

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DÉBORA DUTRA DOS SANTOS**  
**LAÍS DE SOUZA LIMA**

**ENXERTO AUTÓGENO DE MEDULA ILÍACA NA RECONSTRUÇÃO**  
**ALVEOLAR DA FISSURA LABIOPALATINA**

**VOLTA REDONDA**

**2021**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ENXERTO AUTÓGENO DE MEDULA ILÍACA NA RECONSTRUÇÃO  
ALVEOLAR DA FISSURA LABIOPALATINA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Odontologia do Centro universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Alunas: Débora Dutra dos Santos e Laís de Souza Lima

Orientador: Claudio Valente Viana

Coorientador: Paula Chagas da Silva de Oliveira

**VOLTA REDONDA**

**2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

S237e Santos, Débora Dutra dos  
Enxerto autógeno de medula ilíaca na reconstrução alveolar da  
fissura labiopalatina. / Débora Dutra dos Santos; Laís de Souza Lima.  
– Volta Redonda: UniFOA, 2021.

23 p. II

Orientador (a): Prof. Claudio Valente Viana

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2021.

1. Odontologia - TCC. 2. Fenda labial. 3. Enxerto ósseo. 4. Anomalias craniofaciais. I. Viana, Claudio Valente. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: Enxerto autógeno de medula ilíaca na reconstrução alveolar da fissura labiopalatina

Elaborado por: Débora Dutra dos Santos e Laís de Souza Lima

É apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 01 de dezembro de 2021

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.º Doutor Claudio Valente Viana

.....  
Prof.ª Mestre Paula Chagas Silva de Oliveira

.....  
Profª Doutora Roberta Mansur Caetano

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos essa monografia a Deus, causa primordial de todas as coisas. Aos nossos pais Paulo e Sirlene, Wander e Dorcas, que, desde cedo, nos ensinaram o valor da educação para se entender o mundo e que nos mostraram, com muita paciência e amor, que não há limites para a busca de um sonho, para querer sempre mais da vida e sermos felizes.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém poderia ter. À minha família, especialmente aos meus pais, Sirlene de Souza Lima e Paulo Wagner de Lima, por terem me dado força e sustentabilidade financeira para chegar a esse momento. Aproveito também para agradecer todo o aporte que me deram em casa e o amor dedicado. Obrigada por me incentivarem e me apoiarem sempre. À minha dupla de TCC, Débora Dutra dos Santos, meu muito obrigada. Você foi fundamental para minha formação e apoio com as dificuldades diversas da faculdade, principalmente o TCC, por isso meu eterno agradecimento. *Ao meu orientador Professor Claudio Valente pelo auxílio na execução deste trabalho, e homenageando-o agradeço aos demais membros do corpo docente do Curso.*

*Laís de Souza Lima*

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém poderia ter. À minha família, especialmente aos meus pais, Wander Xavier dos Santos e Dorcas Michelle Dutra dos Santos, por terem me dado força e sustentabilidade financeira para chegar a esse momento. Aproveito também para agradecer todo o aporte que me deram em casa e o amor dedicado. Obrigada por me incentivarem e me apoiarem sempre. Aos meus amigos que me deram suporte e encorajamento. À minha avó Sahara de Oliveira Dutra (in memoriam), por ter me ensinado valores que carrego comigo em todos os momentos. Obrigada por me olhar e cuidar de mim aí do céu. À minha dupla de TCC, Laís de Souza Lima, que em todos os momentos teve pensamentos positivos e me ajudou a não desanimar. *Ao meu orientador Professor Claudio Valente pelo auxílio na execução deste trabalho, e homenageando-o agradeço aos demais membros do corpo docente do Curso.*

*Débora Dutra dos Santos*

## EPÍGRAFE

*Bendiga, minha alma, o Senhor, e não se esqueça de nem um só de seus benefícios.*

