

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FRANCISCO JONHNATAN ALVES E SILVA

MALFORMAÇÃO LABIOPALATAL: ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS E CLÍNICOS

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2020

FRANCISCO JONHNATAN ALVES E SILVA

MALFORMAÇÃO LABIOPALATAL: ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS E CLÍNICOS

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 (a) Professora Dr^a Tarciana Oliveira Guedes

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2020

FRANCISCO JONHNATAN ALVES E SILVA

MALFORMAÇÃO LABIOPALATAL: ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS E CLÍNICOS

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.

Aprovado em 03/07/2020.

BANCA EXAMINADORA

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) TARCIANA OLIVEIRA GUEDES
ORIENTADOR (A)

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) FRANCISCO JADSON LIMA
MEMBRO EFETIVO

PROFESSOR (A) MESTRE (A) VILSON ROCHA CORTEZ DE ALENCAR
MEMBRO EFETIVO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus

AGRADECIMENTOS

A meus pais Luiz campos e silva e Maria Hilma Alves e silva

À minha esposa, Izabela Mikaelly Barreto Pedrosa.

Ao Prof. Dr. Tiago Noroês e Dr. Tiago França.

À Profa. Dra. Tarciana Oliveira Guedes

RESUMO

No século I da Era Cristã surgiram os primeiros relatos de casos de fissura labial. Ao longo dos tempos, houve diversas tentativas de discorrer sobre a etiologia deste tipo de mal formação, logo o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos aconteceu nos últimos 50 anos. Atualmente, sabe-se que entre as anomalias congênitas da face, as fissuras labiopalatinas, também conhecidas popularmente como goela de lobo ou lábio leporino, são as mais frequentes. Estima-se que, no Brasil, a cada 700 recém nascidos, um seja portador desse tipo de fissura. o presente estudo teve como objetivo, conhecer sobre a fissura lábiopalatina destacando suas características, classificações e a importância do cirurgião-dentista no tratamento do paciente que sofre mal formação. Trata-se de uma revisão de literatura, onde a estratégia de identificação e seleção da amostra foi a busca *on-line* das publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)/PUBMED e biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Diante dos estudos analisados pode-se afirmar que fissura labiopalatina é a deformidade craniofacial congênita muito frequente, que atinge, com maior prevalência, o sexo masculino, podendo se apresentar de diversas formas, promovendo distorções anatômicas no lábio superior, nariz e palato. Levando em consideração o exposto no decorrer do presente estudo, pode-se afirmar que as fissuras labiopalatinas apresenta-se de várias formas, tendo seu acontecimento ainda na vida intra-uterina. Ocorrendo o erro durante os processos de união e fusão de estruturas primordiais para lábio e palato, como os processos nasais mediais e os processos maxilares ou a deficiência de coalescência nas placas palatinas.

Palavras-chave: Fissura palatina. Desenvolvimento humano. Anomalias congênitas.

ABSTRACT

In the 1st century of the Christian Era, the first reports of cases of cleft lip appeared. Over the years, there have been several attempts to discuss the etiology of this type of malformation, so the real progress in the knowledge of injuries, disorders and therapeutic procedures happened in the last 50 years. Currently, it is known that among congenital anomalies of the face, cleft lip and palate, also popularly known as the wolf's throat or cleft lip, are the most frequent. It is estimated that, in Brazil, for every 700 newborns, one has this type of fissure. The present study aimed to learn about the cleft lip and palate highlighting its characteristics, classifications and the importance of the dentist in the treatment of patients who suffer from malformation. This is a literature review, where the strategy for identifying and selecting the sample was the online search of Brazilian scientific publications, indexed in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) / PUBMED and Scientific Electronic Library Online (SCIELO) virtual library. In view of the studies analyzed, it can be stated that cleft lip and palate is the most frequent congenital craniofacial deformity, which affects, with greater prevalence, the male sex, and can present itself in several ways, promoting anatomical distortions in the upper lip, nose and palate. Taking into account the above in the course of the present study, it can be said that the cleft lip and palate presents itself in various ways, with its occurrence still in intrauterine life. The error occurs during the processes of union and fusion of primordial structures for the lip and palate, such as the medial nasal processes and the maxillary processes or the coalescence deficiency in the palatal plates.

Keyword: Cleft palate. Human development. Congenital anomalies.

LISTA DE SIGLAS

CD	Cirurgião-dentista
DCC	Disostose Cleidocraniana
FL	Fissura Labiopalatina
FL	Fissura de lábio
FL/P	Fissura de Lábio Palatina
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
MS	Ministério da Saúde
MC	Malformação Congênita
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	13
3.1.1 PERÍODO EMBRIONÁRIO.....	14
3.1.2 GASTRULAÇÃO E FORMAÇÃO DAS CAMADAS GERMINATIVAS.....	15
3.1.3 PLACA NEURAL E TUBO NEURAL.....	16
3.1.4 PERÍODO FETAL.....	16
3.2 DOENÇAS CONGÊNITAS.....	17
3.2.1 FISSURAS LABIOPALATINAS.....	18
3.2.2 ASPECTOS CLÍNICOS.....	19
3.2.3 ASPECTOS EMBRIOLOGICOS.....	20
3.4 TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR.....	21
3.4.1 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM FISSURAS LABIOPALATINAS.....	22
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

No século I da Era Cristã surgiram os primeiros relatos de casos de fissura labial, e ao longo dos tempos, houve diversas tentativas de discorrer sobre a etiologia deste tipo de mal formação, logo o conhecimento aprofundado das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente aconteceu no ano de 1965. Sabe-se que as fissura labiopalatinas encontra-se entre as anomalias congênicas da face mais frequentes, estimando-se que, no Brasil, a cada 700 recém nascidos um seja portador desse tipo de fissura (LIMA et al., 2015).

A fissura labiopalatina é caracterizada com uma deformidade craniofacial congênita, que apresenta-se de diversas formas, promovendo distorções anatômicas no lábio superior, nariz e palato (MIACHON e LEME, 2014).

Esse tipo de fissura é uma alteração que aparece no período de formação da face, surgindo em torno da 4ª e 12ª semana de vida uterina; decorre da hipoplasia do processo medial nasal e maxilar entre a 4ª e 7ª semanas de vida do feto. Já a fenda palatina acontece devido à hipoplasia do processo maxilar palatal, entre a 7ª e 12ª semanas (MENDROT e GUERREIRO, 2019).

Vale destacar que, as fissuras orais podem acontecer com achados fenotípicos de síndromes ou isoladamente. As fissuras orais não sindrômicas envolvem as fissuras de lábio (FL) com ou sem fissura de palato (FL/P) e a fissura de palato (FP), também designadas como pré, trans e pós-forame incisivo, respectivamente, de acordo com a classificação de Spina et al (1972). Essas más-formações representam um grave problema de saúde pública, já que, os indivíduos acometidos podem apresentar dificuldades alimentares neonatais e respiratórias, problemas de audição e fala, alterações na dentição, entre outros (ALVAREZ, 2010).

