**FENDAS OROFACIAIS: Fenda Labial e Fenda Palatina**

Higor Vieira Mendonça[[1]](#footnote-1)\*

Mayra Maria Coury de França\*\*

**RESUMO**

As fendas orofaciais estão entre as anomalias congênitas mais frequentes. Podem-se apresentar de diversas formas e possuem uma classificação de acordo com a sua forma de apresentação. Sua etiologia é multifatorial, incluindo os fatores endógenos (hereditários) e exógenos (ambientais), que podem estar isolados ou associados. Exames pré-natais como a ultrassonografia tridimensional podem ser realizados para diagnosticar se o feto é ou não portador da anomalia. Os portadores desta anomalia apresentam várias alterações que causam distúrbios psicológicos e comprometimento que vai desde a estética à funcionalidade. O tratamento é multidisciplinar com o objetivo de corrigir não só a estética, mas também as alterações que podem ocorrer na audição, fonação, mastigação, deglutição, dentição e nos aspectos psicológicos dos pacientes. É de grande importância a participação do Cirurgião dentista, pois é comum nesses pacientes a presença de anomalias dentárias, alta prevalência de cárie e maloclusões. O objetivo do presente trabalho foi compreender as fendas orofaciais, considerando a etiologia, diagnóstico, classificação, suas complicações e tratamento. A pesquisa foi de caráter qualitativa e exploratória, buscando informações sobre o assunto através de um levantamento bibliográfico em bases teóricas publicadas.

**Palavras-chave:** Fendas Orofaciais. Fenda Labial. Fenda Palatina.

**ABSTRACT**

The orofacial clefts are among one of the most common congenital anomalies, it may be presented in different ways and is classified according to their presentation. It includes endogenous (hereditary) and exogenous (environmental) factors that may be isolated or associated, thus it has a multifactorial etiology.Prenatal tests such as three-dimensional ultrasonography may be performed to diagnose whether or notthe fetus is carrying the anomaly. People that have the anomaly present several changes that cause psychological disorders and impairment ranging from aesthetics to functionality. The treatment is multidisciplinary aiming to correct not only the aesthetics but also the functionality that may occur in hearing, speech, chewing, swallowing, dentition and psychological aspects of patients. It is very important the participation of dentists because it is common in these patients the presence of dental anomalies, high prevalence of caries and malocclusion. The objective of this study is to understand the orofacial clefts, considering the etiology, diagnosis, classification, treatment and complications. The research is qualitative, exploratory, seeking information on the subject through a literature review ontheoretical published.

**Kewords:** Orofacial clefts. Cleft Lip. Cleft Palate.

**1 INTRODUÇÃO**

As anomalias de lábio ou palato estão entre uma das malformações da face mais comuns. O Cirurgião dentista precisa ter conhecimento das sequelas ou alterações que os fissurados possam apresentar, sabendo orientar os pais e acompanhar o tratamento. (ROSA; SERRA, 2011).

De acordo com Araruna e Vendrúscolo (2000) as crianças que são portadoras das fendas orofaciais apresentam dificuldades durante a alimentação e alteração no processo de desenvolvimento.

 Os portadores da malformação podem apresentar sequelas ou problemas como: alteração na sucção; regurgitações; problemas relacionados à fala; alteração no desenvolvimento craniofacial e na dentição; implicações psicológicas as crianças e familiares (RODA; LOPES, 2008).

Deste modo, este trabalho se justifica pela importância do Cirurgião dentista em compreender os aspectos clínicos desta anomalia, suas complicações e sua atuação no tratamento multidisciplinar.

As fendas orofaciais é um tema amplo e vem sendo muito estudado nos últimos anos, sendo assim esta pesquisa foi realizada por meio de comparações, descrições e explicações sobre o tema.

A pesquisa é de caráter qualitativo, pois busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para interpretação. É uma pesquisa exploratória sendo o seu objetivo caracterizar o problema, sua classificação e sua definição, buscando conhecer com maior profundidade o assunto, tornando-o mais claro.

Quanto aos procedimentos técnicos foi realizado um levantamento bibliográfico, através da utilização de teses, artigos, livros, revistas, jornais, dissertações, Bvs (Biblioteca Virtual em Saúde), Capls (Portal de Periódicos), Domínio público, Scielo, a fim de desenvolver e atingir os objetivos da pesquisa.