- Salmos 103:2

## RESUMO

A fissura labiopalatina é a malformação mais comum do ser humano que consiste em uma fenda congênita no lábio superior, no alvéolo e/ou no palato. Em sua maioria, as fendas se desenvolvem de forma isolada, outras estão associadas a síndromes e condições genéticas. Sua incidência pode causar prejuízo e impacto econômico-social, acarretando deficiências na fonação, mastigação e deglutição, entre outras não menos significativas, com acentuado prejuízo psicológico, em relação à autoestima principalmente por se tratar de uma deficiência que interfere na estética facial. O cirurgião dentista tem um papel extremamente importante no diagnóstico e tratamento dessa lesão, uma vez que o paciente em questão precisará de tratamento cirúrgico, ortodôntico e clínico geral. Uma das opções para o tratamento reabilitador é a realização do enxerto de osso autógeno na região da fissura, objetivando a reconstrução e o suporte do arco dentário e o fechamento da fístula buco nasal. Quando retirado da crista ilíaca do paciente, tem vantagens de um material autógeno com incorporação favorável e mínima taxa de rejeição. O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre a atuação do cirurgião dentista de forma multidisciplinar e humanizada para com os pacientes fissurados. Entender a funcionalidade dos enxertos ósseos alveolares e comentar sobre as perspectivas de técnicas inovadoras, simples e eficientes disponíveis para realizar um trabalho de excelência, não só na parte cirúrgica, mas também na vida do paciente.

Palavras-chave: Fenda Labial; Enxerto Ósseo; Anomalias Craniofaciais.

## **ABSTRACT**

The cleft lip palate is the most common malformation of human beings that consists in a congenital cleft in the superior lip, on the dental alveolus or palate. Most clefts develop in isolation, others are associated with syndromes and genetic conditions. This incidence can result damage and economic social impact resulting in speech impairment, chewing and swallowing, among others no less significant, like accentuate psychological damage concerning in self-esteem, mainly because it is a deficiency that interferes with facial aesthetics. The dental surgeon has an extremely important role in the diagnosis and treatment of this lesion. Once the patient in question will need surgical, orthodontic, and general clinical treatment. One of the options to the rehabilitation treatment is the execution of graft autogenous bone at the cleft region, purposing the reconstruction and the support of the dental arch and the closure of the buccal nasal fistula. When withdrawn the iliac crest from the patient, there are the benefits of a autogenous material with favorable incorporation. The purpose of this work was to review the current literature on the multidisciplinary and humanized role of the dental surgeon with cleft patients. To understand the functionality of alveolar bone grafts and comment on the perspectives of innovative, simple, and efficient techniques available to perform a work of excellence, not only in the surgical part, but also in the life of the patient.

**Keywords:** Cleft Lip; Graft Bone; Craniofacial Anomalies.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização morfológica e origem embriológica..... 12

Figura 2. Quadro. Classificação das fissuras labiofaciais de Spina e colaboradores adotada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo..... 13

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Fissura labiopalatina e sua etiologia.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Incidência e prevalência .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Diagnóstico.....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 Indicação.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 Contraindicação .....</b>	<b>15</b>
<b>2.6 Atuação do cirurgião dentista.....</b>	<b>15</b>
<b>2.7 Tratamento e prognóstico .....</b>	<b>16</b>
<b>2.8 Técnica cirúrgica.....</b>	<b>17</b>
<b>2.9 Enxerto autógeno de medula ilíaca .....</b>	<b>18</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As aberturas labiopalatais são más-formações pela falta de coalescência entre as porções inferiores dos botões germinativos nasal externo e maxilar. Estas alterações de desenvolvimento craniofacial podem resultar em diversas anomalias. Delas, a mais frequente são estas fissuras congênitas (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003).

Para reabilitação total do paciente, visando a melhoria da qualidade de vida, estética e funcional, é necessário saber a extensão anatômica que caracteriza os diferentes tipos de fissura, podendo assim, criar um plano de tratamento ideal para o paciente em questão (COSTA et al.,2016).