O recém-nascido com fissura, geralmente é tratado em centros de referência para malformações craniofaciais. Durante o período de tratamento é necessário realizar várias correções cirúrgicas funcionais e estéticas, tais correções devem ser realizadas com bastante atenção e por uma equipe multiprofissional capacitada, formada por profissionais como: cirurgiões plásticos, médicos pediatras, otorrinolaringologistas, geneticistas, fonoaudióloga, odontólogos, assistente social, nutricionista, enfermeira, entre outros. A cirurgia reparadora representa um grande desafio, pois é um processo longo que inclui o acompanhamento da família e de uma equipe multidisciplinar (DANTAS, 2017).

O cirurgião-dentista (CD), como membro da equipe multiprofissional tem como missão conhecer o paciente em sua totalidade, e conseqüentemente ofertar uma assistência satisfatória. Dessa maneira, pode enfatizar que é imprescindível a atuação do CD desde o

diagnóstico de portadores de fissuras orofaciais, logo o referido profissional precisa saber acolher o paciente, realizar orientações sobre ações preventivas indispensáveis, e tratar com qualidade os problemas e as sequelas causadas pelas fissuras em todas as etapas estabelecidas para o tratamento e prognóstico de seu paciente, com o intuito de, ofertar uma melhor qualidade de vida à criança ou adulto portador desta mal formação.

O trabalho proposto descreve sobre o desenvolvimento humano, período embrionário, algumas doenças congênitas, enfatizando as fissuras lábio-palatinas. Discorrer sobre a importância do atendimento multidisciplinar e atuação do cirurgião dentista no tratamento de pacientes com fissuras lábio-palatinas.

Diante do exposto e levando em consideração que o profissional cirurgião-dentista tem imprescindível na prevenção e no controle das infecções bucais, assim como na reabilitação estética e funcional dos pacientes, sente-se a necessidade de realizar uma revisão da literatura, procurando responder ao seguinte questionamento: como os profissionais da odontologia vêm concretizando as práticas durante o tratamento de pacientes com fissura lábio-palatina?

Sendo assim, o referido estudo objetivou-se, fazer uma explanação sobre a fissura lábio-palatina dando ênfase as suas características, classificações e a importância do CD no tratamento direcionado ao paciente portador desta mal formação.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão da literatura. Este tipo de pesquisa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, colaborando para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de novos estudos. O objetivo inicial deste método de pesquisa é alcançar um profundo entendimento de um determinado fenômeno tendo como base em estudos anteriores (MENDES, SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A estratégia de identificação e seleção da amostra foi a busca *on-line* das publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)/PUBMED e biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram utilizados os seguintes descritores: Cleft palate. Human development. Congenital anomalies.

Como critérios de inclusão, foram elencados os seguintes elementos: Contemplar os objetivos do estudo, estar disponível como texto completo de forma gratuita, disponíveis nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, artigos originais de estudo empírico, dos últimos oito anos, sendo o recorte de tempo escolhido devido ao período de atualização. E como critérios de exclusão: resumos de anais, artigos de carta ao editor e de opinião profissional.

Vale destacar, que a coleta dos artigos foi realizada no período de abril a junho do corrente ano.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO

O desenvolvimento humano, mediante embriologia, é classificado em três períodos, que são: período ovular (que vai desde a fecundação até a implantação da célula ovo ou zigoto na mucosa uterina); período (embrionário que se concebe da quarta à oitava semana de vida intrauterina); e período fetal (que compreende entre o meio da nona semana até o nascimento) (ARMBRUSTER, 2002).

O desenvolvimento humano é um acontecimento complexo que demanda a integração de diversos mecanismos para consentir a formação adequada de todas as estruturas. É importante destacar, que entre as anomalias de desenvolvimento humano as fissuras orofaciais ocupam lugar de destaque, estando entre os defeitos craniofaciais congênitos mais frequentes e apresentando um forte componente genético (FONTOURA, 2013).

A cabeça humana começa sua formação no 21º dia depois da concepção. Na 4ª semana de vida embrionária pode-se visualizar a proeminência nasal, a qual dará origem às fossas nasais e ao epitélio olfatório. As proeminências maxilares crescem acima da proeminência nasal e se unem à frontonasal para formar o maxilar superior. A formação do lábio superior incide com a composição do processo nasal médio e os processos maxilares laterais. Por volta da 6ª semana inicia-se a formação do palato primário, dando origem à pré-maxila, rebordo alveolar adjacente e parte interna do lábio superior (MELO, 2007).

O desenvolvimento da face tem seu início a partir da quarta semana de vida intrauterina, quando de fato surgem no embrião cinco processos faciais: um processo frontal, dois processos maxilares e dois processos mandibulares (ARMBRUSTER, 2002).

O desenvolvimento da face e da cavidade oral acontece durante a fase embrionária e compreende a formação dos processos teciduais que precisam se juntar e se fundir de maneira ordenada. É por meio da migração das células da crista neural que se forma o tecido conectivo e o esqueleto da face (durante a terceira semana de vida intrauterina) e, o desenvolvimento da face inicia na quarta semana, onde estão presentes os primórdios faciais ou boca primitiva: eminência frontonasal, processos maxilares e 2 processos mandibulares. A mandíbula é a primeira estrutura a ser formada. A partir da 5ª semana acontece a fusão dos processos nasais e processos maxilares. O palato é desenvolvido por meio de dois primórdios: o palato primário e o palato secundário (LIMA et al., 2015).

3.1.1 PERÍODO EMBRIONÁRIO

Segundo Moore, Persaud e Torchia (2012), é a partir do ato sexual que possivelmente inicia-se o desenvolvimento humano, no momento em que o óvulo é fertilizado pelo espermatozóide. Logo, o desenvolvimento embrionário é decorrente, dos planos genéticos, nos cromossomos, que dependem de uma interação. Coordenada, o desenvolvimento embrionário é um processo de alta complexidade estrutural e funcional, se dar por meio de mitose, e produção da matriz celular e alcançado por intermédio da morfogênese. Esse período embriológico ocorre quando se é iniciada a clivagem e vai até a formação fetal por volta de 9ª semana, este período intrauterino podem ser dividido por dias, semanas ou meses. Os médicos obstetras preferem usar esta divisão por trimestre, já os embriologistas preferem usar esta divisão por fases, que constituem o acontecimento do desenvolvimento, tais como: 0-3 semana: Desenvolvimento Inicial (Clivagem); 4-8 Semana: Período Organogênese Embrionária; 9-38 semana: período fetal. A fecundação inicia com o contato do espermatozóide e um ovócito realizando a primeira divisão mitótica do zigoto.

De acordo com Montanari (2013), a ação de fertilização, ocorre cerca de 4 dias, é chamado de cavitação, esse espaço e preenchido de líquido é conhecido como blastocelo (cavidade blastocística). Nesse estágio, o embrião é conhecido como blastocisto.

