

# TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTES COM FISSURAS LABIOPALATINA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## ORTHODONTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH LABIOPALATIN CRACKS: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

---

Thamires Camila Almeida

Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES Avenida

Daniel Dalto S/n (Rodovia Washington Luis- SP 310 – km 382)

José Henrique Malagoli

Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES Avenida

Daniel Dalto S/n (Rodovia Washington Luis- SP 310 – km 382)

Rodrigo Teixeira Macri

Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES Avenida

Daniel Dalto S/n (Rodovia Washington Luis- SP 310 – km 382)

---

### RESUMO

Os defeitos congênitos conhecidos como fissura labiopalatino são habituais entre as malformações que podem atingir a face do ser humano. Classificam-se as fissuras labiopalatinas como modificações faciais de origem embriológica, que resultam da falta de fusão dos processos faciais. Apresentam etiologia multifatorial, relacionada a uma predisposição genética a fatores teratogênicos. Essas fissuras trazem como consequência morfológica maloclusões de gravidades diversificadas, com implicações nos dentes e na face. Elas podem provocar distúrbios estéticos e funcionais que agravam segundo a extensão da lesão ou pela falta de tratamento apropriado. A terapia ortopédica é essencial no tratamento dos segmentos alveolares da maxila que corrige a posição destes segmentos, depois de ser deslocado para lugares incorretos. Esse trabalho tem por objetivo evidenciar a importância do tratamento ortodôntico para pacientes que possuem fissuras labiopalatinas. A metodologia utilizada para esse trabalho caracteriza-se em uma revisão bibliográfica qualitativa, sendo desenvolvida através do levantamento de referências bibliográficas teóricas já analisadas e cientificamente comprovadas em livros, relatórios técnicos, monografias, dissertações, etc. Cada tipo de fissura orofacial tem sua peculiaridade e é importante que o ortodontista esteja preparado para realizar o planejamento ortodôntico e tratamento correto, tendo em vista a melhoria da oclusão e qualidade de vida do paciente com fissura labial e/ou palatina.

**Palavras chaves:** Labiopalatino, Tratamento, Odonto, Fissuras, Malformações.

### ABSTRACT

Birth defects known as cleft lip and palate are common among malformations that can affect the face of humans. Cleft lip and palate are classified as facial changes of embryological origin, which result from the lack of fusion of facial processes. They have a multifactorial etiology, related to a genetic predisposition to teratogenic factors. These fissures have as a morphological consequence malocclusion of varying severity, with implications for teeth and face. They can cause aesthetic and functional disorders that worsen according to the extent of the injury or the lack of appropriate treatment. Orthopedic therapy is essential in the treatment of alveolar segments of the maxilla that corrects the position of these segments, after being moved to incorrect places. This work aims to highlight the importance of orthodontic treatment for patients with cleft lip and palate. The methodology used for this work is characterized by a qualitative bibliographic review, being developed through the survey of theoretical bibliographic references already analyzed and scientifically proven in books, technical reports, monographs, dissertations, etc. Each type of orofacial cleft has its peculiarity and it is important that the orthodontist is prepared to perform orthodontic planning and correct treatment, in order to improve the occlusion and quality of life of the patient with cleft lip and/or palate.

**Key words:** Labiopalatino, Treatment, Dental, Fissures, Malformations.

# 1. INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações que podem alterar a anatomia normal, interferindo na fala, na audição, na deglutição, na respiração e nos dentes. Elas podem ser classificadas de diferentes maneiras, de acordo com suas alterações. O problema ortodôntico dos pacientes com fissuras labiopalatinas começou a receber uma atenção especial nos últimos tempos. Devido ao privilégio que originou o estudo dessas lesões, desenvolveu-se quase uma subespecialidade ortodôntica para o tratamento dessas malformações. Embora as anomalias dentofaciais e seus distúrbios serem parecidos, muitas vezes, aos dos pacientes não fissurados, é necessário considerar os distúrbios de crescimento característicos à própria fissura, assim como os que podem ser ocasionados pelas técnicas cirúrgicas. A modernização dos conceitos terapêuticos aponta a participação da Ortodontia, que prepara o paciente no pré-operatório e completando o tratamento depois da cirurgia, conseguindo, assim, resultados mais satisfatórios.

