

## FISSURA LABIOPALATINA EM IDOSO: relato de caso

### *Cleft lip and palate in an old patient: case report*

**Wissem Khalil<sup>a</sup>, Paulo Henrique de Souza Castro<sup>b</sup>  
Adalberto Novaes Silva<sup>c</sup>, Luiz Evaristo Ricci Volpato<sup>d</sup>**

<sup>a</sup> Cirurgião Bucomaxilofacial, Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC), Mato Grosso, MT - Brasil.

<sup>b</sup> Cirurgião Bucomaxilofacial, Mestrando em Radiologia e Imaginologia Dento-Maxilo-Facial e Diagnóstico Estomatológico, Cuiabá, MT - Brasil.

<sup>c</sup> Cirurgião Bucomaxilofacial, Hospital do Câncer de Mato Grosso, Cuiabá, MT - Brasil.

<sup>d</sup> Doutorando em Odontopediatria, Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC), Hospital do Câncer de Mato Grosso, Cuiabá, MT - Brasil, e-mail: odontologiavolpato@uol.com.br

---

### **Resumo**

**OBJETIVO:** Relatar o manejo de um caso de fissura labiopalatina transforame, unilateral, em paciente idoso. **MÉTODO:** Utilizou-se a técnica de Millard associada à rinosseptoplastia. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** O resultado obtido foi bastante satisfatório. Entretanto, a existência de um idoso com fissura labiopalatina não tratada em pleno terceiro milênio mostra que ainda há muito que avançar em relação à política de atenção aos pacientes com anomalias craniofaciais.

**Palavras-chave:** Fissura labiopalatina. Idoso. Cirurgia plástica. Reconstituição labial.

### **Abstract**

**OBJECTIVE:** To present the surgical treatment of an elderly patient with untreated cleft lip/palate. **METHOD:** The Millard's surgical technique was chosen for the correction of the lip and nose defects. **RESULTS AND DISCUSSION:** The achieved results of the surgical treatment were satisfactory. However, the existence of an untreated aged patient in the third millennium shows that there is still much to advance in the attention policy of patients with craniofacial anomalies.

**Keywords:** Cleft lip and palate. Aged patient. Plastic surgery. Lip reconstruction.

## INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são defeitos congênitos resultantes da falha no mecanismo de fusão dos processos palatinos em estágio precoce da vida intrauterina. Em condições de normalidade, as fusões que resultam na formação labial completam-se na sexta semana, enquanto que a formação do palato chega a termo por volta da décima segunda semana de gestação (1).

A etiologia das fendas labiais e/ou palatais ainda não está bem esclarecida, porém acredita-se que o fator hereditário exerça o papel principal. Outros fatores, como idade e consanguinidade dos pais, doenças sistêmicas, infecções e uso de medicamentos, radiações, deficiência nutricional, estresse, estação do ano, hábitos e vícios dos pais, sua profissão e nível socioeconômico também devem ser considerados (2).

Diversos autores recomendam que a queiloplastia deva ser realizada no terceiro mês de vida, enquanto a palatoplastia, entre os doze e dezoito meses de idade (1, 3). Essas cirurgias fazem a correção funcional do defeito congênito, enquanto outras cirurgias plásticas posteriores podem ser necessárias para correção estética da face. A fala, a voz e audição melhoram com o fechamento precoce do palato enquanto que seu fechamento tardio, após os 4 anos de idade, favorece o crescimento inadequado do esqueleto da face (4). Além disso, as alterações provocadas pela fissura labiopalatina na nutrição, na fala, na deglutição, na estética e no bem-estar psicológico do paciente inviabilizariam a postergação da sua correção cirúrgica para idades mais avançadas (5, 6).

Berk e Marazita, citados por Monlleó e Lopes (7), lembram que são enormes as consequências do não tratamento dessas anomalias, visto o ônus em termos de morbidade, distúrbios emocionais, estigmatização e exclusão social, que recai não só sobre o paciente com fissura, mas também sobre sua família e a sociedade.

Diferentes autores também concordam com a necessidade de atenção multidisciplinar das áreas médicas, odontológicas e afins na execução de um protocolo de tratamento, que varia na

dependência da extensão anatômica que caracteriza os diferentes tipos de fissuras e estende-se até a maturidade esquelética (1, 3, 8).

