

Fissuras orofaciais: revisão da literatura

The orofacial fissures: literature review

Las hendiduras orofaciales: una revisión de la literatura

Ângelo César Rosa

Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde da Família
Especialista em Saúde Coletiva e da Família,
Epidemiologia,
Gestão Hospitalar e Odontologia do Trabalho

Carlos Gonçalves Serra

Cirurgião-Dentista. Doutor e Mestre em Saúde Coletiva
IMS/UERJ
Especialista em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Especialista em Odontologia Social PUC/RJ

RESUMO: As fendas orofaciais são defeitos congênitos maiores e mais comuns em seres humanos. Não há uma etiologia definida para as fissuras, mas estas ocorrem em nível embriológico. O tratamento requer uma equipe multidisciplinar composta de profissionais de outras áreas da saúde, como: médicos, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, etc. Este trabalho tem por objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre o tema, buscando um entendimento multidisciplinar para o dentista conhecer as participações de outros profissionais em relação à atenção integral à saúde desses pacientes, e ainda entender e refletir sobre sua própria atuação.

Palavras-chaves: fissuras orofaciais; etiologia; tratamento

ABSTRACT: *The orofacial fissures are the most common major congenital defects in humans. There is no defined etiology for*

the fissures, but these occur in embryological level. Treatment requires a multidisciplinary team composed of professionals from other areas of health, such as doctors, dentists, psychologists, speech therapists, etc. This paper aims to present a review of literature on the subject, seeking a multidisciplinary approach to understanding the dentist knowing the holdings of other professionals in relation to comprehensive health care for these patients, and still being able to understand its own performance.

Keywords: *orofacial fissures; etiology; treatment*

RESUMEN: *Las hendiduras orofaciales son defectos de nacimiento más grande y más común en los seres humanos. No hay etiología definida por las hendiduras, pero esto ocurre en el nivel embriológico. El tratamiento requiere un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de otras áreas de salud, tales como médicos, dentistas, psicólogos, logopedas, etc. Este documento tiene como objetivo presentar una revisión bibliográfica sobre el tema, en busca de un enfoque multidisciplinario para el dentista conocer las participaciones de otros profesionales acerca de la atención integral a la salud de estos pacientes y poder comprender y reflexionar sobre su propio desempeño.*

Palabras-clave: *hendiduras orofaciales;*

INTRODUÇÃO

As fendas labiais ou labiopalatais e as palatinas se constituem numa das principais malformações da face, para as quais o cirurgião dentista deve estar atento. As fendas orais são anomalias craniofaciais que requerem reabilitação desde a intervenção cirúrgica, passando pela orientação nutricional, odontológica, fonoaudiológica, médica e psicológica e sua ocorrência é de em média 01 para 700 recém nascidos¹.

A assistência a estas crianças, em sua fase de desenvolvimento e crescimento, necessita de constante suporte nutritivo, emocional e intelectual, visto que sofrem interferência em sua capacidade natural de serem adequadamente alimentadas, e ainda apresentam aspectos negativos em sua evolução normal². Frequentemente estas malformações estão associadas a sentimentos de inferioridade, que pode se agravar na adolescência, período da vida caracterizada por amplas e profundas modificações psicossomáticas³.

Desta maneira, torna-se importante o acompanhamento precoce do fissurado por um odontopediatra, pois, quando formos analisá-lo em relação aos problemas bucais decorrentes dessa malformação veremos que as sequelas bucais são muitas e dentre elas podemos citar: más posições e defeitos de formação dentária que predis põem às lesões cáries, como também à dieta líquido/pastosa, por vezes açucarada, utilizada na forma de mamadeiras⁴.

Este estudo é uma revisão de literatura em que se busca um entendimento multidisciplinar para o Cirurgião-Dentista em relação à assistência aos portadores de fissuras orofaciais,

no sentido de explicitar as atuações de outros profissionais que participam do atendimento a estes pacientes como também, possibilitar o entendimento e a reflexão sobre sua própria participação.

