



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROF^a MARIA DA PENHA
CENTRO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

NYHÉDIA MODESTO XAVIER BERNARDO

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES
PORTADORES DE FISSURAS OROFACIAIS**

**ARARUNA
2018**

NYHÉDIA MODESTO XAVIER BERNARDO

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES
PORTADORES DE FISSURAS OROFACIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba- Campus VIII, como requisito para à obtenção do título de Cirurgião dentista.

Orientador: Prof. Karoline Gomes da Silveira.

**ARARUNA
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B522a Bernardo, Nyhedia Modesto Xavier.
Abordagem multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras orofaciais [manuscrito] / Nyhedia Modesto Xavier Bernardo. - 2018.
32 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Esp. Karoline Gomes da Silveira, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."
1. Fenda labial. 2. Odontologia. 3. Cirurgia bucal. I. Título
21. ed. CDD 617.522

NYHÉDIA MODESTO XAVIER BERNARDO

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES
PORTADORES DE FISSURAS LABIAL E/OU PALATINA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba- Campus VIII, como requisito para a obtenção do título de Cirurgião dentista.

Orientador: Prof. Karoline Gomes da Silveira.

Aprovada em: 28/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Karoline Gomes da Silveira

Prof. Karoline Gomes da Silveira (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Danielle do Nascimento Barbosa

Prof. Me. Danielle do Nascimento Barbosa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ana Karina de Medeiros Torres

Prof. Ana Karina de Medeiros Torres
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me dá sempre força para continuar, esteve a todo o momento comigo suprindo minhas necessidades, sei que em cada obstáculo vencido tinha a mão Dele me guiando e a todo instante me surpreendendo com seu cuidado, sei que esperar em ti é sempre caminhar, pois tu tens o melhor pra mim.

Aos meus Pais, **Evangelista e Fatima** que sempre me incentivaram, e com toda dificuldade do mundo não mediram esforços para me proporcionar o melhor aqui em Araruna. E hoje aqui estou, preste a me formar, e vocês foram essenciais para tornar isso realidade. O melhor presente que Deus me deu, agradeço por toda dedicação, amor e cuidado.

A minha **vó Tereza**, que hoje não está mais entre nós, mas que tem influência direta na minha formação como pessoa, mesmo sem saber ler ou escrever sempre deu aula de humildade, compaixão e honestidade, uma mulher com o coração gigante, teu exemplo de vida nos inspira. Sempre estarás em meu coração nas minhas melhores lembranças.

A minha irmã **Nathália**, que trilhou comigo toda essa fase de um curso superior, compartilhamos uma com a outra todas as alegrias e frustrações que só a universidade nos proporciona, obrigada por todo apoio, amizade, por sempre poder contar com você, és muito especial para mim e peça chave nessa vitória.

As minhas tias (**Cristina, Neves, Maria José, Vera, Glorinha**), primos (**Flavia, Lucas, Kleiton, Yanne, Alisson**), aos pequenos que trazem alegria pra família (**Aninha e Pedrinho**). Vocês são especiais, sei que posso sempre contar com vocês, amo vocês.

As amigas que construí no decorrer do curso **Wellinton, Ingridy, Aninha Thays, Elyda, Ayala, Maxsuel, Sabrina**. As meninas da green house, **Taisa** e a minha dupla de clinica **Andressa**, não bastava ser dupla tínhamos que dividir a mesma casa (risos), foi muito bom todo esse tempo de convivência, obrigada por deixarem meus dias mais leves, aprendemos muito uns com os outros, desejo todo o sucesso aos docinhos. As meninas que tive o prazer de conviver também **Andrea e Amanda** da casa em cima do boticário, tenho um carinho enorme por vocês. As pessoas que saíram de Araruna, mas que o tempo em que estavam aqui deixaram os meus dias melhores **Rafael**(panda) e **Kamilla**.

Aos funcionários, as meninas do expurgo, a secretaria da clinica, o pessoal da radiologia, as ASBs, que são tão importantes para nossa formação acadêmica, muito obrigada, em especial a **Angélica** que nos trata com tanto carinho, sempre com um sorriso no rosto.

Aos meus queridos pacientes, que pude conhecer um pouco além de suas fichas clínicas, mas também tive oportunidade de conhecer a história de vida de vocês. Dona **Alexandra Cardoso**, que foi minha primeira paciente, e que sempre abria as portas de sua

casa para um cafezinho e boas conversas. Obrigada pela confiança, a melhor coisa era ouvir “queria continuar sendo atendida por vocês”, mostrando que confiavam na gente, mesmo que ainda fossemos um pouco inseguros.

Aos professores agradeço por compartilharem seus conhecimentos, tanto em sala de aula quanto nas clínicas com seus macetes que facilitam nossa rotina, vocês são nossa base e inspiração. Agradeço em especial minha orientadora **Karoline Silveira**, que com sua simplicidade e simpatia aceitou me orientar neste trabalho, obrigada por toda ajuda.

Agradeço a banca avaliadora, professoras **Danielle** e **Ana Karina** por aceitarem ajudar a enriquecer esse trabalho.

A todos muito obrigado!

RESUMO

Fendas orofaciais são defeitos de desenvolvimento que comprometem a fusão dos processos faciais embrionários. Essa malformação tem um impacto tanto da saúde como também psicossocial do indivíduo e para amenizar esses problemas o tratamento deve ser iniciado nos primeiros meses de vida. Para o melhor tratamento desses defeitos é necessária uma equipe multidisciplinar que trabalhe em conjunto para proporcionar ao portador de fendas labiopalatais uma reabilitação completa. Este trabalho tem como objetivo a realização de um estudo bibliográfico sobre o tratamento de pacientes fissurados, evidenciando a importância da multidisciplinaridade e a atuação das especialidades odontológicas no tratamento desses pacientes. Foi realizada uma busca bibliográfica na base de dados Pubmed, entre os anos de 2008 e 2018, com os descritores Cleft Lip; Cleft Palate; Oral Surgery, onde foram encontrados 1.406 Artigos. Como critério de inclusão temos: artigos com título e resumo que abordavam a temática proposta pelo trabalho e foram excluídos aqueles artigos aos quais fugiram do tema proposto e que não era possível o seu acesso nas bases de dados. Por fim 26 artigos foram selecionados para a pesquisa. Na elaboração da revisão ainda foram utilizados livros que abordam o assunto proposto. Com este estudo concluímos que a equipe multidisciplinar atuando de forma integrada proporciona a resolução das deformidades, num menor tempo e com um mínimo de trauma para a criança, a atuação do cirurgião-dentista se observa desde o primeiro mês de vida até a fase adulta sendo a Ortodontia, Odontopediatria e Cirurgia Bucomaxilofacial as principais especialidades envolvidas.

