

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LAIZA MIRANDA VASCONCELOS

**ENXERTOS ALVEOLARES EM PACIENTES FISSURADOS, UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

LAIZA MIRANDA VASCONCELOS

**ENXERTOS ALVEOLARES EM PACIENTES FISSURADOS, UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Romildo José de Siqueira Bringel

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho á meu ouro de mina, meu alicerce, que foi e sempre serão vocês paiinho e mainha, nada disso seria possível sem vocês para me ajudar, com as melhores palavras de apoio e força. Dedico também para cada um que confiou em mim, que mesmo de longe me passaram as melhores energias possíveis, a meu noivo pela paciência, dedicação e todo cuidado comigo ao longo de todo esse tempo. A minha irmã e meu cunhado por se fazerem presente em cada etapa, sempre na torcida e comemorando cada conquista. Aos meus amigos que me ajudaram ao longo dessa jornada em cada dia difícil da minha formação acadêmica. A minha família, a todos sem exceção, vocês foram fundamentais.

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a DEUS, por nunca me abandonar e sempre ser minha ancora em meio as dificuldades.

Ao Prof. Dr. Romildo Bringel, Obrigado reconheço um esforço gigante com muita paciência , sabedoria, recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias. Obrigado por cada ensinamento, cada oportunidade única vivida ao longo desse 1 ano, levarei para vida cada ensinamento, e me comprometendo a sempre fazer o possível e impossível para ajudar a cada paciente fissurado. Obrigado pela confiança e por me fazer uma pessoa melhor.

RESUMO

As fissuras labiopalatais apresentam-se como grave problema odontológico, não só como limitador da saúde do indivíduo, mas também como integrante na determinação do convívio social. No Brasil, segundo estudos, há uma prevalência considerável de crianças que nascem com más formações bucais, dessas más formações, a mais comum delas são as fissuras labiopalatais. Esse trabalho, trata-se de uma revisão de literatura, que visa analisar qual a melhor forma de tratar essa patologia, levando em consideração os fatores etiológicos da doença, sendo assim, o tratamento abordado nesse trabalho, será a cirurgia de enxerto alveolar para pacientes com fissuras lábio palatinas.

Palavras-chave: Odontologia. Fissura Lábio Palatina. Enxerto.

ABSTRACT

The cleft lip and palate present as a serious dental problem, not only as a limiter of the individual's health, but also as an integral part of determining social interaction. In Brazil, according to studies, there is a considerable prevalence of children who are born with bad oral formations, of these bad formations, the most common of which are cleft lip and palate. This work is a review of the literature, which aims to analyze the best way to treat this pathology, taking into account the etiological factors of the disease, thus, the treatment addressed in this study will be alveolar graft surgery for patients with cleft lip and palate.

Keywords: Dentistry. Cleft Labio Palatine. Graft.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sequência frequente do tratamento em pacientes portadores de fissura labiopala- tal.....	16
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da pesquisa bibliográfica	11
Figura 2 – Classificação das fissuras lábiopalatinas	14

LISTA DE QUADROS.

Quadro 1 – Classificação das fissuras labiopalatinas, segundo Spina.....	14
---	----

LISTA DE SIGLAS

MeSH	Medical Subject Headings
FLP	Fissura Lábio Palatina.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA.....	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA.....	13
3.2 CLASSIFICAÇÃO	13
3.3 TRATAMENTO.....	15
3.4 CIRÚRGICO	16
3.5 ENXERTO	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

As fissuras orais estão entre as malformações congênitas mais comuns, envolvendo regiões da face e do palato, e ocorrendo em 5% dos nascidos vivos. As fissuras ocorrem na fase embrionária pela falta de fusão dos processos nasais medianos e processos maxilares, que acontece por volta da sexta semana de desenvolvimento fetal (ROCHA *et al.*, 2015).