Etiologia das fissuras

Não se define uma causa específica para as fissuras, mas sabe-se como ela acontece do ponto de vista embriológico. As fissuras labiopalatais devem ser entendidas como anomalias congênitas que integram dois grupos distintos de nosologias do ponto de vista etiológico: as fissuras de lábio (unilateral ou bilateral) e as fissuras lábio-palatais. Ambas são resultantes da falta de fusão dos processos nasais da proeminência frontal, com o processo maxilar na sétima semana de vida intrauterina⁵.

A fissura labiopalatal resulta de má formação congênita decorrente de falhas no desenvolvimento ou na maturação dos processos embrionários entre a quarta e oitava semanas de vida intrauterina, período no qual ocorre a formação de estruturas do organismo como o cérebro, olhos, órgãos digestivos, língua e vasos sanguíneos⁶.

Através de vários estudos⁷ foram verificados e identificados os seguintes fatores de risco para as fissuras labiais ou labiopalatais: hereditariedade, na qual os antecedentes familiares, quando portadores desta malformação, apresentavam sempre as fissuras labiais ou labiopalatais e nunca a fissura palatina isoladamente; epilepsia da mãe foi outro fator de risco apontado, em torno de 2.39%. Embora o intervalo de confiança estivesse no limite; essa variável tem apresentado resultados controversos em relação a sua importância como fator de risco, ou, se na realidade, é a

ingestão de drogas anticonvulsivantes que gera as fissuras, já que alguns autores associam a malformação à epilepsia, não como um fator de anomalia genética, mas sim pelo uso de drogas anticonvulsivantes usadas no seu controle. Outro fator de risco é o uso de anti-inflamatórios nos quatro primeiros meses de gestação.

Ainda em relação aos fatores de risco, algumas pesquisas⁸ apontam para a necessidade de não serem ingeridas quaisquer drogas nos quatro primeiros meses de gestação, excetuando-se os complexos vitamínicos que são considerados fatores de proteção para o feto. A poluição⁹ também foi considerada fator de risco, de acordo com estudos experimentais em camundongos.

Em relação à fissurapalatina, especificamente, a análise multivariada⁷ identificou como fatores de risco a hereditariedade, já que os portadores de fissura palatina que apresentam antecedentes familiares de fissura referiam-se sempre à história de fissuras palatinas e nunca de fissura labial ou lábio palatina. Também se observou⁹ que a fissura palatina apresentava maior vulnerabilidade do que a labial ou lábio-palatina em cada grupo da população da mesma etnia, sugerindo que o meio ambiente estivesse envolvido.

Entre o 10º e 15º dia de vida o embrião começa a esboçar a formação da boca¹⁰, representada por uma depressão mediana, cercada por 05 saliências denominadas brotos faciais primitivos (01 frontal, 02 maxilares e 02 mandibulares). Aproximadamente no 30º dia de vida, há uma subdivisão do botão frontal em um botão mediano (naso-medial) e dois laterais (naso-laterais). Na parte inferior do broto naso-medial aparecem duas saliências

chamadas de processos globulares. Entre o 35º e 40º dia, os brotos maxilares avançam medialmente até se unirem na linha média com o broto mediano (processos globulares) para completar a formação do lábio, as fissuras resultam da falta de coalescência dos botões maxilares com o processo globular derivado do processo naso-medial.

Deve-se acrescentar que a ocorrência destas fissuras também é influenciada por aspectos relacionados à sazonalidade, classe social, etnia, idade dos pais, peso ao nascer, tabagismo, e a procedência⁵. As fissuras labiais ou labiopalatais estão presentes em 78,6% dos casos enquanto que as fissuras palatinas ocorrem em torno de 21,3%⁷, sendo que a frequência destas últimas é maior entre as mulheres do que em homens.

Alguns trabalhos mostraram ser difícil distinguir a diferença da ocorrência de fissuras entre homens e mulheres, tendo em vista que os homens obtiveram um percentual de fissuras de 52% e as mulheres 48%⁶. Embora essa diferença seja insignificante estatisticamente ela sinaliza para uma tendência do aparecimento em homens.

