *et al.*, 2012).

As alterações intrínsecas ainda acabam por gerar influência no crescimento e no desenvolvimento da face, causando discrepâncias verticais e anteriores entre os maxilares. Já nas fissuras bilaterais totais, as fissuras são mais complicadas por estar geralmente localizadas em nível mais baixo que o restante do plano oclusal, dificultando a mobilidade da pré-maxila (BUENO *et al.*, 2012).

Assim, há relatos de que nos casos de fissura palatina completa não se deve intervir cirurgicamente no palato duro, até que se obtenha a segurança da estabilidade da oclusão dentária (FIGUEIREDO *et al.*, 2004).

Lopes (1998) apresenta outras alterações intrínsecas devido aos tipos de fissuras e Guedes-Pinto (2012) vem corroborar afirmando que, caso as alterações não sejam corrigidas antes que se faça a cirurgia corretiva dos lábios – queiloplastia – a situação do fissurado poderá se agravar, influenciando o resultado após a cirurgia. Isto porque, quando não há uma possibilidade de uma equipe multidisciplinar atuar em um caso de FLP, o lábio é reparado por uma cirurgia com exagerada tensão, causando em alguns casos um retroposicionamento da pré-maxila de maneira indesejada e causando, mordidas cruzadas anterior e bilateral (GUEDES-PINTO, 2012).

Desta forma, as deformações ósseas intrínsecas devem ser corrigidas por tratamento ortopédico maxilar precoce e pré-operatório, evitando assim os desequilíbrios musculares e orientando o crescimento maxilar (BUENO *et al.*, 2012).

Para os pacientes fissurados, a cirurgia ortognática é percebida como o fim do tratamento, sendo esta a última cirurgia de uma longa série, que acaba por ter um caráter de libertação, de reabilitação, de estar pronto para o mundo, para o convívio social e para os relacionamentos interpessoais (ALVES, 1985; ROMANO, 1999).

Atualmente, o tratamento da FLP é feito necessariamente de modo multidisciplinar, visando a recuperação do paciente nos âmbitos morfológico, funcional e psicossocial e com uma equipe muitas vezes composta por profissionais de várias áreas do conhecimento como assistentes sociais, geneticista, pediatras, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos, odontólogos, psicólogos e nutricionistas (TUJI *et al.*, 2009).

A atuação da equipe se dá da seguinte maneira: durante os trabalhos de reabilitação do fissurado, o protesista irá restaurar ou mesmo apenas reabilitar as estruturas orofaciais que de alguma forma podem estar congenitamente ausentes ou mal formadas, proporcionando uma melhora na mastigação, deglutição, na fala e proporcionando uma melhora estética. O cirurgião plástico atua para o restabelecimento da função e estética do lábio comprometido. A assistente social atua na avaliação psicossocial do paciente e auxilia ainda na comunicação



entre a família e a equipe. O psicólogo atua no desenvolvimento cognitivo, interpessoal, emocional, comportamental e social; e propicia suporte emocional aos familiares. O fonoaudiólogo é de fundamental importância ao desenvolvimento correto da fala. O nutricionista é um profissional de suma importância para que se evitem defasagens no crescimento, destacando os benefícios orgânicos do aleitamento materno e outras situações para a alimentação correta no pré, trans e também no pós-operatório (TUJI *et al.*, 2009). Alimentar uma criança recém-nascida com FLP é um processo estressante e difícil, seja para mãe ou para o fissurado, gerando angústia, ansiedade e até certo medo (ARARUNA e VENDRÚSCOLO, 2000). O fisioterapeuta vai reeducar a respiração do paciente. O geneticista realiza aconselhamento genético, dando orientações aos familiares do paciente sobre aspectos médicos da doença e seus riscos. O psiquiatra tem ação efetiva em casos constatados de distúrbios do comportamento, tanto dos pais quanto dos pacientes. Por fim, odontopediatras e ortodontistas se responsabilizam pelos procedimentos clínicos e pela correção e estabilização dos processos alveolares e palatinos dos maxilares (TUJI *et al.*, 2009).

Em pesquisa sobre protocolo cirúrgico, Tuji *et al.* (2009) afirma que aos três meses de idade deve-se fazer na criança a queiloplastia - reconstrução do lábio; entre os 6 e 9 meses procede-se a palatoplastia - cirurgia plástica que reconstitui o palato; aos 5 anos de idade efetua-se o refinamento da cirurgia no nariz em 35% dos casos; já entre os 7 e 9 anos de idade o enxerto ósseo em 100% dos casos e entre os 12 e 18 anos a rinoplastia - cirurgia de refinamento. A cirurgia ortognática é realizada em 20% dos casos, mas somente depois do crescimento do paciente.

