



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:  
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

# FEPEG

F Ó R U M  
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ISSN: 1806-549X

## FISSURA PALATINA PÓS-FORAME INCOMPLETA: RELATO DE CASO CLÍNICO

**Autores:** LIDYLARA LACERDA ARAÚJO CARVALHO, ANNA KAROLYNE DUARTE GRANDO, GUILHERME VELOSO RAMOS, STEPHANY GABRIELLE CHAVES SANTOS, RODRIGO ALVES PINTO, BRUNO LAUGHTON SILVEIRA

### Introdução

As fissuras labiopalatinas (FLP) estão entre as anomalias congênitas mais comuns, correspondendo a 15% de todas as malformações. São caracterizadas por espaço anormal do palato, alvéolo e/ou lábio, atingindo o terço médio da face em estruturas como nariz, gengiva e dentes. A fenda labial resulta da não fusão das massas mesenquimais das saliências nasais mediais e das maxilares, enquanto a fenda palatina resulta da falta de aproximação e fusão das massas mesenquimais dos processos palatinos durante a sexta e a décima semana de vida intrauterina. As FLP têm etiologia multifatorial, seja por predisposição genética, associada ou não a síndromes como a Síndrome de Patau, ou por fatores ambientais. Dentre os fatores ambientais estão as deficiências nutricionais como a carência de ácido fólico; doenças infecciosas como gripe, rubéola, toxoplasmose, febre alta no primeiro trimestre de gestação; uso de drogas, fumo, álcool e medicamentos como corticosteróides, sedativos (benzodiazepinas-diazepam) e substâncias antitumorais. (YUZURIHA; OH; MULLIKEN, 2008; GATTI *et al.*, 2017; BATISTA *et al.*, 2017).

Várias são as classificações utilizadas para tipificar as fissuras labiopalatinas, sendo a classificação de Spina (1979) a mais utilizada pelos profissionais. Ele separou as fissuras em três tipos, tomando como base o forame incisivo: fissura pré-forame incisivo (lábio e arcada alveolar, até o forame incisivo), podendo ser bilateral ou unilateral, completa ou incompleta; fissura pós-forame incisivo (palato duro e mole), podendo ser completa ou incompleta; fissura transforame incisivo (lábio, arcada alveolar, palato duro e mole), podendo ser uni ou bilateral. As diversas formas com que esta pode se apresentar, desde de bilaterais e completas a fissura palatal submucosa, fissura lateral e úvula bifida, faz com que alguns casos não sejam identificados ao nascimento. A ausência de diagnóstico precoce pode gerar grande impacto psicológico nos pais e ainda ser a causa de morbimortalidade em recém-nascidos como consequência de pneumonia aspirativa, anemia e desnutrição, por exemplo. A partir do diagnóstico, a equipe multidisciplinar, composta por pediatra, cirurgião, geneticista, psicólogo, nutricionista e odontologista, pode atuar buscando além da correção das malformações e problemas associados, a reintegração desse paciente à sociedade. Com o propósito de melhorar e fazer com que a criança tenha uma vida normal, o tratamento tem como aspectos propiciar nutrição, estimulação neurossensorial e harmonia com a família, por meio de assistência e orientação aos pais (BRANCO; CARDOSO, 2013; ROCHA *et al.*, 2015; BARRETO *et al.*, 2017). Este trabalho se propõe a relatar um caso clínico de fissura palatina pós-forame incisivo incompleta em paciente do sexo feminino de dez meses de vida.

### Materiais e métodos

Este trabalho consiste em um relato de caso individual; a publicação dos dados, nessa perspectiva, dispensa a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. Não obstante, os responsáveis pela criança sobre a qual se faz o relato assinaram um documento consentindo com a divulgação das informações e figuras do caso no meio científico. O caso foi conduzido por um cirurgião de cabeça e pescoço e um cirurgião bucomaxilofacial, vinculados ao Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Para o diagnóstico da fissura palatina, foram realizados anamnese, exame físico e exames complementares (hemograma, coagulograma e glicemia). O plano de tratamento proposto para a paciente foi cirúrgico, consistindo em palatoplastia com veloplastia intravelar.