Assim, tornou-se necessário a partir de um levantamento bibliográfico atingir os seguintes objetivos: caracterizar a doença; identificar os problemas apresentados no portador da anomalia; apontar os cuidados odontológicos necessários e relatar a importância do tratamento multidisciplinar, considerando a sua etiologia, diagnóstico, classificação, suas complicações e tratamento.

**2 REVISÃO DE LITERATURA**

As fendas orofaciais mais comuns são as fissuras labiais e as palatinas. A fenda palatina ocorre quando durante a formação do palato ele não se fecha totalmente, apresentando vários graus de intensidade desde uma abertura pequena até a sua total separação. As fissuras de lábio são popularmente denominadas lábio leporino pelo defeito se parecer com o lábio de lebre, ocorrendo uma abertura no lábio superior devido o não fechamento durante a sua formação (CYMROT; *et al*., 2010).

Estão entre uma das anomalias congênitas mais frequentes e estima-se que a sua ocorrência seja “em média de 01 para 700 recém-nascidos” (ROSA; SERRA, 2011, p. 124). Sua ocorrência varia de acordo com as condições socioeconômicas, localização geográfica e a população estudada. (PARANAIBA, *et al*., 2010).

 De acordo com Neville *et al*. (2009) com relação a etnia os nortes americanos são os mais acometidos, seguidos da população asiática, brancos e os negros que são os menos afetados.

 As fendas labiais e fendas palatinas ocorrem em 70% dos casos de forma não sindrômica, devido não estar associadas a nenhuma outra malformação ou alguma alteração cognitiva e comportamental. (PARANAIBA, *et al*. 2010).

 Os fissurados devem ter uma assistência desde o seu nascimento e durante a sua fase de crescimento, pois podem apresentar dificuldades e limitações, necessitando de um tratamento e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar.

 As fissuras de lábio e palato podem ser distribuídas como unilateral ou bilateral; em extensão podendo ser completas ou incompletas, e quanto à lateralidade classificadas em direita ou esquerda. (PARANAIBA, *et al*. 2010).

. De acordo com Ribeiro; Moreira (2004) frequentemente as fendas labiais e fendas palatinas ocorrem juntas. Os autores acrescentam que as fendas palatinas bilaterais são mais prevalentes e acometem mais mulheres, já as labiais a unilateral é a mais comum com maior predisposição no sexo masculino.

 As fendas têm predisposição pelo sexo masculino e quanto mais severo o defeito, maior é a predileção pelos homens (NEVILLE *et al.,* 2009).

 Almeida *et al*. (2000) acrescentaram que as fendas palatinas acometem mais as mulheres. Eles ainda sugerem essa maior susceptibilidade devido à união dos processos palatinos nas mulheres ocorrerem mais tardios que nos homens. Na mulher observa-se o fechamento do palato por volta da metade da oitava semana, já no homem ocorre durante a sétima semana de vida intra-uterina.

 A sua etiologia é diversificada, não possui um fator causal específico e está relacionada com o desenvolvimento embriológico. Segundo Roda; Lopes (2008) o crescimento da face ocorre por volta da 4ª a 12ª semana de gestação, sendo um processo complexo que pode originar as fendas devido à alteração no processo de união das saliências faciais e dos processos palatinos.

 Os processos mandibular e maxilar são originados pelo primeiro arco branquial, que participam na formação da maxila e da mandíbula (FERRARI; MUNOZ, 2006).

 No final da terceira semana ocorre a dobradura do embrião trilaminar no sentido cefalocaudal e dorsoventral ocorrendo à formação de uma depressão chamada de estomódio ou cavidade bucal primitiva (MOORE; PEARSUD, 2004).

 O desenvolvimento do palato primário ocorre entre a quinta e sexta semana ocorrendo à união dos processos nasais mediais, dando origem ao segmento intermaxilar ou pré-maxila. Este segmento é formado por um componente labial, um maxilar e um palatino. Ele continua em direção craniana para unir-se ao septo que provém da eminência frontal. O palato primário forma a pré-maxila que corresponde a parte anterior ao forame incisivo (MOORE; PEARSUD, 2004).

 O palato secundário se desenvolve entre a sexta e oitava semana, sendo formado pelo palato duro e mole, localizando posteriormente ao forame incisivo. Ele se desenvolve a partir de duas projeções mesenquimais, denominadas de processos palatinos laterais projetando inferiormente em ambos os lados da língua. Por volta da sétima e oitava semanas, esses processos se alongam e passam a se posicionar superior a língua, ocorrendo assim aproximação desses processos e fusão dos mesmos no palato médio. Por volta da décima semana esses processos também se fundem com o septo nasal e a parte posterior do palato primário (FERRARI; MUNOZ, 2006).