Palavras-Chave: Fenda labial. Fissura Palatina. Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Orofacial clefts are developmental defects that compromise the fusion of the embryonic facial processes. This malformation has an impact on both the health and the psychosocial aspects of the individual, and to ameliorate these problems, treatment should be started in the first months of life. For the best treatment of these defects, a multidisciplinary team is required to work together to provide the complete labopalatal crevice holder. This work aims to carry out a bibliographic study on the treatment of cleft patients, evidencing the importance of multidisciplinary and the performance of dentistry specialties in the treatment of these patients. A bibliographic search was performed in the Pubmed database between the years 2008 and 2018, with the descriptors Cleft Lip; Cleft Palate; Oral Surgery, where 1,406 articles were found. As inclusion criterion we have articles with title and abstract that approached the theme proposed by the work and excluded those articles to which they fled the proposed theme and that their access in the databases was not possible. Finally, 26 articles were selected for the research. In the preparation of the review, books were also used to address the proposed subject. With this study we conclude that the multidisciplinary team acting in an integrated way provides the resolution of the deformities, in a shorter time and with a minimum of trauma for the child, the performance of the dental surgeon is observed from the first month of life until the adult phase being Orthodontics, Pediatric Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery the main specialties involved.

Keywords: Cleft Lip. Cleft Palate. Oral Surgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Quinta semana de desenvolvimento da face	16
Figura 2 – Tipos de fendas orofaciais	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBMF	Cirurgião Bucomaxilofacial
FL	Fenda Labial
FLP	Fenda Labial Palatina
FP	Fenda Palatina
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	EMBRIOLOGIA E FORMAÇÃO DAS FENDAS	16
3.2	CLASSIFICAÇÃO DAS FENDAS	17
3.3	EPIDEMIOLOGIA	18
3.4	ASPECTOS CLÍNICOS E REPERCUSSÕES	19
3.5	TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR	20
3.6	PAPEL DA ÁREA ODONTOLÓGICA	22
4	DISCURSSÃO	26
5	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A formação da face e da cavidade oral envolve a evolução de múltiplos processos teciduais que devem se unir e fundir de forma ordenada. Na terceira semana de desenvolvimento humano, a partir da migração das células da crista neural, forma-se o tecido conectivo e o esqueleto da face. Durante a quarta semana do crescimento embrionário, dá-se início a formação da porção central da face com o surgimento dos placóides nasais, seguido do processo nasal mediano e nasal lateral. A fusão incompleta desses processos resultará em defeitos como as fissuras (NEVILLE et al., 2009). Essa malformação pode ser detectada na gestação durante o pré-natal com o auxílio da ultrassonografia, a partir da 14ª semana (STANLEY, et al., 2009).

Durante o desenvolvimento intrauterino, com a má formação dos processos nasais medianos com os maxilares, ocorre o que chamamos de fendas labiais, já o desenvolvimento irregular das cristas palatinas gera as fendas palatinas. Essas irregularidades se apresentam de forma variada a depender da sua extensão. As fendas podem estar associadas ou não e localizadas unilateral, bilaterais ou na linha média. (NEVILLE et al., 2009; TUJI et al., 2009).

A sua etiologia pode ser de origem multifatorial, abrangendo fatores genéticos e ambientais (TUJI et al., 2009). Alguns fatores reportados na literatura são vírus, hipertermia, pesticidas, desnutrição, fumo, álcool, drogas como antagonistas do ácido fólico, valproato, difenilhidantoína, fenobarbital, trimetadiona, corticoides, ácido retinóico e hipóxia tem sido identificados também envolvendo a etiologia das fendas lábio palatinas. Em casos de fendas lábio palatinas não sindrômicas, tem-se uma predisposição genética (NEVILLE et al., 2009)

As fendas podem interferir, de forma marcante, na vida dos pacientes no que se refere a alterações funcionais na fala, mastigação e estética, além de transtornos psicológicos. Indivíduos com fenda lábio/palato pode ter impacto importante na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por isso o tratamento nos primeiros meses de vida deve ser incentivado (FIGUEIREDO et al., 2004).

O tratamento deve ser a longo prazo com início ainda na infância sendo necessário o acompanhamento do paciente por uma equipe multidisciplinar. (SISCHO , GENDERSON, BRODER, 2017). Sendo esta composta por profissionais de várias áreas da saúde como: assistentes sociais, geneticista, pediatras, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos, odontólogos, psicólogos e nutricionistas. (TUJI et al., 2009).

Para as correções das alterações dentárias a atuação do cirurgião dentista é indispensável. Dentre as especialidades envolvidas no tratamento das fissuras estão à

ortodontia tem papel central no manejo interdisciplinar das fissuras orofaciais. A intervenção da ortodontia inicia-se durante o período neonatal com o tratamento de segmentos alveolares deslocados, e segue ao longo das fases de dentição decídua e mista com o manejo dos componentes esqueléticos e dentais da dentição em desenvolvimento (CASSI et al., 2017). Para o tratamento cirúrgico, a equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial (CBMF) desempenha um importante papel no fechamento dessas fendas, esses profissionais podem lançar mão de várias técnicas como enxertos, distração osteogênica entre outras para o tratamento das fendas palatinas onde a técnica cirúrgica escolhida vai depender do caso de cada paciente. (NEVILLE et al., 2009).