Depois da passagem privitelino libera o Óvulo, ovulado, de um metabolismo deprimido, e impede a sua desintegração final no interior do trato reprodutivo feminino. Em seguida a fertilização do óvulo e chamado de zigoto, atravessa por uma mudança acentuada no metabolismo e começa vários dias de clivagem para o embrião progredir rapidamente através, das duas células (blastômeros) se dividindo para formar um embrião de três células. Quando o embrião consiste em aproximadamente 16 células, ele é chamado de mórula após esse ciclo, para o embrião progredir rapidamente através da clivagem para o início da gastrulação (MOORE; PERSAUD e TORCHIA, 2012).

A formação da face e cavidade oral é de natureza complexa, e distúrbios no crescimento ou fusão de processos teciduais podem resultar em formação de fendas labiopalatinas. Aproximadamente no final da 4ª semana de vida intra-uterina, inicia-se a formação do centro da face, ocorrendo a formação dos processos nasais mediano e lateral. Durante a 6ª e 7ª semana do desenvolvimento, ocorre a formação do lábio superior, em decorrência da fusão dos processos nasais medianos entre si e com os processos maxilares do

primeiro arco branquial. A fissura labial acontece devido uma falha na fusão do processo nasal mediano com o processo maxilar (PRADO et al., 2018).

Prado et al (2018) ainda afirmam que a formação do palato primário também acontece pela junção dos processos nasais medianos, desenvolvendo o segmento intermaxilar, que dará origem à pré-maxila, que contém os dentes incisivos. O palato secundário compõe a maior parte do palato, e é originado dos processos maxilares do primeiro arco branquial. Perto da 6ª semana de vida intra-uterina, projeções bilaterais surgem das porções medianas dos processos maxilares, formando as prateleiras palatinas. Na 8ª semana, com o crescimento das porções anteriores destas prateleiras, estas se fundem uma com a outra e também com o palato primário e o septo nasal, completando esta união, Por volta da 10ª segunda semana de vida intra-uterina. Uma falha na fusão das prateleiras palatinas resulta em fissura palatina. É observada, frequentemente, a ocorrência de fissura labial associada à fissura palatina.

Embriologicamente, as fissuras orofaciais podem ser caracterizadas em fissuras labiais (FL), fissuras de palato (FP), e FL/P. As fissuras lábio-palatinas, podem incluir as fissuras labiais associadas ou não à fissura do palato, uma vez que o desenvolvimento e o mecanismo fisiopatológico de ambas são diferentes. Cerca de 30% dos casos de FL/P estão associados a síndromes ou aberrações cromossômicas e de 400 síndromes apresentam FL/P como parte do fenótipo. Os 70% restantes são considerados casos isolados, onde a FL/P acontece em indivíduos que não apresentam alguma outra anomalia estrutural (FONTOURA, 2013).

3.1.2 GASTRULAÇÃO E FORMAÇÃO DAS CAMADAS GERMINATIVAS

Na visão de Moore, Persaud e Torchia (2012), a gastrulação e formação das camadas germinativas, acontecem da seguinte maneira:

Quando o disco embrionário bilaminar se transforma no trilaminar, formando três camadas endoderma ectoderma, mesoderma, a gastrulação e o início da morfogênese, (desenvolvimento de forma e da estrutura de órgãos e partes do corpo). Se dá início a linha primitiva, na terceira semana, assim que a linha primitiva surge e possível identificar o eixo craniodaul do embrião, após o aparecimento da linha primitiva as células foram o mesoblasto, mesênquima, que forma os tecidos de sustentação do embrião, isso tudo ocorre na quarta semana (MONTANARI, 2013).

O processo notocordal e desenvolvido entre o ectoderma e o endoderma, que crescem até a placa precordial, e o importante organizador, da região cefálica. E semelhante a um

bastão, as camadas fusionadas, de ectoderma e endoderma formam a membrana orofaríngea (MOORE; PERSAUD e TORCHIA, 2012).

A notocorda, define o eixo do embrião dando certa rigidez, serve para desenvolver o esqueleto axial, ex.: osso, da cabeça e da coluna vertebral a coluna vertebral se forma, ao redor da notocorda (SHOLL-FRANCO, 2010).

A Notocorda induz o ectoderma embrionário a forma a placa neural. Primórdio do sistema nervoso central, por volta do 16º dia ocorre o surgimento do antoide, que tem forma de salsicha e estão envolvidas na formação do sangue e da bexiga urinaria (MOORE; PERSAUD e TORCHIA, 2012).

3.1.3 PLACA NEURAL E TUBO NEURAL

Durante a formação do mesoderma intra-embrionário, as células do nó primitivo também proliferam entre o ectoderma e o endoderma para dá origem a notocorda, um bastão celular que determina o eixo de sustentação do embrião e que lhe serve de base para o desenvolvimento do esqueleto axial. A notocorda se desenvolve em sentido cefálico, respeitando a placa precordial. Ao redor da notocorda é formado os corpos vertebrais (MONTANARI, 2010).

Com a notocorda em desenvolvimento o ectoderma embrionário, forma uma placa alongada dando a origem de placa neural, em quando a placa neural alonga a notocorda, ela se alarga, por voltado 18º dia a placa neural se invagina , no fim da terceira semana , as pregas neurais já começam a se fusionar, e convertendo o a placa neural no tubo neural. a formação do tubo neural e um processo celular (MOORE; PERSAUD e TORCHIA, 2012).

A formação da crista neural, com a fusão das pregas neurais, para forma o tubo neural, quando o tubo neural se separar do ectoderma. E finalizando o período embrionário, iniciar-se o período fetal, o período fetal está relacionado com o crescimento do corpo e com a diferenciação dos tecidos, órgãos e sistemas. Sistemas de órgãos rudimentares foram formados no período embrionário (SHOLL-FRANCO et al., 2010).

3.1.4 PERÍODO FETAL

Com o avanço da tecnologia, a avaliação da face fetal passou a ser uma etapa essencial do exame ultra-sonográfico morfológico. Dessa forma, as fendas labiais e/ou palatinas, que são as malformações faciais mais frequentes passaram a ser reconhecidas através deste exame,

o que sugere aconselhamento pré-natal apropriado às pacientes. A incidência das fendas labiais e/ou palatinas identificadas durante a vida intra-uterina em uma população de baixo risco é de quase 0,2%, a medida que na população de risco, esta doença pode ser descoberta em torno de 8% (BUNDUKI et al., 2001).

Rodrigues et al (2005) ressaltam que a fissura labiopalatina é uma malformação congênita que acontece durante o período embrionário, por volta da 3^a a 8^a semana de vida intra-uterina, e início do período fetal, entre a 7^a a 12^a semana de vida intra-uterina, por deficiência ou ausência de fusão entre os processos faciais e processos palatinos primários e secundários.