A extensão da fissura é classificada de acordo com as estruturas da face que são afetadas; sendo elas: lábio, palato ou ambas, de forma unilateral ou bilateral. As fissuras palatinas podem ser pré, trans e/ou pós-forame incisivo. Dentre estas, as fissuras pré-forame incisivo se limita a área de processo alveolar, objeto deste presente estudo (VALENTE, 2003).

As fissuras transforame, são fissuras totais, e estendem do lábio até a úvula (palato primário e secundário). A fissura pós forame limitam-se apenas a área do palato secundário, as quais são tratadas de formas diversas (AMORIM, 2014).

Todas as fissuras necessitam de uma série de cirurgias plásticas reparadoras, assim como terapias e acompanhamento multidisciplinar ao longo da vida. O principal desafio é promover equilíbrio entre a estética, função e risco potencial de restrição do crescimento maxilar (COSTA et al.,2016).

Este estudo teve como objetivo revisar técnicas, dentre as muitas existentes, que sejam simples e muito eficientes; tomando mão da enxertia óssea de medula ilíaca para preencher os espaços deixados por esta má formação.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Fissura labiopalatina e sua etiologia**

A fissura labiopalatal é uma má formação congênita, resultante de uma falta de fusão dos processos faciais embrionários e palatinos em sua porção mais inferior. Esta fusão pode vir a ser defeituosa no processo nasal mediano com o processo maxilar, que resulta a fissura labial. Similarmente ao caso anterior, quando a falha se localiza na fusão das cristas palatinas, tem-se a fissura palatina (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003; NEVILLE et al., 2009).

Apesar dessas fendas em sua maioria, se desenvolverem de forma isolada, muitas delas podem estar associadas a síndromes, condições genéticas de padrão hereditário ligado ao cromossomo X, (condições autossômicas recessivas ou dominantes) e outras, resultam de anomalias idiopáticas ou cromossomiais (NEVILLE et al., 2009).

Hábitos nocivos ao feto, tendo como exemplo o tabagismo e o alcoolismo aumentam ou em alguns casos, até dobram as chances de fendas labiais e palatais. A deficiência de ácido fólico, uso de corticosteroides, anticonvulsivantes também demonstraram, em alguns estudos realizados, que há um aumento considerável das chances de uma criança nascida de uma mãe que faz uso desses medicamentos, vir a desenvolver essas fissuras em sua formação (NEVILLE et al., 2009).

### **2.2 Incidência e prevalência**

Sua prevalência acomete cerca de 01 a cada 600/650 recém nascidos. No Brasil, nascem em torno de 15 bebês por dia com essa má formação. Alguns estudos apontaram que as chances da população asiática são de 1,5 vez maior que na população branca e em divergência, a frequência das fendas em indivíduos negros é muito inferior (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003; NEVILLE et al., 2009).

Existem muitas anomalias craniofaciais, entretanto, as mais frequentes são as fissuras labiais. Estas, estão associadas comumente às fissuras palatinas, todavia,

são distintas e envolvem processos de desenvolvimento diferentes em momentos diferentes. A fissura palatal é regularmente encontrada no sexo feminino, e a labial, no masculino. Apesar de ser algo recorrente, não significa que seja uma regra (VALENTE, 2003).

### 2.3 Diagnóstico

Para o diagnóstico correto de cada fissura, é traçado um protocolo de atendimento baseado na classificação de Spina. Que tem como objetivo, definir e centralizar qual tipo de fissura está sendo proposta e a partir disso, planejar o tratamento adequado (ARAÚJO, 1999).