O protocolo de tratamento de reabilitação tem como objetivo terapêutico uma equipe interdisciplinar que visa à reconstrução da falha anatômica, com recuperação estética e adaptação funcional, associada a integração e realização psicossociais. A ortodontia monitora o crescimento facial e desenvolvimento da oclusão, corrigindo as maloclusões que se mostram de uma maneira mais complexa no paciente com fissura. O ortodontista é o profissional que acompanha a evolução do seu paciente desde a infância até a maturidade esquelética, tornando-se um profissional com uma função essencial na equipe, conduzindo e definindo os passos odontológicos e cirúrgicos do tratamento. O tratamento ortodôntico é dividido em duas fases, pré-enxerto ósseo e pós-enxerto ósseo, com planos de tratamento diferentes para cada fase.

McNeil foi um dos primeiros a retratar uma técnica para Ortopedia da maxila em caso de fissura labiopalatina, sendo auxiliado por Buston e Psaume, que evidenciaram o valor do tratamento no pré-operatório. Hoje, graças ao avanço tecnológico, especialmente, quanto aos materiais e dispositivos utilizados nos aparelhos ortodônticos e ortopédicos, é possível produzir aparelhos mais qualificados. A criança com fissura labiopalatina é submetida a cirurgia nos três primeiros meses depois do seu nascimento e o fechamento do palato por volta dos 18 meses de idade; essas são as chamadas cirurgias primárias.

# 2. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada para esse trabalho caracteriza-se em uma revisão bibliográfica qualitativa, sendo desenvolvida através do levantamento de referências bibliográficas teóricas já analisadas e

cientificamente comprovadas em livros técnicos, livros didáticos, relatórios técnicos, monografias, dissertações, teses de doutorado, trabalhos de conclusão de curso, artigos científicos, etc. Foram utilizadas fontes de consulta situadas em acervos físicos (bibliotecas), como também em acervos virtuais como Google Acadêmico, SciELO, entre outros sites para pesquisas científicas. Os descritores no processo de pesquisa para o desenvolvimento do trabalho foram: tratamento ortodôntico; fissura labiopalatina; malformações; fissuras.

# 3. FISSURA LABIOPALATINA

As fissuras labiopalatinas são classificadas como defeitos congênitos mais comuns entre as malformações que podem afetar a face do ser humano, atingindo uma criança a cada 650 nascidas, conforme a literatura especializada. De origem latina, a palavra “fissura” significa fenda, abertura. Grande parte dos estudos acredita que as fissuras labiopalatinas são defeitos de não fusão de estruturas embrionárias. Isto é, tanto o lábio como palato são constituídos por estruturas que, nas primeiras semanas de vida, estão separadas. Estas estruturas precisam ser unidas para que aconteça a formação normal da face (HRAC, 2020).

Porém, se esta fusão não acontecer, as estruturas ficaram separadas, originando as fissuras no lábio e/ou no palato. As fissuras faciais são estabelecidas na vida intrauterina, no período embrionário (até a 12ª semana de gestação), apresentando grande diferença de forma pela variabilidade na amplitude e pelas estruturas afetadas no rosto. Conforme as estruturas do rosto afetadas, as fissuras ganham uma classificação (HRAC, 2020).

**Figura 01 - Fissuras Labiopalatinas**



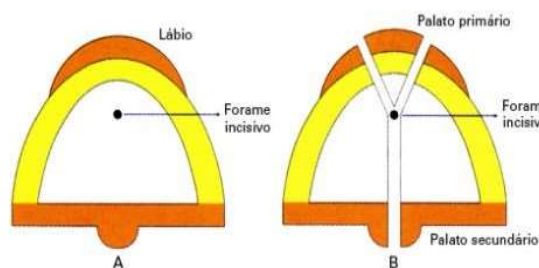
**Fonte:** (HRAC, 2020).