Por ser uma malformação complexa e de alta incidência no mundo inteiro, se tornou uma das mais estudadas, desde as mais simples como fissuras de lábios até as mais complexas como fissuras completas de lábio e palato. Tem etiologia complexa e multifatorial, associando fatores genéticos e ambientais na maioria dos casos. Estudos comprovam que os fatores ambientais estão diretamente ligados com aspectos nutricionais, infecciosos, uso de medicamentos indiscriminados, radiações ionizantes, tabagismo materno, consumo de bebida alcoólica e outras drogas durante o período da formação do bebê. Acredita-se muito na influência dos fatores genéticos, pois a maioria dos pacientes estudados, apresentavam familiares com histórico da doença (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

As principais fissuras são agrupadas em quatro categorias de acordo com a classificação de Spina em relação ao forame incisivo: fissuras pré-forame incisivo, fissuras transforame incisivo, fissuras pós-forame incisivo e as fissuras raras. Essa classificação permite identificar formas mistas, como no caso da fissura pré-forame e pós-forame no mesmo portador, suas implicações são conhecidas em três aspectos: estético, funcional e emocional, provocam distorções na imagem corporal, inibição comportamental, elevado grau de insatisfação e ansiedade, comprometendo o ajustamento pessoal e social do portador (SILVA FILHO *et al.*, 1993; DALBEN *et al.*, 2001; MODOLIN *et al.*, 1996).

A importância do acompanhamento bucal precoce no fissurado é de extrema importância, pois alguns problemas futuros esses defeitos congênito poderá provocar, como alteração na fala, audição, estética, convívio social, deglutição, fonação, respiração e formação de dentes e/ou ausência deles, podendo afetar o estilo de vida do fissurado. Além disso, a prevalência é maior de maloclusão, apinhamentos, ausência dentárias e cáries em fissurados do que indivíduos normais (SILVA *et al.*, 2002; FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

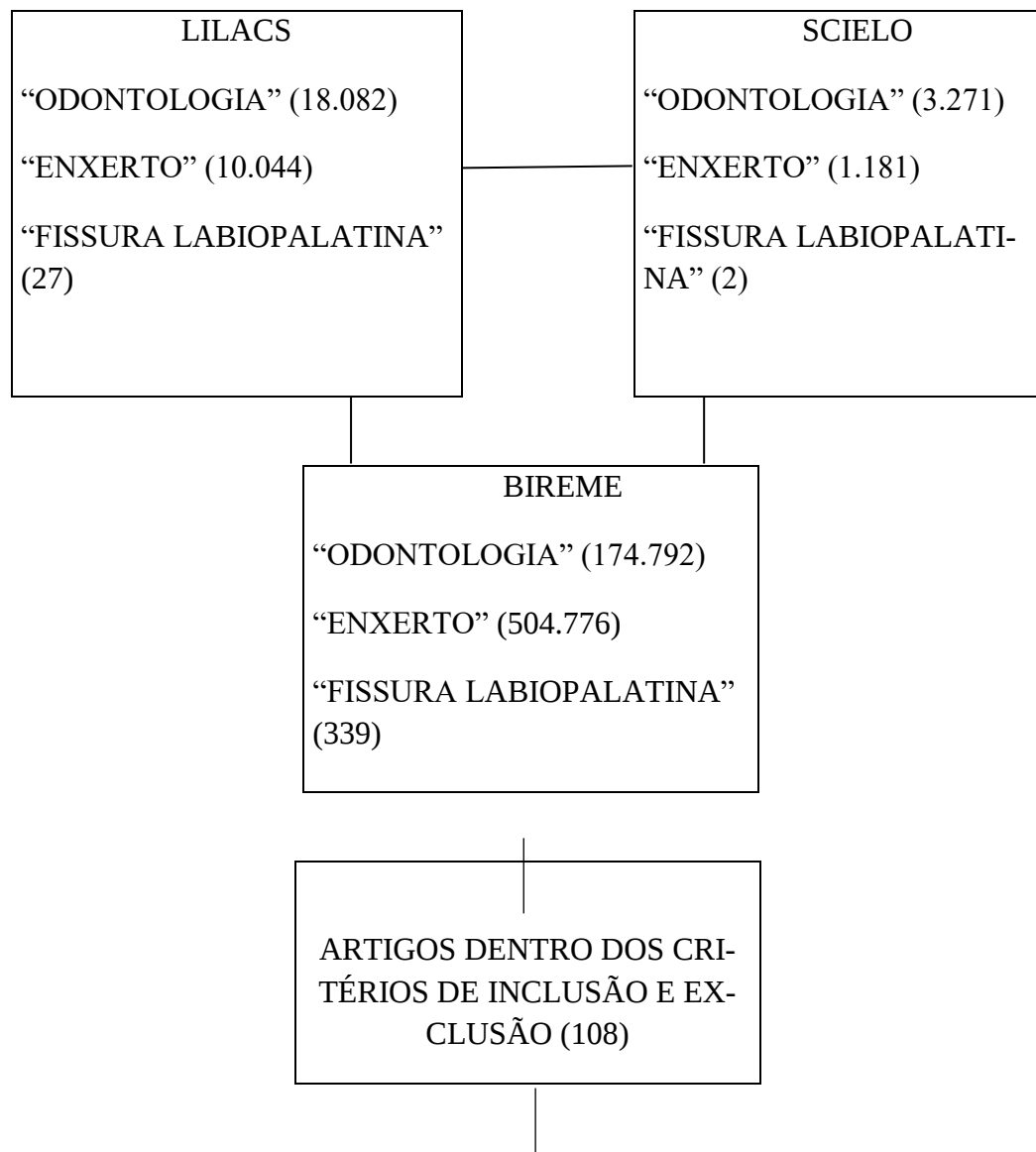
O tratamento se inicia com as primeiras cirurgias nos primeiros meses e anos de vida, que serão a queiloplastia ou palatoplastia, vistas como cirurgias primárias, sendo realizada a queiloplastia do 3º ao 6º mês. Essa cirurgia, dependendo do período que for executada, poderá trazer cicatrizes e até já levar o paciente a realizar uma cirurgia ortognática, onde o trauma é maior. Em seguida, quando a criança tiver entre 8 e 12 anos de idade, antes da erupção dos