3.2 DOENÇAS CONGÊNTAS

A Malformação Congênita (MC), é caracterizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como qualquer deformidade na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que cause uma anomalia morfológica estrutural ou funcional, presente ao nascimento ou não, determinado por fatores genéticos, ambientais ou mistos. Podendo ser classificadas como isoladas ou associadas, físicas ou mentais, simples ou múltiplas e de maior ou menor importância clínica (FONTOURA e CARDOSO, 2014).

Cosme, Lima e Barbosa (2017) acrescentam que as anomalias congênitas são distúrbios de desenvolvimento de origem embrionária presentes ao nascimento, com alto índice de morbidade, e representam um dos principais motivos de mortalidade infantil. A sua etiologia encontra-se relacionada a fatores ambientais como físicos, químicos, biológicos ou genéticos, sendo que aproximadamente 60% das anomalias congênitas possuem origem desconhecida. Os agentes infecciosos, agentes ambientais, como radiação, fatores mecânicos e compostos químicos, assim como doenças maternas são fatores causais das anomalias congênitas. Vale destacar que alguns fatores maternos, tais como: estilo de vida, idade, tipo de gestação e saúde materna têm sido pesquisados e relacionados à ocorrência de anomalias congênitas.

Segundo Martins (2017), as doenças congênitas são definidas por alterações morfológicas causando, anomalias nas estruturas e funcionais que podem ser diagnosticadas ainda na fase intrauterina ou logo nascimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças congênitas são responsáveis por pelos menos 303.000 nascidos vivos o que equivale a 7% durante o primeiro mês de vida.

As anomalias congênitas são as imperfeições na forma e função, em órgãos ou células que pode ser desenvolvida em qualquer fase do período fetal, na literatura consta que podem estar associada a condição socioeconômicas, deficiência nutricional, álcool, sífilis (MOORE; PERSAUD e TORCHIA, 2012).

3.2.1 FISSURAS LABIOPALATINAS

As fissuras são aberturas na região do lábio e/ou palato, causadas pelo não fechamento destas estruturas, que normalmente se formam entre a 4^a e 12^a semana de gestação. Podendo ser unilaterais ou bilaterais, variam desde formas mais leves, como cicatriz labial ou a úvula bífida, até formas mais complexas, como as fissuras atípicas envolvendo outras regiões da face. A fissura bilateral apresenta problemas severos de má oclusão modificando assim as funções de respiração, fonação, deglutição e nutrição (MOREIRA, 2011).

Já as fissuras labiopalatais são conceituadas por Santos et.al (2016) como malformações congênitas caracterizadas pela presença de fenda na região óssea ou mucosa da abóbada palatina, podendo ser acometidas no palato completas ou Totais.

A FLP institui a malformação mais comum diagnosticada na região craniofacial de recém-nascidos, onde sua prevalência mundial é de 1,53 casos a cada mil nascidos vivos, e, no Brasil, varia de 0,19 a 1,54 a cada mil nascidos vivos (ALMEIDA et al., 2017).

Sua etiologia é multifatorial, compreendendo fatores genéticos e ambientais. vale destacar, que filhos de mães expostas a fatores teratogênicos nos primeiros meses de gravidez tem maior probabilidade de nascerem com fissura labiopalatina. A prevalência de anomalias craniofaciais pode variar mediante região geográfica, sazonalidade, classe social, etnia e idade dos pais, utilização de medicamentos e tabagismo materno. Nas últimas décadas, tem aumentado, significativamente, a prevalência da fissura de lábio e/ou palato, acredita-se que, tal ocorrência seja devido ao aumento das notificações e, portanto, do registro de um número de casos mais próximo do real (XAVIER; BRITTO e NINNO, 2015).

O tratamento dos pacientes portadores de fissuras labiopalatais precisa ser iniciado o mais rápido possível. As intervenções primárias são realizadas com frequência dentro do primeiro ano de vida, o que enfatiza a importância de a família buscar serviços de referência para reabilitação e qualidade de vida do paciente. Levando em consideração a idade em que os pacientes procuraram a instituição para o início do tratamento, notificou-se que em 54% dos casos isso acontece até o final do primeiro ano de vida. As demais prevalências se distribuem de maneira semelhante até a vida adulta, ocorrência esta que pode ser explicada

pela falta de assistência dos municípios, desconhecimento da condição do paciente e por fenômenos migratórios que dificultam o começo do tratamento ou mesmo sua continuidade (COSTA; TAKESHITA e FARAH, 2013).

3.2.2 ASPECTOS CLÍNICOS

Segundo Ribeiro (2014), os aspectos clínicos das fendas Lábiopalatinas são classificados tendo como referência anatômica o forâmen incisivo. A fenda palatina e desenvolvida quando ocorre a falta de fusão ou de fusão incompleta dos processos laterais do palato sendo uni ou bilateral ou mediana, a fenda do lábio pode ser denominada como lábio Leporino pode variar de uma pequena fissura no bordo da mucosa labial até à divisão completa que se prolonga até ao assoalho do nariz, podendo também ser uni ou bilateral.

Costa (2018) afirma que os indivíduos com fissuras labiopalatinas geralmente apresentam dificuldades na realização de tarefas básicas como ex: alimentação, fonação, respiração, audição e podem desenvolver sérios transtornos psicológicos.

No Brasil, a classificação de escolha é a de Spina (1972) que classifica as fissuras labiopalatinas em quatro categorias de acordo com o forame incisivo (Figura 1):

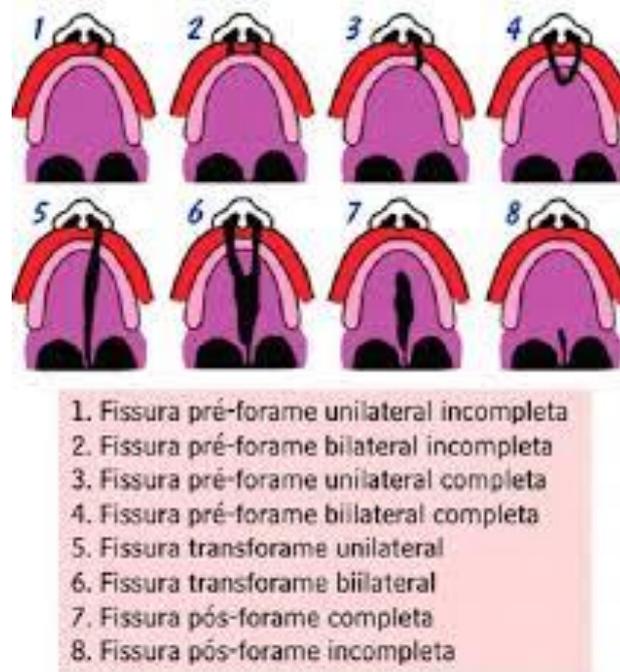
- **Fissura pré-forame incisivo:** é exclusivamente labial, resultante da falta de fusão dos processos maxilares com os processos nasais medianos. Podendo ser unilateral, bilateral ou mediana e completa ou incompleta. É classificada quando existe rompimento total do lábio e rebordo alveolar, passando pelo assoalho do nariz e acabando no forame incisivo. Não acontecem anomalias dentárias quando não existe envolvimento do rebordo alveolar. A ponta nasal é desviada para o lado não fissurado.