Para uma melhor apresentação das possibilidades de tratamento e por questões didáticas, Bueno *et al.*, 2012 descrevem o tratamento ortodôntico do seguinte modo:

- Tratamento ortopédico maxilar precoce: pré-operatório e pós-operatório;
- Tratamento ortopédico maxilar preventivo: dentição decídua;
- Tratamento ortopédico maxilar preventivo ou ortodôntico: dentição mista;
- Tratamento ortopédico maxilar ou ortodôntico corretivo: dentição permanente;
- Tratamento ortodôntico pré e pós-operatório das cirurgias ortognáticas.

Uma importante ferramenta no tratamento da FLP após as cirurgias é o uso de antibióticos. Porém, pesquisas afirmam uma resistência no uso destes medicamentos por parte dos cirurgiões-dentistas devido à resposta à ação dos antibióticos estar condicionada a fatores como idade, tamanho, peso corporal, estágio de desenvolvimento, estado nutricional,

administração concomitante com outros fármacos, horário da administração e doença pré-existente (VALENÇA *et al.*, 2009).

Ainda, pode haver agravante quando a prescrição medicamentosa é pediátrica devido ao fato de que nas crianças, seus órgãos e tecidos ainda estão se desenvolvendo e, por isso, apresentam peculiaridades fisiológicas e farmacocinéticas que exigem maior atenção na prescrição (VALENÇA *et al.*, 2009).

As condições bucais do fissurado são de grande importância para o tratamento odontológico pré-cirúrgico, devendo o paciente ser levado à cirurgia somente caso esteja com as condições bucais adequadas, como o bom estado de higiene, lesões cáries restauradas e controladas e ausência de focos de infecções (SILVA, 1983).

Periodontites são muito frequentes nos pacientes fissurados devido às dificuldades de higienização e também pelo traumatismo oclusal que ocorre na grande maioria dos dentes, que acaba levando o paciente à perda dentária de modo precoce. Segundo Tannure e Moliterno, (2007), a prevalência e a atividade de cárie em crianças fissuradas foram relativamente maiores quando comparadas às crianças sem a fissura labiopalatal. Montandon *et al.* (2001) 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.

Devido às alterações presentes em crianças portadoras de fissuras labiopalatais, torna-se necessário o acompanhamento da equipe multidisciplinar. O odontopediatra e o ortodontista, além de realizar procedimentos curativos devido à prevalência de cárie na dentição decídua e maloclusões; e atuar na ortodontia preventiva e corretiva, respectivamente, devem enfatizar a prevenção das doenças bucais, motivando todo o núcleo familiar a cuidar da saúde. Devem também estar preparados para orientar pais e responsáveis durante todo o tratamento reabilitador (TANNURE e MOLITERNO, 2007).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se especialmente por pesquisas que abordam o tratamento odontológico direcionado às crianças com fissuras labiopalatais, apesar da maioria dos estudos disponíveis na literatura científica abordarem o tratamento médico-cirúrgico para as fissuras labiopalatais.

Levantou-se a importância do início do tratamento se dar o mais breve possível, a fim de evitar consequências funcionais e psicológicas nos indivíduos fissurados, além de proporcionar-lhes um bem-estar social.

A reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatais deve ser feita por uma equipe multidisciplinar, sendo muito importante à interdisciplinaridade entre os profissionais reabilitadores. A odontopediatria e a ortodontia são fundamentais em todas as fases do tratamento do portador de fissura labiopalatal, atuando na adequação do meio bucal e na preservação dos elementos dentários sadios ao término do tratamento ortopédico e ortodôntico.

### ***DENTAL TREATMENT IN CHILDREN WITH LABIOPALATAL FISSURE: LITERATURE REVIEW***

#### ***ABSTRACT***

*Labiopalatais Fissures are congenital orofacial anomalies very common in humans. Its etiology is considered multifactorial and includes hereditary and environmental factors. It is known that the occurrence of Labiopalatais Fissures is a cause of dental anomalies and a factor predisposing to the development of oral diseases. Thus, it was the objective of the present study to contribute to the production of knowledge about dental treatment directed to children with cleft lip and palate. The importance of initiating treatment was raised if given as soon as possible in order to avoid functional and psychological consequences in the cracked individuals. The rehabilitation of patients with cleft lip and palate should be done by a multidisciplinary team. Pediatric dentistry and orthodontics are fundamental in all phases of the treatment of the patient with cleft lip and palate, acting on the adequacy of the buccal environment and the preservation of healthy dental elements at the end of the orthopedic and orthodontic treatment.*

**Key words:** *Cleft lip. Palatal cleft. Pediatric dentistry. Dental treatment.*

#### **REFERÊNCIAS**

ALVES, M.C.R. Aspectos psicológicos das intervenções cirúrgicas na área odontológica. **Odontologia Moderna**, 1985;12(6):48-52.

