Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão - relato de caso clínico

Unilateral complete cleft lip and palate: tooth alterations and malocclusion – a case report

Márcia Cançado Figueiredo[*]
Nuno Figueiredo Pinto[**]
Daniel Demétrio Faustino-Silva[***]
Marieli de Oliveira[****]

Resumo

As fissuras labiopalatais são malformações congênitas que trazem como consequência uma série de alterações que comprometem a estética, a fala e o posicionamento dentário dos indivíduos acometidos. A ocorrência desta anomalia varia de acordo com a amostra estudada, porém estudos no Brasil mostram uma frequência de 37,1%, das quais 9,7% são fissuras unilaterais completas de lábio e palato do lado direito e apenas fissura de lábio do lado esquerdo. Esse tipo de fissura apresenta problemas severos de má oclusão, alterando, assim, as funções de respiração, fonação, deglutição e nutrição. Em razão das diferentes alterações, a solução desses casos só pode ser oferecida pelo trabalho conjunto de uma equipe multidisciplinar no processo de reabilitação e reinserção social do paciente. No caso clínico apresentado, o paciente recebeu o tratamento reabilitador desde os primeiros meses de idade até a fase adulta, sendo os procedimentos ortodônticos realizados no período de 1982 a 1998, através de ortopedia e mecânica ortodôntica baseada na técnica de Edgewise. O propósito deste trabalho é fornecer uma orientação clínica aos profissionais ligados à área, em especial ao cirurgião-dentista, principalmente do ponto de vista das alterações dentárias e de má oclusão, mostrando a importância do conhecimento dessas diferentes características para o sucesso do tratamento do paciente com fissura de lábio e palato.

Palavras-chave: Fenda labial. Fissura palatina. Má oclusão. Anodontia.

Introdução

As más formações congênitas ocupam lugar importante dentro das enfermidades humanas, tanto por sua relativa frequência, como pelas repercussões estético-funcionais, psicológicas e sociais que ocasionam[1]. As fissuras de lábio e palato, visíveis já ao nascimento, mostram alterações nasolabiais e orofaciais cuja etiologia é resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, produzindo uma variedade de diferentes comprometimentos no organismo dos portadores desse tipo de alteração[2], conforme as interferências que se passam nos estágios de desenvolvimento embrionário[3,4].

A frequência dessa anomalia varia de acordo com a amostra estudada, mas trabalhos mostram que no Brasil a frequência de fissura lábio palatina é de 37,1%, ocorrendo em 1 a cada 650 nascimentos; dentre esses, 9,7% dos indivíduos apresentam fissura unilateral completa de lábio e palato do lado direito[5].

Sabe-se que as cirurgias realizadas para fechamento de lábio e palato interferem no crescimento facial e do arco dentário superior, resultando em faces retrognáticas e maxilas estreitas[6]. Além disso, alterações dentárias, como erupção ectópica, ausência de dentes ou a presença de supranumerários na região da fissura, levam a um relacionamento maxilomandibular desfavorável, causando diversas más oclusões. Por isso, a presença de uma equipe odontológica, em especial do ortodontista, no tratamento dos pacientes fissurados é de suma importância para o controle e tratamento durante o crescimento da face e dos arcos dentários.

[*] Professora Doutora da Disciplina de Odontopediatria da FO-UFRGS, regente da disciplina eletiva de Atendimento Odontológico aos Pacientes com Necessidades Especiais da FO-UFRGS.
[**] Especialista em Ortodontia pela UFMG.
[***] Especialista em Saúde Coletiva, aluno do curso de mestrado em Clínicas Odontológicas – Odontopediatria FO-UFRGS.
[****] Cirurgiã-dentista, interna da disciplina eletiva de Atendimento Odontológico aos Pacientes com Necessidades Especiais da FO-UFRGS.

A fissura denominada pela classificação de Spina et al.[7] (1972) como "fissura transforame incisivo unilateral completa de lábio e palato" é uma das alterações orofaciais mais complexas e que trazem problemas de má oclusão, de ordem alimentar, deglutição, fonação e respiração, apresentando-se com diferentes sinais e sintomas, cuja solução só pode ser oferecida pelo trabalho conjunto de uma equipe multidisciplinar no processo de reabilitação e reinserção social do paciente.