- **Fissura pós-forame incisivo:** decorrentes da não fusão dos processos palatinos entre si e com o septo nasal. São medianas, podendo atingir apenas úvula, palato mole (incompleta) ou chegar a envolver o palato duro (completa). Esse tipo de fissura não envolve problema estético como geralmente ocorre em outros tipos de fissuras, porém há a fato de ressonância nasal da fala por causa da função imprópria do mecanismo velo faríngeo.

- **Fissura transforame incisivo:** são as fendas palatinas resultante da não fusão do mesênquima dos processos palatinos laterais do palato e do septo nasal. Alcança lábio, arcada alveolar e todo o palato, podendo ser unilateral ou bilateral e completa ou incompleta.

- **Fissuras raras da face:** envolvem lábios, nariz, olhos e mandíbula.

Figura 1: Tipos de fissuras labiopalatinas



Fonte: Spina et al (1972).

As modificações clínicas constituem-se de modificações estéticas e funcionais, por isso é essencial a atuação de uma equipe de profissionais qualificados e bem preparados para lidar tanto com o paciente como com seus familiares.

3.2.3 ASPECTOS EMBRIOLOGICOS

As fissuras labiopalatais são malformações que tem origem da não junção ou junção incompleta dos processos faciais durante a vida embrionária. Os processos faciais iniciais são compostos pelos processos frontal, mandibular, nasais mediais, nasais laterais e maxilares. A diferenciação do mesmo acontece entre a 4ª e a 8ª semana de vida intra-uterina. Em seguida os processos palatinos oriundos dos processos maxilares completam sua formação ao final da 12ª semana. Sendo assim, as fissuras labiais e alveolares formam-se até a 8ª semana e as palatinas até a 12ª semana (COSTA; TAKESHITA e FARAH, 2013).

Miachon e Leme (2014) utilizam os aspectos embriológicos para classificar as fissuras em três grupos: Grupo 1: fissuras de palato anterior; Grupo 2: fissuras de palato Antero posterior, e as primárias ou secundárias, que sua característica é o envolvimento do lábiom alvéolo e palato duro direto, esquerdo ou ambos; Grupo 3: fissuras do palato posterior, palato duro e palato mole, direito, esquerdo ou ambos. Alguns casos de fissuras mais raras são as

fissuras palatinas oblíquas, transversais, do lábio inferior, nariz e fissuras mediana do lábio superior com ou sem hipoplasia.

3.4 TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

No ano de 2003, a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), marca o início de uma nova fase no âmbito das relações humanas nas mais diversas áreas da saúde quando consente interatividade nunca antes vivenciada na história da saúde pública no Brasil. O Ministério da Saúde (MS) a oferta de atendimento qualificado articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais de saúde é ferramenta primordial nas práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (LIMA et al., 2015).

O tratamento adequado da fissura lábio é realizado por meio da interação da equipe multidisciplinar, composta por médico cirurgião-plástico, pediatra, otorrinolaringologista e geneticista, bem como cirurgiões-dentistas especialistas em cirurgia bucomaxilofacial, ortodontia, odontopediatra, implantodontia e prótese. Incluem nessa equipe também outros profissionais que atuam na área da saúde como assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e enfermeiro. Tais profissionais são de grande valia para a evolução e reabilitação do quadro clínico do paciente (NASCIMENTO et al., 2019).

A cirurgia reconstrutora é vista como um grande desafio, pois para trata-las são necessárias diversas correções cirúrgicas funcionais e estéticas. Tal tratamento é um processo longo que compreende o acompanhamento da família e por uma equipe multidisciplinar (DANTAS, 2017).

Ainda de acordo com Dantas (2017), a cirurgia primária de lábio, também conhecida como queiloplastia, é realizada para o fechamento de abertura do lábio, por causa da imperfeição dos mesmos. Se a abertura é bilateral, o fechamento de ambos os lados poderá ser de uma única vez, ou poderá ser reparada em duas etapas. Já a cirurgia primária de palato, palatoplastia, o fechamento da abertura do palato é efetivado, em uma ou duas etapas. As fissuras palatinas associadas ou não as fissuras labiais podem interferir, de maneira expressiva, na vida dos pacientes referente as alterações estéticas e funcionais, além de transtornos psicológicos. A preocupação com a fonação, a oclusão e com o crescimento facial nos faz compreender que, além da importância da proposta cirúrgica, o tratamento

multidisciplinar é imprescindível, para uma possível resolução das deformidades em um menor tempo e com um mínimo de trauma para a criança.

Os pacientes fissurados precisam de uma equipe multi e interdisciplinar no diagnóstico, planejamento, tratamento e preservação do caso. No Estado do Ceará, destaca-se o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), que não só realiza cirurgias corretivas, como também oferece acompanhamento multidisciplinar aos pacientes. Existe também no Estado, a Associação Beija-Flor, que dispõe de suporte a esses pacientes, participa e orienta os mesmos, contando com uma equipe multiprofissional e em contato direto com o HIAS (REBOUÇAS et al., 2014).

3.4.1 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM FISSURAS LABIOPALATINAS

É essencial que o tratamento desses pacientes seja realizado por uma equipe multidisciplinar desde o nascimento até a idade adulta. É preciso explicar à família que tratamentos assim são complexos e, portanto, são demorados. É importante que o acompanhamento psicológico se inicie desde a notícia aos pais e se estenda do período do nascimento até o desenvolvimento da criança para que se consiga evitar problemas de convívio social. O cirurgião dentista (CD) terá um envolvimento quase integral, abrangendo várias áreas ao longo da vida do paciente (HARTMANN, 2015).

O CD é um profissional que apresenta grande importância no tratamento odontológico corretivo, pois as fissuras labiopalatinas ocasionam alterações dentárias distintas, sendo necessário tratamento odontológico prolongado (LIMA et al., 2015).

Este profissional precisa atuar sabendo que as fissuras provocam sequelas ou problemas que ele deve saber prevenir e tratar, tendo como objetivo buscar uma melhor qualidade de vida à criança portadora desta malformação. As fissuras afetam o desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes e ainda pode acontecer a ausência congênita de dentes e a presença de dentes supranumerários (ROSA e SERRA, 2012).

O tratamento inicial pelo CD é a realização de cirurgia primária, sendo que o objetivo da mesma é minimizar os estigmas e preconceitos em relação a fissura, restaurar a função normal, incluindo fala e audição, e promover o crescimento normal e o desenvolvimento psicossocial (NASCIMENTO et al., 2019).