ARARUNA, R.C.; VENDRÚSCOLO, D.M.S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2000; 8(2): 99-105.

ARMBRUSTER, L.M. **Fissuras labiopalatais**: etiologia, epidemiologia e consequências. Piracicaba, SP: [s.n.], 2002. 52f. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

BACCETTI, T. A controlled study of associated dental anomalies. **Angle Orthodontist**, 1998; 68(3): 267-274.

BROSCO, J.U. *et al.* O fissurado brasileiro: incidência e aspectos psico-sociais. **Internista**, 1979; 11:6-10.

BUENO, D.F.; GONZÁLES, N.Z.T.; LOPES, L.D. Fissuras labiopalatinas: atuação multidisciplinar precoce: tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico. In.: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 8.ed. São Paulo, Santos, 2012. 1064p.

CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, A.S. Embriologia da face. In: **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p.1-12.

COBOURNE, M. T. The complex genetics of cleft lip and palate. **European Journal of Orthodontics**, 2004; 26(1): 7-16.

CYMROT, M. *et al.* Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, 2010; 25(4): 648-651.

DERIJCKE, A.; EERENS, A.; CARELS, C. The incidence of oral clefts: a review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 1996; 34: 488-494.

ELY, J.H. The cleft palate team. **New York State Society of Dentistry for Children journal**, 1969; 20: 9-10.

FREITAS, J.A.S. Centro de pesquisa e reabilitação das lesões lábio-palatais da **Faculdade de Odontologia de Bauru** – Universidade de São Paulo. Bauru, 1974, p. 8-47.

FIGUEIREDO, I.M.B. *et al.* Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. 2004; 17(3): 154-160.

FISH, J. The clinical management of postalveolar cleft-palate infants. **Journal of Dentistry**, 1974; 2(6): 239-46.

FISHMAN, L. S. Factors related to tooth number, eruption time, and tooth position in cleft palate individuals. **Journal of Dentistry for Children and Pediatric Dentistry**, 1970; 37(4): 303-306.

GOTTLIEB, M.A. Defectos congénitos. In: NOWAK, A.J. **Odontologia para el paciente impedido**. Buenos Mundi, 1979. cap. 4, p. 58-85.

GUEDES-PINTO, A.C. *et al.* **Odontopediatria**. 8.ed. São Paulo: Santos, 2012. 1064p.

GUNS, P. Cleft palate and its treatment. **Cleft Palate Journal**, 1970; 2: 432-5.