Em razão das alterações que apresentam, os pacientes com fissuras labiopalatinas são mais suscetíveis a más oclusões que modificam o desenvolvimento normal[8] e a anomalias dentárias[9]. Grande parte das más oclusões encontradas nesses pacientes deve-se ao tipo de tratamento a que são submetidos[10]. Sabe-se que os pacientes operados precocemente, ou seja, que fazem a queiloplastia (cirurgia de fechamento de lábio, geralmente realizada a partir dos três meses de idade), e a palatoplastia (cirurgia de fechamento do palato, geralmente realizada a partir de 18 meses de idade)[6], apresentam menor largura maxilar em razão da capacidade constritora da cirurgia, que causa uma redução progressiva das dimensões da maxila no sentido ântero-posterior e transversal[11]. Entende-se que essa é uma condição desfavorável do ponto de vista ortodôntico, no entanto é de extrema relevância para o restabelecimento estético e psicológico do paciente e, consequentemente, para o adequado relacionamento social da criança com a família e a sociedade.

A mordida cruzada é bastante frequente nos pacientes com fissura unilateral completa de lábio e palato em razão da diminuição transversal da maxila, principalmente após o tratamento cirúrgico[12,13]. Hagert et al.[14] (1964) examinaram modelos de estudo de 105 pacientes com fissura de lábio e palato operados, constatando que 74% dos pacientes com fissura unilateral de lábio e palato apresentavam mordida cruzada. Já Nordén et al.[15] (1973) constataram em pacientes com fissura unilateral de lábio e palato operados, mas sem tratamento ortodôntico prévio, que a ocorrência de mordida cruzada posterior foi de 75% no lado da fissura, 25% no lado oposto à fissura e 31% de mordida cruzada anterior. Assim, concluíram que a ocorrência de mordidas cruzadas é proporcional à severidade da fissura.

Estudos mais recentes[16] em dentição decídua de pacientes portadores de fissura unilateral completa de lábio e palato demonstraram que a prevalência de mordida cruzada anterior associada a mordida cruzada posterior num dos lados ocorre numa frequência de 37,8%. Essa grande ocorrência de mordida cruzada anterior deve-se à trajetória de erupção dos incisivos superiores permanentes que se apresentam com inclinação para lingual. A linguoversão dos incisivos superiores é maior em pacientes com fissura do que naqueles sem essa alteração[10], pois, segundo Smahel[17] (1984), a retroinclinação dos incisivos superiores e do alvéolo são resultado da tensão que o lábio refeito pela queiloplastia exerce, causando a mordida cruzada anterior.

A mordida aberta é um achado menos frequente nesse tipo de lesão, já que os pacientes apresentam uma incidência maior de sobremordida. El-Koutby e Hafez[18] (1993) constataram que, dentre os pacientes com fissura lábio palatina unilateral examinados em suas dentaduras decíduas e mistas, 11,4% apresentaram sobremordida e apenas 2,9%, mordida aberta.

Pacientes portadores de fissura de lábio e palato apresentam uma maior freqüência de anomalias dentárias de número – extranumerários, supranumerários e agenesias – quando comparados a indivíduos que não possuem essa anomalia congênita. A ausência congênita de dentes é mais comum do que a presença de supranumerários e ocorre no lado da fissura[19], sendo o dente mais acometido o incisivo lateral superior, em cerca de 48,3% dos casos. Estudos mostram que pacientes com fissura unilateral completa de lábio e palato apresentam 37,1% de ausência deste elemento dentário, sendo em 11,4% dos casos a ocorrência em pacientes com fissura unilateral completa de lábio e palato direita. Na região posterior o dente com maior ausência é o segundo pré-molar superior, chegando a 14,3% nas fissuras unilaterais de lábio e palato[9]. Quanto à localização da ausência congênita, Fishmann[20] (1970) constatou que ocorre 47,6% no lado direito e 26,3% no lado esquerdo em pacientes portadores de fissura unilateral de lábio e palato.

A presença de dentes supranumerários não é um achado tão comum quanto a ausência congênita de dentes, mas nestes casos ocorrem, na sua maioria, posteriormente à fissura; quanto à localização, a ocorrência é maior na fissura unilateral de lábio e palato do lado esquerdo[20]. Vanzin e Yamazaki[9] (2002) encontraram dentes supranumerários somente na região da fissura em pacientes com fissura unilateral, sendo 11,4% no grupo com fissuras unilaterais direitas; o dente mais frequente foi o incisivo lateral superior. O paciente com fissura de lábio e palato apresenta um dente supranumerário característico, denominado de "pré-canino", na região da fissura. Estudos mostram que este se faz presente em 27,5% dos pacientes fissurados, dos quais 15% ocorrem no grupo dos pacientes com fissura transforame unilateral direita[19].

