

## Fissura palatina: apresentação de um caso clínico

*Patricia Nivoloni TANNURE<sup>a</sup>, Luiz Flávio Martins MOLITERNO<sup>b</sup>*

<sup>a</sup>*Especialista em Odontopediatria, UERJ, 20550-900 Rio de Janeiro - RJ, Brasil*

<sup>b</sup>*Professor Adjunto da Disciplina de Odontopediatria, UERJ, 20550-900 Rio de Janeiro - RJ, Brasil*

Tannure PN, Moliterno LFM. Cleft palate: a case report. Rev Odontol UNESP. 2007; 36(4): 341-345.

**Resumo:** A fissura palatina é uma malformação congênita, decorrente da falta de fusão do palato durante o período intra-uterino. As alterações morfológicas e funcionais decorrentes desta patologia afetam principalmente a alimentação e a fala. É comum a presença de anomalias dentárias, maloclusões e alta prevalência de cárie na dentição decídua. O tratamento da fissura palatina deve ser realizado por equipe multidisciplinar, e o odontopediatra, membro desta equipe, tem um papel fundamental na promoção da saúde bucal destes pacientes. O objetivo deste artigo foi relatar o caso de uma criança de 7 anos de idade, portadora de fissura palatina, que procurou atendimento na clínica de Odontopediatria de uma faculdade pública, impedida de realizar a cirurgia reparadora devido à presença de lesões cáries e infecção dentária.

**Palavras-chave:** *Fissura palatina; odontopediatria; cárie dentária.*

**Abstract:** The cleft palate is a congenial malformation, originating from the lack of fusion of the palate during the intrauterine period. Morphologic and functional alterations of this pathology affect mostly feeding and speech. It is rather common to observe the presence of abnormalities, malocclusions and high prevalence of dental caries in the deciduous dentition. The management of cleft palate must be provided by a multidisciplinary team, and the pediatric dentist has a important role in the oral health of such patients. The aim of this study was to relate a case report of a 7 year old child, with cleft palate, treated in the pediatric dentistry department of a public university, hindered to carry through the repairing surgery due the presence of carious lesions and dental infection.

**Keywords:** *Cleft palate; pediatric dentistry; dental caries.*

### Introdução

A fissura palatina é uma malformação congênita caracterizada por uma alteração ocorrida entre a quarta e a sétima semanas de vida intra-uterina, levando a uma falha na fusão dos processos palatinos. Pode envolver o pré-palato, situado anteriormente ao forame incisivo, o palato duro e/ou o palato mole e normalmente está associada a fissuras labiais. No Brasil, a prevalência estimada entre os anos de 1975 a 1994 foi de 0,19 por 1000 nascidos vivos<sup>1</sup>. O estudo de Suleinan et al.<sup>2</sup> realizado no Sudão, encontrou 0,9 entre 1000 nascidos vivos apresentando fissura labiopalatina.

Sua etiologia é considerada multifatorial e inclui fatores hereditários e ambientais. De acordo com o estudo caso-controle de Loffredo et al.<sup>3</sup>, podem ser considerados fatores de risco para fissuras labiopalatinas a epilepsia na mãe, ingestão de antiinflamatório na gestação, hereditariedade,

poluição, ocorrência de raios X e aplicação de pesticidas na lavoura pelo pai.

Crianças portadoras de fissura palatina normalmente apresentam, logo após o nascimento, dificuldades durante a amamentação. Embora estas crianças possuam os movimentos reflexos de sucção e de deglutição intactos, a dificuldade está em isolar a cavidade oral e conseguir uma pressão negativa para uma adequada sucção<sup>4</sup>.

De acordo com os resultados de Pini, Peres<sup>5</sup>, portadores de fissura pré-forame incisivo conseguiram ser amamentados por um período de tempo maior quando comparados às crianças portadoras de fissura pós-forame e transforame, sugerindo que o aleitamento materno é mais efetivo nas fissuras mais simples. No entanto, foi relevante o número de crianças com fissura transforame incisivo aleitadas ao

seio, uma vez que a gravidade da própria lesão dificulta o processo, entretanto, parece não impedi-lo.

Por outro lado, alguns bebês impossibilitados da amamentação natural possuem o primeiro contato com a mamadeira muito precocemente. Nestes casos, deve-se dar preferência a bicos de látex e, caso haja necessidade, recomenda-se ampliar o furo do bico para até 1 mm de largura para facilitar a sucção<sup>6</sup>. Placas obturadoras podem ser confeccionadas com o objetivo de melhorar a sucção<sup>7</sup>.