Assim, apesar de fissuras labiais não tratadas em pacientes idosos serem raramente vistas, porque a deformidade é tão proeminente que é incomum uma criança alcançar a maturidade sem tratamento cirúrgico prévio, pacientes com essas condições às vezes são negligenciados de seus tratamentos devido à sua situação econômica e a circunstâncias sociais desfavoráveis, seja por desinformação da família ou isolamento dos grandes centros com dificuldades em se ter o acesso aos devidos tratamentos (9).

O presente trabalho objetiva apresentar o tratamento de um paciente de 65 anos de idade com fissura labiopalatina transforame unilateral.

## RELATO DE CASO

Paciente feoderma, 65 anos de idade, sexo masculino, compareceu ao Serviço de Reabilitação Integral de Fissuras Labiopalatinas e Serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral Universitário – Cuiabá/MT, tendo como queixas principais o “defeito” em sua boca e a fala, que o incomodavam desde a infância.

Na anamnese, constatou-se que o paciente era lavrador, sem escolaridade, procedente do interior do Estado de Mato Grosso, não tendo recebido qualquer tratamento prévio.

No exame físico, apresentava bom estado geral de saúde, com deformidade facial em razão da fissura labiopalatina transforame incisivo unilateral esquerda, segundo a classificação de Spina e Lodovici (10), com comprometimento importante do nariz (desabamento da asa nasal esquerda, assimetria de narinas, alargamento do diâmetro transversal da narina esquerda, retração da columela e desvio da porção caudal do septo nasal para o lado não fissurado, desvio significativo do seguimento médio e posterior do septo nasal para o lado fissurado, quase tocando a parede lateral do nariz, e assoalho nasal ausente) (Figura 1).



FIGURA 1 - Aspecto inicial do paciente

No exame intrabucal observou-se fissura comprometendo rebordo alveolar, palato duro e mole, unilateralmente. Constataram-se ausências dentárias múltiplas e remanescentes dentários em mau estado.

O tratamento proposto para o caso foi adequação pré-operatória da boca, por meio de exodontia dos dentes remanescentes e regularização do rebordo alveolar.

Realizou-se a queilorinosseptoplastia integrados no mesmo ato operatório, sob anestesia

geral com intubação oro-traqueal. Definiu-se a realização de septoplastia setorial para correção do segmento médio e posterior da deformidade septal (11), a técnica de Metzenbaum para correção da borda caudal do septo nasal, técnica de Millard (12) para correção do lábio e técnica de rinoplastia fechada (endonasal) para a correção das deformidades da ponta nasal (13, 14).

O aspecto final do paciente após a intervenção cirúrgica é apresentado na Figura 2.



FIGURA 2 - Pós-operatório imediato. Observar a harmonia do arco de cupido

O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e tem sido mantido sob acompanhamento ambulatorial regular, manifestando satisfação intensa com os resultados obtidos. (Figura 3).

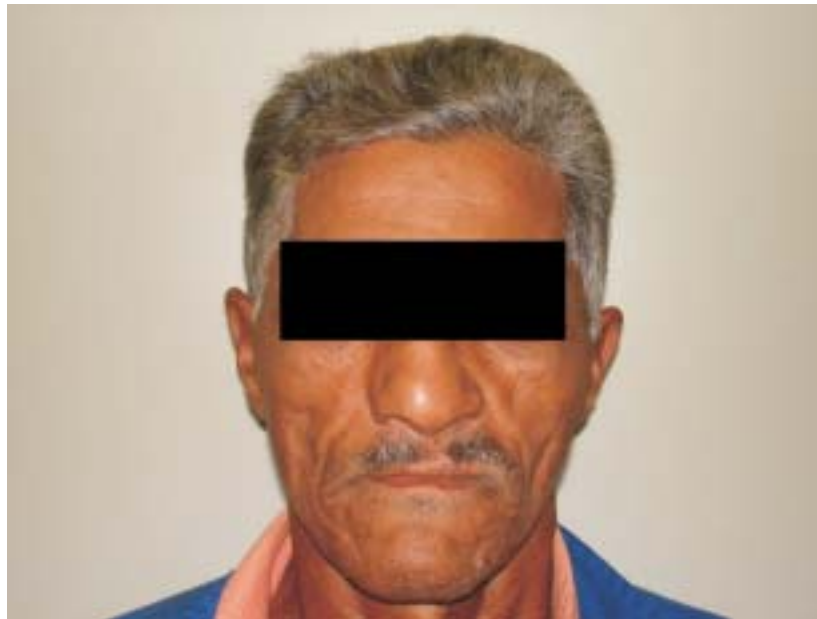


FIGURA 3 - Paciente após 12 meses de acompanhamento

## DISCUSSÃO

O paciente com fissura labiopalatina necessita de tratamento reabilitador complexo, que deve envolver equipe multidisciplinar para a sua realização (1, 3, 8).