Quanto à posição dos dentes em relação à fissura unilateral, o incisivo central está localizado mesialmente à fissura, assim como o incisivo lateral, na maioria dos casos. Os caninos estão localizados distalmente à fissura assim como os demais dentes[20].

Quanto às alterações de desenvolvimento como tamanho do elemento dentário, os pacientes com fissura unilateral completa de lábio e palato apresentaram 40,8% de ocorrência de microdontia do incisivo lateral superior esquerdo, que é o dente mais afetado em todos os tipos de fissuras, e apenas 5,52% no incisivo lateral superior direito[19].

Os terceiros molares inferiores são os dentes mais freqüentemente retidos nos pacientes fissurados, seguidos pelos segundos pré-molares inferiores e segundos pré-molares superiores[19]. Logo, o atraso

na erupção de dentes é evidente em todos os grupos de pacientes fissurados, sendo essa deficiência mais comum no lado da fissura, principalmente nos incisivos laterais superiores[20].

O propósito do presente trabalho é apresentar um caso de fissura unilateral completa de lábio e palato, orientando os profissionais da saúde principalmente a respeito das alterações dentárias de má oclusão que podem acometer pacientes fissurados.

Relato do caso clínico e Discussão

Paciente do gênero masculino, leucoderma, portador de fissura unilateral completa de lábio e palato do lado direito e fissura de lábio do lado esquerdo, iniciou o tratamento ortodôntico em 1982, aos 12 dias de vida, no Hospital de Reabilitação de Deformidades Craniofaciais (HDCF-USP).

Na anamnese, a mãe do paciente relatou ter apresentado uma gestação normal e um parto por cesárea sem complicações. No histórico familiar há casos de fissura lábio palatina unilateral e bilateral da parte paterna, o que evidenciou possíveis fatores genéticos do caso.

O acompanhamento e tratamento odontológico iniciaram-se nos primeiros meses de vida do paciente, com a utilização da aparatologia ortopédica pré-cirurgica – placa acrílica (Fig. 1), cujo objetivo principal era aproximar os arcos maxilares antes da queiloplastia e palatoplastia. Após o período das cirurgias primárias, o paciente permaneceu em controle com reavaliações periódicas para acompanhamento do crescimento craniofacial até a fase mais adequada para nova intervenção ortodôntica. Durante esse período, o paciente esteve em tratamento fonoaudiológico e com outras especialidades da equipe multidisciplinar.



Figura 1 - Paciente com placa ortopédica pré-cirúrgica

No que se refere ao diagnóstico ortodôntico, em 1993, aos 11 anos de idade, o paciente apresentava como problemas má oclusão, mordida cruzada posterior do lado direito e diminuição da largura maxilar. Além disso, apresentava linha média desviada severamente para o lado direito e giroversão significativa do dente 22 (Fig. 2). Com relação às alterações dentárias, apresentava anomalias de número, como agenesia de incisivo lateral superior direito e presença de dentes extranumerários: pré-canino esquerdo (lado oposto à fissura) e primeiro pré-molar superior direito, distalmente à fissura (Fig. 3 e 4).

Essas características vão ao encontro dos achados epidemiológicos da literatura referentes às alterações dentárias e de má oclusão em pacientes com fissura unilateral de lábio e palato direita[8,9,11-15,19,21], com exceção do dente extranumerário pré-canino, que, no caso apresentado, encontra-se no lado oposto à fissura, diferentemente do que está descrito na literatura, na qual a maior ocorrência acontece no mesmo lado da fissura[19].



Figura 2 - Modelo de gesso do paciente antes da ortodontia fixa aos 11 anos de idade

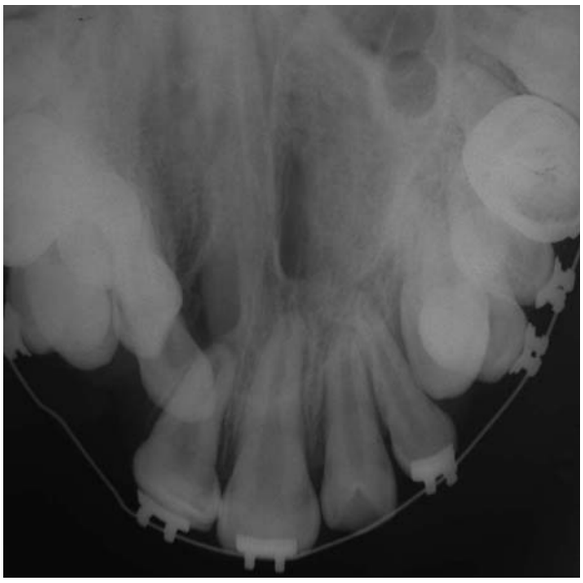


Figura 3 - Radiografia oclusal onde se evidencia a agenesia de incisivo lateral direito e presença de extranumerário pré-canino esquerdo