A figura abaixo ajuda a compreender onde está localizada o forame incisivo, ponto anatômico de referência no diagnóstico da fissura (HRAC, 2020).

**A** – Ilustração esquemática representando a maxila e o “forame incisivo” – referência anatômica usada na classificação de Spina.

**B** – Origens embrionárias da maxila: palatos primário e secundário. O forame incisivo delimita a formação embrionária das estruturas maxilares.

**Figura 02 - Classificação Das Fissuras**



Fonte: (SILVA FILHO; SOUZA

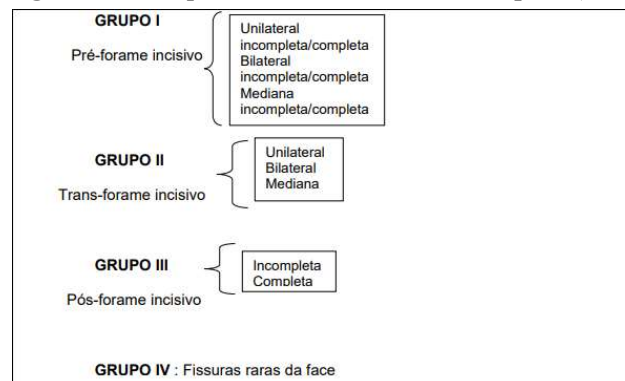
FREITAS, 2007).

Spina et. al. (1972) adotou alguns métodos para classificar as fissuras que foi modificado por Silva Filho et. al. (2007):

- **Fissuras pré-forame incisivo:** São fissuras que se limitam ao palato primário, isto é, envolvem o lábio e/ou o rebordo alveolar sem exceder o limite do forame incisivo. Pode variar desde um pequeno corte no vermelhão do lábio (incompleta) até toda a extensão do palato primário (completa). São classificadas em unilateral (só de um lado), bilateral (nos dois lados) ou mediana (no meio).
- **Fissuras transforame incisivo:** São fissuras totais, isso quer dizer que envolvem total e ao mesmo tempo o palato primário e o palato secundário. Ele se estende desde o lábio até a úvula, atravessando o rebordo alveolar. Também são classificadas em unilateral, bilateral ou mediana.
- **Fissuras pós-forame incisivo:** Envolve somente o palato mantendo o lábio íntegro assim como os dentes. Acontece quando as estruturas do palato secundário não realizam a fusão. As consequências são fundamentalmente funcionais, no mecanismo velo faríngeo e na trompa auditiva. Consideram-se completas quando alcançam tanto palato mole como palato duro, morrendo no forame incisivo.
- **Fissura submucosa:** Malformação que acontece no palato secundário considerada forma anatômica subclínica. A imperfeição é na musculatura do palato mole e/ou no tecido ósseo do palato duro, sendo que a camada da mucosa continua intacta. Pode acontecer de maneira isolada, relacionada à fissura de palato primário ou a síndromes.
- **Fissuras raras de face:** O acontecimento dessas fissuras é muito incomum e, por esse motivo, são chamadas de “raras”. Referem-se àquelas fissuras que ocorrem em bochecha, pálpebras, orelha, nariz e ossos do crânio e face, como frontal, nasal, etmóide, malar e temporal. Spina et. al. (1972) não se dedicou à sua classificação minuciosa, sendo feito por outro pesquisador, Tessier, que enumerou por volta de 15 fissuras raras, tendo como referência a órbita ocular. Por serem incomuns, as fissuras raras de face

não têm protocolos de tratamento bem definidos, podendo variar de caso a caso.

**Figura 03 - Esquema da Classificação de Spina (1972)**



Fonte: (GALLBACH, 2004)

Não existe somente uma causa para a ocorrência da fissura. Considera-se que a fissura se dá por uma interação de vários genes relacionados a fatores ambientais; este modelo é conhecido como herança multifatorial. Os fatores ambientais mais conhecidos que são de risco para as fissuras são: bebida alcoólica, cigarros e alguns medicamentos (como corticoides e anticonvulsivantes), especialmente quando usados no primeiro trimestre da gestação. A ação destes fatores ambientais pode depender de uma predisposição genética do embrião (interação gene *versus* ambiente). Com uso imaginologia, hoje é possível identificar a ocorrência de fissura por exames de imagens no período pré-natal (HRAC, 2020).