Este trabalho teve como objetivo a realização de um estudo bibliográfico sobre o tratamento de pacientes fissurados, evidenciando a importância da multidisciplinaridade e a atuação das especialidades odontológicas no tratamento desses pacientes.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma busca bibliográfica na base de dados Pubmed, entre os anos de 2008 e 2018, com os descritores Cleft Lip; Cleft Palate; Oral Surgery, onde foram encontrados 1.406 Artigos. Como critério de inclusão temos: artigos com título e resumo que abordavam a temática proposta pelo trabalho e foram excluídos aqueles artigos ao quais fugiram do tema proposto e que não era possível o seu acesso nas bases de dados. Por fim 26 artigos foram selecionados para a pesquisa. . Na elaboração da revisão ainda foram utilizados livros que abordam o assunto proposto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EMBRIOLOGIA E FORMAÇÃO DAS FENDAS

A formação da porção central da face tem início por volta do final da quarta semana de desenvolvimento humano, com o aparecimento dos placóides nasais dos dois lados da porção inferior do processo frontonasal. A proliferação de ectomesênquima em ambos os lados de cada placóide resulta na formação dos processos nasal mediano e nasal lateral. (NEVILLE et al., 2009)

Os processos laterais formarão a asa do nariz e os processos mediais darão origem a porção média do nariz, porção média do lábio superior, porção média da maxila e a todo o palato primário. Ao mesmo tempo, os processos maxilares vão se aproximando dos processos nasais medial e lateral até que ocorra a fusão total dessas protuberâncias. (HUPP et al., 2008)

O palato primário é formado pela união dos processos nasais medianos, que dão origem a pré-maxila que abrigam os incisivos laterais e centrais já o palato secundário é formado pelos processos maxilares do primeiro arco braquial que dão origem a maior parte do palato duro e palato mole (NEVILLE et al., 2009). O lábio superior é formado pelas duas protuberâncias nasais mediais e as duas protuberâncias maxilares. As protuberâncias mediais vão se fundir e formar a estrutura conhecida como segmento intermaxilar. (HUPP et al., 2008)

Na sexta semana, ocorre a projeção bilateral das porções medianas dos processos maxilares para formar as cristas palatinas que estão orientadas em uma posição vertical de cada lado da língua em desenvolvimento e com crescimento da mandíbula a língua vai ficar em uma posição mais inferior e durante esse processo as cristas palatinas se tornam mais horizontais e crescem uma em direção a outra e por volta da oitava semana a porção anterior dessas cristas se fundem. As cristas palatinas também se fundem com o palato primário e com o septo nasal. Tem início na porção anterior do palato e se estende até a região posterior e completa por volta da décima segunda semana de vida (NEVILLE et al., 2009).

Entre as malformações craniofaciais congênitas estão as fissuras labial, de palato ou associadas devido a um erro de fusão dos processos faciais embrionários. As fissuras palatinas são deformidades congênitas ou adquiridas caracterizadas pela presença de fenda interrompendo a continuidade de osso e/ou mucosa da abóbada palatina, e situada em nível do encontro das duas hemiarcadas com o vômer (FREITAS et al., 2017)

As fendas do palato primário resultam de uma falha do mesoderma que, ao penetrar nos sulcos entre os processos nasais mediais e os maxilares, os impede de fusionarem com os outros. As fendas do palato secundário são causadas por uma falha na fusão dos processos palatinos. As causas para isso ainda são incertas e incluem a falha da língua em descer para dentro da cavidade oral. (HUPP et al., 2008).

Então a fusão defeituosa do processo nasal mediano com o processo maxilar resulta na fenda labial (FL). Assim como, a falha na fusão das cristas palatinas resulta na fenda palatina. A fenda facial lateral é causada pela falta de fusão dos processos maxilar e mandibular (FP). (NEVILLE et al., 2009)

3.2 CLASSIFICAÇÃO DAS FENDAS

As fissuras orofaciais podem ser classificadas em: fissura labial isolada, fissura labial e palatina e fenda palatina isolada. Quanto à localização pode ser mediana, lateral e oblíqua. A fissura unilateral, como já denominada, acomete apenas um lado, quando ocorre em ambos lados é chamado de fissura bilateral. As fendas palatinas podem ser completas quando envolve todo o palato primário e secundário, e incompletas quando apenas palato secundário é afetado. (FARRONATO et al., 2014; FREITAS et al., 2017).

Segunda a classificação de Spina que abrange aspectos morfológicos e embriológicos da malformação, tem como ponto de referência uma estrutura limite entre o palato primário e secundário, o forame incisivo. Esta classificação apresenta 4 categorias: Fissuras pré-forame incisivo, quando atingem apenas o lábio, com ou sem envolvimento do rebordo alveolar e asa do nariz; Fissuras trans-forame incisivo, quando afetam o lábio, o rebordo alveolar e o palato; Fissuras pós-forame incisivo, quando comprometem apenas o palato; e a quarta categoria que compreende as fissuras faciais raras. (MIACHON et al., 2014; FREITAS et al., 2017).