caninos, será feito o enxerto alveolar. O enxerto de padrão ouro é o autógeno que é retirado do próprio paciente, sendo retirado da crista ilíaca ou mandíbula, dependendo do tamanho da fissura. (PESSOA *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2015).

Esse estudo tem como objetivo analisar através da revisão de literatura, a aplicação da técnica de enxerto alveolar, como uma das etapas no tratamento de pacientes com fissuras lábio palatinas. Apresentar os tipos de tratamento para o paciente fissurado com indicação do uso de enxerto alveolar e, identificar os diversos tipos de enxertos utilizados em pacientes com fissuras lábio palatina.

2 METODOLOGIA

Foi realizada a busca eletrônica de publicações nas bases de dados Scielo, Lilacs e Bireme, utilizando-se as seguintes palavras-chave, obtidas de acordo com o Medical Subject Headings (MeSH): dentistry, fissure e graft. Foram adotados como critérios de inclusão dos estudos: a) artigos que descrevem os seguintes assuntos: pacientes fissurados, tipos de enxertos disponíveis, abordagem de técnicas cirúrgicas, b) artigos divulgados no período de janeiro de 1993 a fevereiro de 2019 e c) artigos publicados em inglês e português. Segundo os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se então a seleção de 108 trabalhos. Após sua análise, 78 foram excluídos e, ao final, 21 artigos foram selecionados para o presente estudo (Figura 1).



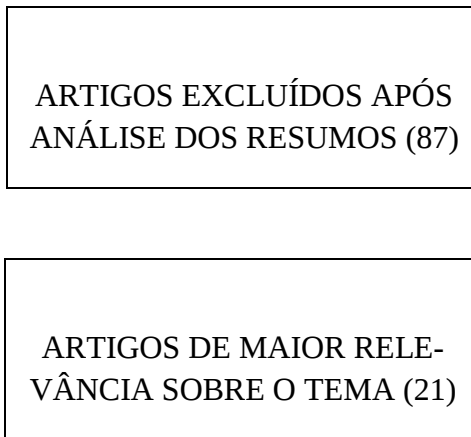


FIGURA 1 – Fluxograma da pesquisa bibliográfica

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

Nos últimos anos, as fissuras lábio palatinas tem sido motivo de estudo para os pesquisadores, por ser um tipo de má formação congênita, que na estimativa atinge cerca de 1 / 600-700 nascidos vivos de forma global, esse tipo de má formação ocorre ainda no período embrionário entre a 8º a 32º semana de gestação que ocorrerá a fusão dos processos nasais (BRINGEL *et al.*, 2017).

A fissura labiopalatal é uma fissura congênita, que acomete a região de lábio, palato, dentes e nariz. É uma doença multifatorial que pode ocorrer por causas hereditárias, fatores ambientais, drogas lícitas e ilícitas, tabagismo, uso de medicamentos nos primeiros três meses de gestação, má nutrição da mãe, radiação, entre outras (SILVA *et al.*, 2002; GALVÃO *et al.*, 2015).