Outro fato relevante é que portadores de fissura palatina podem apresentar atraso na aquisição da fala e da linguagem, distúrbios articulatorios e vocais. A fissura pode contribuir também para acumular fluidos no ouvido médio, o que pode causar otites e até perda da audição de suave a moderada<sup>8</sup>.

De acordo com o estudo de Richman et al.<sup>9</sup>, foi identificado que 50% de crianças portadoras de fissura palatina apresentaram dificuldade de leitura, persistindo até a adolescência. Broder et al.<sup>10</sup> encontraram 46% do grupo de crianças com fissura palatina apresentando problemas de aprendizagem.

Na dentição, é comum observar-se a presença de incisivos centrais superiores natais ou neonatais em portadores de fissura palatina unilateral ou bilateral completa. A remoção destes elementos, quando mal implantados, é quase sempre necessária, para evitar uma possível deglutição ou aspiração. São freqüentes também as microdontias na área da fissura, dentes em T, giroversões, fusões, geminações e hipoplasias de esmalte<sup>5</sup>. Podem ainda ser observadas alterações na oclusão, como mordida cruzada posterior, oclusão topo-a-topo ou mordida cruzada anterior<sup>7</sup>.

Destaca-se ainda o fato de que crianças portadoras de fissura possuem uma alta prevalência de cárie na dentição decídua, quando comparadas às crianças normais, e são consideradas de alto risco para o desenvolvimento de lesões cáries<sup>11,12</sup>. De acordo com o estudo de Bian et al.<sup>13</sup>, crianças chinesas portadoras de fissura labiopalatina apresentaram altos níveis de cárie dental quando comparadas às portadoras de fissura labial isolada. Já no estudo de Bokhout et al.<sup>11</sup>, a ocorrência de cárie na dentição decídua de crianças fissuradas foi 3,5 vezes maior em relação ao grupo controle, sendo que o maior risco de cárie foi nos incisivos superiores próximos à fissura.

Em relação ao tratamento da fissura, a extensão e o momento em que deve ser realizada a cirurgia reparadora é uma das controvérsias encontradas na literatura, pois se tem relatado um notável equilíbrio entre os benefícios do desenvolvimento da boa fala contra os efeitos deletérios do crescimento da face média em função do traumatismo cirúrgico associado à cicatrização<sup>14</sup>.

Dessa maneira, a indicação para a cirurgia reparadora depende da equipe multidisciplinar. Existem profissionais que a realizam ao nascimento, outros aos 6 meses de idade nos fissurados unilaterais e, nos bilaterais, em dois tempos

cirúrgicos: o primeiro aos 3 meses e o segundo aos 6 meses de idade. A palatoplastia é realizada em torno dos 18 meses de idade, desde que as condições ortopédicas e gerais do paciente sejam obtidas<sup>7</sup>.

Diante disso, o objetivo deste artigo é apresentar o caso clínico de uma criança de 7 anos de idade, portadora de fissura palatina, que procurou atendimento na clínica de Odontopediatria de uma faculdade pública, impedida de realizar a cirurgia reparadora devido à presença de lesões cáries e infecção dentária.

## Relato do caso

A paciente N.N.O., com 7 anos de idade, sexo feminino, cor parda, foi encaminhada à clínica de Odontopediatria de uma faculdade pública do Rio de Janeiro para tratamento odontológico. Durante a anamnese, a mãe relatou que a criança era portadora de fissura palatina e alterações cardíacas. Também confirmou a ausência de outros indivíduos na família afetados pela malformação. No histórico pré-natal, relatou hemorragia cessada através de medicamentos e acompanhamento médico somente no último trimestre da gestação. Logo após o nascimento, a criança recebeu uma placa obturadora e foi alimentada através de um bico especial adaptado a sua mamadeira até o primeiro ano de vida.

No exame clínico intrabucal, foram verificados a presença de fissura palatina pós-forame incisivo incompleta, úvula bífida, (Figura 1) lesões de cárie, além de um abscesso periapical envolvendo o segundo molar decíduo inferior esquerdo. Apresentou ainda relação de molares decíduos tipo degrau mesial e desvio de linha média. (Figura 2). Sua fala era anasalada, deficiente e possuía halitose. Demonstrava medo, dificuldades no relacionamento pessoal e baixa auto-estima.