### 3.1 REABILITAÇÃO DO INDIVÍDUO COM FISSURA LABIOPALATINA

A reabilitação de crianças com fissura labiopalatina começa a partir do nascimento através de orientações e informações importantes. Desse modo, Styer & Freeh (1981) afirmaram que o aleitamento materno em crianças que possuem fissura de lábio e/ou palato é possível que a técnica pode depender da extensão e do tipo da fissura. Alimentar um bebê com fissura exige mais tempo e paciência, entretanto existe benefícios com amamentação. O leite materno, com o seu valor nutricional e qualidades antibacterianas, pode ajudar o recém-nascido a ganhar peso necessário para realizar essas cirurgias primárias e combater infecções do ouvido médio e infecções respiratórias, sendo comuns em crianças com este tipo de malformação congênita.

A ação da sucção na hora do aleitamento materno pode auxiliar no desenvolvimento dos músculos da face, levando ao crescimento e desenvolvimento faciais, além de criar menor pressão no ouvido médio. Styer & Freeh (1981) afirmam que caso o aleitamento materno não seja possível, o leite materno deve ser ordenhado e ofertado ao bebê com a utilização de mamadeiras pelo menos nas primeiras

semanas de vida. Mesmo que os resultados da queiloplastia e da palatoplastia geralmente são animadoras em curto prazo, os efeitos secundários desagradáveis em longo prazo são inevitáveis (SILVA FILHO et al., 1990), pois as primeiras cirurgias podem interferir no crescimento da face e do arco dentário superior, auxiliando na construção das faces retrognáticas e arcos dentários atrésicos.

A queiloplastia é convencionalmente feita em torno dos três meses de vida devendo ser atraumática, com manipulação mínima de tecido mole (CAPELOZZA FILHO et al., 1995). De acordo com Silva Filho & Almeida (1992) a partir dos 3 meses de vida o bebê pode apresentar melhores condições para realizar a cirurgia, como peso aproximado de 4,5 quilos, uma quantidade superior de tecido muscular para o retalho, taxa de hemoglobina de 10g e uma contagem de leucócitos mais constante do que a encontrada em um recém-nascido. Para Capelozza Filho et al. (1995) a palatoplastia precisa ser feita dos 12 aos 18 meses de vida e preferencialmente em um único tempo cirúrgico, tendo como proposição à reparação estrutural antes do desenvolvimento da fala.

Os procedimentos odontológicos de prevenção e restauradores em crianças com fissura de lábio e/ou palato são semelhantes aos realizados em indivíduos que não apresentam tal malformação. Essas medidas preventivas precisam ser instituídas desde a primeira infância. O profissional de odontologia precisa orientar os pacientes sobre uma correta escovação, a utilização de fio dental e a necessidade de usar o flúor na forma de bochecho ou gel. Esses cuidados são de extrema importância para prevenir cáries e para manter a saúde bucal destes pacientes em dia, pois os mesmos frequentemente podem apresentar mal posicionamento dos dentes, especialmente os próximos à fissura (FREITAS, 1998). A filosofia básica de tratamento ortodôntico nas fases de dentadura decídua, mista e permanente, descrita por Capelozza Filho & Silva Filho (1992), consiste na correção das anomalias oclusais que interferem com a função e não precisam de longa contenção.

A decisão a respeito da época de intervenção ortodôntica nos pacientes com fissura requer bom senso e a magnitude da má oclusão precisa ser levada em conta. Na presença de mordida cruzada que leva ao desvio funcional da mandíbula, por exemplo, indicaria a correção precoce. Nos pacientes com deficiência vertical e sem contato oclusal a indicação da terapia deve ser muita bem examinada já que o movimento obtido seria potencialmente redicivante por conta da falta de travamento oclusal, precisando de longos períodos de contenção. Outro risco do tratamento, é o controle e motivação da higiene bucal, normalmente é difícil nesta fase do desenvolvimento, somado ao perfil social desagradável da maioria dos pacientes com fissura (SILVA FILHO et al., 1992).