Um estudo de base populacional indica que a ocorrência de fissura lábiopalatal no Brasil é de 1:700 nascimentos. Os registros de nascidos vivos, permitem estimar a prevalência da malformação, porém, para entender a ocorrência da fissura, deve-se identificar os tipos, a extensão e sua respectiva classificação (GARDENAL *et al.*, 2011; BRINGEL *et al.*, 2017).

3.2 CLASSIFICAÇÃO

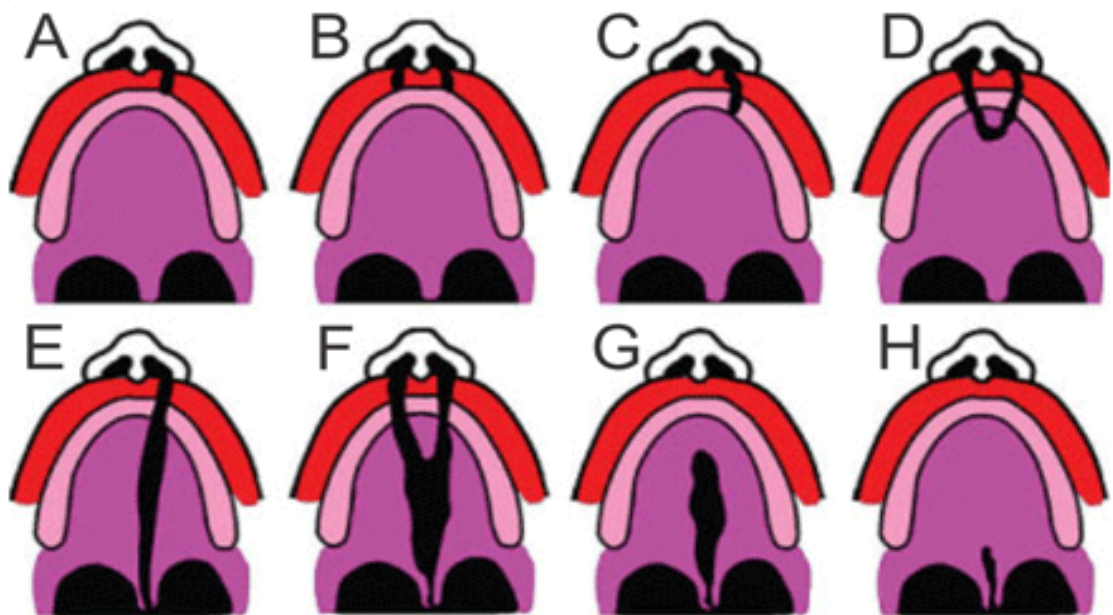
As principais fissuras são agrupadas em quatro categorias de acordo com a classificação de Spina (Quadro 01) em relação ao forame incisivo: fissuras pré-forame incisivo, fissuras transforame incisivo, fissuras pós-forame incisivo e as fissuras raras. Essa categorização permite a identificação de formas mistas, como em casos das fissuras pré-forame e pós-forame no mesmo portador, suas implicações são conhecidas em três aspectos: estético, funcional e emocional, provocam distorções na imagem corporal, inibição comportamental, elevado grau de insatisfação e ansiedade, comprometendo o ajustamento pessoal e social do portador (GARDENAL *et al.*, 2011).

Grupo I Fissuras pré-forame incisivo	→ Unilateral	→ Direita	→ Completa
		→ Esquerda	→ Incompleta
	→ Bilateral	→ Completa	→ Completa
		→ Incompleta	→ Incompleta
Grupo II Fissura transforame incisivo	→ Unilateral	→ Direita	
		→ Esquerda	
	→ Bilateral		
Grupo III Fissuras pós-forame incisivo	→ Mediana	→ Completa	
		→ Incompleta	
Grupo IV Fissuras raras da face			

Quadro 1 – Classificação das fissuras labiopalatinas, segundo Spina².

Fonte: RAREZA; TRETTENE; TABAQUIM, 2012, p.108.

FIGURA 2: Classificação das fissuras lábiopalatinas.



Fonte: CYMROT *et al.*, 2010, p.649.