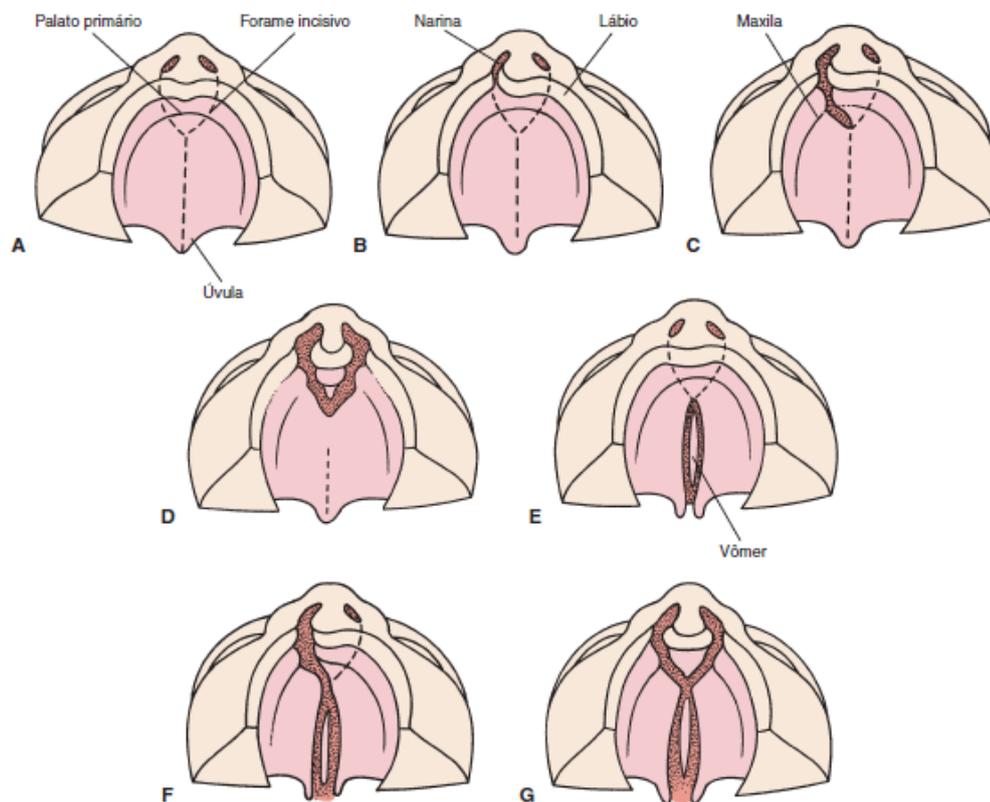


FIGURA 27-1 Vista ventral do palato, lábio e nariz mostrando a diversidade das deformidades fissurais do lábio e palato. A, Normal. B, Fenda unilateral envolvendo o lábio e o alvéolo, estendendo-se para o nariz. C, Fenda unilateral envolvendo o lábio e o alvéolo, estendendo-se para o forame incisivo. D, Fenda bilateral envolvendo o lábio e o alvéolo. E, Fenda isolada do palato. F, Palato fissurado combinado com a fenda unilateral do alvéolo e do lábio. G, Fenda completa bilateral do lábio e do palato. (De Langman J: *Medical embryology*, ed 3, Baltimore, 1975, Williams & Wilkins.)

Figura 2. Tipos de fendas orofaciais. Fonte: Hupp et al., 2008

3.3 EPIDEMIOLOGIA

As fissuras labiopalatinas representam a anomalia congênita de face mais comum, acometendo lábio e/ou palato, e podem ocorrer de forma isolada ou associada a outras malformações congênitas, sendo essas as mais frequentes tratadas em centros de cirurgia craniofacial, com incidência de 1: 600 nascidos vivos. A prevalência de fissuras depende de alguns fatores como a raça, genética e fatores ambientais (MENEGUETI et al., 2017; BHANDARI et al., 2018, ZÚÑIGA et al., 2015).

A maior prevalência de FL/P é encontrada em populações asiáticas e nativas americanas (1: 500), enquanto a menor prevalência é observada em populações de afrodescendentes, aproximadamente 1: 2.500. Um terço dessas são palatinas, enquanto o restante são fendas labiais (unilateral ou bilateral) com ou sem fenda palatina (NOEMI et al., 2017; SILVA H.P.V et al., 2018).

De acordo com dados do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, 14.446.425 crianças nasceram vivas no Brasil, dentre essas, 7.642 tinham algum tipo de fissura orofacial. Esses dados indicam uma prevalência média de 1 criança com FL/P para 1.893 nascimentos no Brasil. Quanto ao tipo de fissura, 31,1% apresentavam fissura labial, 38,4% palatina isolada, e 30,5% labiopalatina (SOUSA et al., 2017).

3.4 ASPECTOS CLÍNICOS E REPERCUSSÕES SISTÊMICAS

O tratamento de indivíduos com fissura labiopalatina é complexo, e seu resultado é avaliado pela obtenção de um equilíbrio entre os fatores de estética, fala e crescimento facial. (SAKODA et al., 2017). Além de afetar o crescimento craniofacial, compromete também o desenvolvimento dentoalveolar, gerando alterações dentárias como hipodontia, malformações e atraso na erupção, apresentam também dificuldades funcionais nos mecanismos de deglutição, sucção, mastigação e fonação (FREITAS, CARDOSO, 2017; PERILLO et al., 2016).

Estes pacientes apresentam alto risco a doença cárie e periodontal, devido ao mau posicionamento dentário, defeitos na formação dentária, anomalias (agenesia, dente supranumerário), como também a dieta liquido/pastosa por vezes açucarada e a presença de fatores como fibrose cicatricial, tensão labial, uso de aparelhos ortodônticos e próteses dentárias. (LIMA et al., 2015)

Na pesquisa de Silva H.P.V. et al. (2018), comorbidades associadas ou complicações estavam presentes em 45,7% dos pacientes com fendas orofaciais, como anemia, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares e neurológicas como também o atraso na fala, dificuldades de alimentação, defeitos de dentição, má oclusão dentária, crescimento facial anormal, infecções do ouvido médio e distúrbios psicológicos, que podem ser minimizados ou evitados através de intervenções cirúrgicas oportunas

Os problemas de saúde bucal podem causar dor, desconforto e impor algumas limitações, além do aspecto estético que afeta a vida social do indivíduo. Dependendo do tipo de fissura, as crianças são estereotipadas de forma negativa devido à aparência facial. Assim, corre maior risco de desenvolver distúrbios sociais e emocionais na infância, que pode comprometer o bem-estar psicossocial dos indivíduos e suas famílias (MACHO et al., 2017; RANDO et al., 2018)

3.5 TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

O tratamento multidisciplinar, tem como objetivo a maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial de pacientes que apresentam fendas orofaciais, por isso a necessidade de um protocolo de atendimento e tratamento para os portadores de lábio e/ou palato fissurados (TUJI et al., 2009).

A equipe multiprofissional é formada por fonoaudiólogos, nutricionistas, geneticista, pediatras, cirurgiões plásticos, odontólogos e psicólogos (PAPATHANASIOU et al., 2017; TUJI et al., 2009). A preocupação com a resolução dos problemas de fonação, padrão oclusal e de crescimento facial num menor tempo e com um mínimo de trauma para a criança nos leva a entender a importância do tratamento multidisciplinar. (FIGUEIREDO et al., 2004) A reabilitação deve iniciar cedo e visando alcançar melhora da aparência estética e facilitar a integração social. (RIVERA et al., 2015)

Dentre os profissionais, o geneticista atua no aconselhamento genético a fim de orientar o paciente e a família sobre a importância do pré-natal, complicações, indicação de grupos de apoio, terapia e prognóstico. O médico realiza uma história clínica detalhada valorizando a história familiar com o desenho do heredograma, história pré-natal incluindo o uso de drogas, vômitos frequentes, má alimentação, exame físico com a presença de outros sintomas como anomalias esqueléticas, cardíacas, neurológicas, urogenitais e digestiva para determinação da etiologia do caso. (RIBEIRO et al., 2005, TUJI et al., 2009)

O fonoaudiólogo acompanha a criança ainda na maternidade, orientando a mãe sobre amamentação, até que seja possível reconhecer se há ou não presença de disfunção velofaríngea. Quando há alterações anatômicas, elas podem gerar algumas dificuldades na fala, alimentação e audição. O tratamento fonoaudiólogo precoce tem como objetivo principal ajudar nos estímulos sensoriais, principalmente na parte anterior da cavidade oral para evitar que os movimentos compensatórios em que, a língua fica inserida no local da fenda, sejam fixos e influenciem na aquisição da fala. Os exercícios de sensibilidade são realizados a nível tátil, térmicos e gustativo (RIBEIRO et al., 2005).

