



**CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES – UNIGOYAZES
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**TRATAMENTOS E CUIDADOS DOS PACIENTES FISSURADOS:
REVISÃO DE LITERATURA**

**Daniella Fernandes Dias
Stéfany Janine do Prado Mendanha**

Orientador: Prof. Esp. Leonardo Araújo de Andrade

Trindade - GO
2022

CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES – UNIGOYAZES
CURSO DE ODONTOLOGIA

TRATAMENTOS E CUIDADOS DOS PACIENTES FISSURADOS:
REVISÃO DE LITERATURA

Daniella Fernandes Dias
Stéfany Janine do Prado Mendanha

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes – UniGoyazes como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel
em Odontologia.**

Orientador: Prof. Esp. Leonardo Araújo de Andrade

Trindade - GO
2022

Daniella Fernandes Dias
Stéfany Janine do Prado Mendanha

TRATAMENTOS E CUIDADOS DOS PACIENTES FISSURADOS:
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro Universitário Goyazes –
UniGoyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia, aprovada pela seguinte banca
examinadora:



Prof. Esp. Leonardo Araújo de Andrade
Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes



Profa. Esp. Angela Beatriz Cavalcante de Amorim Izac
Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes



Prof. Me. Tawan Manze Santana
Universidade Salgado de Oliveira – Centro Universo Goiânia

TRATAMENTOS E CUIDADOS DOS PACIENTES FISSURADOS: REVISÃO DE LITERATURA

Daniella Fernandes Dias¹, Stéfany Janine do Prado Mendanha¹, Leonardo Araújo de Andrade²

RESUMO

INTRODUÇÃO: As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas de etiologia multifatorial que ocorrem com mais frequência entre as deformidades craniofaciais. Causam comprometimentos estético-funcionais que podem prejudicar a fala, mastigação, respiração, amamentação e oclusão dentária. Por isso, o tratamento exige uma abordagem multidisciplinar dos profissionais da saúde. **OBJETIVOS:** Apresentar com base em uma revisão da literatura científica, os tratamentos e cuidados dos pacientes que possuem fissuras labiopalatinas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura para verificar as evidências disponíveis sobre os tratamentos e cuidados dos pacientes fissurados, por meio de pesquisas qualitativas e bibliográficas. As buscas foram realizadas nas bases de dados eletrônicos da saúde como PubMed, BVS e Lilacs, com os descritores fissura labial, fissura palatina e tratamentos multidisciplinares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O tratamento considerado mais eficaz para os pacientes fissurados é o realizado logo após o nascimento por uma equipe multidisciplinar composta por vários profissionais da área da saúde, e o cirurgião dentista exerce um papel fundamental no controle das infecções bucais e no restabelecimento estético e funcional destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Fissura labial. Fissura palatina. Tratamentos.

TREATMENTS AND CARE OF CRACKED PATIENTS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

INTRODUCTION: Lip and palate fissures are congenital malformations of multifactorial etiology that occur most often among craniofacial deformities. They cause aesthetic-functional impairments that can impair speech, chewing, breathing, breastfeeding and dental occlusion. Therefore, treatment requires a multidisciplinary approach of health professionals. **OBJECTIVES:** Present on the basis of a review of the scientific literature, the treatments and care of patients who have cleft lip and palate. **METHODOLOGY:** This is a literature review study to verify the available evidence on the treatments and care of fissured patients, through qualitative and bibliographic research. The searches were carried out in electronic health databases such as PubMed, BVS and Lilacs, with the descriptors cleft lip, cleft palate and multidisciplinary treatments. **FINAL CONSIDERATIONS:** The treatment considered most effective for fissured patients is that carried out soon after birth by a multidisciplinary team composed of several health professionals, and the dental surgeon plays a fundamental role in the control of oral infections and in the aesthetic and functional restoration of these patients.

KEYWORDS: Cleft lip. Cleft palate. Treatments.