 A formação dos lábios começa no final da sexta semana, sendo que a porção mediana do lábio superior é originada a partir dos processos nasais mediais e sua porção lateral a partir dos processos maxilares. A formação do lábio inferior é decorrente apenas dos processos mandibulares (FERRARI; MUNOZ, 2006).

 “As fissuras de lábio são resultantes da falta de fusão dos processos nasais da proeminência frontal com o processo maxilar. As palatinas devido à falta de fusão na linha mediana, dos processos bilaterais independentes do maxilar” (LOFFREDO, *et al*., 1994, p. 213).

 Exames pré-natais podem ser realizados para diagnosticar se o feto é portador ou não da fissura. Araújo Junior *et al.* (2005) enfatizam que a ultrassonografia tridimensional é um método eficaz sendo possível identificar a localização e a extensão da fissura permitindo assim um aconselhamento aos pais e um planejamento antecipado.

 As fissuras de lábio podem ser diagnosticadas a partir da 13ª semana de gestação e as fissuras de palato a partir da 18ª semana. (VANZ; RIBEIRO, 2011)

 Amstalden-Mendes *et al*. (2011) acrescentaram que as fissuram de lábio são bem visualizadas pela ultrassonografia, já as palatinas tem uma melhor identificação pelo exame clínico do paciente após o seu nascimento.

 Há controvérsias na literatura em relação à realização do diagnóstico no pré-natal devido ao impacto que causam nos pais, pelo alto custo e por não ser um método preciso em todos os casos; mas por outro lado permite um planejamento antecipado e possibilidade de interrupção da gestação em casos de anomalias associadas (BUNDUKI *et al.*, 2001).

 Segundo Takano; Mendonça Junior; Lima (2008) ao examinar o portador da anomalia deve-se observar se não há outras anomalias associadas, pois o paciente pode apresentar uma síndrome sendo a fenda apenas uma das manifestações clínicas. Existem cerca de 300 síndromes que possam estar associadas às fissuras. “São exemplos de anomalias associadas às fendas: baixa estatura, microcefalia, retardo mental, anomalias craniofaciais, defeitos cardíacos, entre outros.” (VANZ; RIBEIRO, 2011, p. 597)

 De acordo com Araruna; Vendrúscolo (2000) as fissuras podem ser classificadas de diversas formas, sendo que a mais utilizada é a de Victor Spina[[2]](#footnote-2) (1979) que tem como referência o forame incisivo. O grupo I corresponde às fissuras pré-forame incisivo que são as fissuras de lábio, podendo ter envolvimento alveolar ou não; elas podem ser unilateral ou bilateral, completa ou incompleta.

 Os indivíduos apresentam uma menor dificuldade na alimentação devido à contribuição do palato estar íntegro, contribuindo para uma melhor sucção. A criança pode apresentar dificuldade de apreensão do bico do seio ou da mamadeira (AMSTALDEN-MENDES; LOPES, 2006).

 Geralmente esses pacientes apresentam agenesia do incisivo lateral correspondente ao lado da fissura, que também pode se apresentar conóide sendo acompanhado de um supranumerário com aspecto também conóide, denominado de pré-canino por situar-se mesialmente ao elemento canino (MARINI, 2011).

**Figura 1** – Fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda incompleta.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000

**Figura 2** – Fissura pré-forame incisivo bilateral incompleta.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000

**Figura 3** – Fissura pré-forame incisivo unilateral direita completa.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000

O grupo II corresponde às fissuras transforame incisivo, que são as de maiores gravidades e com maior prevalência, ocasionando problemas estéticos e funcionais. Elas envolvem o palato primário e o secundário, atingindo lábio, arcada alveolar e todo o palato. Podem ser unilateral ou bilateral (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

 São fissuras complexas, pois o paciente apresenta alteração no lábio, palato duro, mole e no rebordo alveolar ocorrendo assim regurgitações nasais; ausência de pressão negativa intra-oral e apoio para a língua; dificuldade na apreensão do bico; escape de alimentos e ar pelas fendas (AMSTALDEN-MENDES; LOPES, 2006).

 Em relação às alterações dentárias é comum observar os incisivos laterais ausentes ou com uma malformação, podendo ocorrer também a presença do pré-canino (MARINI, 2011).