Para auxiliar os pais na compreensão de seus sentimentos e reorganização pessoal, e aceitação da criança, o psicólogo tem papel fundamental. Ajuda no estabelecimento do vínculo paciente, família e equipe médica, buscando mediar essa relação e procurar desenvolver no paciente e nos familiares uma relação de confiança (RODRIGUES, 2015).

O nutricionista atua para evitar o atraso no crescimento, uma vez que enfatiza os benefícios do aleitamento materno, melhor método para desenvolver a musculatura da face e da boca, fortalecer o vínculo mãe-filho e evitar infecções. Também apresenta a dieta adequada no pré e pós-operatório, e no primeiro ano de vida do paciente (TUJI et al., 2009).

O pediatra é responsável por tratar complicações que ocorrem como: desnutrição, anemia, otite, pneumonia por broncoaspiração de alimentos e analisar alguns fatores do recém-nascido como: o estado geral de saúde da criança, associação com síndromes e indicar para um profissional especialista quando necessário (RODRIGUES, 2015).

O responsável por realizar o primeiro tratamento cirúrgico é o cirurgião plástico para o fechamento do lábio, a queiloplastia. Esse procedimento é realizado quando o bebê já está com três meses de idade, onde ele se apresenta mais desenvolvido e adaptado, e ao decorrer do crescimento do paciente, esse profissional realizará as cirurgias necessárias para correção da face (RODRIGUES, 2015).

Na área odontológica, a atuação no tratamento das fendas tem a participação de diversas especialidades: Ortodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial (CBMF), implantodontia e odontopediatria (FREITAS et al, 2012). O Cirurgião-dentista é um profissional que apresenta grande importância no tratamento odontológico corretivo, pois as fissuras labiopalatinas causam alterações dentárias diversas, sendo necessário um prolongado tratamento odontológico (LIMA et al., 2015).

Para uma adequada reabilitação do paciente, o tratamento é realizado por fases, que leva em consideração a idade: na 1ª semana ao 3º mês: o paciente passa por uma terapia, envolvendo a pediatria e a enfermagem, fonoaudiólogo e dentista; no 3º mês aos 6º mês é feita a queiloplastia. (RODRIGUES, 2015)

No 6º mês ao 1 ano e 3 meses: a cirurgia do palato é realizada em tempo único; de 1 ano e meio aos 5 anos: é feito o acompanhamento do paciente junto à terapia básica que isso inclui: médico pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo e cirurgião-dentista; dos 5 anos aos 7 anos: é realizada a expansão da maxila, caso necessário, pelo ortodontista; com 6 anos aos 9 anos: onde geralmente já ocorreu a maior parte do crescimento da maxila, se indica o enxerto ósseo alveolar pela equipe de cirurgia Bucomaxilofacial; dos 9 aos 16 anos: é dado início a ortodontia corretiva e a partir dos 16 anos aos 20 anos é realizada a cirurgia ortognática se necessária (RODRIGUES, 2015).

3.6 PAPEL DA ÁREA ODONTOLÓGICA

Para reabilitação de pacientes que tenham fendas orofaciais a odontologia tem importante participação onde as principais especialidades atuantes são a ortodontia, CBMF e odontopediatria. Que monitora o crescimento e o desenvolvimento craniofacial e corrige as más oclusões, que são mais complexas em comparação aos pacientes sem fissuras. (FREITAS et al., 2012)

As más oclusões mais frequentes em pessoas com fendas orofaciais são a mordidas cruzadas anterior e posterior, manifestando-se na dentadura decídua, devido as anomalias dentárias presentes nesses pacientes. As cirurgias realizadas para correção das fissuras interferem no crescimento facial e do arco dentário superior, resultando em faces retrognáticas e maxilas atrésicas (LIMA et al., 2015)

O principal problema ortodôntico em fissura labial unilateral e de palato é assimetria maxilar com a tendência a formação de mordida cruzada. A fissura que envolve o arco alveolar apresenta maiores problemas ortodônticos e ortodontia precoce é essencial (Farronato et al., 2014)

As alterações no crescimento faciais estão presentes em pacientes com FLP unilateral ou bilateral completa, indivíduos com fissuras incompletas não apresentam deficiência sagital do terço médio da face. As faces de indivíduos com fissuras que acometem apenas o lábio e a crista alveolar são semelhantes às faces de indivíduos sem fissuras. Indivíduos com FLP completa apresentam crescimento deficiente do osso zigomático e da maxila no sentido sagital, padrão facial classe III e predominância de crescimento vertical da mandíbula e também apresentam assimetria do nariz. (FREITAS et al., 2012)

O ortodontista desempenha importante papel no diagnóstico e no tratamento da fissura, pela confecção de fichas do paciente, necessária para o diagnóstico e plano de tratamento. (Tuji et al., 2009) O diagnóstico de más oclusões em indivíduos com fissuras faz uso dos mesmos recursos empregados em registros ortodônticos convencionais: fotografias faciais e dentárias, moldes dentais, radiografias extra e intraorais. (FREITAS et al., 2012)

A primeira consulta é marcada com o ortodontista antes da erupção dos primeiros molares, o enxerto do osso alveolar é realizado juntamente com o tratamento ortodôntico antes da erupção dos caninos (TUJI et al., 2009). O tratamento ortodôntico é fundamental na reabilitação de portadores de fissuras que passaram por cirurgias primária, e que realizarão cirurgias secundárias. Desta forma, a terapia ortodôntica é planejada em fases, uma pré-enxerto e outra pós-enxerto ósseo. (LIMA et al., 2015)

Os objetivos e vantagens de uma fase inicial do tratamento ortodôntico incluem a melhora do desenvolvimento alveolar no local da fissura, melhorando a função mastigatória pela eliminação de mordidas cruzadas; melhoria na erupção e alinhamento permanente dos dentes; melhora no desenvolvimento da fala e na respiração nasal, expandindo a maxila e proporcionando mais espaço para a língua. (CASSI et al., 2017)

Segundo Lima et al., (2015), o tratamento ortodôntico/ortopédico deve dar ênfase a ortopedia pré- operatória que irá orientar o melhor crescimento e desenvolvimento maxilomandibular. Placas palatinas podem ser utilizadas para correção de possíveis aproximações dos rebordos alveolares e auxiliar na alimentação. Esta placa mantém os rebordos em posição anatômica, completando as palatoplastias, e orientando o desenvolvimento da maxila. O uso de aparelho fixo é indicado em casos de pacientes com mordida cruzada, em casos que causem a impossibilidade de mastigação.