Figura A: Fissura pré forame incisivo unilateral direita incompleta. Figura B: Fissura pré forame incisivo bilateral incompleta. Figura C: Fissura pré forame incisivo unilateral direita completa. Figura D: Fissura pré forame incisivo bilateral completa. Figura E: Fissura transforame incisivo unilateral direita incompleta. Figura F: Fissura transforame incisivo bilateral. Figura G: Fissura pós forame incisivo completa. Figura H: Fissura pós forame incisivo incompleta.

A classificação é descrita da seguinte forma: O grupo I são as fissuras pré-forame incisivo, que podem ser unilateral, bilateral e mediana, direita ou esquerda, e completa e incompleta. O grupo II são as fissuras transforame incisivo, que poderá ser unilateral: direita ou esquerda, e poderá também ser vista bilateral ou mediana. O grupo III são as fissuras pós-forame incisivo que serão vistas de forma completa e incompleta. O grupo IV são as fissuras raras da face, as quais não seguem nenhuma pré definição e que não se encaixam em nenhuma das classificações citadas (GARDENAL *et al.*, 2011).

3.3 TRATAMENTO

Os pacientes fissurados precisam ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar incluindo o cirurgião-dentista, pediatras, fonaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, entre outros. Sendo não só necessário que o cirurgião-dentista esteja apto para tratamento como também estes profissionais. Fonoaudiólogos serão responsáveis pela fala, correta dicção e funções estomatognáticas, observa-se que pacientes fissurados possuem dificuldade na amamentação por conta da forma de sucção errada a criança acaba por não se alimentar corretamente, onde isso poderá acarreta em diversos tipos de doenças para a criança, sendo assim necessário a presença do nutricionista, pediatra, psicólogo. o psicólogo pois esses pacientes muitas vezes não se adequa a sociedade por conta da sua aparência e seu modo de falar (SILVA *et al.*, 2002).

O tratamento nestes pacientes com Fissura Lábio Palatina – FLP, envolvem múltiplas abordagens cirúrgicas, porém, para que esses procedimentos tenham sucesso, precisam do apoio familiar junto a equipe multidisciplinar de profissionais. Desde o nascimento, as crianças fissuradas necessitam do acompanhamento pela odontopediatra, não somente por necessitarem de uma ortodontia preventiva, mas também para orientação correta dos pais em relação a higienização oral destes pacientes. O acompanhamento precoce irá favorecer o melhor planejamento e prognóstico no tratamento destes pacientes (SILVA *et al.*, 2002; PESSOA *et al.*, 2015).

As cirurgias realizadas nos primeiros anos e meses de vida, denominadas por cirurgias primarias, reparam defeitos nos tecidos moles, lábio e palato, deixando uma residual fissura

alveolar. A persistência do defeito no osso alveolar é um limite para o futuro tratamento ortodôntico (PESSOA *et al.*, 2015).

3.4 CIRÚRGICO

As cirurgias primárias do lábio e do palato parecem provocar um efeito restritivo ao crescimento da maxila, resultante da correção cirúrgica da fissura de lábio e palato em idade precoce, de tal modo que, os cuidados na realização das cirurgias iniciais serão essenciais para o sucesso final do tratamento (ZAMBONATO *et al.*, 2009).

As intervenções cirúrgicas iniciam precocemente com o intuito de melhorar a qualidade de vida do bebê e facilitar o aleitamento materno destes pacientes. É importante antes das intervenções cirúrgicas, os pacientes apresentarem saúde adequada e a imunidade desenvolvida, essas intervenções devem ser iniciadas a partir do terceiro mês de vida. Em fissurados de lábio e palato, são preconizadas duas intervenções cirúrgicas realizadas separadamente: o reparo do lábio (queiloplastia) e o reparo do palato (palatoplastia). A primeira correção será feita no lábio nos primeiros meses de vida, geralmente no terceiro mês. O momento mais utilizado para a palatoplastia é entre 12 e 18 meses de vida. Porém, como são cirurgias realizadas precocemente, muitas vezes necessita de repetições cirúrgicas, e quanto maior o número de repetições, maior será a intensidade de fibrose cicatricial e, por consequência, maior o impacto negativo sobre o crescimento da face. A sequência de tratamento está ilustrada na Tabela 1 abaixo (ROCHA *et al.*, 2015; PRIYA *et al.*, 2011).