**Figura 4** – Fissura transforame incisivo bilateral.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000.

 O grupo III são as fissuras pós-forame incisivo, que correspondem às lesões palatinas em geral, podendo comprometer o palato mole, palato duro ou ambos. Elas não ocasionam problemas estéticos na estrutura peribucal, apenas prejuízos funcionais. (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

 As crianças que possuem as fendas pós-forame incisivo completas ou incompletas apresentam certa dificuldade na alimentação, pois há uma comunicação entre a cavidade oral e nasal ocorrendo assim regurgitações e ausência de pressão negativa intra-oral (AMSTALDEN-MENDES; LOPES, 2006).

**Figura 5** – Fissura pós forame incisivo incompleta.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000.

**Figura 4** – Fissura pós forame incisivo completa.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000.

O grupo IV correspondem as fissuras raras da face que envolve outras estruturas além de lábio e palato. (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000)

**Figura 5** – Fissura rara da face.

**Fonte:** Silva Filho, Freitas e Okada, 2000.

A etiologia das fendas é multifatorial incluindo fatores hereditários (endógenos) e ambientais (exógenos) que podem estar isolados ou agregados. Rosa e Serra (2011) acrescentaram que o acontecimento das fendas pode ter fatores influenciadores como a origem, classe social, raça, idade dos pais, uso do tabaco e peso no nascimento.

Em um estudo realizado por Loffredo *et al*. (1994) os autores apontam alguns fatores de risco como os hereditários; ingestão de antiinflamatórios pela gestante; hipertensão; poluição; exposição a agrotóxicos pela mãe; epilepsia na mãe; exposição da gestante aos raio-x nos quatro primeiros meses; ingestão de complexos vitamínicos.

Neville *et al*. (2009) descreveram como fatores de risco o consumo de álcool pela mãe durante o período gestacional; o tabagismo; a deficiência de ácido fólico; uso de anticonvulsivantes e de corticosteróides.

Leite; Paumgartten; Koifman (2005) realizaram um estudo caso-controle e os resultados demonstraram elevado o risco de ocorrência das fendas em mães com infecções ginecológicas; viroses; hipertemia materna; exposição a antibióticos (tetraciclinas, penicilinas biosintética, ampicilinas), antifúngicos (nistanina principalmente), anti-inflamatórios (diclofenaco sódico e potássio), uso de antieméticos.

Os fatores hereditários são responsáveis em 25% a 30% por ocasionarem as fendas de lábio e palato, em media 70% a 80% são ocasionados por uma etiologia multifatorial. Os autores sugerem que os fatores ambientais podem interferir na migração e diferenciação das células derivadas da crista neural alterando o fechamento do lábio e palato (ARARUNA; VENDRUSCULO, 2000).

 Os portadores da anomalia apresentam várias alterações que causam distúrbios psicológicos e comprometimento que vai desde a estética a funcionalidade. De acordo com Andrade Junior *et al*. (2009) os fissurados apresentam dificuldade na sucção, alimentação e deglutição; problemas respiratórios; atraso na aquisição da fala, voz nasalizada, problemas auditivos e pneumonia.

 Tannure; Moliterno (2007) acrescentaram que a fissura pode ajudar no acúmulo de fluídos no ouvido e causar otites, podendo levar até a perda da audição; além disso, os portadores apresentam dificuldade no aprendizado e na leitura.

 Em um estudo realizado por Montagnoli *et al.* (2005) mostrou que os pacientes que nascem com fissuras no lábio ou palato possuem uma predisposição a apresentarem uma limitação no crescimento principalmente nos dois primeiros anos de vida, devido principalmente as dificuldades na alimentação.

 Pacientes portadores desta malformação tem se observado grande ocorrência de problemas otológicos como a otite média com efusão presente em quase todas as crianças fissuradas e perda auditiva periférica. (BOSCARIOL; ANDRE; FENIMAN, 2009).

 As crianças fissuradas devem ser estimuladas logo após o nascimento a realizar a alimentação oral, evitando assim futuras complicações. Muitas vezes elas apresentam regurgitações, sucção inadequada, tempo de mamada prolongando, sendo necessário orientar aos pais sobre as diversas formas de alimentação proporcionando uma redução da dificuldade na alimentação e na ansiedade dos pais (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

 Quando o fissurado apresenta dificuldade na sucção ao realizar o aleitamento materno, deve-se dar prioridade aos bicos de látex e se necessário aumentar o furo do bico para ajudar na sucção. Outro meio para ajudar na melhora da sucção é a confecção de placas obturadoras (TANNURE; MOLITERNO, 2007).