O uso de ortopedia infantil pré-cirúrgica é um meio de melhorar os resultados de tratamento de pacientes com fissuras faciais a curto prazo, auxiliando na alimentação, prevenindo atrasos no desenvolvimento e ajudando na normalização da função de deglutição. Além disso, a melhoria resultante no arco dentário distorcido e nas formas nasais também facilita os procedimentos cirúrgicos, minimizando a tensão no local da cirurgia. (HOSSEINI, KAKLAMANOS, ATHANASIOU; 2017)

Em uma pesquisa realizada com pacientes entre 0 e 8 meses de idade com fissura labiopalatina unilateral com o uso de placa obturadora estimulante, atendidos no Serviço de Ortodontia do Hospital Infantil do México Federico Gómez, teve como resultado a expansão do formato do arco e redução significativa da fenda. (RIVERA et al., 2015)

O tratamento ortodôntico deve ter início por volta dos 11 aos 14 anos de idade ou no início da dentição permanente e tem o objetivo de completar o tratamento ortopédico (quando realizado) corrigindo as más posições dentárias que persistirem. (LIMA et al., 2015) A ortodontia desempenha uma função muito importante dentro da equipe de tratamento de pacientes fissurados, pois através dos traçados cefalométricos consegue-se fazer um planejamento mais preciso do enxerto ósseo, do tratamento ortodôntico e caso for necessário, da cirurgia ortognática (TUJI et al.,2009)

Para correção das discrepâncias esqueléticas marcadas nas direções anteroposterior, transversal e vertical esses pacientes tem o apoio do cirurgião bucomaxilofacial. Esse profissional avaliara a forma e função facial, e posição da mandíbula, trabalha principalmente em duas fases muito importantes do tratamento, na primeira a reconstrução óssea e a segunda na cirurgia ortognática. (FREITAS et al.,2012).

A primeira fase, a reconstrução óssea no local da fissura com enxertos pode ocorrer entre os sete e os nove anos, com enxerto de osso esponjoso do íliaco para fissura alveolar. Existem diversas técnicas para o reparo da fissura palatina total, mas ainda não há consenso sobre o método ideal. Devem ser considerados: o tipo e a extensão da fissura, a técnica operatória, o tempo de reparo e a experiência do profissional, além de fatores funcionais e individuais como a saúde geral do paciente e oclusão velofaríngea. (MIACHON et al., 2014; RODRIGUES, 2015; TUJI et al., 2009)

O enxerto ósseo pode ocorrer de forma primária que inclui o fechamento do palato aos 12 meses de idade, mas hoje não é a escolha de ouro, porque leva a um crescimento desfavorável comparado com enxertos convencionais posteriores. O enxerto ósseo secundário, é geralmente realizado durante a dentição mista entre 8-11 anos e parece ser um método bem-sucedido para permitir a reabilitação de pacientes com fissura alveolar. (BRAUNER E, et al., 2018)

Na segunda fase será a cirurgia ortognática, no qual visa posicionar os maxilares corretamente e proporcionar uma estética mais harmônica, esses procedimentos cirúrgicos de porte maior será realizado com anestesia geral e em centros cirúrgicos. As extrações e instalação de implantes dentários osseointegráveis são procedimentos que irão auxiliar o tratamento ortodôntico posteriormente. (RODRIGUES, 2015; TUJI et al., 2009)

O odontopediatra fornece informações de saúde bucal e acompanha a criança com fissura labiopalatina desde os primeiros meses de vida até o estabelecimento da dentição mista. (FREITAS et al., 2012) A prioridade de atendimento desses pacientes é voltada para o ganho de peso necessário para a realização de cirurgias. O controle desses pacientes é mais rígido, do que em relação aos pacientes normais. As consultas são realizadas a cada 4 meses, dependendo de cada caso. (TUJI et al., 2009) Além de realizar procedimentos preventivos e educação alimentar, desempenha a função de limpeza da cavidade oral, extrações de dentes supranumerários e verifica a presença de má-oclusão (TUJI et al., 2009).

As alterações na dentição decídua na região da fissura, afetam principalmente o incisivo lateral superior, o recém-nascido ainda pode apresentar cistos gengivais e palatinos, natais e neonatais na região da fissura, podendo ser incisivos laterais da série normal ou dentes supranumerários. Por esses dentes apresentarem mobilidade é indicado a extração para que não ocorra à aspiração, devido à comunicação entre as cavidades oral e nasal nesse tipo de fissura. (FREITAS et al., 2012)

A limpeza dos tecidos moles do bebê deve ser realizada com gaze ou pano umedecido com água filtrada ou fervida ao redor do dedo indicador do cuidador, pelo menos uma vez por

dia, o que contribui para a criação de um ambiente bucal saudável e hábitos de higiene bucal. (FREITAS et al.,2012)

Para prevenção da cárie dentária e gengivite, que podem prejudicar no processo de reabilitação do paciente, após a erupção dos primeiros dentes, a escovação deve ser realizada com uma pequena quantidade de creme dental fluoretado. Atenção especial deve ser dada aos dentes em posição ectópica na área da fissura, na qual o acesso para escovação dentária é dificultoso. (FREITAS et al.,2012) 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 a criança portadora desta malformação (LIMA et al., 2015).