¹Acadêmicas do Curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes

²Orientador: Prof. Especialista do Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são as anomalias congênitas mais comuns entre as malformações que afetam a face do ser humano, acometendo 9,92 em cada 10.000 crianças nascidas no mundo (RIBEIRO et al., 2011). No Brasil, a incidência de fissuras labiopalatais é de um caso para 650 nascidos vivos (ALONSO et al., 2009). Diversas consequências estão associadas à ocorrência dessas malformações, desde o comprometimento da estética até as limitações ou incapacidades funcionais na fala, mastigação, respiração, amamentação e oclusão (posição dentária), gerando ainda efeitos psicológicos de diferentes intensidades.

Estudos consideram as fissuras labiopalatinas como defeitos de não fusão das estruturas embrionárias, pois tanto o lábio como o palato são formados por estruturas que nas primeiras semanas de vida intrauterina estão separadas. Estas devem se unir para que ocorra a formação normal da face. Entretanto, se essa fusão não acontecer, as estruturas permanecem separadas, originando-se às fissuras no lábio e/ou no palato (HRAC - USP - 2018).

A etiologia dessas fissuras é complexa, podem estar associadas a fatores ambientais e que dependem de uma predisposição genética do embrião, que são conhecidos como herança multifatorial. Alguns desses fatores ambientais são: bebidas alcoólicas, cigarros, alguns medicamentos (corticoides e anticonvulsivantes) quando utilizados no primeiro trimestre da gestação. Além disso, vários estudos têm mostrado que a baixa ingestão de ácido fólico durante a gravidez pode predispor a fissuras orofaciais. Sendo assim, a suplementação de ácido fólico nesse período desempenha importante papel na redução da incidência dessas anomalias (RIBEIRO et al., 2011).

De acordo com as estruturas do rosto afetadas, as fissuras recebem uma classificação. Sendo o forame incisivo, o ponto anatômico de referência no diagnóstico das fissuras (SPINA et al., 1972). Essa classificação modificada por (SILVA FILHO et al., 1992), separa as fissuras em cinco tipos: fissuras pré-forame incisivas, transforame incisivo, pós-forame incisivo, fissura submucosa e fissuras raras da face.

Portanto, tendo em vista as diversas implicações das fissuras labiopalatais, torna-se notória a necessidade de uma atuação multidisciplinar dos profissionais da saúde para que o paciente receba um protocolo adequado de tratamento, visando

uma melhor qualidade de vida. Com abrangência de áreas como cirurgiões dentistas especializados em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, ortodontia e prótese, pediatria, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, nutricionista, neurologista, psicólogo e psiquiatra. O tratamento deve ser instituído logo após o nascimento, iniciando-se com as cirurgias plásticas reparadoras, denominadas de queiloplastia e palatoplastia. Em seguida, esses indivíduos devem ser acompanhados ao longo de todo o seu crescimento e desenvolvimento facial, quando receberão assistência interdisciplinar das múltiplas equipes que compõem o seu quadro reabilitador, finalizando seu tratamento somente na idade adulta.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão da literatura, por meio de pesquisas qualitativas e bibliográficas, utilizando as plataformas de dados eletrônicos da área da saúde, como PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizadas palavras chaves, termos relacionados e termos livres sobre fissura labial, fissura palatina e tratamentos multidisciplinares. Os critérios de inclusão dos estudos foram: - Estudos que relataram os tratamentos e cuidados dos pacientes fissurados; - Arquivos publicados em inglês e português; - Artigos disponíveis em textos completos. Por sua vez, o critério de exclusão foi: - Estudos que não relataram os tratamentos e cuidados com pacientes fissurados. Foram utilizados artigos entre os anos de 1972 e 2022.

Os artigos foram selecionados e examinados individualmente, realizando as leituras dos títulos, resumos e texto na íntegra. Sendo assim, as referências consideradas relevantes e que atenderam aos critérios de inclusão foram sujeitas à análise do texto completo. Ao final foram 17 artigos que compuseram este estudo.

DISCUSSÃO

A fissura labiopalatina é uma das anomalias craniofaciais congênitas mais comuns. É caracterizada pela falha da fusão normal do palato e lábio na linha média

durante o desenvolvimento, resultando em uma deformidade clinicamente óbvia do recém-nascido (PHALKE & GOLDMAN et al., 2022). As fissuras isoladas de lábio são mais comuns em meninos, enquanto que a de palato isolada são mais frequentes em meninas (PILMANE et al., 2021).