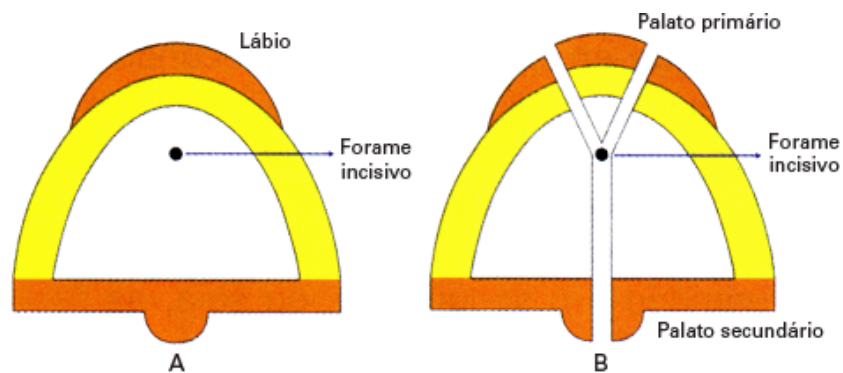


Figura 1: Caracterização morfológica e origem embriológica.

Fonte: SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007

São compostas por três subgrupos que tem como referência o forame incisivo. Podendo ser pré forame, transforame e pós forame. O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais em São Paulo, adotou esse esquema de forma mais moderna da seguinte maneira (ARAÚJO, 1999):

<b>Grupo</b>	<b>Classificação</b>
Grupo I Pré-forame incisivo	Unilateral: incompleta completa Bilateral: incompleta completa Mediana: incompleta completa
Grupo II Transforame incisivo	Unilateral Bilateral Mediana
Grupo III Pós-forame incisivo	Incompleta Completa
Grupo IV Fissuras raras da face	Fissuras desvinculadas do palato primário e secundário

Figura 2: Classificação das fissuras labiofaciais de Spina e colaboradores adotada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

Fonte: ARAÚJO, 1999

É feito uma anamnese completa, mapeando a genealogia do paciente e buscando informações que possam ser relevantes para o caso, como por exemplo, hábitos da mãe no momento da gestação, síndromes na família, e outras características que podem estar associadas as fendas. Alguns exames complementares também são primordiais para auxiliarem no fechamento do diagnóstico, o planejamento do tratamento e definir extensão exata da lesão. São eles, exames de imagem tais como radiografias (NEVILLE et al., 2009).

## 2.4 Indicação

Todas as fissuras tem indicação de cirurgias plásticas reparadoras, assim como uma série de tratamentos e acompanhamentos multidisciplinar, envolvendo diversas áreas da saúde, tais como medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, enfermagem, fisioterapia, pedagogia e assistência social (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003; NEVILLE et al., 2009).

O paciente fissurado precisa, assim como seus pais, dessa integralidade, pois tais lesões causam um impacto negativo de forma estética e funcional. Além da

fenda ser claramente visível, o que por si só já influencia na autoestima, autoimagem e auto rejeição. Envolvem a parte funcional que se destaca na dificuldade de fala, fonação e pronúncia das palavras, o que gera isolamento social e baixa autoestima (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003; NEVILLE et al., 2009).

As cirurgias primárias, que são realizadas na primeira infância, têm como objetivo principal reestabelecer a integridade anatômica que não foi realizada durante a gestação (ARAÚJO, 1999).

Existem muitas técnicas para a reparação das fissuras. A queiloplastia, correção da fenda labial, é comumente realizada por volta dos 3 meses de vida e posteriormente, o fechamento do palato, em torno de um ano. Independente da técnica a ser utilizada, muitos portadores da fissura ainda precisam de correções secundárias ao longo da vida. A medula ilíaca é a principal área de eleição de enxertia devido a facilidade de obtenção do enxerto, quantidade suficiente do mesmo e bons resultados pós operatórios (AMORIM et al.,2014).

## **2.5 Contraindicação**

Por ser um tratamento extremamente necessário para o paciente, não só esteticamente, mas de forma funcional também, não há contraindicação para a cirurgia. Todas as fissuras possuem indicação de cirurgia. Variando apenas na quantidade e espaço de tempo entre elas (ARAÚJO, 1999; NEVILLE, et al., 2009; VALENTE, 2003).