Classificação das fissuras orofaciais

Quanto à classificação das fissuras, a mais utilizada é a que utiliza como ponto de referência o forame incisivo, limite entre o palato primário e o secundário (pré-lábio, pré-maxila e septo cartilaginoso) separando as fissuras labiopalatinas em três tipos principais¹¹:

Grupo I - Fissuras pré-forame incisivo: são aquelas fissuras que acometem os tecidos moles e ou ósseos anteriores ao forame incisivo; essas fissuras podem ser unilaterais, bilaterais ou medianas. Podem ser incompletas (acometem

apenas tecidos moles) ou completas (acometem tecidos moles e ósseos).

Grupo II - Fissuras transforame incisivo: são aquelas fissuras que acometem, em toda a sua extensão (tecidos moles e ósseos), o palato primário e secundário. Essas fissuras podem ser unilaterais (maior prevalência pelo lado esquerdo) ou bilaterais.

Grupo III - Fissuras pós-forame incisivo são aquelas fissuras que acometem os tecidos moles e/ou ósseos posteriores ao forame incisivo. Essas podem ser completas ou incompletas.

A fissura de palato submucoso, omitida na classificação mais utilizada¹⁰, acima descrita, é caracterizada pela presença de úvula bífida, diástase muscular, e chanfradura óssea, causada pela falta de fusão do tecido muscular (palato mole) ou osseo (palato duro) na linha média. Isso ocorre subjacentemente a uma camada mucosa intacta e confere ao palato uma falsa idéia de normalidade. Pode ocorrer o comprometimento do mecanismo velofaríngeo e conseqüentemente da fala.

Aspectos multidisciplinares

Abordagem da psicologia: o psicólogo tem importância fundamental no acompanhamento desta criança até o final de sua adolescência e, se necessária, após esta também. Os pais, após o nascimento do filho com esta malformação congênita, são tomados por um grande choque emocional em que os padrões mais comuns de reação são¹²: a negação da realidade da deficiência, lamentações e consideração dos pais com a própria sorte, ambivalência sobre a criança ou até a sua rejeição, sentimentos de culpa e vergonha, depressão e tristeza.

Dessa maneira, nesta fase, o psicólogo deve

atuar com o intuito de confortar os pais neste momento da vida tão delicado para as partes. A criança portadora desta anomalia só percebe ser um paciente “especial” após 05 anos de idade, quando começa o convívio com outras crianças¹².

Nesse sentido, deve-se ficar atento à evolução da criança³, pois nossas inquietações relacionam a presença de malformações com sentimentos de inferioridade, que podem se agravar na adolescência, período da vida caracterizada por amplas e profundas modificações psicossomáticas, e que os pacientes portadores de fissuras enfrentam barreiras para atingir um desenvolvimento psicológico satisfatório. Esta barreira, associada ao desejo de ter um corpo perfeito, saudável e atraente, repercutirá negativamente sobre a autoimagem e, com isso, o psicólogo deve procurar fazer uma orientação aos pais e aos indivíduos fissurados.

O fonoaudiólogo tem papel importantíssimo na assistência aos portadores de fissuras orofaciais, porque esses pacientes têm comprometimento no desenvolvimento da fala. Tal profissional pode prevenir, orientar, diagnosticar e planejar procedimentos terapêuticos, através de um programa integrado para este paciente¹⁰.

Esse paciente pode desenvolver problemas de ouvido médio, como otites recorrentes principalmente em pacientes portadores de fissuras palatinas, isso devido à disfunção da tuba auditiva¹⁰. O paciente com fissura do palato apresenta uma deficiência no processo de abertura da tuba auditiva que se faz basicamente por dois músculos: o levantador e o tensor do véu palatino. Esses músculos perdem a sua fixação na aponeurose do véu

palatino interferindo no mecanismo de abertura da tuba.

O refluxo de alimentos na cavidade nasal pode resultar em otites médias e ainda levar a uma hipoacusia condutiva, e ainda uma hipoplasia da cartilagem da tuba auditiva, podendo ocasionar a perda da audição, e se a anomalia for conjunta a algumas síndromes ainda pode ocorrer uma perda neurosensorial¹⁰. Com isso o fonoaudiólogo é indispensável na equipe multidisciplinar, pois irá lançar mão de seus conhecimentos para o cuidado deste paciente.