 Existem vários métodos para o bebê realizar a alimentação, podendo ser utilizados de acordo com o grau de complexidade da fenda. A sonda nasogástrica é utilizada em casos de fendas complexas em que a criança tem uma grande dificuldade de alimentar-se. A mamadeira também pode ser utilizada e o bico varia de acordo com a capacidade de sucção do indivíduo. Outros métodos é o uso de obturadores do palato e a alimentação utilizando o copo que também é um meio auxiliar que causa menor desconforto a criança e estimula a produção salivar, ocorrendo assim melhor digestão, além de provocar movimentos dos músculos (RODA;LOPES, 2008).

 Muitos pais devido à criança apresentar dificuldade na realização da sucção e por falta de orientação realizam o desmame precoce, o quem não é recomendado. O aleitamento materno apresenta vários benefícios, pois estimula o desenvolvimento das estruturas bucais, além de apresentar vantagens nutricionais, aumentar o contato afetivo entre mãe e filho e ajudar no combate de diversas infecções (SILVEIRA; WEISE, 2008).

 De acordo com Silveira; Weise (2008) devido à necessidade de ganho de peso para a realização da cirurgia, muitas mães adicionam componentes calóricos como açúcar, mucilagem, multimisturas que favorecem o desmame precoce além de serem cariogênicos.

 Os pacientes com fendas orofaciais podem apresentar alterações dentárias, que podem ocorrer como as anomalias de número e de forma, na dentição decídua e permanente. Roda; Lopes (2008) relatam que os fissurados podem apresentar: ausências dentárias (hipodontia); presença de dentes supranumerários como os neonatais ou natais; dentes girovertidos, fusão dentária, microdontias, hipoplasias de esmalte e alterações ósseas no posicionamento da maxila e mandíbula como “mordida cruzada posterior, oclusão topo-a-topo ou mordida cruzada anterior” (TANNURE; MOLITERNO, 2007, p.347).

 As anomalias dentárias são mais comuns na maxila. As alterações podem ocorrer em número, forma, tamanho e estrutura. As anomalias de número ocorrem durante a fase de formação dos germes dentários; as de forma durante a fase de morfodiferenciação e as anomalias de posição durante a fase de erupção (MARINI, 2011).

 Os dentes que apresentam maior índice de agenesia são os incisivos laterais, devido estarem próximos à região da fissura. As agenesias fora da região da fissura são observadas nos segundos pré-molares (MARINI, 2011).

Os indivíduos apresentam atrasos na erupção dentária devido a vários fatores como: doenças sistêmicas, redução do contato oclusal do lado da fenda; procedimentos cirúrgicos; perda de osso e espaço na maxila; fatores nutricionais; cicatrizes e influência da raça e idade. (RODA; LOPES, 2008)

 Os fissurados também apresentam uma alta prevalência de cárie devido a má higienização, pouco conhecimento, habilidade e motivação dos pais; além disso a doença periodontal pode estar presente devido à dificuldade de higienização das fendas provocando assim o acúmulo de placa bacteriana e tártaro (RODA; LOPES, 2008).

 Devem-se orientar os pais em relação à higienização das fendas, que devem ser realizadas com fraldas umedecidas em soro fisiológico ou água filtrada limpando nariz e lábio, pois são áreas que acumulam grande quantidade de depósito orgânico após a alimentação da criança (RODA;LOPES, 2008).

 O Cirurgião dentista deve acompanhar os pacientes fissurados desde a dentição decídua até completar a dentição permanente, dando atenção não só a higienização, mas também as necessidades de tratamentos ortodônticos e protéticos, até a estabilização completa da oclusão do paciente (RODA; LOPES, 2008).

 Além dos prejuízos anatômicos e funcionais deve ter uma atenção aos fatores emocionais que envolvem tanto o fissurado quanto seus familiares. Segundo Silveira; Weise (2008) muitas mães entram em choque por não saberem o que acontecerá com o seu filho, elas se sentem culpadas e incapazes de gerar um filho “normal”. Os autores acrescentam ainda que seja necessário orientar os pais para que eles entendam as necessidades que o seu filho portador da fissura irá apresentar, aceitando-o e contribuindo assim para o tratamento.