O enxerto ósseo alveolar pode promover a estabilização dos segmentos maxilares, unindo a maxila, proporcionando melhor resistência às forças mastigatórias e prevenindo colapso futuro. Também, pode proporcionar melhorias na higiene bucal por conta do fechamento de fistulas buco-nasal, impedindo que secreções nasais escurram para a cavidade bucal. Pode fornecer, ainda, base óssea para a irrupção dos dentes, favorecendo o tratamento ortodôntico. Os dentes irrompidos que estão próximos à fissura são suportados pelo enxerto, prevenindo o deslocamento destes dentes em direção à fenda e sua subsequente perda prematura (BOYNE; SANDS, 1976). Outros benefícios resultantes do enxerto são a melhora do achatamento da cartilagem alar, da assimetria nasal e da estética, permitindo ao paciente um sentimento de normalidade e autoconfiança (SILVA FILHO et al., 1995). Não há dúvidas de que o tratamento ortodôntico no paciente com fissura é extremamente complexo, por isso o melhor momento de iniciar a intervenção deve ser bem determinado.

Os casos que compreendem grave divergência esquelética entre os maxilares, o tratamento ortodôntico corretivo deve ser prorrogado para a fase final de crescimento, quando poderá ser realizada a cirurgia ortognática que procura reposicionar as bases ósseas. O intuito dessa cirurgia é devolver ao paciente a função oclusal e mastigatória, restabelecendo a saúde bucal e tendo, como resultado, uma melhora estética (SILVA FILHO et al., 1998). Na fase adulta quase sempre são necessários reparos cirúrgicos nas cicatrizes de lábio e palato, fechamento de fistulas remanescentes, cirurgias plásticas adicionais para correção do nariz e faringoplastia. É válido ressaltar que, para uma reabilitação integral a este grupo de pessoas, é essencial a participação de multiprofissionais, das áreas de fonoaudiologia, psicologia, assistência social, enfermagem, pedagogia, além da odontologia e medicina, durante todo o processo de tratamento.

### 3.2 TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATINAS

Assim como o protocolo de tratamento, o planejamento do tratamento ortodôntico de pacientes que possuem fissuras labiopalatinas também precisa ser realizado em conjunto por uma equipe multidisciplinar, onde a mecânica ortodôntica é dividida em fases, conforme a gravidade de cada caso. A primeira fase constitui-se em corrigir a atresia do arco maxilar superior e sua deficiência no sentido ântero-posterior, preferencialmente através de terapia ortopédica. Na segunda fase, devendo ser depois da cirurgia de enxerto secundário, o tratamento é feito com a instalação de aparelhos fixos multi-bráquetes e seguido até que o crescimento tenha sido terminado. Perante tantas peculiaridades, o tratamento ortodôntico nestes

pacientes necessita de protocolo diferenciado. O tratamento ortodôntico de pessoas com fissuras labiopalatinas segue-se a seguinte ordem: ortodontia pré-enxerto; enxerto ósseo alveolar secundário; ortodontia pós-enxerto; cirurgia ortognática, quando necessária (ANTUNES, 2014).

### 3.2.1 Ortodontia pré-enxerto ósseo

A fase pré-enxerto ósseo, é a fase do preparo do arco dentário superior para receber o osso, propiciando melhor acesso ao cirurgião no transoperatório, e alinhamento dos incisivos permanentes, quando se fizer necessário. O preparo do arco superior contém uma mecânica predominantemente transversal, com a expansão ortodôntica ou preferencialmente ortopédica. Assim, geralmente é indicado um expansor tipo quadri-hélice, ou até mesmo um disjuntor tipo Hyrax ou Mcnamara. Ocasionalmente, a mecânica transversal pode ser complementada com a ortopedia sagital, diante da tração reversa da maxila, nos casos de deficiência sagital tratável ortodonticamente (SILVA FILHO, 2007).