O enfermeiro é introduzido neste contexto em conjunto com o nutricionista, tendo em vista que a nutrição desta criança é importantíssima para o seu desenvolvimento, então cabe a estes profissionais auxiliarem a mãe nesta tarefa. A alimentação deve ser estimulada precocemente, ou seja, logo após o nascimento, acompanhado por enfermeiros, nutricionistas, neonatologistas, fonoaudiólogos e outros membros de uma equipe multidisciplinar², aumentando assim, as chances de sucesso e de melhores condições de vida para a criança, possibilitando que brevemente as intervenções cirúrgicas sejam realizadas com êxito.

A alimentação do paciente fissurado labiopalatino é dificultada por falta de sucção por ausência de pressão intra-oral, ocorrendo tempo de mamada prolongado e regurgitação. As crianças portadoras de fissura pré-forame incisivo não têm problemas alimentares, mas aquelas com fissuras pós-forame ou trans-forame, incisivo, podem apresentar dificuldades alimentares por não conseguirem pressão intra-oral suficientes². O enfermeiro deve orientar bem a mãe para que o filho não tenha tantos casos de vômitos e engasgos, já

que o paciente, portador de apenas fissuras sem síndromes aliadas, possui boa movimentação mandibular, apesar de pouca pressão intra-oral pode sugar o peito materno².

O aconselhamento precoce sobre as melhores técnicas alimentares mostra que crianças fissuradas vivendo em famílias bem orientadas crescem mais e alimentam-se mais facilmente, além disso, diminui a ansiedade dos pais¹⁰.

O aleitamento materno deve ser feito colocando o recém-nascido 05 minutos em cada seio para estimular a descida do leite e para reforçar o contato mãe e filho, e após deve-se oferecer o leite ordenhado em mamadeira com bico ortodôntico e furo para cima. O estado nutricional do paciente fissurado está altamente relacionado à possibilidade de correções cirúrgicas, da anomalia².

A alimentação de mamadeira pode afetar o crescimento da face, prejudicando-a¹³, o bico da mamadeira deve ter um comprimento tal que não interfira na direção do crescimento da face; bicos longos demais podem interferir no desenvolvimento da face, os bicos devem ser flexíveis para se adaptarem bem a boca, e o furo deve permitir um adequado fluxo de leite. Desta forma o uso de bico inadequado leva os lábios a adotarem uma posição invertida. Com isso o enfermeiro tem papel fundamental na alimentação da criança justificando sua inserção na equipe multidisciplinar.

O médico também é fundamental já que algumas intervenções cirúrgicas não são de competência do cirurgião-dentista, como por exemplo, intervenções plásticas na pele da face, além de sua avaliação do paciente no âmbito total ou integral.

A atuação do Cirurgião-Dentista

O Cirurgião-Dentista deve atuar sabendo que as fissuras geram sequelas ou problemas que ele deve saber prevenir e tratar, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida à criança portadora desta malformação. As fissuras afetam o desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes e ainda pode ocorrer a ausência congênita de dentes e a presença de dentes supranumerários¹².

Deve-se considerar que as anomalias dentárias constituem 53% das doenças bucais de crianças fissuradas⁴ e que a incidência de agenesia na dentição permanente é maior que a de dentes supranumerários e na dentição decídua ocorre o inverso sendo o incisivo lateral o dente mais susceptível a danos na área da fissura.

Em pacientes portadores de fendas orofaciais, frequentemente são encontrados giro versões, fusões dentárias e falta de uma base óssea, dentro da qual o dente possa se mover, na região da fissura pode ser notado um grande número de dentes atópicos, conóides, retidos e anquilosados, e também uma maior incidência de hipoplasias dentárias quando comparadas a populações normais¹⁰. As maloclusões são comuns em pacientes com fissuras de palato; apresentando discrepâncias esqueléticas entre o tamanho, formato e posição dos maxilares.

Um achado comum entre os fissurados é o prognatismo mandibular causado mais pela retrusão da maxila do que da protusão da mandíbula. As maloclusões estão em 86% dos pacientes, sendo a de mordida cruzada presente em 75% dos casos examinados.