 Em um estudo realizado por Vanz; Ribeiro (2011) mostrou que muitas mães não apresentam conhecimento e possuem crenças em relação à anomalia, além de apresentarem reações de choque, desespero, surpresa, susto e negação quando souberam que os seus filhos eram portadores da anomalia.

 A falta de conhecimento por parte da população sobre as fendas desenvolve um preconceito envolvendo o fissurado e sua família, que acabam sofrendo consequências psicológicas e sociais (SILVEIRA; WEISE, 2008).

 Logo após o nascimento da criança portadora de fendas, além das orientações que devem ser dadas aos pais em relação à alimentação e higienização da criança, é necessário investigar se não há alguma anomalia associada, realizar avaliação genética e encaminhar a criança para correção cirúrgica (AMSTALDEN-MENDES, *et al*. 2011).

 O tratamento é multidisciplinar com o objetivo de corrigir não só a estética mas também as alterações que podem ocorrer na audição, fonação, mastigação, deglutição e nos aspectos psicológicos do paciente (FIGUEIREDO, 2010).

 Em um estudo realizado por Amstalden-Mendes *et al*. (2011) mostra que muitos pais deixam a maternidade apresentado dúvidas em relação as fendas, devido ao pouco conhecimento e despreparo dos profissionais da área da saúde para essa patologia.

Segundo Araruna; Vendruscolo (2000) a realização do tratamento cirúrgico depende do estado nutricional em que a criança se encontra e do seu desenvolvimento físico. Tannure; Moliterno (2007) acrescentaram que há controvérsias na literatura em relação ao momento ideal para a realização da cirurgia.

Para a realização do tratamento cirúrgico é necessário avaliar se não haverá interferência no desenvolvimento facial da criança. Os procedimentos variam de acordo com o grau de gravidade da fissura e a filosofia da equipe que irá realizar o tratamento (NEVILLE *et al*., 2009).

 Existem diversas técnicas cirúrgicas como as queiloplastias, rinoplastias e palatoplastia. A queiloplastia é a cirurgia realizada para a correção do lábio, geralmente sendo realizada a partir dos três meses ou quando a criança atingir um peso por volta de 5kg (ALONSO, *et al*. 2009).

 A palatoplastia visa o fechamento do palato duro e mole, na maioria das vezes é realizada com um ano de idade, após a queiloplastia já ter sido realizada. A rinoplastia que é a correção da deformidade nasal decorrente das fendas geralmente é realizada aos 15 anos (ALONSO, *et al*. 2009).

 Em um estudo realizado por Paranaiba *et al*. (2009) para avaliar os procedimentos cirúrgicos, houve predomínio das técnicas de queiloplastia pela técnica de Millard e pela de Spina; rinoplastia pela técnica de McComb e as palatoplastias pela técnica de Veau e Van Langenbeeck.

A equipe deve ser composta por Cirurgião bucomaxilofacial, odontopediatra, pediatra, otorrinolaringologista, ortodontista, protesista, fonoaudiólogo, geneticista, psicólogo e Cirurgião plástico.

A atuação do Cirurgião dentista deve ser intensa, contando com o odontopediatra, ortodontista e Cirurgião bucomaxilofacial. É importante iniciar logo após o nascimento finalizando quando se obtém uma oclusão normalizada (MARINI, 2011).

 De acordo com Rosa; Serra (2011) a equipe deve atuar em conjunto desde o seu nascimento até a fase adulta, com o intuito de buscar uma melhor qualidade de vida para o portador da fissura.

**3 CONCLUSÃO**

As fendas orofaciais constituem umas das anomalias craniofaciais mais comuns. A sua etiologia não apresenta um fator causal específico, sendo considerada multifatorial. Os pacientes fissurados além de apresentarem alterações estéticas e funcionais, podem apresentar distúrbios psicológicos que dificultam a sua convivência social e inserção na sociedade.

As fendas também podem ocasionar dificuldades na alimentação, levando a atrasos no desenvolvimento físico. Esses pacientes podem apresentar também dificuldades na deglutição; voz nasalizada; regurgitações; dificuldade na amamentação; atrasos na aquisição da fala; problemas auditivos.

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar logo após o nascimento da criança. O Cirurgião dentista deve estar atento, pois esses pacientes apresentam alterações dentárias, maloclusões, alta prevalência de cárie, doença periodontal, sendo assim devem saber orientar os pais em relação à prevenção das doenças bucais e realizar o acompanhamento do tratamento do fissurado. Os fissurados devem ser acompanhados até a fase adulta, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, Renato Rodrigues de et al. Etiologia das Más Oclusões: Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais). **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringa, v. 5, n. 6, p.107-129, 2000. Disponível em: <http://www.dentalpress.com.br/artigos/pdf/164.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2012.