Logo, é importante que o referido profissional também realize o tratamento preventivo, orientando pais e pacientes em relação aos cuidados com a correta higiene bucal,

usando a escova, o dentifrício fluoretado, o fio dental e, se necessário, bochechos com antissépticos bucais, visto que o tratamento ortodôntico deverá contar com o auxílio do paciente, que precisa ser sempre motivado a cuidar da higiene bucal, o que é habitualmente complicado nesta fase do desenvolvimento (HARTMANN, 2015).

O autor acima ainda ressalta que as finalidades centrais do tratamento ortodôntico em pacientes portadores de fissuras são praticamente idênticas aos de um tratamento convencional. Procuram devolver a função e a harmonia estética, restaurando uma relação oclusal de acordo com as demais estruturas da face e do crânio. Torna-se fundamental que a ortodontia trabalhe em conjunto com a cirurgia, de maneira que prepare o paciente para as diversas cirurgias pelas quais ele passará ao longo do seu crescimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial em todas as bases de dados totalizou 700 artigos. Após a leitura dos estudos e identificação da temática, estrutura e método foram excluídos 307 artigos. A detecção de estudos duplicados excluiu mais 187 artigos, artigos excluídos por não contemplar o objetivo totalizaram 105 estudos, sendo que 96 encontravam-se indisponível para leitura na íntegra. Nesta etapa os artigos foram analisados quanto à qualidade, não sendo realizada qualquer exclusão, uma vez que foi considerado que nenhum deles apresentava problemas que pudessem comprometer os resultados apresentados. Neste sentido, 10 artigos foram incluídos nesta revisão, no Quadro 1 estão detalhados os dez estudos incluídos referentes aos autores/ano, amostra, objetivo, metodologia e principais achados.

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados, período de 2010-2018, segundo autores/ano de publicação, amostra/local, objetivo do estudo, metodologia e principais achados.

Autores/Ano	Amostra	Objetivo do Estudo	Metodologia	Principais achados
FARINHAS et al./2018.	16 mães de bebês atendidos em um serviço de referência à esta malformação.	Identificar o perfil sociodemográfico, clínico e a vivência de cuidados de mães de filhos com malformação labiopalatal nos serviços de atenção à saúde.	Estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, de cunho exploratório e descritivo.	<ul style="list-style-type: none"> - 75% das mães não tem ou não sabem sobre a existência de atenção ou atendimento para elas e seus bebês na atenção primária; - 63% delas afirmam que os profissionais desse nível de atenção não têm preparo para auxiliá-las com relação a malformação; - 63% das mães relatou que têm familiares com malformação labiopalatal, e, 37% não têm.
XAVIER, BRITTO E DI NINNO/2015.	308 pacientes residentes no interior de Minas Gerais que chegaram para atendimento no referido centro sem tratamento cirúrgico prévio.	Identificar a procedência e alguns parâmetros clínico-epidemiológicos de pacientes que procuram centro especializado em fissura labiopalatina em Belo Horizonte e que residem no	Estudo retrospectivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Para nenhum dos gêneros houve predominância estatística; - Em relação à idade em que buscaram tratamento, observou-se ocorrência estatisticamente significativa para “até um ano” (69%); - Quanto ao tipo de

		interior do estado de Minas Gerais.		fissura, a labiopalatina foi a mais frequente (36%);
REBOUÇAS et al./2014	Pacientes que possuíam kit ortodôntico com pasta e modelos de estudo, nos quais fosse possível aferir as informações necessárias para o estudo e pacientes que foram acompanhados por modelos de controle quando bebês (0 a 1 ano e 6 meses de nascido) em que fosse possível aferir as informações necessárias para o estudo através da análise desses modelos de controle e/ou dos prontuários desses pacientes.	Verificar a ocorrência de fissuras labiopalatais em pacientes atendidos no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) em 15 anos.	Estudo observacional, transversal/retrospectivo	- 50,38% dos pacientes eram do sexo masculino; - 80% dos casos apresentaram fissura transforame; Prevalência do sexo feminino nas fissuras pós-forame (62%); - Fissuras pré-forame unilateral direita (87,5%).
FONTOURA E CARDOSO/2014	Prontuários de 159 neonatos malformados.	Investigar a existência de relação entre tipo de malformação congênita e variáveis neonatais e maternas.	Estudo prospectivo, quantitativo.	- Fatores maternos e neonatais apresentam relação com o tipo de malformações.
FERREIRA et al./2012.	Todas as crianças com diagnóstico de fissuras labiais e fendas palatinas, de ambos os gêneros, com idade entre 0 a 2 anos de vida, cadastradas no Centro de Referência Estadual Ophyr Loyola, fazendo atendimento nutricional no período de 2010 a 2012.	Analisar a ocorrência de amamentação em crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial.	Estudo transversal analítico	- 69,8% das crianças pesquisadas, desmamaram antes de completar um mês de vida; - 97,7% das crianças analisadas não foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade; - 60,5% das crianças alimentaram-se com uma dieta de consistência pastosa.

PALANDI E GUEDES/2011.	29 indivíduos que nasceram com fissura labiopalatina e foram submetidos à correção cirúrgica em diferentes idades.	Comparar indivíduos com fissura labiopalatina que realizaram correção cirúrgica em diferentes idades e verificar quais os fatores intervenientes mais importantes nas alterações da fala.	Estudo Observacional e quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto ao sexo e o tipo de fissura da amostra não apresentaram resultados estatisticamente significantes; - A época tardia em que ocorreu a cirurgia reparadora interferiu de forma negativa para emissão de fala desses pacientes.
DI NINNO et al./2011	1.219 pacientes de um centro especializado de Belo Horizonte.	Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte	Quanti-qualitativo.	<ul style="list-style-type: none"> - A maior parte dos casos apresenta fissura do tipo transforame; - Gênero masculino; - Oriunda do interior do estado de Minas Gerais e formada por bebês e crianças.
GARDENAL et al./2011	Prontuários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP/SP).	Estimar a prevalência dos tipos de fissuras orofaciais congênitas, diagnosticadas em um serviço de referência, em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul.	Estudo observacional de corte transversal, retrospectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorreram 271 casos diagnosticados no serviço de referência; - Prevaleram as fissuras transforames incisivo, unilaterais, predominantes para o lado esquerdo; - Acometeram com maior frequência o gênero masculino e a etnia branca; - No SINASC foram notificados 98 casos de fissura para mesmo período; - Prevalência de 0,49 por mil nascimentos.
JUSTO/2010	Recém-nascidos com fissura labial ou labiopalatina referenciados para o CERAC-GHC no ano de 2009.	Analisar o protocolo de cirurgia de correção da fissura labiopalatina utilizado no CERAC – GHC (Centro de Referência de Anomalias Craniofaciais – Grupo Hospitalar Conceição – RS).	- Método quantitativo. por meio de um estudo descritivo, observacional e histórico.	<ul style="list-style-type: none"> - Consequências da malformação são indefinidas; - Causar dificuldades na alimentação, no ganho de peso, problemas na arcada dentária, no crescimento e desenvolvimento harmônico da face, na fala, na adaptação e desempenho social.
CYMROT et al./2010	551 crianças portadoras de fissura labiopalatinas que procuraram o	Avaliar a prevalência das fissuras labiais e palatais e verificar quais os tipos	Análise estatística descritiva.	<ul style="list-style-type: none"> - 53% da população amostral era do sexo masculino; - Dentre todos os tipos de fissuras