Os pacientes que tiveram como área afetada a região alveolar, terão que ser realizadas algumas cirurgias secundárias, onde serão realizados enxertos alveolares, que serão realizados entre 9 e 12 anos, antes que ocorra a irrupção dos caninos permanentes. A cirurgia de enxerto alveolar, sendo realizada no período ideal terá benefícios para o paciente, pois os dentes serão erupcionados e se posicionarão de forma ideal, e isso irá garantir o crescimento dos maxilares normalmente, trazendo a estética necessária para a área (SAQUETI *et al.*, 2017).

TABELA 1. Sequência frequente do tratamento em pacientes portadores de fissura labiopalatal.

Sequência de tratamento para pacientes com fissura lábio palatal.	
3 A 6 MESES	Cirurgia de fechamento do lábio.
12 A 18 MESES	Cirurgia de fechamento do palato.
7 A 8 ANOS	Alinhamento dos incisivos/ expansão palatal.
8 A 12 ANOS	Enxerto ósseo alveolar secundário(antes da irrupção do canino ou do incisivo lateral se presente).
ADOLESCÊNCIA	Ortodontia corretiva; revisão lábio/nariz.
ADOLESCÊNCIA TARDIA 16 ANOS	Ortodontia corretiva; cirurgia ortognática, se necessário.

Fonte: Adaptado de HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009, p.583.

O plano de tratamento ortodôntico é caracterizado exclusivamente para o alinhamento e nivelamento dentário, com o objetivo de promover uma inclinação adequada das raízes adjacentes à fissura e um correto posicionamento dos dentes para a cirurgia ortognática (LURENTT *et al.*, 2012).

3.5 ENXERTO ALVEOLAR.

A cirurgia de enxerto acontecerá antes que ocorra a irrupção dos caninos entre 8 a 12 anos de idade, o tipo de enxerto depende do tamanho da área receptora. O padrão ouro é o enxerto autógeno, que será doado do próprio paciente (PESSOA *et al.*, 2015).

O período adequado para as cirurgias de enxerto, tem sido classificado da seguinte forma, a partir do desenvolvimento dentário: enxerto primário durante o primeiro estágio de dentição; quando realizado é criado uma ponte óssea através do defeito congênito, porém, não garante que forme um osso adequado, como também não garante o fechamento total da fistula. Enxerto secundário durante o estágio misto de dentição; O enxerto secundário garante um fechamento da fistula, além disso, promove uma estabilidade dos segmentos maxilares, promovendo assim, um suporte ósseo adequado. Enxerto terciário, após o completo segundo estágio de erupção; ocorre após o início do tratamento ortodôntico, e por isso recebe o nome de enxerto tardio ou terciário, é um tipo de enxerto que não corrige defeitos ósseos e consequentemente poderá causar reabsorções (PESSOA *et al.*, 2015; ANTUNES *et al.*, 2014).

O enxerto ósseo alveolar secundário tem como finalidade estabilizar mecanicamente os segmentos maxilares, onde a pré-maxila possui uma fissura unilateral ou bilateral. Após a realização da mesma, terá uma melhora na estética final, e o tecido vestibular terá uma melhor

aparência, tendo como propósito fechar as fístulas, criando uma estrutura alveolar, na qual antes era uma fissura, e com isso, dando possibilidade para que aconteça uma movimentação ideal dos dentes, podendo ser espontânea, ou induzida com tratamentos ortodônticos, eliminando assim, a necessidade do uso de próteses, que sem esse suporte ósseo dificultaria ainda mais o uso da mesma. Posteriormente, se o elemento dental não ocorrer, a sua irrupção poderá viabilizar a colocação de um implante na área da fissura, além de contribuir na melhora da estética facial ao elevar a asa do nariz do lado da fissura, nos casos que houver assimetria (PALONE *et al.*, 2013).

O cirurgião buco maxilo facial determina o local da área doadora onde o osso será retirado, as áreas doadoras mais utilizadas são a crista ilíaca e a mandíbula. Os tipos de enxertos são autógenos, homólogos, heterógenos e aloplástico. Enxerto autógenos: enxerto que será doado do próprio indivíduo; enxerto homólogo: quando é retirado de um doador da mesma espécie; enxerto heterógeno: quando é coletado de um indivíduo de outra espécie; enxerto aloplástico: produzido sinteticamente. O padrão ouro e também os mais utilizados são os enxertos autógenos, devido a osteocondução, osteoindução, e a ausência da reação imunológica. Além de enxertos e plastias, se faz necessário, tratamentos ortodônticos e cirurgias ortognáticas, após a conclusão do fechamento dos ossos faciais e formação completa de dentes e partes adjacentes (PESSOA *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2015).