ALONSO, Nivaldo et al. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plastica**, Sao Paulo, v. 24, n. 2, p.176-181, 2 maio 2009. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/v24n2a10.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2012.

AMSTALDEN-MENDES, Lívia G et al.Time of diagnosis of oral clefts: a multicenter study. **Jornal de Pediatria,**Porto Alegre, p. 225-230. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000300008>. Acesso em: 25 jul. 2012.

AMSTALDEN-MENDES, Livia Gobby; LOPES, Vera Lúcia Gil da Silva. Fenda de Labio e ou Palato: Recursos para Alimentação antes da Correção Cirurgica. **Rev. Ciencias Medicas**, Campinas, v. 5, n. 15, p.437-448, 09 jan 2006. Disponivel em: <<http://www.puccampinas.edu.br/404.aspx?urlFrom=centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v15n5a08.pdf/> > Acesso em 27 fev. 2012.

ANDRADE JÚNIOR, Carlos Vieira et al. Estudo do Índice de malformações oro-faciais em neonatos no Hospital Geral Padro Valadares no município de Jequié-Bahia. **Saúde.com**, Jequie, v. 5, n. 2, p.108-115, 29 out. 2009. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n2.htm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

ARARUNA, Raimunda da Costa; VENDRÚSCOLO, Dulce Maria Silva. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. **Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p.99-105, 4 nov. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12424.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2012.

ARAÚJO JÚNIOR, Edward et al. Fendas fetais labiais e palatinas detectadas pela ultra-sonografia tridimensional. **Imagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p.263-268, 04 nov. 2005. Disponível em: <www.mkclinic.com.br/artigos/artigo\_fendas.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2012.

BOSCARIOL, Mirela; ANDRÉ, Karina Delgado; FENIMAN, Mariza Ribeiro. Crianças com fissura isolada de palato: desempenho nos testes de processamento auditivo.**Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology,**Sao Paulo, p. 213-220. 15 abr. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992009000200009>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BUNDUKI, Victor et al. Diagnóstico Pré-Natal de Fenda Labial e Palatina:

#### Experiência de 40 Casos. RBGO - [Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, v. 23, n. 8, p.5](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0100-7203)61-566, 2001. Disponivel em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001000900003>>. Acesso em: 25 jul 2012.

CYMROT, Moacir et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plastica**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p.648-651, 22 nov. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbcp/v25n4/15.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2012.

FERRARI, Maria Elsa Gomez De; MUÑOZ, Antonio Campos. **Histologia e Embriologia Bucodental.**2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FIGUEIREDO, Márcia Cançado et al. Pacientes com fissura labiopalatina – acompanhamento de casos clínicos. **Conscientiae Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p.300-308, 06 maio 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=92915260018>. Acesso em: 15 mar. 2012.

LEITE, Isabel Cristina G; PAUMGARTTEN, Francisco José Roma; KOIFMAN, Sérgio. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controle na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p.35-43, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000100005>. Acesso em: 15 mar. 2012.

LOFFREDO, Leonor de Castro Monteiro et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.213-217, 29 abr. 1994. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000300009>. Acesso em: 27 fev. 2012.

MARINI, Priscila Pereira. **Prevalências de Anomalias Dentárias de Número em Pacientes com Fissura Labiopalatal Comparativamente a Pacientes sem Fissura.** 2011. 97f. Monografia (Graduação Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

MONTAGNOLI, Luiz C. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade: Um estudo transversal. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 81, n 6, p. 461-465, 27 jul 2005. Disponivel em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a09.pdf>>. Acesso em: 25 jul 2012.

MOORE, L.K.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica.** Tradução: Sales, M.G.F. et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.**3ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PARANAÍBA, Lívia Maris Ribeiro et al. Técnicas cirúrgicas correntes para fissuras lábio-palatinas, em Minas Gerais, Brasil. **Journal Of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 75, n. 6, p.839-843, 20 fev. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000600011>. Acesso em: 25 jul. 2012.

PARANAÍBA, Lívia Maris Ribeiro et al. Cleft lip and palate: series of unusual clinical cases. **Journal Of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 76, n. 5, p.649-653, 2 fev. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n5/v76n5a19.pdf> >. Acesso em: 25 jul. 2012.

