

Fissura completa bilateral: características morfológicas

Marina Roncatto RODRIGUES^a, Beatriz COSTA^b,

Márcia Ribeiro GOMIDE^b, Lucimara Teixeira das NEVES^b

^a*Aluna do Curso de Especialização em Odontopediatria,*

^b*Profissionais do Setor de Odontopediatria,*

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP, 17043-900 Bauru - SP

Rodrigues MR, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Bilateral cleft lip and palate: morphological characteristics. Rev Odontol UNESP. 2005; 34(2): 67-72.

Resumo: A fissura labiopalatina é uma malformação congênita que ocorre no período embrionário e envolve os processos faciais e palatinos. No Brasil acomete um a cada 650 nascidos vivos. A reabilitação e o prognóstico do tratamento dependem da amplitude da fissura, do tamanho dos segmentos ósseos e da posição que guardam entre si. As fissuras completas bilaterais são a forma mais grave e extensa desta anomalia e apresentam uma prevalência entre 14 e 18%. Esse tipo de malformação divide a maxila em três segmentos distintos: dois palatinos e um central, também chamado de pré-maxila. O segmento anterior é independente dos outros e está ligado somente à extremidade anterior do septo nasal. O objetivo deste trabalho é descrever as diferentes posições que esses segmentos guardam entre si e no que esse posicionamento pode interferir no prognóstico de reabilitação.

Palavras-chave: *Fissura labiopalatina.*

Abstract: Cleft lip and palate is a congenital malformation that occurs in the embryonic period and affects the facial and palatal processes. In Brazil, it affects 1 out of every 650 livebirths. Rehabilitation and prognosis depend on the amplitude of the cleft, size of the bone segments and their position to each other. The bilateral complete clefts are the most severe and extensive type of cleft and affect 14 to 18% of all patients with clefts. This type of malformation divides the maxilla into three separated segments, namely two palatal segments and one central segment called premaxilla. The anterior segment is independent of the others and is only attached to the anterior end of the nasal septum. The aim of this paper is to describe the different positions these segments may present to each other, which may be close with contact, aligned without contact or close and collapsed.

Keywords: *Cleft lip and palate.*

Introdução

A fissura labiopalatina é uma malformação congênita que ocorre durante o período embrionário (3^a a 8^a semana de vida intra-uterina) e início do período fetal (7^a a 12^a semana de vida intra-uterina) por deficiência ou falta de fusão entre os processos faciais e processos palatinos primários e secundários. Há duas teorias que procuram explicar a ocorrência dessa malformação. Uma dessas teorias considera a falta de fusão dos processos faciais, enquanto a outra sugere que a falta da penetração mesodérmica acarretaria no aparecimento da fenda⁴.

A etiologia dessa malformação é multifatorial, somatório de fatores hereditários e ambientais. Os principais fatores ambientais que podem afetar o desenvolvimento do embrião são o uso de drogas ou bebidas alcoólicas, tabagismo, nível elevado de estresse e quaisquer outras alterações que acometam a mulher no início da gravidez. A hereditariedade é considerada fator etiológico em 25% a 30% dos casos de fissura labiopalatina, e, destes, apenas 5% a 10% se adaptam nos modelos mendelianos de hereditariedade³.

A fissura labiopalatina constitui a anomalia craniofacial mais prevalente entre as deformidades congênitas e, no Brasil, acomete um a cada 650 nascidos vivos⁵. Dados epidemiológicos demonstram que a menor ocorrência das fissuras é observada na raça negra e a maior, na raça amarela. A fissura mais comum é a completa de lábio e palato unilateral do lado esquerdo, e, para essa classificação, o gênero mais afetado é o masculino. Já no gênero feminino, a fissura mais prevalente é a de palato².