Durante o desenvolvimento facial, os primórdios faciais são constituídos principalmente de células da crista neural migradas. Essas células da crista com ectoderma formam os processos maxilares que dão origem às paredes palatinas por volta do 45º dia embrionário. Mais tarde, uma força de elevação intrínseca (devido ao acúmulo e hidratação do ácido hialurônico-1 secretado pelas células mesenquimais palatinas) vence as forças de resistência da língua, fazendo com que as paredes palatinas se elevem horizontalmente acima do dorso da língua. Na linha média, os epitélios se fundem usando desmossomos e moléculas de adesão celular para formar a costura epitelial da linha média. A fusão leva à expansão palatina em altura pelo afinamento da costura, seguida pela migração de células epiteliais para os aspectos nasal e oral do palato. A costura então degenera para estabelecer a continuidade mesenquimal através da placa horizontal. Esta morte celular programada do epitélio é iniciada pelo mesênquima subjacente (PILMANE et al., 2021).

O epitélio-mesenquimal é mediado por moléculas da matriz extracelular (como moléculas de colágeno), por meio de fatores solúveis (citocinas, fatores de crescimento), contato direto célula a célula (parácrino, autócrino) ou uma combinação de todos os mediadores acima. Desvios, aberrações e complicações nessas sequelas orquestradas de eventos que antecederam e/ou durante a fusão acabaram levando à fissura do palato com gravidade variável. Para o lábio leporino, o evento crítico/definidor parece ser o contato e a fusão dos processos nasais medial e lateral (PILMANE et al., 2021).

A fissura labiopalatina (FL/P) e a fissura palatina (FP) são encontrados em mais de 200 síndromes congênicas diferentes. As mais comumente discutidas são a Síndrome Charge (coloboma, defeitos cardíacos, atresia de coana, retardo de crescimento, anormalidades genitais e anormalidades da orelha) e a síndrome velocardiofacial ou DiGeorge (deleção 22q11.2). A fenda palatina isolada é mais comumente associada a outras anomalias congênicas, cerca de 50%. Existe uma heterogeneidade significativa nas vias moleculares associadas ao desenvolvimento. As vias associadas à formação do lábio e palato incluem a via sonic hedgehog

(genes Shh e Spry2), que interage intimamente com a via morfogênica óssea (genes Bmp4 e Bmp2), vias do fator de crescimento de fibroblastos (Fgf10 e Fgf7) e TGFb receptores e ligantes. A interrupção dessas vias em vários estágios resulta na variabilidade da gravidade, lateralidade e localização das fissuras (PHALKE & GOLDMAN et al., 2022).

Além disso, foi demonstrado que há um claro impacto ambiental no seu desenvolvimento. Fatores de risco materiais para malformação, incluindo tabagismo, diabetes mellitus e diabetes gestacional e exposição a teratógenos (ácido valpróico, fenitoína, ácido retinóico, dioxina, talidomida). Há uma clara associação familiar, pois a presença de fissuras em pais e irmãos também aumenta o risco de que uma criança subsequente seja afetada. Um filho de um pai afetado tem um risco de 3% a 4% de FL/P e cerca de 6% de FP. Para pais com um filho afetado, o risco de outro é de 4%, e com dois filhos afetados, 9% para FL/P e 2% e 1%, respectivamente, para FP. O risco de qualquer um aumenta para 14% a 17% se ambos os pais e a criança tiverem uma fissura (PHALKE & GOLDMAN et al., 2022).

A fissura labiopalatina (FLP) é o segundo defeito congênito mais comum. A frequência de vários tipos de fissura labial com ou sem fissura palatina é de 1 em 700-1000 nascidos vivos em todo o mundo (DEMIRSOY; ÇALIŞ; BÜYÜK et al., 2022).

Fissura labial e/ou fenda palatina (FL/P) são anomalias frequentemente associadas em pacientes com Doença cardíaca congênita (DCC) sindrômica e não sindrômica. Relatos recentes descobriram que a prevalência de DCC em pacientes com fissura é até 14 vezes maior do que a da população geral (TOUBAT et al., 2021).