Figura 4 - Presença de pré-molar superior extranumerário

O tratamento ortodôntico foi reiniciado nessa fase, com o uso de um aparelho removível com parafuso expansor superior, objetivando-se recuperar o espaço e solucionar a mordida cruzada posterior. Foi instalada a aparatologia ortodôntica fixa logo após a fase de expansão e realizada, então, a mecânica ortodôntica necessária, baseada na técnica de Edgewise até 1998 (Fig. 4 e 5).

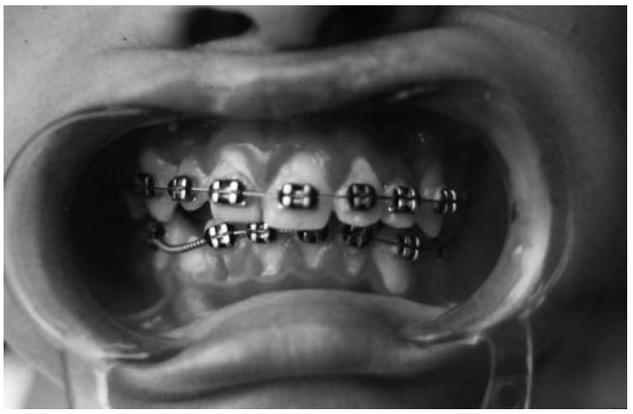


Figura 5 - Paciente em tratamento com mecânica ortodôntica

O planejamento do caso contemplou a manutenção dos dentes extranumerários de tal modo que o canino superior direito foi tracionado com o objetivo de substituir a falha da agenesia do incisivo lateral do mesmo lado (Fig. 3). O primeiro pré-molar superior direito foi reposicionado para fazer a função de canino e, da mesma forma, o pré-molar extranumerário foi colocado na posição do primeiro pré-molar do mesmo lado (Fig. 6).



Figura 6 - Oclusão do paciente no final do tratamento aos 16 anos de idade

A finalização do caso apresentou um resultado estético e funcional satisfatório, tendo em vista sua complexidade. Não houve a necessidade de exodontias nem, tampouco, de reabilitações protéticas e estéticas, porque o reposicionamento ortodôntico foi suficiente para suprir as necessidades do paciente (Fig. 6 a 8).



Figura 7 - Vista frontal do paciente no final do tratamento



Figura 8 - Perfil do paciente ao final do tratamento

Considerações finais

Sabe-se que pacientes portadores de fissuras labiopalatinas são mais suscetíveis a alterações dentárias e de má oclusão. Por isso, é importante lançar mão de um acompanhamento radiográfico durante o desenvolvimento dentário do paciente, bem como realizar exames clínicos periódicos para ajudar a definir o plano de tratamento ortodôntico mais adequado. Dessa forma, podem-se observar as possíveis agenesias dentárias e a presença de dentes extranumerários que possam dificultar a erupção dos demais dentes, além de interceptar as más oclusões que podem se instalar nesse período. Com essas informações, pode-se adequar a cada caso a época exata de intervir, evitando o sobretratamento do paciente, que passa por diversos profissionais da saúde e tratamentos ao longo de sua vida.

O caso clínico apresentado mostra que é possível proporcionar ao paciente um tratamento que restabelece, além da função, a estética. No estágio atual da ciência e da tecnologia, pode-se afirmar que as fissuras labiopalatais podem ser corrigidas totalmente, conseguindo-se, assim, que os pacientes vivam sem traumas e complexos, ou seja, com melhor qualidade de vida.