Na literatura encontram-se inúmeros sistemas de classificação dessa malformação, porém o utilizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP (HRAC/USP) é o descrito por Spina et al.⁸ (1972) que define as fissuras por sua extensão tendo como referência anatômica o forame incisivo, resgatando, assim, a origem embriológica da fissura. Essa classificação divide as fissuras em quatro grupos. No Grupo I estão as fissuras pré-forame incisivo que envolvem o lábio e/ou o rebordo alveolar e podem ser: unilaterais, bilaterais e medianas. No Grupo II estão as fissuras transforame incisivo, as quais envolvem lábio e palato e também podem ser unilaterais ou bilaterais. As fissuras pós-forame incisivo fazem parte do Grupo III e podem ser completas ou incompletas. Por fim, no Grupo IV, encontram-se as fissuras raras da face. Posteriormente a essa classificação, foi proposta por Silva Filho et al.⁷ (1992) uma modificação que inclui no Grupo II as fissuras medianas. Na casuística do HRAC-USP, a fissura completa de lábio e palato bilateral apresenta baixa prevalência, correspondendo a 13,9% dos casos, segundo Silva Filho et al.⁶ (2000). No entanto, por ser a forma mais severa e extensa de manifestação dessa malformação, é comum observar diferentes posições dos segmentos envolvidos. Assim, o objetivo deste trabalho é descrever as características morfológicas das fissuras completas bilaterais e ilustrar as diferentes posições dos segmentos palatinos e da pré-maxila.

Características morfológicas da fissura completa de lábio e palato bilateral

A fissura completa de lábio e palato bilateral é a forma mais complexa das fissuras e divide a maxila em três segmentos: dois palatinos e um central também chamado de pré-maxila.

Esses segmentos podem apresentar-se em diferentes posições: aproximados com contato (Figura 1), alinhados sem contato (Figura 2) e aproximados em colapso (Figura 3). A pré-maxila apresenta tamanho e morfologia variados, podendo apresentar-se aumentada (Figura 4) ou hipodesenvolvida (Figura 5), centralizada (Figura 6), voltada para a esquerda (Figura 7) ou para a direita (Figura 8), além de encontrar-se projetada (Figura 7) ou não no sentido ântero-posterior.

Interferem no prognóstico da reconstituição estética desse tipo de fissura a proporção/volume da pré-maxila, a distância entre os três segmentos e a presença e a quantidade

de tecido mole que os une. Esse tecido mole é chamado de Bandeleta de Simonart (Figuras 9 e 10) e encontra-se na base nasal, desviando a pré-maxila para o lado em que está presente. Pode ser constituído apenas de mucosa, mucosa e pele ou mucosa, pele e músculo, e quanto maior a quantidade de estruturas presentes melhor será o resultado estético.

Quanto às características nasais dos portadores de fissuras bilaterais completas, o septo nasal encontra-se exposto, havendo comunicação das cavidades bucal e nasal. A asa do nariz geralmente é achatada e a extremidade da ponta do nariz é abaixada em função da ausência ou hipodesenvolvimento da columela.

Discussão

A fissura completa de lábio e palato bilateral é a mais severa dentre as fissuras e também apresenta grande comprometimento estético em função de sua extensão, necessitando de um maior número de cirurgias primárias e secundárias para sua total reparação. As cirurgias primárias constituem-se da correção cirúrgica da fenda labial que deve ser realizada a partir do terceiro mês de vida, e da palatoplastia, que consiste na reconstrução do palato e pode ser feita a partir do décimo segundo mês de vida¹. Após essa primeira etapa da reabilitação, a característica pré-cirúrgica de projeção da pré-maxila é atenuada pelas próprias forças oriundas da reconstrução cirúrgica do músculo orbicular do lábio. Nessa fase, esses diferentes posicionamentos da pré-maxila e dos segmentos palatinos vão interferir no prognóstico de tratamento mais ou menos favorável, já que, a partir dessa posição, serão definidas as necessidades ortodônticas e de cirurgias secundárias.

A posição inicial dos segmentos palatinos em relação à pré-maxila é que determinará o tipo de oclusão do paciente após a cirurgia, podendo, quando colapsados, resultar em mordidas cruzadas transversas. Tal problema pode ser resolvido posteriormente com manobras ortodônticas de expansão maxilar.

A face do paciente portador de fissura completa de lábio e palato bilateral geralmente apresenta uma convexidade exagerada, redução significativa da columela nasal e abaixamento do ápice nasal, características decorrentes da projeção da pré-maxila que difere de acordo com o posicionamento da mesma.

A dentição desses pacientes também pode sofrer algumas alterações, principalmente na região da fenda, como a presença de dentes supranumerários, agenesias tanto na dentadura decídua como na permanente ou a ocorrência de dentes conóides ou com alterações de forma ou estrutura. Na ocorrência dessas alterações nos dentes na área da fenda e quando há colapso dos segmentos palatinos, são comuns lesões de cárie nesses elementos, o que impossibilita a realização de cirurgias secundárias.



Figura 1. Pré-maxila volumosa com segmentos palatinos aproximados e com contato.