Um estudo realizado no Brasil, no período de 2015 a 2019 com casos confirmados no Brasil, entre o período de 2015 a 2019, no Sistema de Informação de Agravos e Notificação – DATASUS, para saber o perfil dos portadores de fissura encontrou o seguinte perfil epidemiológico: prevalência em gestações únicas em relação a gestações duplas; maior frequência na idade gestacional de 37 a 41 semanas; maior distribuição absoluta em fetos nascidos por parto cesáreo; indisponibilidade de dados acerca do número de consultas pré-natais e sua relação com a ocorrência de fissuras labiopalatinas; não houve variação expressiva no número de casos nos diferentes anos analisados; maior número de casos em São Paulo e menor frequência total no Acre; frequência superior em raças pardas e

brancas. Quanto ao tipo de fissura, as principais são fissuras palatinas bilaterais, com preferência de procedimentos clínicos a procedimentos cirúrgicos no tratamento (ANDRADE et al., 2021).

Uma equipe multidisciplinar de especialistas avalia os recém-nascidos com fissuras labiopalatinas e fornece um tratamento cirúrgico que geralmente é realizado no primeiro ano. No entanto, o número de operações cirúrgicas a que esses indivíduos são submetidos pode variar de 2 a 20 até a idade adulta (DEMIRSOY; ÇALIŞ; BÜYÜK et al., 2022).

A fissura labiopalatina e a fissura palatina isolada não são apenas deformidades estéticas, mas apresentam morbidade funcional significativa para o recém-nascido sem manejo adequado. A FL/P afeta a capacidade do recém-nascido de se alimentar de várias maneiras, incluindo aumento do refluxo nasal, incapacidade de formar uma pega adequada e aumento do trabalho de alimentação, levando à fadiga. Além disso, embora a FL/P isolada não seja incomum, esses defeitos geralmente fazem parte de síndromes congênitas que devem ser reconhecidas e podem se beneficiar da caracterização e tratamento precoces (PHALKE & GOLDMAN et al., 2022).

Aconselhamento materno e apoio sobre técnicas de alimentação e posições de amamentação são frequentemente fornecidos, mas nenhum estudo avaliou a eficácia desta intervenção. Mamadeiras espremíveis em vez de rígidas podem ser mais fáceis de usar para alimentar bebês com fissura labial e/ou palatina, e a amamentação pode ter vantagens de crescimento em relação à alimentação com colher após cirurgia de fissura labial. Apenas cinco estudos (incluindo 292 bebês) compararam os efeitos das intervenções de alimentação em bebês com fissura labial e/ou palatina no crescimento, desenvolvimento ou satisfação dos pais. As evidências de amamentação em vez de alimentação com colher após a cirurgia foram fracas e houve uma sugestão de que mamadeiras espremíveis podem ser mais manejáveis do que as rígidas. Nenhuma evidência foi encontrada para apoiar o uso de placas maxilares em bebês com fissuras unilaterais e nenhum estudo avaliou os efeitos do conselho ou apoio materno. Mais pesquisas são necessárias para avaliar as intervenções de alimentação mais eficazes para prevenir atrasos no desenvolvimento de bebês com fissura labial e/ou palatina (BESSELL et al., 2011).

As anomalias dos defeitos ósseos craniofaciais afetam tanto os tecidos moles quanto os duros e podem ser causadas por traumas, recessões ósseas de tumores

e cistos, ou mesmo por desordens congênitas. Avanços espetaculares na medicina regenerativa chegaram dando nova esperança aos pacientes que podem se beneficiar de novas terapias de engenharia de tecidos baseadas na ação de suporte de biomateriais 3D, juntamente com a ação sinérgica de moléculas osteoindutoras e células-tronco recrutadas que podem ser acionadas para o processo de regeneração óssea. No entanto, poucos estudos se concentraram na aplicação da engenharia de tecidos para a regeneração da fissura/lábio e poucos relataram avanços significativos para oferecer soluções clínicas reais (MARTÍN-DEL-CAMPO; ROSALES-IBÁÑEZ; ROJO et al., 2019).