O ato cirúrgico inicia com uma incisão vestibular oblíqua à meia distância, entre o centro da coroa do primeiro molar e a papila gengival mesial, continua com uma incisão intra-sulcular que irá até a margem lateral da fissura, contornando o seu limite gengival, atingindo assim o segmento contralateral da maxila, tendo fim na região intra-sulcular dos incisivos centrais. A partir desta incisão oblíqua, o retalho é dividido por aproximadamente 5 mm, incisa o perióstio e descola-se a mucosa vestibular, obtendo um retalho de espessura total. A mucosa palatina é divulsionada e suturada, em seguida procede o descolamento e reposicionamento superior da mucosa do assoalho nasal e sua sutura, para o fechamento da fístula e para a criação do espaço físico, onde o enxerto ósseo particulado é cuidadosamente acomodado, ainda que sob condensação. O retalho vestibular é reposicionado até o total recobrimento do enxerto ósseo e de toda a extensão óssea, sem tensão, suas bordas são debridadas e, por fim, realiza-se a sutura das incisões com pontos simples (CARVALHO 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, conclui-se que os tratamentos em pacientes com fissuras lábio palatinas, devem seguir uma ordem, onde serão observados a idade do paciente, alterações morfológicas presentes, seguindo as classificações de Spina, e assim faz-se necessário um plano de tratamento integrado a cada paciente com sua especificidade.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Carlos Lucio; ARANHA, Andreza Maria Fabio; LIMA, Eliângela; PEDRO, Fabio Luis Miranda; BITTENCOURT, Walkiria Shimoya; PEREIRA, Isabella Carolina; VIEIRA, Avanice Menezes Marçal Vieira. Planejamento ortodôntico para pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: revisão de literatura. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, 16(3): 239-43, 2014.
- BRINGEL, Romildo José De Siqueira; CRUZ, Rodrigo Gonçalves; FRANCO, Jéferson Martins Pereira Lucena; BRINGEL, Daniela Neves; BRINGEL, Gabriela Neves; JÚNIOR, Fernando Bastos Pereira; CAMPOLONGO, Gabriel Denser; BARROS, Tarley Pessoa; ARAÚJO, Maria Thaline Silva; SANTOS, Eliardo Silveira; PINTO, Lecio; RODRIGUES, Luciano Miller Reis. Primary Cheiloplasty using the Technique of Millard. **INT J Dentistry Oral Sci.** 4(6), 490-493, 2017.
- CARVALHO, Roberta Martinelli. **Reparo do defeito alveolar com proteína morfogenética óssea (rhBMP-2) em pacientes com fissura labiopalatina**. 2011. Tese (Doutorado em Fissuras Orofaciais) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2011. doi:10.11606/T.61.2011.tde-14022012-100227.
- CYMROT, moacir; SALES, felipe de castro dantas; TEXEIRA, francisco de assis alves; JUNIOR, francisco de assis alves texeira; TEXEIRA, geraldo sergio barbosa; FILHO, José Ferreira Da Cunha; OLIVEIRA, natália de holanda. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labioplantinas atendidos em um hospital pediátrico do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, 25(4); 648-51. 2010. p. 649.
- DALBEN, GISELE; GOMIDE, M. R; COSTA, BEATRIZ; NEVES LUCIMARA. **Description of a clinical technique for extraction in the cleft lip and palate area**. In t e rnational Journal of Paediatric Dentistry 2001; 11:143-146.
- FIGUEIREDO, Márcia Cançado; PINTO, Nuno Figueiredo; FABRICIO, Fabiana Kapper; BOAZ, Cristina Maria Silveira; SILVA, Daniel Demetrio Faustino. **Pacientes com fissura lábiopalatina- acompanhamento de casos clínicos**. ConScientiae Saúde, vol. 9, núm. 2, 2010, pp. 300-308 Universidade Nove de Julho São Paulo, Brasil.
- FIGUEIREDO, Márcia Cançado; PINTO, Nuno Figueiredo; SILVA, Daniel Demétrio Faustino; OLIVEIRA, MARIELI. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão - relato de caso clínico. **RFO**, v. 13, n. 3, p. 73-77, setembro/dezembro 2008.
- GALVÃO, Karoline Angélico; GRACIANO, Maria Inês Gândara; GRIGOLLI, Ana Aparecida Gomes. Família e fissura labiopalatina e seus aspectos psicossociais: Revisão sistemática da literatura. **RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social**, Bauru, v.19, n. 36, p. 68-83, jul./dez.2015.
- GARDENAL, Mirela; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus De Oliveira Bastos; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury; BOGO, Danielle. Prevalência das Fissuras Orofaciais Diagnosticadas em um Serviço de Referência em Casos Residentes no Estado de Mato Grosso do Sul. **Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.** São Paulo, v.15, n.2, p.133-141, 2011.