	Núcleo de Atendimento Integrado ao Fissurado do Hospital Infantil Albert Sabin, na cidade de Fortaleza, Ceará.	dessas fissuras que mais acometem as crianças no nosso meio.		labiopalatinas, as fissuras transforame foram as mais frequentes (72,6%); - Com relação ao lado acometido, as fissuras unilaterais esquerdas foram as mais frequentes (61,3%); - Maior prevalência de fissura pós-forame no sexo feminino e de fissura transforame no sexo masculino.
--	--	--	--	---

Fonte: Própria autoria, 2020

De acordo com a literatura consultada, pode-se afirmar que fissura labiopalatina é uma má formação muito frequente, que acomete, principalmente, o sexo masculino, apresentando-se de diversas formas, promovendo distorções anatômicas no lábio superior, nariz e palato.

É importante ressaltar, que as pesquisas realizadas acerca do tratamento das fissuras de lábio e palato, assim como de outras anomalias craniofaciais, têm sido um assunto que tem recebido atenção especial pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo realizada reuniões, fóruns e discussões diversas, com a participação de especialistas de todo o mundo, em busca de posições de consenso, tendo como produto a elaboração de recomendações para seu tratamento. Os profissionais envolvidos na atenção à saúde têm o compromisso de revisar a eficácia de suas práticas, na contingência de resultados insatisfatórios e adotar providências para implementar mudanças. Esse esforço precisa constituir um ciclo contínuo e pode ser definido como auditoria clínica. Dessa forma, torna-se imprescindível analisar a qualidade da assistência oferecida, compreendendo procedimentos de diagnóstico e tratamento, recursos usados, resultados alcançados e qualidade de vida oferecida aos pacientes (JUSTO, 2010).

Em estudo realizado por Palandi e Guedes (2011) sobre os aspectos da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades, foi perceptível que apesar dos avanços cirúrgicos e das vantagens oferecidas por cada equipe cirúrgica, a maioria dos pré-escolares com fissura labiopalatina apresenta atraso no desenvolvimento do som do discurso que requerem a terapia direta do discurso. Vale destacar, que um tratamento opcional para estas crianças é uma cirurgia palatal preliminar não podendo ultrapassar os 13 meses da idade. Nesse mesmo estudo, ao comparar a idade com o momento correto para a realização cirurgia foi visto que existe uma relação significativa entre idade da cirurgia palatal primária e número de crianças com hipernasalidade moderada severa.

Diante dos estudo analisados, foi possível observar que, o percentual de crianças que demonstrou nasalidade significativa de fala cresceu de acordo com o atraso na idade para a realização da cirurgia.

De acordo com Farinhas et al (2018) a incidência em relação à presença de hereditariedade acontece nas seguintes proporções:

1. Para pais normais a chance de ter um filho fissurado é de 0,1%;
2. Pais normais e um filho fissurado a chance de ter outro filho fissurado é de 4,5%;
3. Um dos pais e um filho serem fissurados, a chance de ter outro filho fissurado é de 15%;
4. Com relação ao sexo do bebê, a predominância neste estudo foi o masculino.

Este dado reforça a constatação de que o sexo de maior prevalência no Brasil de fissuras labiopalatais é o masculino, em média 60% em relação ao feminino.

Corroborando com os autores acima, Rebouças et al (2014) ressaltaram que em seu estudo sobre a prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil foi notificado uma leve predileção pelo sexo masculino, compondo 50,38% dos pacientes.

Nos estudos realizado por Cymrot et al (2010) e Di Ninno et al (2011), foi exposto que a fissura classificada como transforame foi mais comum no sexo masculino e foi o tipo mais frequente, representando 80% de todos os casos de pacientes com fissuras, estando de acordo com os demais estudos consultados. A fissura mais frequente depois da transforame foi a pós-forame incisivo, seguida pela pré-forame incisivo.

Gardenal et al (2011) destacaram também que a fissura transforame era a de maior acontecimento, mas seguida pela fissura pré-forame e depois pela do tipo pós-forame incisivo.

Discordando dos autores acima, Xavier, Britto e Di Ninno (2015) afirmaram que, em seu estudo, não houve predominância estatística para qualquer dos gêneros. Em relação à idade em que buscaram tratamento apura-se ocorrência estatisticamente significativa para até doze meses de vida. Quanto ao tipo de fissura, a pós-forame incisivo foi a mais frequente, entretanto, sem ocorrência estatisticamente expressiva.

De acordo com Ferreira et al (2012), bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato podem exibir um desenvolvimento bem próximo do normal, caso recebam intervenção apropriada desde o nascimento. Portanto, isso nem sempre acontece, pois o desconhecimento de muitos profissionais da área da saúde acerca das fissuras de lábio e/ou palato impossibilita que diversos bebês desfrutem dos benefícios da intervenção precoce.

Foi possível observar em um estudo sobre a associação das malformações congênitas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do nordeste brasileiro, realizado por Fontoura e Cardoso (2014) que 53% da amostra era do sexo masculino, semelhante à descrita nas pesquisas realizadas por Cymrot et al (2010), Di Ninno et al (2011) e Gardenal et al (2011) Rebouças et al (2014) e Farinhas et al (2018). A partir dos registros do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em relação aos nascimentos e óbitos de fetos malformados no período de 2000 a 2007, evidenciando 32.599 nascimentos, com 246 (0,8%) casos de malformações congênitas, sendo 65,9% masculino e os demais do sexo feminino.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração o exposto no decorrer do presente estudo, pode-se afirmar que as fissuras labioplatinas apresenta-se de várias formas, tendo seu acontecimento ainda na vida intra-uterina. Ocorrendo o erro durante os processos de união e fusão de estruturas primordiais para lábio e palato, como os processos nasais mediais e os processos maxilares ou a deficiência de coalescência nas placas palatinas.

É importante destacar, que em algumas situações essa condição clínica permanecerá relacionada à algumas Síndromes, sendo assim, fator intrínseco da mesma.