A técnica operatória ideal para a fissura palatina continua a ser controversa. As técnicas usadas para ocluir as fissuras completas do palato variam com o cirurgião e de um paciente para outro, de acordo com as características da fissura e do estado geral do paciente, que juntos ditam a complexidade do caso. O que devem ser considerados: o tipo e a extensão da fissura, a técnica operatória, o tempo de reparo e a experiência do profissional, além de fatores funcionais e individuais como a saúde geral do paciente e oclusão velofaríngea (MIACHON & LEME et al., 2014).

Embora as fissuras possam ser reparadas cirurgicamente, os pacientes geralmente são submetidos a múltiplas cirurgias craniofaciais e odontológicas, bem como fonoaudiologia. Apesar dessas intervenções, os pacientes podem experimentar efeitos psicossociais ao longo da vida da malformação. De fato, os indivíduos nascidos com fissura têm maior incidência de problemas de saúde mental e maiores taxas de mortalidade em todas as fases da vida. A fissura também está associada a um risco maior de vários tipos de câncer, incluindo câncer de mama, cérebro e cólon, no indivíduo com fissura, bem como em seus familiares. As complicações da fissura no início da vida são particularmente devastadoras em países em desenvolvimento, onde o acesso a cuidados médicos pode ser limitado (LESLIE & MARAZITA et al., 2013).

De acordo com as estruturas do rosto afetadas, as fissuras recebem uma classificação (Figura 1) em que é possível entender onde se localiza o forame incisivo, ponto anatômico de referência no diagnóstico da fissura.

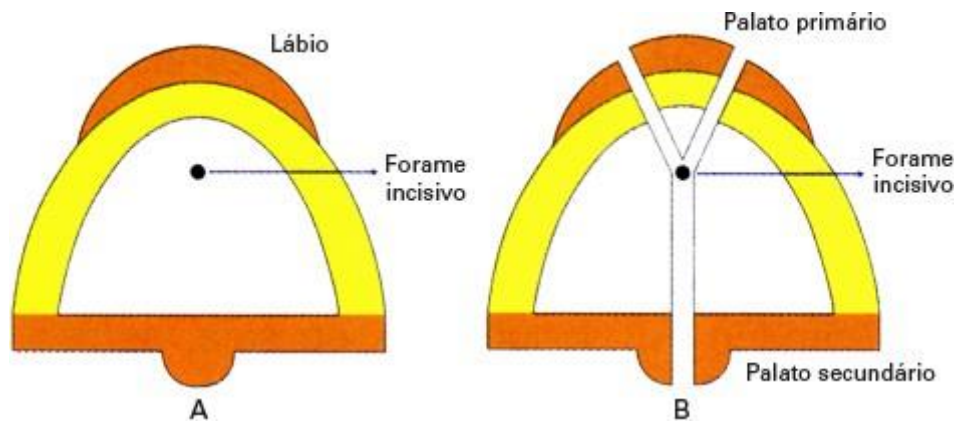


Figura 1. **A** - Ilustração esquemática representando a maxila e o “forame incisivo” – referência anatômica usada na classificação de Spina.
B - Origens embrionárias da maxila: palatos primários e secundários. O forame incisivo delimita a formação embrionária das estruturas maxilares. Fonte: (Silva Filho, 2007)

As fissuras classificadas por SPINA et al. (1972) e modificada por SILVA FILHO et al. (1992) separa as fissuras em cinco classes, sendo elas:

Fissuras pré-forame incisivo: Fissuras que envolvem o lábio e/ou o rebordo alveolar, que se restringe ao palato primário, sem ultrapassar o limite do forame incisivo. Variando desde um pequeno corte no vermelhão do lábio (incompleta) até toda a extensão do palato primário (completa). Podem ser também classificadas em unilateral (somente de um lado), bilaterais (nos dois lados) ou medianas (no meio).

Fissuras transforame incisivo: São fissuras que envolvem totalmente ou simultaneamente o palato primário e o palato secundário. Sua extensão é desde o lábio até a úvula (“campainha”), atravessando o rebordo alveolar. Podendo ser também classificadas em unilateral (somente de um lado), bilaterais (nos dois lados) ou medianas (no meio).