A atresia do arco superior nem sempre está relacionada à mordida cruzada, especialmente na presença da atresia relacionada ao arco inferior. Após a expansão maxilar, é indicada uma contenção fixa, tipo barra palatina, devendo ser mantida até a fase pós-enxerto ósseo e, de preferência, usada conjuntamente com o aparelho fixo na fase de Ortodontia corretiva. O planejamento da ortodontia pré-enxerto deve ser feito sempre em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial, que orienta a movimentação dentária, de maneira a maximizar o sucesso do futuro enxerto (GARIB, et. al., 2010).

### 3.2.2 Enxerto ósseo alveolar secundário

A imperfeição óssea alveolar que está presente em função das fissuras completas que englobam o rebordo alveolar pode limitar a chance de movimentação dentária nessa região, sob a pena de causar deiscências e fenestrações nos dentes adjacentes à fissura. O movimento das raízes para o interior do defeito ósseo pode também afetar a vitalidade do dente em questão. Desse modo, é essencial direcionar a época do enxerto ósseo alveolar da fissura com o movimento ortodôntico no local. O fator preponderante para definir o momento ideal para o enxerto é a imagem radiográfica do canino permanente não-irrompido ao lado da fissura, que deve apresentar de 50 a 75% da raiz formada (SILVA FILHO, 2007).

### 3.2.3 Ortodontia pós-enxerto

A ortodontia pós-enxerto ósseo, inicia-se três meses depois do preenchimento ósseo, na dependência do exame radiográfico, com o objetivo do

posicionamento final dos dentes permanentes, incluindo a movimentação de dentes na área enxertada. Nesta fase, se os caninos ainda não estiverem irrompidos, a função do ortodontista consiste em acompanhar o desenvolvimento e da irrupção dos caninos por meio do enxerto. Se os caninos já estiverem irrompidos, a ortodontia corretiva inicia-se de 60 a 90 dias depois da cirurgia de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário - EOAS e uma avaliação final através de radiografia periapical da área enxertada pelo cirurgião buco maxilo facial (RUSSELL, et. al., 2008)

### 3.2.4 Cirurgia ortognática

Os indivíduos que possuem fissuras de lábio e palato, unilateral ou bilateral, constantemente apresentam, na idade adulta, deficiência do terço médio da face, mostrando um perfil facial côncavo, originário das cirurgias primárias reparadoras da infância. Na maioria desses casos, podem apresentar uma classe III dentária, principalmente nos casos onde se optou pelo fechamento do espaço do incisivo lateral ausente, indicando a cirurgia ortognática de avanço maxilar para correção desta deformidade. O planejamento cirúrgico segue os passos convencionais similares ao tratamento de pacientes não fissurados, isto é, avaliação radiográfica, traçado predictivo e cirurgia de modelos (ARAUJO, et. al., 2000).

### 3.2.5 Mantenedores de espaço

No decorrer do desenvolvimento da dentadura decídua para a mista e permanente, o acontecimento de anormalidades é um fator que pode estar presente frequentemente. Nos arcos dentários, a mais constante é a divergência entre o espaço presente e o espaço requerido para a irrupção e acomodação de todos os dentes permanentes (Figura 4). A perda parcial ou total da estrutura dentária provoca uma diminuição do espaço disponível no arco dentário, ocasionando um desequilíbrio estrutural e funcional (SILVA, 1999).

**Figura 4** - Perda de espaço por extração prematura de dentes decíduos



**Fonte:** (ALMEIDA, et. al, 2003)

Diversos motivos podem quebrar este equilíbrio muscular, interferindo, dessa maneira, na oclusão decídua, mista e permanente. Entre eles cita-se: cáries dentárias, restaurações incorretas, traumatismos e anquilose de dentes decíduos, anomalias congênitas, irrupção ectópica (normalmente dos primeiros molares permanentes) e dentes supranumerários. Os mantenedores de espaço são indicados quando há uma perda prematura de dentes decíduos durante a dentadura mista (CUOGHI, et al., 1998)

### 3.2.6 Aparelho de Protração

O Aparelho de Protração Mandibular tem uma versatilidade interessante para a utilização no meio clínico, uma vez que pode ser usado tanto em pessoas jovens atuando ortopedicamente, como também em indivíduos adultos, corrigindo a relação sagital de Classe II por meio de compensações dentoalveolares, com a mesialização dos dentes inferiores. Os pacientes que possuem fissuras labiopalatinas geralmente apresentam um perfil côncavo, deficiência da face média, uma pré-maxila hipodesenvolvida, determinando uma classe III esquelética (COELHO FILHO, 1995).