Ressalta-se que o tratamento do paciente com fissura labiopalatina é muito complexo, exigindo assim uma atuação multiprofissional para obter resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

Sendo assim, o CD tem um papel imprescindível no tratamento dessa mal formação, atuando precocemente desde os primeiros meses de vida, passando pela infância, até a fase adulta do paciente, reparando as sequelas das doença e promovendo uma integral reabilitação oral e maxilofacial do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. F. L. et al. Care for cleft lip and palate patients: modeling proposal for the assessment of specialized centers in Brazil. **Saúde Debate**, v. 41, n. especial, p. 156-166. Rio de Janeiro, 2017.
- ALVAREZ, C. W. **Fissura pré-forame incisivo uni/bilateral e fissura pós-forame incisivos associadas: estudo genético-clínico**. Dissertação (mestrado em ciências da reabilitação) / Universidade de São Paulo – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. São Paulo, 2010.
- ARMBRUSTER, L. M. **Fissuras labiopalatais: etiologia, epidemiologia e consequências**. Monografia (especialização em saúde coletiva) / Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, 2002.
- BUNDUKI, V. et al. Prenatal Diagnosis of Lip and Palate Cleft: Experience of 40 Cases. **RBGO**, v. 23, nº 9, p. 561-566. São Paulo, 2001.
- CYMROT, M. et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v. 25, n. 4, p. 648-51. 2010.
- COELHO, M. L.; FERNANDES, L. C.; WAISBERG, V. Coocorrência de síndrome de Treacher-Collins e de síndrome de Down: relato de caso e conduta. **Revista de Medicina**, v. 24, n. 1, p. 122-124. Minas Gerais, 2014.
- COSME, H. W.; LIMA, L. S.; BARBOSA, L. G. Prevalence of congenital anomalies and their associated factors in newborns in the city of São Paulo from 2010 to 2014. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 35, n. 1, p. 33-38. São Paulo, 2017.
- COSTA, V. C. R. et al. Aspectos etiológicos e clínicos das fissuras labiopalatinas. **Revista de Medicina e Saúde Brasília.**, v. 7, n. 2, p. 258-268. 2018.
- COSTA, R. R.; TAKESHITA, W. M.; FARAH, G. J. Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região. **Revista associação paulista de cirurgões dentista**, v. 67, n. 1, p. 40-4. Maringá, 2013.
- DANTAS, P. O. **Fissuras de lábio e palato: Centros de atendimento em Goiás**. Monografia (licenciatura em ciências biológicas) / Faculdade Araguaia. Goiânia, 2017.
- DI NINNO, C. Q. M. S. et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. **Rev. CEFAC.**, v. 13, n. 6, p. 1002-8. 2011.
- FARINHAS, G. V. et al. Sobre mães e seus cuidados para com filhos acometidos por malformação labiopalatal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 19, n. 4, p. 947-956. Recife, 2018.
- FERREIRA, D. N. et al. Amamentação de crianças com fenda palatina e fissuras labiais. **Rev. Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 9, n. 5, p. 123-129. Maringá, 2012.

FONTOURA, C. S. G. **Associação entre as fissuras labiopalatais e os genes ARHGAP29, PBX1, TP63, WNT3 E WNT9B.** Dissertação (mestrado em ciências médicas) / Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2013.

FONTOURA, F. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Associação das malformações congênitas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do nordeste brasileiro. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 907-14. Florianópolis, 2014.

GARDENAL, M., BASTOS, P. R. H. O., PONTES, E. R. J. C. *et al.* Prevalência das Fissuras Orofaciais Diagnosticadas em um Serviço de Referência em Casos Residentes no Estado de Mato Grosso do Sul. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, v. 15, n. 2, p. 133-4. 2011.

HARTMANN, L. **Agenesias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: estudo de prevalência.** Monografia (graduação em odontologia) / Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2015.

JUSTO, D. B. **Cirurgia de correção da fissura labiopalatina: relação entre protocolo e realidade.** Monografia (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) / Fundação Oswaldo Cruz e Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Porto Alegre, 2010.

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

MARTINS, H. W. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Rev. paul. pediatr.**, v. 35, n. 1, p. 33-38, São Paulo, 2017

MELO, E. D. M. Fissuras **Labiopalatinas: alterações morfofuncionais e avaliação do tratamento.** Dissertação (mestrado em saúde da criança e adolescente) / Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENDROT, F. C. M.; GUERREIRO, L. C. P. **Aspectos mais interessantes da malformação de lábio e palato.** Monografia (graduação em odontologia) / Universidade de Taubaté. São Paulo, 2019.

MIACHON, M. D.; LEME, P. L. S. Surgical treatment of cleft lip. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 41, n. 3, p. 208-215. São Paulo, 2014.

MONTANARI, T. **Embriologia: texto, atlas e roteiro de aulas praticas** [recurso eletrônico]. Ed. do autor. Porto Alegre, 2013.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia Básica.** Tradução da 8ª edição: Saunders. São Paulo, 2012.

MOREIRA, J. P. S. **Proposta de formação de uma equipe multidisciplinar e um protocolo para o atendimento do paciente fissurado no PSF de Machado – MG.** Monografia (especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) / Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2011.

NASCIMENTO, E. R. V. et al. **Fissura lábio-palatina: a importante atuação do cirurgião-dentista.** V Seminário Científico do UNIFACIG / IV Jornada de Iniciação Científica do UNIFACIG. Espírito Santo, 2019.

PALANDI, B. B. N.; GUEDES, Z. C. F. Aspectos da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. **Rev. CEFAC.**, v. 13, n. 1, p. 8-16. 2011.

PORCIUNCULA, C. G. G. et al. Disostose cleidocraniana: relato de dois casos familiares. **Radiol Bras.** v. 46, n. 6, p. 382–384. Maceió, 2013.

PRADO, J. P. et al. Demystifying Labiopalatine Fissure. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 42, Supl. 1, p. 229-241, 2018.

REBOUÇAS, P. D. et al. Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. **Revista brasileira de odontologia**, v. 71, n. 1, p. 39-41. Rio de Janeiro, 2014.

RIBEIRO, R. C. **Anomalias Congenitas e Manifestações Oraís.** Dissertação (mestrado em medicina dentária) / Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2014.

RODRIGUES, M. R. et al. Fissura completa bilateral: características morfológicas. **Revista de Odontologia da UNESP.** v. 34, n. 2, p. 67-72. São Paulo, 2005.

ROSA, A. C.; SERRA, C. G. Las hendaduras orofaciales. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 6, p. 123-130. Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, A. S. C. M. et al. Dificuldades no aleitamento materno em crianças com fissura de lábio e/ou palato. **Revista Recien.**, v. 6, n.18, p. 63-70. São Paulo, 2016.

SILVA, D. L. Síndrome de Treacher Collins. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** v.12, n.1, p. 116-121. São Paulo, 2008.

SHOLL-FRANCO, A. et al. **Corpo humano I.** v. 1 2. ed.: Fundação CECIERJ. Rio de Janeiro, 2010.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras labio-palatinas: sugestões de modificação. **Rev. Hosp. Clí. Fac. Med.**, v. 27, n. 1, p. 5-6. São Paulo, 1972.

XAVIER, K. M.; BRITTO, D. B. O.; NINNO, S. Q.M. S. Fissura palatina: prevalência regional no estado de Minas Gerais em centro especializado referencial. **Revista de Medicina**, v. 25, n. 2, p. 157-161. Minas Gerais, 2015.