Foram realizadas radiografias panorâmica e complementares (Figuras 3, 4, 5 e 6) e verificou-se que o desenvolvi-



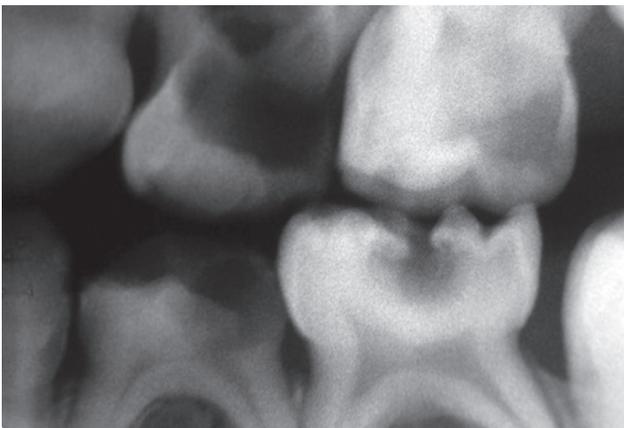
**Figura 1.** Aspecto clínico da fissura palatina pós-forame incompleta.



**Figura 2.** Vista frontal da oclusão.



**Figura 3.** Radiografia Bite-wing lado direito.



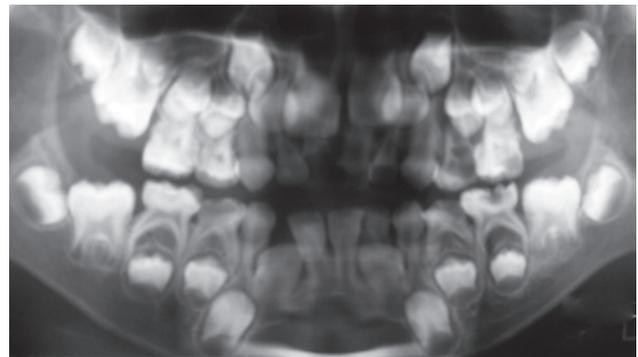
**Figura 4.** Radiografia Bite-wing lado esquerdo.

mento dos dentes estava compatível aos padrões normais de cronologia e seqüência. Solicitou-se autorização médica para tratamento odontológico sob anestesia local.

A mãe e a criança receberam orientações em relação à higiene bucal e dieta de controle da sacarose. O tratamento odontológico constou de: exodontias, pulpotomias com formocresol, restaurações com ionômero de vidro e compósito e aplicações tópicas de flúor.



**Figura 5.** Radiografia periapical anterior.



**Figura 6.** Radiografia panorâmica.

Durante as primeiras consultas, a criança resistiu ao tratamento e, com o tempo, percebeu-se melhora no comportamento e maior socialização, auto-estima recuperada e cuidados com a higiene bucal e pessoal.

Em seguida, a criança foi encaminhada para a realização da cirurgia reparadora (Figura 7). Depois do período de recuperação, iniciou tratamento fonoaudiológico e psicológico, foi matriculada em uma escola e continuou recebendo acompanhamento odontológico.

## Discussão

A amamentação parece ser o primeiro desafio na vida de uma criança portadora de fissura labiopalatina. As dificuldades mais frequentes relatadas são: ingestão insuficiente, sucção deficitária, escape nasal, excessiva deglutição de ar, vômitos abundantes, engasgamentos e asfixias. Portadores de fissura pré-forame normalmente conseguem adaptar a fenda ao seio materno, e portadores de fissura transforame



**Figura 7.** a, b) Aspecto clínico após o tratamento cirúrgico restaurador e a palatoplastia.

e pós-forame dependem da capacidade de criar um vácuo através do fechamento da fenda com a própria língua<sup>15</sup>.

As recomendações relativas à amamentação no período pós-cirúrgico apresentam divergências. Algumas equipes incentivam a amamentação imediatamente após a correção cirúrgica do lábio e do palato beneficiando a cicatrização, já que a sucção realizada pelo bebê melhoraria o tônus muscular do lábio<sup>16</sup>. Outros cirurgiões proíbem o uso de mamadeiras e amamentação natural e recomendam o uso de cateter de borracha durante o primeiro mês após o reparo cirúrgico<sup>13</sup>.