4 DISCUSSÃO

A fissura labial e palatina impõe uma grande carga para o bem-estar psicossocioeconômico dos indivíduos e suas famílias. Esses pacientes correm maior risco de desenvolver alterações funcionais, sociais e emocionais na infância (RANDO et al., 2017). Essas alterações podem causar consequências e ter um grande impacto sobre os indivíduos e suas famílias. (CASSINELLI et al., 2018) O tratamento de pacientes fissurados, deve ser instituído logo após o nascimento, visando um tratamento global na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial. (TUJI et al., 2009)

Em pesquisa de Silva H. P.V. et al 2018, houve maior prevalência de FLP, seguida de FP e FL, quanto ao tipo de fissura. Fissuras unilaterais aparecem com mais frequência sobre as bilaterais, e houve maior frequência de FLP nos pacientes do sexo masculino do que nos do sexo feminino. No estudo de Sousa et al. (2017) a fenda palatina aparece com maior prevalência seguida da fissura labial e labiopalatina. Diante dessas divergências é necessários novos estudos epidemiológicos a nível nacional para uma melhor avaliação da incidência.

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, nem sempre é possível seguir as etapas do tratamento das fissuras labiopalatinas preconizadas e realizadas pela maioria dos centros internacionais e nacionais, uma vez que, devido a fatores socioeconômicos-culturais, comumente a busca pelo tratamento ocorre com a criança em idade posterior ao período de aquisição da linguagem, muitas vezes já em idade adulta (MENEGUETI et al., 2017)

Estudo realizado por Macho et al. (2017) na Eslováquia mostrou que o impacto econômico na qualidade de vida não foi tão alto em comparação com impacto familiar pelo fato de que nesse país a licença maternidade ter uma duração maior, a sensação de perder o trabalho para a necessidade de cuidar de crianças tem apenas um baixo impacto. São necessários mais estudos para avaliar a situação econômica de famílias com crianças com fendas orofaciais no Brasil, já que, a licença maternidade vai de 4 a 6 meses e o cuidador da criança necessita de um maior tempo para levar a criança a consultas, pois o tratamento, principalmente cirúrgico, são imprescindíveis nos primeiros anos de vida.

Meneguetti et al. (2017), relata que um dos principais objetivos do fechamento da fissura palatina é estabelecer uma adequada função velofaríngea, para que o desenvolvimento da comunicação ocorra da forma mais adequada possível. Quando ocorre o fechamento tardio, as chances de desenvolvimento de fala adequado diminuem significativamente.

Indivíduos afetados por fissura labiopalatina podem ter fala, audição, deglutição, respiração e alterações de aparência e requerem cuidados de um equipe interdisciplinar desde o período pré-natal até aproximadamente 18 anos de vida. (CASSINELLI et al., 2018)

O tratamento considerado mais abrangente para os fissurados é realizado de maneira multidisciplinar, que visa a uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial desses pacientes. A equipe deve ser composta por profissionais de várias áreas da saúde e áreas afins como: medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, genética, otorrinolaringologia, pediatria), enfermagem, odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), nutrição, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia e serviço social. O tratamento multidisciplinar é fundamental, para uma possível resolução das deformidades, num menor tempo e com um mínimo de trauma para a criança (LIMA et al., 2015; PAPATHANASIOU, et al., 2017; SILVA M. A. R. et al., 2018; TUJI et al., 2009)

Os objetivos cirúrgicos do reparo de fendas labiais e palatinas são alcançar aparência facial normal do lábio e do nariz, alimentação, fala e audição sem afetar significativamente o desenvolvimento da criança, permeabilidade das vias aéreas, oclusão classe I e função mastigatória normal, dentes e periodonto saudáveis e desenvolvimento psicossocial normal (PAPATHANASIOU E, et al., 2017; MIACHON, SQUILACCI, 2014). Os resultados na reabilitação de pacientes com fissura labial e palatina é melhor, quando a equipe de tratamento interage uns com os outros, ou seja, conseguem o conceito de interdisciplinaridade. (TUJI et al., 2009)

Através dos traçados cefalométricos consegue-se fazer um planejamento mais preciso do enxerto ósseo, do tratamento ortodôntico e caso for necessário, da cirurgia ortognática (TUJI et al., 2009). Observa-se aqui a importância da integração da área da odontologia, pois o tratamento ortodôntico e a CBMF estão interligados.

Embora a terapia ortodôntica precoce seja eficaz para melhorar as dimensões da arcada maxilar e a relação do arco dentário na dentição decídua e mista, crianças que iniciaram a terapia antes dos 6 anos mostraram uma mudança mais favorável na expansão maxilar, especialmente na região canina, o momento ideal de intervenções ortodônticas em pacientes com FLP ainda é motivo de grande controvérsia. (CASSI et al., 2017)

O conceito ortopedia infantil pré-cirúrgica foi integrado aos padrões de tratamento para pacientes com fissura labial e/ou palatina em muitas equipes de tratamento em todo o mundo. No entanto, com base nos dados obtidos no estudo realizado por Hosseini,

Kaklamanos, Athanasiou; (2017) , os aparelhos ortopédicos não apresentaram resultados significativos quando comparados entre si ou sem tratamento.

Para lidar efetivamente com o FLP, é essencial ter uma compreensão de vários aspectos do problema. A aquisição desse conhecimento permite ao cirurgião tratar as diferentes variantes das fissuras da maneira mais adequada, já que as técnicas cirúrgicas devem ser individualizadas de acordo com a necessidade de cada paciente. (ZÚÑIGA, GATICA, VELÁSQUEZ, 2015)

O protocolo para o atendimento desses pacientes ainda não é bem estabelecido, varia de um hospital para o outro (TUJI et al., 2009). O protocolo mais usado é o fechamento do lábio com três meses de idade e o do palato em tempo único com um ano de idade. O enxerto ósseo alveolar será realizado entre sete e nove anos, quando o dente canino está próximo de sua erupção. A cirurgia ortognática é realizada entre 16 e 20 anos de idade quando necessário (RODRIGUES, 2015). Por não existir um protocolo de atendimento bem estabelecido aos pacientes fissurados, observa-se a necessidade da criação de um protocolo.