## **2.6 Atuação do cirurgião dentista**

A parte estomatognática é a área de foco do cirurgião dentista; o mesmo precisa entender sua funcionalidade, especificidade, alterações e anormalidades. Todas essas características precisam ser tratadas e reconhecidas em sua singularidade. Por essa razão, as fendas são muito bem assistidas por este profissional (ROSA; GOLÇALVES 2011).

As fissuras orofaciais podem gerar dentes supranumerários e agenesia dentária (ausência de um ou mais dentes), tanto na arcada decídua, quanto na permanente. Frequentemente é encontrado giro versões, falta de base óssea, mal

oclusão, fusão dentária, hipoplasias e entre outras anomalias podem ser encontradas nesse tipo de lesão (ROSA; GONÇALVES, 2011).

Primeiramente é feita a cirurgia de queiloplastia, para reconstrução do lábio, pelo cirurgião Dentista Bucomaxilofacial. É a cirurgia inicial e o primeiro contato do paciente com essa realidade. Por volta dos 3 meses de vida, a queiloplastia é indicada para reposicionar o músculo orbicular da boca. Para que essa cirurgia seja feita, é necessário que o paciente esteja em boas condições sistêmicas para não haver futuras complicações (TUJI et al., 2009; SALES et al., 2017).

Sendo assim, além do tratamento cirúrgico que avalia forma, função, estética e também o posicionamento mandibular, também será necessário um acompanhamento ortodôntico/ortopédico, que tem como objetivo regular a estética e função prejudicada pela fissura. Bem como o auxílio e acompanhamento da higiene bucal, uma vez que esta fica prejudicada pelo aparelho ortodôntico. Ou seja, o cirurgião dentista atua e acompanha de forma integral, o que torna deste profissional, uma figura marcante na vida do paciente (ARAÚJO, 1999; TUJI et al., 2009; ROSA; GONÇALVES, 2011).

## **2.7 Tratamento e prognóstico**

As fissuras pré forame incisivo, como o próprio nome já nos mostra, envolvem apenas o lábio ou então o lábio e o processo alveolar. Vão em direção ao forame, todavia não o alcançam (NEVILLE et al., 2009).

A cirurgia ortognática tem como objetivo corrigir alterações faciais e maxilomandibulares. Assim como irregularidades respiratórias, oclusais, mastigatórias, de fala, estética e entre outras. Dependendo da complexidade e quando não for possível sanar as alterações apenas com ortodontia, tem-se indicação para este tipo de cirurgia (FERNANDES et al., 2016).

A etapa cirúrgica consiste em alguns tópicos importantes como: Pré operatório, transoperatório e pós operatório. O primeiro deles é a familiarização, humanização e planejamento cirúrgico de modo geral, incluindo revisão de cada etapa cirúrgica, exames hematológicos e imaginológicos. O transoperatório agrega preparo do campo operatório, preparo anestesiológico, preparo do paciente e todas

as etapas propriamente cirúrgicas. O ultimo tópico inclui cuidados imediatos e tardios, bem como outras intercorrências que possam vir a acontecer (RIBEIRO; CABRAL; GOMES, 2011).

Segundo o Centro de Tratamento de Malformação Craniofacial (CTMC) de Santos, SP, tem como protocolo ao realizar as queiloplastias até os seis meses de vida. Algumas referências são importantes e vulgarmente chamada de “a regra dos dez”, que atendam os três requisitos básicos: Hemoglobina, peso e idade em 10, no caso do peso, a referência são 10 libras, o que equivale a 4,5kg e na idade, 10 semanas (LOPES et al., 2018).

## **2.8 Técnica cirúrgica**

O objetivo da cirurgia é fechar o osso alveolar com tecidos moles adjacentes à fissura, com auxílio de enxerto ósseo (VALENTE, 2003).