Cabe ao odontopediatra informar os responsáveis a respeito das anomalias dentárias, atrasos na erupção e maloclusões. Há ainda necessidade do tratamento preventivo, uma vez que crianças portadoras de fissuras são mais susceptíveis à doença cárie<sup>17</sup>. Entretanto, é comum um cuidado mínimo em relação à higiene bucal dos filhos diante de numerosos procedimentos médicos necessários.

No caso relatado, a presença de lesões de cárie e infecção impedia a realização da palatoplastia devido à possibilidade de infecções no trans e pós-operatório. O fato de uma boa saúde bucal ser pré-requisito para a realização da cirurgia reparadora, torna-se fator de motivação dos responsáveis para o alcance desta condição<sup>5</sup>.

A ausência do acompanhamento de equipe multidisciplinar nos primeiros anos de vida desta criança acarretou inúmeros prejuízos, entre eles, o atraso na cirurgia reparadora, uma precária condição bucal, deficiências na comunicação e problemas psicológicos. De acordo com a literatura consultada, a palatoplastia deve ser realizada por volta do período entre 12 e 18 meses de idade, havendo uma enorme discrepância se comparada à idade da paciente quando da sua realização.

## Conclusão

Em decorrência das alterações presentes em crianças portadoras de fissura palatina, torna-se necessário o acompanhamento da equipe multidisciplinar. O odontopediatra, ante as anomalias dentárias, maloclusões e alta prevalência de cárie na dentição decídua, deve enfatizar a prevenção das doenças bucais e estar preparado para orientar pais e responsáveis durante o tratamento reabilitador.

## Referências

1. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Pública.* 2001;35:571-5.
2. Suleinan AM, Hanzah ST, Abusalab MA, Samaan KT. Prevalence of cleft lip and palate in a hospital-based population in the Sudan. *Int J Paed Dent.* 2005;3:185-9.
3. Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes J, Souza Freitas JA, Spiri WC. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública.* 1994;28:213-7.
4. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent Clin North Am.* 2003;47:305-17.
5. Pini JG, Peres SPBA. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: Aleitamento e introdução alimentar. *Rev Nutrição.* 2001;14:195-99.
6. Dalben GS, Costa B, Gomide MR. Características básicas do bebê portador de fissura lábio-palatal – aspectos de interesse para o CD. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002;56:223-6.
7. Lopes LD, González NZT. Fissuras labiopalatinas Atuação multidisciplinar precoce – tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância.* São Paulo: Ed Santos; 2001. p. 627-43.
8. Morris H, Ozanne A. Phonetic, phonological and language skills of children with a cleft palate. *Cleft Palate*

- Craniofac J. 2003;40:460-70.
9. Richman LC, Eliason MJ, Lindgren SD. Reading disability in children with clefts. *Cleft Palate J.* 1988;25:21-5.
  10. Broder HL, Richman LC, Matheson PB. Learning disability, school achievement and grade retention among children with cleft; a two-center study. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35:127-31.
  11. Bokhout B, Hofmam FXWM, Limbeek JV, Kramer GC, Prahi Andersen B. Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. *Caries Res.* 1997;31:8-12.
  12. Lin YT, Tsai CL. Comparative anti-caries effects of tablet and liquid fluorides in cleft children. *J Clin Dent.* 2000;11:104-6.
  13. Bian Z, Du M, Bedi R, Holt R, Jin H, Fan M. Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate. *Pediatr Dent.* 2001;23:431-4.
  14. Jayasekera T, Hall R, Lopacki S. Tratamento das fissuras labiopalatais. In: Cameron A, Widmer R. *Manual de odontopediatria.* São Paulo: Ed. Santos; 2001. p. 289-305.
  15. Almeida MLG, Passerotti ALAC. Amamentação materna em fissurados: estudo retrospectivo. *Pediatr Mod.* 1986;21:85-90.
  16. Schardosim LR, Nogueira DA, Bosco VL, Pereima MJL. Bebês portadores de fissura labiopalatal: satisfação dos pais com as orientações recebidas dos profissionais. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê.* 2004;40:568-73.
  17. Armada L, Armada-Dias L, Tato NA, Alves MU. Prevalência de alterações bucais em crianças portadoras de fendas labiopalatinas atendidas no hospital Nossa Senhora do Loreto – RJ. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005;5:165-70.