Fissuras pós-forame incisivo: Envolvem apenas o palato, mantendo o lábio e dentes. Ocorrem quando as estruturas do palato secundário não fazem a fusão. As consequências são sobretudo funcionais, no mecanismo velofaríngeo e na trompa auditiva. São consideradas completas quando atingem tanto palato duro como palato mole, expirando no forame incisivo.

Fissura submucosa: Malformação que ocorre no palato secundário considerado forma anatômica subclínica. O defeito ocorre no tecido ósseo do palato duro e/ou na musculatura do palato mole, sendo que a camada da mucosa

permanece íntegra. Podendo ocorrer de forma isolada, associada à fissura de palato primário ou a síndromes.

Fissuras raras da face: São fissuras muito incomuns, por isso, são chamadas de “raras”. Essas fissuras raras ocorrem em bochecha, pálpebras, orelha, nariz e ossos do crânio e face, como frontal, nasal, etmoide, malar e temporal. Por serem incomuns, as fissuras raras de face não têm protocolos de tratamento bem definidos, variando caso a caso.

O tratamento no processo de reabilitação é longo e compreendem etapas terapêuticas de acordo com a idade e crescimento craniofacial do paciente, por isso cada caso é único e deve ser analisado individualmente, envolvendo a atuação de diversas especialidades. O atendimento inicial é feito por uma equipe de diagnóstico interdisciplinar, composta por profissionais da cirurgia plástica, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogo, que são especialidades consideradas o tripé básico na reabilitação das fissuras (HRAC-USP, 2018).

O protocolo de etapas e condutas terapêuticas no tratamento de fissuras labiopalatinas estabelece as épocas adequadas de cada intervenção, respeitando o crescimento craniofacial e a maturidade fisiológica do paciente. No total, o tratamento leva de 16 a 20 anos para se completar. Depois da primeira consulta ser feita, terá o diagnóstico, sendo assim, partirá para o tratamento. Em geral, no caso de pacientes com fissura de lábio é indicado a cirurgia de queiloplastia que será feita dos 3 aos 6 meses de idade. Já na fissura de palato a cirurgia é a palatoplastia, que é feita dos 12 aos 18 meses, essas são as chamadas cirurgias primárias (HRAC-USP, 2018).

Após as cirurgias, o paciente terá acompanhamento de uma equipe multidisciplinar sendo eles, odontopediatra, médico clínico, médico cirúrgico, fonoaudiólogo, e atendimentos complementares (psicologia, serviço social, nutrição e enfermagem) se solicitados pelo profissional ou paciente (HRAC-USP, 2018).

Dos 4 a 6 anos o paciente deverá fazer uma avaliação de rotina na pediatria, otorrinolaringologia, odontopediatra, médico cirúrgico para alongamento da columela, no fonoaudiólogo para avaliação da fala e terapia fonoaudiológica para casos com envolvimento do palato. Com 8 a 10 anos odontopediatra para consulta de rotina, ortodontia e radiografias, fonoaudiólogo com um tratamento contínuo e avaliação de uma provável alta. Dos 10 aos 12 consulta de rotina com a odontopediatra e dentística, ortodontia (tratamento), enxerto ósseo alveolar

secundário (quando necessário), fonoaudiólogo para avaliação da fala e da audição, provável alta (HRAC-USP, 2018).

Após o término da ortodontia avaliação da necessidade de uma rinosseptoplastia. Feita a avaliação estética-funcional, documentação final de alta definitiva (fotos intra e extrabuciais). Paciente depois dos 18 anos a conduta para o tratamento da disfunção velofaríngea (DVF) - veloplastias, faringoplastias e prótese de palato, de acordo com indicação específica. Rotina de Definição de Conduta Cirúrgica ou Protética (HRAC-USP, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fissuras labiopalatinas desencadeiam uma série de alterações que comprometem desde a estética até limitações ou incapacidades funcionais na fala, alimentação, respiração, audição, oclusão (posição dentária) e ainda efeitos psicológicos que afetam diretamente a vida do paciente.

O tratamento precoce é um fator determinante, por isso deve ser iniciado logo após o nascimento, sendo necessária uma equipe multidisciplinar composta por cirurgiões dentistas de diferentes especialidades, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos, para atender a todos os objetivos do tratamento.