RIBEIRO, Erlane Marques; MOREIRA, Ana Sylvia Carvalho Goulart. Atualização sobre o tratamento Multidisciplinar das Fissuras labiais e palatinas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p.31-40, 29 dez. 2004. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40818107>. Acesso em: 17 abr. 2012.

RODA, Silvana Ribeira; LOPES, Vera Lúcia Gil da Silva. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. **Ciências Médicas**, Campinas, v. 17, n. 2, p.95-103, 11 jun. 2008. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v17n2a4.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

ROSA, Ângelo César; SERRA, Carlos Gonçalves. Fissuras orofaciais: revisão da literatura. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasilia, v. 5, n. 3, p.123-130, 03 dez. 20011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewArticle/1048>. Acesso em: 17 abr. 2012.

SILVA FILHO, O. G. da; SOUZA FREITAS, J. A. de; OKADA, T.**Fissuras labiopalatinas: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento**. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed., 480-527. São Paulo: Ed Santos, 2000.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet; WEISE, Carla Mayara. Representações Sociais das Mães de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatinas sobre Aleitamento. **Redalyc**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p.215-221, 20 fev. 2008. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63711746014>. Acesso em: 15 mar. 2012.

TANNURE, Patricia Nivoloni; MOLITERNO, Luiz Flávio Martins. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. **Revista de Odontologia da Unesp**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p.341-345, 2007. Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v36n4a08.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2012.

TAKANO, Joney Tsuyoshi; MENDONÇA JÚNIOR, Milton Teles de; LIMA, Niedje Siqueira de. Anomalias craniofaciais em pacientes atendidos no centro de atenção aos defeitos da face do IMIP. **Ijd: International Journal of Dentistry,**Recife, p. 15-21. 13 mar. 2008. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ijd>. Acesso em: 15 mar. 2012.

VANZ, Ana Paula; RIBEIRO, Nair Regina Ritter. Escutando as mães de portadores de fissuras orais.**Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Sao Paulo, v. 45, n. 3, p.596-602, 03 out. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300007>. Acesso em: 25 jul. 2012.

**AGRADECIMENTOS**

 Á Deus agradeço pela vida, por me dar forças nas horas difíceis, por me guiar a cada dia e pela realização desse sonho.

 Agradeço a minha mãe Larissa e o meu padrasto Evaldo que sempre me deram o melhor e me ensinaram o caminho que deveria andar. Agradeço por todas as orações, pelos incentivos e por terem acreditado em mim.

 Aos meus irmãos agradeço por todos os incentivos, por estarem sempre ao meu lado e por fazerem parte da minha história.

 Aos meus familiares agradeço por todo o apoio e por fazerem parte da concretização desse sonho.

 Aos meus professores meus sinceros agradecimentos, pela amizade, paciência, pelo conhecimento transmitido e por me tornarem um amante da Odontologia.

 A minha orientadora Proª Ms. Mayra Maria Coury de França agradeço pela amizade, pela orientação, pela confiança, pelos conhecimentos e pelas oportunidades que me proporcionou.

 Agradeço a Profª Débora Andalécio por toda a confiança e incentivo que me proporcionou. Agradeço pela paciência, destreza e dedicação com que sempre me orientou no decorrer do curso.

 Agradeço ao Proº. Ms. Luiz Fernando por ter aceitado o convite e pela disposição em participar como membro da banca examinadora.

 Aos meus colegas agradeço pelo companheirismo de quatro anos, pelos desafios, pelas farras e alegrias.

**Data da entrega do artigo**: 13/11/2012

1. \*Graduando em Odontologia pela Faculdade de Patos de Minas. Patos de Minas/MG. higorvieiramendonca@hotmail.com

\*\*Professora de Radiologia e Estomatologia – Mestre em Diagnostico e Estomatologia UFU, Especialista em Radiologia ABO Uberlândia, Especializanda em Odontopediatria. Patos de Minas/MG. mayrinhaf@hotmail.com [↑](#footnote-ref-1)
2. Victor Spina era Cirurgião plástico do hospital das clinicas de São Paulo, adaptou a classificação das fendas orofaciais e publicou em 1972 na revista do referido hospital, hoje ela é citada por vários autores. Ele faleceu em 1984 com 76 anos, seu nome é honrado como patrono na Academia de Medicina. (Disponivel em: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/209/BIOGRAFIA-VICTOR-SPINA.pdf>) [↑](#footnote-ref-2)