- HAGBERG, C. *et al.* Incidence of Cleft Lip and Palate and risks of Additional Malformation. **Cleft Palate-Craniofacial Journal**, 1998; 35(1): 40-45.
- HELLER, J.C. *et al.* Audiologic and otologic evaluation of cleft palate children. **Cleft Palate Journal**, 1970; 7: 774-783.
- JONES, K. L. **Padrões reconhecíveis de malformações congênitas**. São Paulo: Manole, 1998. 846p.
- LOPES, L. D. L. *et al.* Tratamento ortopédico-ortodôntico In: **Fissuras labiopalatinas**. 4. ed. rev. amp. atual. Carapicuíba, Pró-Fono Departamento Editorial. 1997. cap.15. p. 213-236.
- MALSON, T.S. Prosthesis for the newborn. **Journal of Prosthetic Dentistry**, 1969; 21(4): 384-387.
- MARQUES, R.F. *et al.* Embriologia. In: Altmann E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. 4. ed. rev. amp. atual. Carapicuíba, Pró-Fono Departamento Editorial. 1997. cap.1, p. 3-23.
- MITCHELL, L.E. *et al.* Guidelines for the Design and Analysis of Studies on Nonsyndromic Cleft Lip and Cleft Palate in Humans: Sumamary Report From a Workshop of the International Consortium for Oral Clefts Genetics. **Cleft Palate-Craniofacial Journal**, 2002; 3(6): 93-100.
- MONTANDON, E.M.; DUARTE, R.C.; FURTADO, P.G.C. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. **Journal Brazilian Odontopediatria Odontologia Bebê**, 2001, Curitiba; 17: 68-73.
- MOSSEY, P. A; LITTLE, J. Epidemiology of oral clefts: an international perspective In: **Cleft lip and Palate from Origin to Treatment**. Oxford 2002; 12: 127-158.
- NORONHA, L. *et al.* Malformações do sistema nervoso central: análise de 157 necrópsias pediátricas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 2000; 58: 890-896.
- OLIVEIRA, O.M.S. *et al.* **Prevalência de hipodontia e alterações da anatomia dentária relacionadas**. Disponível em:  
<[www.unitau.br/prppg/publica/biociencia/downloads/prevalenciahipodontia-n2001.pdf](http://www.unitau.br/prppg/publica/biociencia/downloads/prevalenciahipodontia-n2001.pdf)>.  
Acesso em: 10 mar. 2017.
- PRUZANSKY, S. Cleft lip and palate: Therapy and prevention. The Journal of the **American Dental Association**, 1973; 87: 1048-1054.
- PSAUMÉ, K.J. Indications actualles Du traitment orthopedique du bec-de-lièvre. **Orthodontie Francaise**, 1965; 36: 421-427.
- RANALLI, D.N. Psychosocial considerations in the dental treatment of individuals with congenital orofacial clefting: a summary for clinicians. **Special Care in Dentistry**, 1981; 1(2): 65-67.
- RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das Fissuras Labiais e Palatinas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2005;18(1): 31-40.

RIBEIRO, L. L. *et al.* Dental Anomalies of the Permanent Lateral Incisors and Prevalence of Hypodontia Outside the Cleft Area in Complete Unilateral Cleft Lip and Palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, 2003; 40(2): 172-5.

ROMANO, B.W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999. 145p.

ROMUALDO FILHO, R. F. *et al.* **Tratamento de pacientes portadores de fissuras lábio palatais**. Disponível em: <[http://www.faceamiga.org.br/arquivos/artigos/Odontologia\\_Especial.pdf](http://www.faceamiga.org.br/arquivos/artigos/Odontologia_Especial.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

ROSENSTEIN, S.W., MONROE, C.W. Maxillary orthopedics and bone grafting in cleft palate. In: GRABB, W.C. *et al.* **Cleft lip and palate - surgical, dental and speech aspects**. Boston, Little, Brown and Company, 1971, cap. 37, p. 573-580.

SHAH, C.P. *et al.* Management of children with cleft lip and palate. **Canadian Medical Association Journal**, 1980; 122(1): 19-24.

SHAPIRA, Y. *et al.* Hypodontia in Children With Various Types of Clefts. **Angle Orthodontist**, 2000; 70(1): 16-21.

SHAW, W. Global Strategies to Reduce the Health Care Burden of Craniofacial Anomalies: Report of WHO Meetings on International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies. **Cleft Palate-Craniofacial Journal**, 2004; 41(3): 238-243.

SILVA, M.L.N. **A equipe interdisciplinar no processo de reabilitação de lesões Lábio-Palatais**. Bauru, Hospital de Pesquisa e Reabilitação das Lesões Lábio-Palatais - U.S.P., 1983. p. 21-75. [Monografia (Especialista) Hospital de Pesquisa e Reabilitação das Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo].

SLAYTON, R. L. *et al.* Genetic Association Studies of Cleft Lip and /or Palate with Hypodontia Outside the Cleft Region. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, 2003; 40(3): 274-9.

SPINA, V.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S.; FERREIRA, M.C. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, 1972; 27: 5-6.

TANNURE, P. N.; MOLITERNO, L. F. M. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, 2007; 36(4): 341-345.

TOLAROVA, M. M. **Cleft lip and Palate**. Disponível em: <<http://www.emedicine.com/ped/topic2679.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

TUJI, F.M. *et al.* Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. **Revista Paraense de Medicina**. 2009; 23(2).



VALENÇA, A.M.G.; MEDEIROS, A.L.; SOUSA, S.A. Terapêutica medicamentosa adotada por cirurgiões-dentistas para pacientes pediátricos na atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2009; 13(1): 53-65.

VIEIRA, A. R. *et al.* MSX1, PAX9, and TGFA: contribute to tooth agenesis in humans. **Journal of Dental Research**, 2004; 83(9): 723-727.