A indicação é sempre anestesia geral em ambiente hospitalar, sendo o tratamento efetivado precocemente ou tardiamente. O tratamento cirúrgico é considerado indireto, pois é utilizado enxerto da crista de íliaco. É feita a incisão nas margens da fissura para viabilizar o deslocamento das mucosas. A divulsão (separação da mucosa bucal, da mucosa nasal e do osso) e o descolamento devem ser o mais amplo possível para ter um bom campo de visão, separando as mucosas nasal e bucal (VALENTE, 2003).

Inicia-se suturando com pontos simples invertidos a mucosa nasal (por volta de 3 a 4 pontos). Dão-se pontos de reparo na mucosa próximo ao sulco vestibulo-alveolar, deixando assim, a gengiva aberta para formar um “túnel”. Este procedimento foi dado o nome de “tunelização”. Feito para facilitar a enxertia óssea, dando mais estabilidade e não deixando o enxerto transudar para a boca ou o nariz. Ele fica retido e tem-se maior aproveitamento do material (VALENTE, 2003).

Em seguida, por essa abertura (túnel) introduz-se o osso medular removido da crista do íliaco. Modela-se o osso no leito receptor alveolar, ajustando pelo contorno ósseo (VALENTE, 2003).

As suturas serão na gengiva, passando pelas papilas e assim, ocluindo a ferida (fissura) (VALENTE, 2003).

## **2.9 Enxerto autógeno de medula ilíaca**

O enxerto ósseo está indicado para as fissuras que tem origem no palato primário, isto é, as fissuras transforame incisivo e pré-forame incisivo com envolvimento do rebordo alveolar (SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007).

O osso autógeno usado para o enxerto do rebordo alveolar poder ser obtido de varias áreas doadoras, mas a melhor fonte doadora é a crista ilíaca, pois é um osso de boa qualidade, pode ser obtido em uma quantidade suficiente e com morbidade mínima (SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007).

O enxerto medular induz a osteogênese local e é substituído pelo recém formado osso local, se tornando irreconhecível em um período médio de 3 meses se visualizado em um exame radiográfico (SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007).

Tem como objetivos permitir a erupção do canino no lugar da fenda em osso sadio, quando for o caso. Facilitar o fechamento da fenda, melhorar o contorno alar, eliminar ou minimizar a necessidade de prótese para os dentes no lado da fenda e proporcionar apoio ósseo para os dentes ao lado da fenda (VALENTE, 2003).

O leito doador é o osso medular da crista de ilíaco. Essa medula é extraída por um cirurgião ortopedista em ambiente hospitalar, sob anestesia geral e a área escolhida para a retirada é a parte anterior e superior da Crista ilíaca. A incisão é feita em planos até alcançar a Crista óssea. (VALENTE, 2003; FAVERANI et al.,2014).

A remoção do osso é feita com instrumentos rotatórios como serras ou brocas cilíndricas em baixa rotação com farta irrigação de solução salina, ou pode ser feita também com instrumentos de impacto, como martelo e cinzel. Tira-se parte deste osso e aproveita-se apenas a parte medular, por ser mais fácil de moldar no leito a ser doado. Logo após a remoção desta, este enxerto é preparado, moldado e esculpido dentro do túnel que foi feito no alvéolo (VALENTE, 2003; FAVERANI et al.,2014).

### **3 METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão bibliográfica atualizada nas diversas bases de dados. A fundamentação teórica partirá da análise atualizada de: livros e artigos científicos, banco de dados estatísticos e literatura científica em geral sobre o tratamento cirúrgico dos processos alveolares dos fissurados labiopalatais com enxerto autógeno de medula óssea da crista de íliaco, suas características, benefícios, riscos, indicações, contraindicações, técnicas de uso e outras correlacionadas.

Para construção do referencial teórico foram analisados livros e trabalhos científicos, a partir de **1999**, indexados nas bases de dados Scholar Google, LILACS, MEDLINE e SciELO, nos idiomas português e inglês.