Abstract

The lip and palate clefts are congenital malformations which have serious changes as consequence that compromise the esthetics, the speech and the dental positioning regarding the individuals affected. This anomalies occurrence varies according to the sample studied, however, studies in Brazil show a frequency of 37,1%, from which 9,7% are unilateral complete lip and palate cleft in the right side and lip cleft in the left side only . This kind of cleft shows serious problems regarding malocclusion, thus changing functions like breath, phonation, deglutition and nutrition. Because of these different changes, the solution in these cases can be offered as multidiscipline teamwork in rehabilitee processes and the patient's social reintegration. In the clinical case that will be presented, the patient has received rehabilitee treatment since the first months until the adulthood being the orthodontics treatment achieved from 1982 to 1998 through the orthopedics and orthodontics mechanism based on the Edgewise's techniques. The purpose of this research is to provide clinical orientation to the professionals of this area, especially to the dentist, mainly in the point of view regarding dental changes and malocclusion, showing the knowledge importance between these different characteristics to the treatment success for lip and palate cleft patients.

Key words: Cleft lip. Cleft palate. Malocclusion. Anodontia.

Referências

1. Avery JK. Cleft lip and palate. In: Bunting R. Oral hygiene. 3. ed. Philadelphia: Lea Febiger; 1957.
2. Menegotto BG. Epidemia e Interação Herança – Ambiente nas Fissuras Labiopalatinas [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da UFRGS; 1989.
3. Rocha R, Telles C. O problema das fissuras lábio palatinas: diagnóstico e aspectos clínicos. Rev SOB 1990; 1(6):178-92.
4. Shafer WG, Hine K, Levi BM. Distúrbios do desenvolvimento das estruturas bucais e pára-bucais. Tratado de Patologia Bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985. p. 2-79.
5. Souza JA, Dalben GS, Santamaria Jr M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. Braz Oral Res 2004; 18(2):128-33.
6. Silva Filho OG, Almeida RR. Fissuras lábio palatais: O que o cirurgião-dentista precisa saber. Rev Fac Odontol Lins 1992; 5(2):7-18.
7. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras palatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 1972; 7(1):5-6.
8. Montandon EM, Duarte RC, Furtado PGC. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2001; 4(17):68-73.
9. Vanzin GD, Yamazaki K. Prevalência de Anomalias dentárias de número em pacientes portadores de fissura de lábio e palato. Rev Odont Ciênc 2002; 17(35):49-56.
10. Handelman CS, Pruzansky S. Occlusion and dental profile with complete bilateral cleft lip and palate. Angle Orthod 1968; 38(3):185-98.
11. Freitas JA, Mazzottini R, Capellozza Filho L, Zambonato P. Avaliação das alterações do arco dentário superior em indivíduos portadores de fissura transforame incisivo unilateral. Ortodontia 1995; 28(1):18-26.
12. Carreirão S, Lessa S. Seqüelas das palatoplastias. Tratamento das fissuras lábio-palatinas. 1. ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1981.
13. Chapman JH. Orthodontic treatment of children with clefts of the lip and the palate. Aust Orthodont J 1975; 4(1):17-22.
14. Hagert RF, Andrews EB, Hill MG, Calcote CE, Laresh SH, Lifschiz JM et al. Dental arch collapse in cleft palate. Angle Orthod 1964; 34(1):25-36.
15. Nordén E, Linder-Aranson S, Stenberg T. The deciduous dentition after only primary surgical operations for clefts of the lip, jaw and the palate. Am J Orthod 1973; 63(3):229-36.
16. Simionato PF, Carrara CE, Gomide MR. Alterações oclusais nos arcos dentários decíduos de portadores de fissura unilateral completa de lábio e palato. Rev Dent Press Ortodont Ortoped Facial 2003; 8(5):95-9.
17. Smahel Z. Craniofacial morphology in adults with bilateral complete cleft lip and palate. Cleft Palate J 1984; 21(3):159-69.
18. El-Koutby M, Hafez SAH. Prevalence of malocclusion in the primary early mixed dentition in a group of egyptian children with complete unilateral cleft lip and palate. Egypt Dent J 1993; 39(3):479-84.
19. Oliveira SF, Capellozza AL, Carvalho IM. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. Rev APCD 1996; 50(1):17-21.
20. Fishmann LS. Factors related to tooth number, eruption time, and tooth position in cleft palate individuals. J Dent Child 1970; 37(4):303-6.
21. Pérez WR, Cauvi LD, Velásques NB. Anomalias dentomaxilares en pacientes tratados quirurgicamente portadores de labio leporino unilateral y fisura velopalatina. Rev Fac Odontol Univ Chile 1995; 13(1):16-25.

Endereço para correspondência

Márcia Cançado Figueiredo
Rua Luzitana 1370/502, Higienópolis
CEP: 90520-080 - Porto Alegre - RS
Fone/Fax: (51) 33375471
E-mail: mcf1958@gmail.com