### Resultados e discussão

Paciente LKWP, dez meses, leucoderma, sexo feminino, foi encaminhada por seu pediatra ao serviço de cirurgia craniomaxilofacial do Departamento de Cirurgia Plástica do HC-FMUSP. Os pais da paciente relataram que a mesma apresentava refluxo oronasal após a amamentação. A gestação ocorreu sem anormalidades e durou 38 semanas. A mãe foi submetida à parto normal e a paciente nasceu com 3,100 quilogramas, sem complicações. Além disso, a mãe não possuía alguma doença sistêmica, não apresentou alguma doença no rastreio pré-natal e não se lembrava se havia histórico positivo de fissuras labiopalatinas na família. Ao exame clínico intraoral, notou-se uma fenda no palato pós-forame incisivo com úvula bifida, contudo não havia fenda em rebordo alveolar ou palato anterior (Fig. 1). Os exames complementares, aliados ao teste dos dez, evidenciaram resultados dentro dos padrões de normalidade. Com respaldo na literatura científica, foi decidido preparar a paciente para a cirurgia por volta dos 12 meses de idade. A mesma foi submetida à palatoplastia com veloplastia intravelar, reposicionamento da musculatura do levantador do véu palatino, tensor do véu palatino e fechamento da mucosa nasal, musculatura e mucosa palatal em três camadas (Fig. 2). Não houve intercorrências durante o transoperatório e pós-operatório. A paciente foi acompanhada de seis em seis meses após a cirurgia, bem como foi encaminhada para o fonoaudiologista e odontopediatra. Depois de dois anos de proservação, a paciente se encontra com palato fechado, boa função mastigatória, bom desenvolvimento da fala sem hipernasalidade e sem escape nasal.



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:  
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

# FEPEG

F Ó R U M  
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ISSN: 1806-549X

Através de revisão de literatura, foi observado que algumas características presentes neste caso se aproximam de achados descritos por outros autores. Neville e colaboradores (2004) relatam que FLP ocorrem com maior frequência em pessoas leucodermas. Além disso, os mesmos autores também descrevem que a prevalência de fissura palatina é maior no sexo feminino, estando associada à presença de úvula bífida. Cymrot e colaboradores (2010), conduzindo uma pesquisa entre crianças fissuradas, notaram que a prevalência de fissura palatina pós-forame incisivo era maior no sexo feminino.

Salienta-se que os achados da anamnese e dos exames complementares deste caso não evidenciaram conclusivamente a etiologia da fissura palatina. No entanto, com base na literatura científica, os autores acreditam que a etiologia do caso esteja relacionada à predisposição genética presente desde familiares antepassados da paciente.

A intercepção do caso no primeiro ano de vida, a intervenção cirúrgica visando ao fechamento dos tecidos moles e à correção do palato, bem como o encaminhamento da paciente para tratamento multiprofissional foram decisivos para a resolução do caso. Essa conduta é preconizada por autores como Neville e colaboradores (2004), Ribeiro e Moreira (2004) e Lisbôa, Rocha e Pini (2010).

Por fim, os autores notaram que a integração entre ensino/pesquisa e a equipe de profissionais responsáveis pela condução do caso foi imprescindível para a resolução do mesmo, trazendo benefícios para todos os envolvidos no trabalho.

## Considerações Finais

As FLP estão entre as anomalias congênitas mais comuns, sendo assim os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer, encaminhar e/ou tratar de forma adequada as pessoas afetadas por elas. O tratamento de um paciente fissurado é complexo e demorado. As cirurgias reparadoras podem ser iniciadas a partir do terceiro mês de vida, sendo necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar e articulada com o ensino/pesquisa para que o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação ocorram de forma adequada, corroborando para um melhor prognóstico.