Esse tratamento deve ser iniciado ainda na fase infantil, antes da criança iniciar a falar, proporcionando uma melhor produção articulatória e melhor desenvolvimento da linguagem e da voz (15), evitando restrições de crescimento devido principalmente às dificuldades de alimentação (16) e minorando o problema estético evitando ou reduzindo problemas de ordem psicológica (17).

Em situações em que o paciente não tem acesso ao tratamento reabilitador no momento preconizado, ao chegar à idade adulta estará mais interessado em resolver a deformidade facial externa, especialmente pela razão estética, e menos interessado com a terapia de fala e reabilitação. A literatura contém poucas informações relacionadas a pacientes idosos com fissuras labiopalatinas não tratadas (9).

O paciente aqui apresentado viveu seus 65 anos na zona rural de um pequeno município de Mato Grosso, distante geograficamente dos centros de reabilitação de anomalias craniofaciais e sob circunstâncias sociais desfavoráveis, fatores que o levaram a permanecer sem o devido tratamento; este fatores já foram estudados por Erçöçen et al. (9).

A implantação de um centro de reabilitação de anomalias craniofaciais em Mato Grosso, conveniado com a Secretaria de Estado de Saúde, em 2004, facilitou o acesso ao tratamento, pois ofereceu oportunidade para o paciente tratar-se próximo de seu domicílio e família e com menor custo. A criação do serviço vai ao encontro dos trabalhos de Candêdo e Mazaheri (5) e Monlleó e Lopes (7) que apontaram a necessidade de novos serviços de reabilitação, principalmente em regiões mais carentes como a Região Centro-Oeste do Brasil.

As técnicas cirúrgicas utilizadas no fechamento de fissuras labiopalatinas são normalmente preconizadas para crianças de baixa idade. No presente caso optou-se pela utilização da técnica de Millard, que apresenta como principal vantagem em relação a outras técnicas a *rotação do retalho infranarínario*, simulando a base do nariz e a crista filtral do lado afetado.

Monteiro (18) relata que essa técnica proporciona adequado posicionamento da asa nasal, além de alongamento da vertente, oferecendo um resultado final bastante satisfatório.

Em 1990, Hochban e Austermann descreveram modificação da técnica de Millard para fechamento do lábio em tempo único, aos 5-6 meses de idade, mesmo para fissuras amplas, com os objetivos de simetria, função muscular adequada, profundidade

normal do vestibulo, ausência de cicatrizes que comprometam a mobilidade do lábio reconstruído e boa morfologia do rebordo alveolar (19).

Na reparação cirúrgica do lábio superior busca-se obter um lábio sem tensão, com suas características anatômicas preservadas; evitando as cicatrizes excessivas e favorecendo a criação gradativa de forças, pela restauração da cinta muscular do orbicular do lábio superior (20).

A correção primária das deformidades do nariz no fissurado unilateral representa um dos mais importantes avanços no tratamento desta má formação congênita (13), devendo, idealmente, ser realizada junto com a queiloplastia na infância, segundo a técnica descrita por McComb (21).

No caso ora descrito, sendo o paciente idoso, a rinoplastia exigiu exposição e dissecação ampla das cartilagens laterais, tornando a dissecação proposta por McComb insuficiente para obter-se adequada mobilização e reposicionamento do arcabouço nasal. Não houve necessidade de realizar enxertos cartilaginosos na ponta nasal, tão comuns nos casos de rinoplastia em fissurados. Acredita-se que isso se deva principalmente ao fato do paciente ter o nariz adulto virgem de tratamento. Provavelmente, se o lábio tivesse sido operado na infância, sem reposicionamento das cartilagens alares no mesmo ato operatório, como proposto por McComb, ocorreriam interferências no crescimento nasal, dificultando a rinoplastia, exigindo cirurgias abertas e com enxertos cartilaginosos na ponta nasal.