O tratamento ortodôntico/ortopédico deve dar ênfase a ortopedia pré-operatória que irá orientar o melhor crescimento e desenvolvimento maxilomandibular¹⁰. A colocação de uma placa palatina auxilia na alimentação (sucção) e corrige possíveis aproximações dos rebordos maxilares. Esta placa mantém os rebordos em posição anatômica, completando as palatoplastias, e orientando o desenvolvimento da maxila. No caso de pacientes com mordida cruzada que impossibilite a mastigação ou causem danos funcionais maiores, podem-se lançar mão de aparelhos fixos.

A maloclusão de classe II quando expressa por protusão da maxila é favorável ao tratamento, pois se a maxila fosse retrognar, ocorreria a compensação e anulação dos dois processos. Entretanto, um paciente classe III tem seu tratamento mais complexo tendo em vista o padrão de retrognatismo da maxila, que irá acentuar-se posteriormente.

O tratamento ortodôntico deve ter início por volta dos 11 aos 14 anos de idade ou no início da dentadura permanente¹⁴ e tem o objetivo de completar o tratamento ortopédico (quando realizado) corrigindo as más posições dentárias que persistirem.

Uma higiene bucal deficiente é caracterizada pela área que foi reparada cirurgicamente, aumentando a porcentagem de placa bacteriana na superfície dos dentes¹⁰. Em relação às doenças bucais mais prevalentes nesse grupo de crianças fissuradas estão as maloclusões (86%), cárie (75%), anomalias dentárias (53%), doenças periodontais (42%) e traumatismos (11%)⁴.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento dos pacientes fissurados requer uma abordagem multidisciplinar, na qual todos os profissionais e familiares possuem papel fundamental no desenvolvimento da criança. O indivíduo que possui esta malformação além de apresentar sequelas em seu corpo pode apresentar também alterações psicológicas, prejudicando sua inserção na sociedade, podendo gerar atrasos no seu desenvolvimento social. Além disso, a fissura pode atrapalhar toda a sua função alimentar, podendo acarretar em atraso do seu desenvolvimento físico. Pode haver comprometimento grave na fonação e na sua audição, levando a criança à surdez total, além de problemas sociais gerados por problemas na fala. Outro agravante é quanto ao desenvolvimento crânio-facial e da dentição da criança, que podem apresentar sequelas difíceis de serem tratadas; por isso o paciente que tem este tipo de anomalia congênita deve ter um acompanhamento desde seu nascimento até a sua fase adulta, e os pais também devem ser acompanhados a fim de dar uma boa qualidade de vida para ambos.

REFERÊNCIAS

1. Cunha ECM, Fontana R, Fontana T et al. Antropometria e fatores de risco em recém-nascidos com fendas faciais. *Rev. bras. epidemiol.* 2004; 7(4):417-422.
2. Araruna RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2000; 8(2):99-105.
3. Andrade D, Angerami EMS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2001; 9(6):37-41.

4. Montandon EM, Duarte RC, Furtado PGC. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. *JBP- Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê.* 2001; 4(17):68-73.
5. Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes J et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controlado. *Rev. Saúde Pública.* 1994; 28(3):213-217.
6. Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(2):161-166.
7. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AA. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev. Saúde Pública.* 2001; 35(6):571-575.
8. Fogh-Andersen P. Vital statistics of cleft lip and palate - past, present, future. *Acta Chir. Plast.* 1963; 5:169-74.
9. Leck I. The etiology of human malformations: insights from epidemiology. *Teratology.* 1972; 5:303-14.
10. Melgaço CA, Di Ninno CQMS, Penna LM, Vale MPP. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados à pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *JBO- Jornal Brasileiro de Ortopedia Facial.* 2002; 7(37):23-31.
11. Spina V et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo.* 1972; 27:5-6.
12. Augusto HS, Bordon AKC, Duarte DA. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. *JBF- Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia.* 2003; 4(14):71-74.

13. Altmann EBC et al. Fissuras labiopalatinas.
In: Pachi PR. Aspectos pediátricos. 4ª ed.
Carapicuíba: Pró-fono Departamento Editorial,
1997.

14. Proffit WR. Ortodontia Contemporânea. 2.
ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995,
596 p.