Essa deficiência está relacionada com uma diminuição intrínseca do tamanho da maxila ou ser consequência das próprias cicatrizes das cirurgias reparadoras primárias. Os tratamentos ortodônticos clássicos de uma classe III podem envolver, muitas vezes, a protração maxilar ou o preparo orto-cirúrgico para avanço maxilar, combinado ou não com a retrusão da mandíbula. Em pacientes não fissurados, esses procedimentos possuem pouco ou nenhum impacto sobre as funções velofaríngeas. Ao contrário, as consequências inerentes aos processos reparadores das fissuras palatinas e que levam a um quadro de IVF (insuficiência velofaríngea), pode ser agravado quando a maxila é avançada anteriormente pela protração ou pela cirurgia ortognática (MAZZIEIRO, 2017).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fissuras labiopalatinas são definidas por malformações congênitas definidas por uma descontinuidade no lábio podendo estender-se até o palato. Os efeitos da malformação são diversos, sendo problemas nas arcadas dentárias, no crescimento e desenvolvimento da face, na fonação, alimentação, respiração, adaptação e no desempenho social. As causas das fissuras ainda não são conhecidas. Podem ocorrer devido uma combinação de predisposição genética e fatores ambientais. A predisposição genética inclui a hereditariedade, enquanto os fatores ambientais podem estar relacionados com infecções, agentes químicos, fármacos, drogas, vírus e toxinas ambientais.

O tratamento dos pacientes fissurados é multidisciplinar envolvendo profissionais da cirurgia plástica, pediatria, nutrição, odontologia, ortodontia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, entre outros. As dentições decíduas, permanente e o desenvolvimento maxilar nos fissurados, apresentam particularidades que necessitam de monitoramento e tratamento especializado pelo ortodontista. A realização de tratamentos ortodônticos em crianças, adolescentes e adultos com fissuras labiopalatinas, pode recuperar e diminuir as consequências das malformações dentárias dos pacientes fissurados. O tratamento pode resultar em melhora significativa da qualidade de vida e autoestima do paciente.

Cada tipo de fissura orofacial tem sua peculiaridade e é importante que o ortodontista esteja preparado para realizar o planejamento ortodôntico e tratamento correto, tendo em vista a melhoria da oclusão e qualidade de vida do paciente com fissura labial e/ou palatina. Mesmo com os diferentes protocolos de tratamento para os pacientes com esse tipo de fissura, observa-se que, em todos eles, o tratamento multidisciplinar é essencial devido buscar resolver as necessidades estéticas e funcionais do aparelho estomatognático, bem como integrar o paciente na sociedade e proporcionar saúde psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, AM; ARAUJO, MM; ARAUJO, A. **Cirurgia ortognática - solução ou complicação? Um guia para o tratamento ortodôntico-cirúrgico.** Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial 2000; 5(5):105-22.
- BOYNE, P.J.; SANDS, N.R. **Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts.** J. Oral Surg. v.30, p.87-92, Feb, 1972.
- BOYNE, P.J.; SANDS, N.R. **Combined orthodontic-surgical management of residual palato-alveolar cleft defects.** Am. J. of Ortho. v.70, n.1, p.20-37, July, 1976.
- CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O.G. **Fissuras lábio-palatais.** In: **PETRELLI, E. Ortodontia para fonoaudiologia.** Curitiba: Editora Lovise, 1992, p.197-239.
- CAPELOZZA FILHO, L. et al. **Ortodontia na dentadura mista em pacientes com fissura: Avaliação da efetividade pelo exame da oclusão na dentadura permanente.** Ortodontia, v.28, n.2, p.71-78, maio/jun/jul/ago. 1995.
- COELHO FILHO, CM. **Estudo comparativo dos efeitos esqueléticos, dentários e tegumentares, promovidos pelo tratamento da má oclusão Classe II mandibular com o aparelho de Herbst e com o**