## 4 DISCUSSÃO

A fissura labiopalatal é uma má formação que resulta na falha de fusão dos processos faciais embrionários e palatinos em sua porção mais inferior. Esta falha pode ser no processo nasal mediano com o processo maxilar, que gera a fissura labial (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003). Similarmente ao caso anterior, quando a falha se localiza na fusão das cristas palatinas, tem-se a fissura palatina (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003; NEVILLE et al., 2009).

Os motivos que sequenciam essas fendas são diversos e mais variados. Entretanto, em sua maioria, são isoladas e outra parte está associada a síndromes, hábitos maternos nocivos ao feto, como tabagismo e alcoolismo e condições autossômicas hereditárias, recessivas ou dominantes ligadas ao cromossomo X (NEVILLE et al., 2009). Para o diagnóstico correto, é utilizada a classificação de Spina, (ARAÚJO, 1999; SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007; AMORIM, 2014), que tem como objetivo individualizar a fissura, tornando mais fácil seu diagnóstico e prognóstico.

Todas as fissuras tem indicação cirúrgica reparadora, nos primeiros meses e também ao longo da vida (ARAÚJO, 1999; VALENTE, 2003; NEVILLE et al., 2009; COSTA et al., 2016). Por ser uma fenda que está diretamente ligada com uma parte extremamente vital e funcional do corpo humano, não tem contraindicação cirúrgica. Deve-se apenas atentar-se ao uso de enxerto ósseo, pois dependendo da lesão, não será necessário (ARAÚJO, 1999).

A parte estomatognática é a área de foco do cirurgião dentista (ROSA; GOLÇALVES 2011) e apesar de ser uma anomalia que precisa de uma abordagem multidisciplinar, grande parte do tratamento reparador será feito pelo dentista. Ou seja, além das cirurgias, grande parte desses pacientes precisam ser submetidos a tratamento ortodôntico, ortopédico, acompanhamento da higienização que muitas vezes é prejudicada pelo uso do aparelho (TUJI et al., 2009; ROSA; GOLÇALVES 2011).

A remoção do enxerto da área doadora pode ser feita com instrumentos rotatórios (FAVERANI et al., 2014) ou com instrumentos de impacto, como por

exemplo o martelo e cinzel (VALENTE, 2003). É retirado com cuidado e moldado ao arco vestibular, fechando assim, a comunicação existente (VALENTE, 2003).

A cirurgia tem como objetivo fechar o osso alveolar com tecidos moles adjacentes à fissura, com auxílio de enxerto ósseo. Assim como corrigir alterações maxilomandibulares, irregularidades respiratórias, oclusais, mastigatórias, de fala, estética e entre outras (VALENTE, 2003; FERNANDES et al., 2016).

Cada etapa cirúrgica tem a sua importância para que a mesma seja executada com excelência (RIBEIRO; CABRAL; GOMES, 2011). As etapas são: pré operatório, transoperatório e pós operatório. Todas carregam uma série de exames clínicos, referências (LOPES et al., 2018) e exames imaginológicos para comprovar sua eficácia (VALENTE, 2003; RIBEIRO; CABRAL; GOMES, 2011).

A técnica cirúrgica consiste em abrir a mucosa contornando a parte fissurada, e fazer a sutura em volta, formando um túnel para a introdução do enxerto e logo após esses passos, é feito o fechamento dessa fístula (VALENTE, 2003).

O enxerto é indicado para toda fissura que tem envolvimento ósseo, seja ela no palato primário e ou secundário (SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007). Também tem como objetivo induzir a osteogênese local, se tornando irreconhecível em um período médio de 3 meses se visualizado em um exame radiográfico (VALENTE, 2003; SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007).