HUPP, James R; ELLIS, Iii Edward; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral E Maxilofacial**. 5º ed. São Paulo: Elsevier, 2009, p.583.

LAURENTT, Katyuscia; CAVALCANTE, Maria Aparecida de Albuquerque; GANDELMANN, Italo Honorato Alfredo; SALVATORE, Daniel de Freitas. Cirurgia ortognática em paciente portador de fissura lábio-palatina: Relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, vol.12, n.1, pp. 47-52, 2012.

MODOLIN M; KAMAKURA L; CERQUEIRA EM. **Classificação, etiologia, patogenia e incidência das fissuras labiopalatinas**. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini AS. Tratamento das fissuras labiopalatinas. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p.13- 18.

PALONE, Marcos Roberto Tavano; SILVA, Thaieny Ribeiro; VIEIRA, Narciso Almeida; DALBEN, Gisele da Silva. A importância do controle da microbiota bucal e o uso de biomaterial em cirurgias de enxerto alveolar secundário nos pacientes com fissura labiopalatina. **Investigação**, Franca, v. 13, n. 2, p. 19-23, 2013.

PESSOA, Erica Alexandra Macedo; BRAUNE, Andre; CASADO, Priscila Ladeira; TANNURE, Patricia Nivoloni. Enxertos ósseos alveolares na fissura labiopalatina: protocolos atuais e perspectivas futuras. **Rev. Odontol. Univ. Cid.**, São Paulo, 27(1): 49-55, 2015

PRIYA, V. K; REDDY, J. S; RAMAKRISHNA, Y; REDDY, C. P. Post- surgical dentofacial deformities and dental treatment needs in cleft-lip-palate shildren: a clinical study. **J indian soc pedod prev dente.**, 29: 229-34, 2011..

RAZERA, Ana Paula Ribeiro; TRETENE, Armando Dos Santos; TABAQUIM, Maria De Lourdes Merighi. O impacto estressor das cirurgias primárias reparadoras em cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - v. 36, no. 90, p. 105-123.

ROCHA R RITTER DE; RIBEIRO GLU, DERECH CA. Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **ORTHOD. SCI. PRACT. V.8, N.32, P. 526-540, 2015.**

SAQUETI, Juliana Cristina Bonabi; ÉRNICA, Natasha Magro; GRIZA, Geraldo Luiz; CONCI, Griza Ricardo Augusto; JUNIOR, Eleonor Álvato Garbini; SILVA, Kaohana Thaís. Enxerto ósseo alveolar secundário como protocolo de tratamento em paciente portador de fissura labiopalatina: relato de caso clínico. **Revista Uningá Review**, Maringá, v 32, n. 1, p. 20-30, 2017.

SILVA FILHO, Omar Gabriel; COSTA, Beatriz; ALBUQUERQUE, Marcos Vanetti Prado. Irrupção ectópica do primeiro molar permanente superior em pacientes portadores de fissura isolada de palato (fissura pós forame incisivo). **Rev Odont Univ.**, São Paulo. 7:1-10, 1993.

SILVA, Heleno Augusto; BORDON, Ana Keila Costa Barreira; DUARTE, Danilo Antonio. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas a terapêutica. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.432-436, 2002.

ZAMBONATO, Ticiania Cristina Freitas; FENIMAN, Mariza Ribeiro; BLASCA, Wanderleia Quinhoneiro; LAURIS, José Roberto Pereira; MAXIMINO, Luciana Paula. Perfil de usuários

de AASI com fissura labiopalatina. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 6, 2009.