**Aparelho de Protração Mandibular.** Ver Clin Ortod Dental Press, Maringá, v.5, n.1, 1995 p.85-105.

CUOGHI, O.A. et al. **Loss of space and dental arch length after the loss of the lower first primary molar: a longitudinal study.** J Clin Pediatr Dent, v.22, n.2, 1998 p.117-120.

FREITAS, P. Z. **Conhecimento, satisfação e expectativas de pacientes portadores de fissura de lábio e palato quanto ao tratamento reabilitador em um hospital especializado.** Araraquara. Dissertação Mestrado. Faculdade de Odontologia Araraquara, Unesp, 1998.

GALLBACH, Juliana Rodrigues. **Paciente com fissura labiopalatina: potencial de resolutividade do atendimento na faculdade de odontologia da UFMG.** Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ZMRO-7HMS5L/1/disserta\\_o\\_mestrado\\_juliana\\_rodrigues\\_gallbach.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ZMRO-7HMS5L/1/disserta_o_mestrado_juliana_rodrigues_gallbach.pdf)> Acesso em: 11 Set. 2020.

GARIB, DG; SILVA FILHO, OG; JANSON, G; PINTO, JHN. **Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas.** Rev Clin Ortod Dental Press 2010; 9(4):30-6.

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. **Fissura labiopalatina.** USP – Universidade de São Paulo Campus Bauru, 2020. Disponível em: <<http://hrac.usp.br/saude/fissura-labiopalatina/>> Acesso em: 11 Set. 2020.

MAZZIEIRO, Enio Tonani. **Insuficiência velofaríngea: impacto da protração e da cirurgia de avanço maxilar em pacientes fissurados.** Ortodontia Mazzieiro, 2017. Disponível em: <<https://ortodontiamazzieiro.com.br/blog/tag/fissuras-labiopalatinas/>> Acesso em: 20 Set. 2020.

RUSSELI, KA; MCLEOD, CE. **Canine eruption in Patients with complete cleft lip and palate.** Cleft Palate Craniofac J 2008;45(1):73-80.

SILVA FILHO, O.G.; LAURIS, R.C.M.C.; CAVASSAN, AO. **Pacientes fissurados de lábio e palato: efeitos suscitados pela queiloplastia.** Ortodontia, v.23, n.3, p.25-34, 1990.

SILVA FILHO, O.G. et al. **Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação.** Revista Brasileira de Cirurgia. Rio de Janeiro, v.82, n.2, p.59-65, mar/abr, 1992.

SILVA FILHO, OG.; ALMEIDA, R.R. **Fissuras lábio-palatais, o que o cirurgião dentista precisa saber.** Rev. Fac. Odont. Lins, v.5, n.2, p.7-18, jul/dez., 1992.

SILVA FILHO, OG., et al. **Enxerto ósseo alveolar em pacientes fissurados: realidade e perspectiva.** Ortodontia, v.28, n.1, p. 34-45, jan/fev/mar/abr. 1995.

SILVA FILHO, OG. et al. **Abordagem ortodôntica ao paciente com fissura unilateral completa de lábio e palato.** Ortodontia, v.31, n.3, 32-44, set/out/nov/dez. 1998.

SILVA FILHO, OG; SOUZA FREITAS, JA. **Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras Labiopalatinas – uma abordagem multidisciplinar.** Ed Santos, SãoPaulo, 2007 p. 21.

SILVA, P.R.B. **Mantenedores de espaço.** Monografia. Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 1999.

SPINA, V.; PSILLAKIS, JM.; LAPA, FS. **Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação.** Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1972; 27:5-6.

STYER, G.W.; FREEH, K. **Feeding Infants with Cleft Lip and/or Palate.** J. Nurs, v.10, n.5, 1981 p.329 -332.