Considerando que as fissuras labiopalatinas prejudicam a formação tanto de dentes decíduos como de dentes permanentes, podendo ocorrer à ausência congênita de dentes, presença de supranumerários e giro versões, o cirurgião dentista exerce um papel fundamental no restabelecimento estético e funcional desses pacientes, além do controle das infecções bucais.

O processo de reabilitação é longo e compreende etapas terapêuticas de acordo com a idade e o crescimento craniofacial do paciente. O atendimento inicial é realizado por uma equipe de diagnóstico interdisciplinar, composta por profissionais da cirurgia plástica, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos, especialidades consideradas o tripé básico na reabilitação das fissuras. Após essa primeira avaliação são discutidas as condutas terapêuticas iniciais, estabelecendo as épocas adequadas de cada intervenção e o momento ideal de intervir cirurgicamente que é de extrema relevância, pois deve-se ponderar as necessidades funcionais, estéticas

e o crescimento craniofacial de cada paciente. No total, o tratamento leva de 16 a 20 anos para se completar, sendo finalizado somente na idade adulta.

Podemos concluir que com os cuidados adequados da equipe de saúde e da família o paciente poderá ter uma inserção social, educacional e profissional, proporcionando uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005.

ALONSO, Nivaldo et al. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. **Rev. bras. cir. plást**, p. 176-181, 2009.

ANDRADE, Andressa Ferreira et al. Análise epidemiológica de Fissuras labiopalatinas em recém-nascidos no Brasil Epidemiological analysis of cleft lip and palate in newborns in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 18005-18021, 2021.

BESSELL, Alyson et al. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 16, n. 2, 2011.

DEMIRSOY, Kevser Kurt; ÇALIŞ, Semi; BÜYÜK, Süleyman Kutalmış. Obstetrician–Gynecologists’ Knowledge and Awareness on Nasoalveolar Molding in Newborns with Cleft Lip and Palate. **Turkish Journal of Orthodontics**, v. 35, n. 1, p. 16, 2022.

HRAC-USP (Hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais da Universidade de São Paulo) - CENTRINHO/USP – BAURU. **Etapas e condutas terapêuticas - Fissuras Labiopalatinas, Anomalias Craniofaciais, Saúde Auditiva, Síndromes**. 2018. Disponível em: < <https://hrac.usp.br/>> Acesso em: 19 de novembro de 2022.

LESLIE, Elizabeth J.; MARAZITA, Mary L. Genetics of cleft lip and cleft palate. In: **American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics**. 2013. p. 246-258.

MARTÍN-DEL-CAMPO, M; ROSALES-IBAÑEZ, R; ROJO, L. Biomaterials for Cleft Lip and Palate Regeneration. **Int J Mol Sci.**, v. 20, n. 9, p:2176, 2019.

MIACHON, Mateus Domingues; LEME, Pedro Luiz Squilacci. Tratamento operatório das fendas labiais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, p. 208-214, 2014.

PHALKE, Neelam; GOLDMAN, J. Joshua. **Cleft Palate**. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563128/>> Acesso em: 20 de novembro de 2022.

PILMANE, Mara et al. Quantification of cytokines in lip tissue from infants affected by congenital cleft lip and palate. **Children**, v. 8, n. 2, p. 140, 2021.

RIBEIRO, Thyciana; SABÓIA, Vicente; FONTELES, Cristiane. Fissuras labiopalatais: abordagem multiprofissional. **Brasilia med**, 2011.

SANDY, Jonathan et al. Cleft lip and palate: Care configuration, national registration, and research strategies. **Journal of the World federation of orthodontists**, v. 9, n. 3, p. S40-S44, 2020.

SILVA FILHO, Omar Gabriel et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev. bras. cir**, p. 59-65, 1992.

SPINA, V. P. J. M. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo**, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

TOUBAT, Omar et al. Clinical importance of concomitant cleft lip/palate in the surgical management of patients with congenital heart disease. **World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery**, v. 12, n. 1, p. 35-42, 2021.

TRINDADE, Inge Elly Kiemle; SILVA FILHO, Omar Gabriel. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. 2007.