A utilização das técnicas cirúrgicas descritas produziu um resultado final bastante satisfatório, corrigindo o defeito congênito do lábio e do nariz, proporcionando um rosto mais harmonioso, suprimindo as expectativas do paciente e de seus familiares.

## CONCLUSÃO

A reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatinas, mesmo que realizada tardiamente, traz relevantes benefícios estéticos, funcionais e psicológicos ao indivíduo.

A realização da queilorinoseptoplastia em tempo único, no paciente idoso, além de evitar uma segunda intervenção, ofereceu resultados bastante satisfatórios.

A existência de um idoso com fissura labiopalatina não tratada em pleno terceiro milênio,

mostra que ainda há muito a avançar em relação à política de atenção aos pacientes com anomalias craniofaciais no Brasil.

A implementação de um centro para tratamento de pacientes com anomalias craniofaciais no Estado de Mato Grosso oportunizou o tratamento de pessoas que não tinham condições de se deslocarem para tratarem-se em grandes centros.

## REFERÊNCIAS

1. Ozawa TO. Avaliação dos efeitos da queiloplastia e palatoplastia primária sobre o crescimento dos arcos dentários de crianças com fissura transforame incisivo unilateral aos 5-6 anos de idade. [tese]. Araraquara: UNESP; 2001.
2. Graziosi MAOC, Salgado MAC, Castilho JCM. Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ou palatinas. *Rev Pós Grad.* 2000;3(1):81-7.
3. Pontes R. Tratamento da fissura labial unilateral. In: Lessa S, Carreirão S. Tratamento das fissuras lábio-palatinas. Rio de Janeiro: Interamericana; 1981. p. 25-35.
4. Ribeiro EM, Moreira ASC. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *RBPS.* 2005;18(1):31-40.
5. Candêdo ATM, Mazzeiro ET. Palatoplastia e queiloplastia considerações na abordagem multidisciplinar do tratamento das fissuras lábio-palatinas. *Rev CROMG.* 2001;7(3):132-7.
6. Alves EGR, Kovács MJ. Pedços de mim: o luto vivido por pessoas com deformidade facial adquirida pós-trauma bucomaxilofacial e sua interferência no seu desenvolvimento. [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
7. Monlleó IL, Lopes VLG. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(5):913-22.
8. Thornton JB, Nimer S, Howard PS. The incidence, classification, etiology and embryology of oral clefts. *Semin Orthod.* 1996;2(3):162-8.



9. Erçöçen AR, Yilmaz S, Saydam M. Bilateral superiorly based full-thickness nasolabial island flaps for closure of residual anterior palatal fistulas in an unoperated elderly patient. *Cleft Palate Craniofac J.* 2003;40(1):91-9.
10. Spina V, Lodovici O. Classificação das fissuras lábio – palatais: Sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo.* 1972;27(1):5-6.
11. Dolci JEL, Bussoloti Filho I, Sampaio PL, Carapreso CA, Castro Jr NP. Rinosseptoplastia. In: Lopes Filho O, Campos CAH. *Tratado de Otorrinolaringologia.* São Paulo: Roca; 1994. p. 353-71.
12. Millard DR. Complete unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1960;25(6):595-605.
13. Lee JY, Ferreira MC, Ishida J. Tratamento primário da deformidade nasal da fissura labial unilateral. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini SA. *Tratamento das fissuras labiopalatinas.* 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
14. Sampaio PL, Carapreso CA, Dolci JEL. Rinoplastia. In: Campo CAH, Costa HOO editores. *Tratado de otorrinolaringologia: técnicas cirúrgicas.* São Paulo: Roca; 2003. p. 683-738.
15. Andrade D, Angerami ELS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2001;9(6):37-41.
16. Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, Souza L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(6):461-5.
17. Rezende JRV. *Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial.* São Paulo: Sarvier, 1997.
18. Monteiro LCS. Fissura labiopalatal. In: MAKSOUD JG. *Cirurgia pediátrica.* Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 372-93.
19. Silva Filho OG, Ozawa TO, Borges HC. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2007;12(2):24-37.
20. Lessa S. Fissura labial unilateral. In: Mélega JM, Zanini AS, Psillaksis JM. *Cirurgia plástica-reparadora e estética.* Rio de Janeiro: Medsi; 1988. p. 255-62.
21. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10 year review. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985;75(6):791-9.

Recebido: 02/02/2009

Received: 02/02/2009

Aceito: 03/03/2009

Accepted: 03/03/2009