O objetivo dos atuais protocolos de tratamento é a restauração da continuidade óssea e dos tecidos moles e reabilitação oral, a fim de correta fala e função mastigatória, bem como um resultado esteticamente satisfatório (BRAUNER E, et al., 2018). O resultado final vai depender dos procedimentos terapêuticos realizados, do padrão de crescimento craniofacial de cada paciente e da gravidade das alterações anatômicas, funcionais, estéticas e psicológicas das mesmas. (ZÚÑIGA, GATICA, VELÁSQUEZ, 2015)

5 CONCLUSÃO

A equipe multidisciplinar atuando de forma integrada proporciona a resolução das deformidades, num menor tempo e com um mínimo de trauma para a criança. A atuação do cirurgião-dentista se observa desde o primeiro mês de vida até a fase adulta sendo as principais especialidades envolvidas a ortodontia, odontopediatria e cirurgia bucomaxilofacial.

REFERÊNCIAS

BHANDARI S., SONI B.W., SAINI S. S. From birth till palatoplasty: Prosthetic procedural limitations and safeguarding infants with palatal cleft. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**; v. 36, 2018.

BRAUNER E, et al. Aesthetic satisfaction in lip and palate clefts: a comparative study between secondary and tertiary bone grafting **Clin Ter.**, v. 169, n. 2, p. 62-66, 2018.

CASSI et al. Efeitos dentoalveolares do tratamento ortodôntico precoce em pacientes com fissura labiopalatina **J Craniofac Surg** . v.8, p. 2021-2026, 2017.

CASSINELLI A., et al. National Health Care Network for children with oral clefts: organization, functioning, and preliminary outcomes **Arch Argent Pediatr.**, v.116, n.1, p.26-33, 2018.

CROCKETT D. J. M. D, GOUDY, S. L. Cleft Lip and Palate **Facial Plast Surg Clin N Am.**, v.22, n.4, p. 573-586, 2014

FREITAS J. S., CARDOSO M. C.; Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. **CoDAS.**, v.30, n. 1, 2017

FREITAS J. A. S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies – USP (HRAC-USP) – Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics . **J Appl Oral Sci.**, v.20, n.2 p.268-81, 2012

FIGUEIREDO I. M. B. et al. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas **RBPS**; v.17, n. 3, p.154-160, 2004.

FARRONATO G. *et al.*, How various surgical protocols of the unilateral cleft lip and palate influence the facial growth and possible orthodontic problems? Which is the best timing of lip, palate and alveolus repair? Literature review **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v. 16, p. 53-60, 2014

HOSSEINI, H. R., KAKLAMANOS , E. G., ATHANASIOU A. E. Resultados do tratamento da ortopedia infantil pré-cirúrgica em pacientes com fenda labial e / ou palatina não síndrômica: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. journal.pone. 2017

HUPP, J. R.; ELLIS, E. TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro Elsevier, 5ed. 2009

LIMA E. P. A., et al. A ortodontia na atenção multidisciplinar na saúde do paciente fissurado: uma revisão da literatura. Recife , **Odontol. Clín.-Cient.**, v. 14, n. 4, p. 785 – 788, 2015

MACHO P. et al. Impact of cleft lip and/or palate in children on family quality of life before and after reconstructive surgery. **Bratisl Med .**, v. 118, n.6 p. 370 – 373, 2017.

MENEGUETI K. I. Perfil da fala de pacientes submetidos à palatoplastia primária Meneguetti et al. **CoDAS.**, v.29, n.5, 2017

MIACHON M. D. , SQUILACCI Tratamento operatório das fendas labiais São Paulo **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.41, n.3, p. 208-215, 2014.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009,

NOEMÍ L. et al. Tratamiento integral de fisura palatina con injerto de lengua. Reporte de caso. **Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral**, v. 10, n. 3, p. 163-165, 2017

PAPATHANASIOU E, et al. Current and Emerging Treatments for Postsurgical Cleft Lip Scarring: Effectiveness and Mechanisms **Journal of Dental Research**, Cambridge, v. 96, n. 12, p. 1370–1377, 2017

PERILLO L. et al. Interdisciplinary approach for a patient with unilateral cleft lip and palate **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**. v.153, n. 6, p. 883-894 2018.

RANDO G. M.Oral health-related quality of life of children with oral clefts and their families. **J Appl Oral Sci.**, v. 26, 2018

RIBEIRO E. M., MOREIRA A.S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatina **SRB OS.**, v. 8, n. 1, p. 31 – 40, 2005

RIVERA, L. B. et al. Presurgical orthopedics in children with cleft palate. Case Report.**Odontoestomatología** , v. 17. n. 25, 2015

RIVAS D. D. et al. Presurgical orthopedics in patients with unilateral cleft lip and palate: clinical case reports. *Ortopedia prequirúrgica en pacientes de labio y paladar hendido unilateral: presentación de casos clínicos. Revista Mexicana de Ortodoncia*, v.5, n. 2, p. 85-94, 2017

RODRIGUES, T. S. **A importância da equipe multidisciplinar na reabilitação de pacientes fissurados**, Porto velho- RO: Faculdade São Lucas, 2015

SAKODA K. L. et al. Análise 3D dos efeitos de cirurgias primárias em crianças com fissura labiopalatina nos dois primeiros anos de vida. **Braz. res oral.**, v.31, 2017

SILVA H. P. V. et al. Risk factors and comorbidities in Brazilian patients with orofacial clefts. **Braz. Oral Res.**, v.32 n.24, 2018

SILVA M. A. R. et al. O impacto da fissura labial não sindrômica com ou sem fenda palatina na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **J. Appl. Oral Sci.** v.26, 2018

STANLEY E. W., VILLAGRÁN R.D., CARDEMIL M. . ultrasonografía 3d en la evaluación del labio leporino. **Serie clínica rev chil obstet ginecol.**, v.74, n.5, p.311 – 314, 2009

SISCHO L., GENDERSON M. W., BRODER H. L. Quality-of-Life in Children with Orofacial Clefts and Caregiver Well-being. **Journal of Dental Research**, v. 96, n.13, p.1474–1481, 2017

SOUSA G. F. T., RONCALLI A. G. Orofacial clefts in Brazil and surgical rehabilitation under the Brazilian National Health System. **Braz. Oral Res.**, v.31, n.23 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. **Rev. Para med.**, v.23, n.2, 2009.

ZUÑIGA M. F., GATICA J, VELÁSQUEZ C. R. Técnicas de injerto óseo alveolar en fisura labio alveolo palatina. Revisión de la literatura. **Rev Méd Electrón.**, v.37, n.5, 2015.