Para este tipo de enxertia autógena, a área doadora de eleição, levando em consideração qualidade do osso, quantidade e prognóstico, é a crista de íliaco. Tem melhor prognóstico e mínima taxa de rejeição (VALENTE, 2003; SILVA; FREITAS; TRINDADE, 2007).

## **5 CONCLUSÃO**

Com este trabalho, foi possível observar a atuação do cirurgião dentista de forma humanizada e multidisciplinar para com pacientes fissurados. Entendendo a singularidade de cada paciente. Foi possível também considerar a importância cirúrgica acompanhada da enxertia óssea para reconstrução do osso alveolar, compreender o ser humano como um todo, não somente avaliando a lesão. Lançando mão de uma técnica inovadora chamada de “tunelização” que tem como objetivo otimizar o tempo sem perder a essência e a excelência da cirurgia ortognática.

## 6 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. Cirurgia Ortognática. 1. ed. São Paulo. Santos. 1999.
- AMORIM, J. G. Estudo Comparativo das Técnicas de Palatoplastia de Von Langenbeck, Veau-Wardill-Kilner e Furlow. **Rev Arq Med**, Porto, v. 28 n. 2, abr. 2014
- CHAMMAS, Z. D.; DENADAI. R.; FIGUEIREDO. M. F; BUZZO L.C; AMARAL. C. E. R; AMARAL.R. C. Avaliação da dor na área doadora de pacientes com fissura labiopalatinas submetidos a reparo do defeito ósseo alveolar com enxerto autógeno de crista ilíaca: um estudo prospectivo randomizado comparando dois enxertores ósseos. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 29 n. 3 São Paulo Agosto 2014
- COSTA, M. L . C. Uso de Enxerto Ósseo Autógeno de Crista Ilíaca na Reconstrução de Fenda Alveolar em Paciente Fissurada: Relato de Caso. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, Campo Grande, MS, Brasil, v. 14, n. 3, p. 162-5, 2011.
- FAVERANI, L. P.; FERREIRA, G. R.; SANTOS, P. H.; ROCHA, E. P.; GARCIA, I.R.J; PASTORI, C.M. Técnicas cirúrgicas para enxertia dos maxilares. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.41. n.64 Jan-Feb 2014
- FERNANDES, G. A. Efeito da cirurgia ortognática na sensibilidade orofacial em indivíduos com fissura labiopalatina. **Rev. CEFAC** v.18 n.3 São Paulo Mai/Jun 2016
- LOPES. C. D.; CANO C. F. A.; GOBETTI, L.; MENEGAZZO. R. M.; SALDANHA. O. Evolution of the Millard technique associated with zeta-plasty in the treatment of patients with unilateral cleft lip. **Braz. Journal of Plastic Surgery.** v. 33 n.1 2018
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad. 3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. n.3-5
- RIBEIRO, G. A. A.; CABRAL. S. V. F.; GOMES P.P.S. Modelo de treinamento em palatoplastia. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v.26 n.4 São Paulo Oct./Nov/Dec 2011
- ROSA, A. C.; GONÇALVES. C. S. Fissuras orofaciais: revisão de literatura. **Rev. Tempus Actas de saúde coletiva.** 123-130 Rio de Janeiro 2011
- SALES, P.H.H; ROCHA, S.S; ALBUQUERQUE, A.F.M; FILHO, J. F. C. Queiloplastia primária unilateral através da técnica de fisher. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** 28(2) p.148-54, mai-ago, 2017.
- SILVA, F. O.G.; FREITAS, J. A. S. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: TRINDADE, I. E. K., SILVA, F. O. G. **Fissuras Labiopalatinas – uma abordagem multidisciplinar.** 1 ed. Santos, São Paulo, 2007. p21)
- TUJI, F.M; BRAGANÇA, T.A; RODRIGUES, C.F; PINTO, P. S. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras lábio e/ou em hospital de atendimento público. **Rev. Para. Med.** v.2, n.43, 2009.

VALENTE, C. **Técnicas cirúrgicas bucais e maxilofaciais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.