Figura 2. Segmentos palatinos aproximados com contato e com colapso.



Figura 3. Pré-maxila centralizada e segmentos palatinos em colapso e sem contato.



Figura 4. Pré-maxila volumosa, centralizada, com segmentos palatinos aproximados sem contato e com colapso, além da presença de dentes neonatais bilateralmente.



Figura 5. Pré-maxila hipodesenvolvida e desviada para a esquerda.

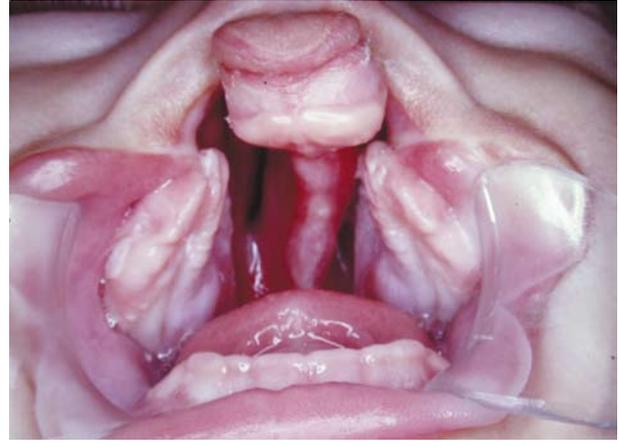


Figura 6. Segmentos palatinos alinhados e sem contato.

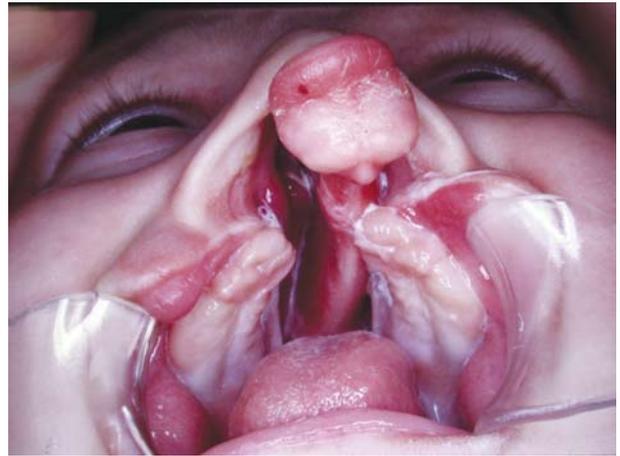


Figura 7. Pré-maxila desviada para a esquerda e anteriorizada.



Figura 8. Pré-maxila desviada para a direita e segmento palatino direito com contato.



Figura 9. Bandeleta de Simonart desviando a pré-maxila para a direita com segmento palatino direito em contato.



Figura 10. Bandeleta de Simonart dos dois lados com segmentos palatinos em contato.

Quando a pré-maxila é hipodesenvolvida, é comum ocorrer agenesia dos incisivos laterais superiores e, nesses casos, o prognóstico estético do tratamento não é tão favorável. Na ocorrência de pré-maxila hiperdesenvolvida, geralmente não há rotação com a correção cirúrgica, e o prognóstico é melhor até pela presença dos dentes e preservação de maior quantidade de tecido ósseo. Em relação ao posicionamento da pré-maxila no sentido lateral, tanto o desvio para um lado quanto para o outro interfere no tipo de fibrose cicatricial e na tensão labial exercida sobre a pré-maxila no lado oposto para o qual se desviou, até pela maior distância em que se encontrava desse segmento.

Conclusão

As fissuras completas bilaterais apresentam diversas características anatômicas que interferem de forma significativa no prognóstico da reabilitação.

Referências

1. Aiello CA, et al. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast Editora; 2000. cap.3, p.111-39.
2. Capelloza Filho L, et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatinas. Rev Bras Cir. 1987; 77: 223-30.
3. Capelloza Filho L, et al. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras lábio-palatinas. Rev Bras Cir. 1988; 78: 233-40.
4. Carreirão S, et al. Tratamento das fissuras labiopalatinas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1996.
5. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. Rev Fac Odontol Univ São Paulo. 1968; 6: 111-28.
6. Silva Filho OG, Freitas JAS, Okada T. Fissuras labiopalatinas: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. cap.19, p.481-527.
7. Silva Filho OG, et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Rev Bras Cir. 1992; 82: 59-65.
8. Spina V, et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. Rev Hosp Clin. Fac Med S Paulo. 1972; 27: 5-6.