## Agradecimentos

Agradecemos a todos as pessoas que compuseram a equipe multiprofissional responsável pelo tratamento deste caso, bem como ao HC-FMUSP pelo apoio logístico.

## Referências bibliográficas

BARRETO, L. S. *et al.* Cirurgia Ortognática em paciente com Fissura Labiopalatina: Relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.110-115, 14 jul. 2017

BATISTA, J. F. *et al.* Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional. **Revista Interação**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p.105-119, mar. 2017.

BRANCO, L. L.; CARDOSO, M. C. A. F. Alimentação no recém-nascido com fissuras labiopalatinas. **Universitas: Ciências da Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p.57-70, 11 jun. 2013.

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. 648-651, 2010.

GATTI, G. L. *et al.* Cleft Lip and Palate Repair. **Journal Of Craniofacial Surgery**, Pisa, v. 28, n. 8, p.1918-1924, nov. 2017.

LISBÔA, P. K.; ROCHA, V. P.; PINI, R. Fissura lábio-palatal: uma revisão de literatura. **ACTA Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 1, n. 1, jan.-mar. 2010.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RIBEIRO, M. E.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **RBPS**, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.

ROCHA, R. *et al.* Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 32, p.526-540, 28 out. 2015.

YUZURIHA, S.; OH, A. K.; MULLIKEN, J. B. Asymmetrical Bilateral Cleft Lip: Complete or Incomplete and Contralateral Lesser Defect (Minor-Form, Microform, or Mini-Microform). **Plastic And Reconstructive Surgery**, Boston, v. 122, n. 5, p.1494-1504, nov. 2008.



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:  
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

# FEPEG

F Ó R U M  
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

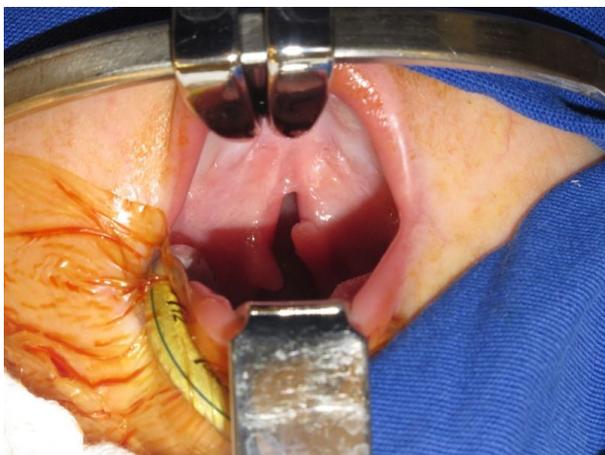
REALIZAÇÃO:



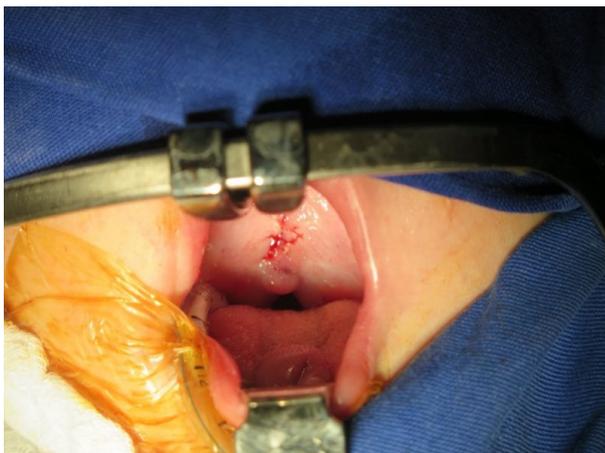
APOIO:



ISSN: 1806-549X



**Figura 1.** Fenda no palato pós-forame incisivo com úvula bífida. Notar que não há fenda em rebordo alveolar ou palato anterior.



**Figura 2.** Fotografia pós-cirúrgica evidenciando fechamento dos tecidos moles e correção do palato.