

FISSURA LABIAL UNILATERAL E BILATERAL ASSOCIADA À PALATOPLASTIA POSTERIOR

UNILATERAL AND BILATERAL CLEFT LIP WITH POSTERIOR PALATOPLASTY

MARCELO PAULO VACCARI-MAZZETTI
CARLOS EDUARDO MONTEIRO DE BARROS ROXO
RYANE SCHMIDT BROCK
RODRIGO GEHRKE DA SILVA
MARCOS RICARDO MENEGAZZO
DANIEL CAZETO.

DESCRIPTORES
CRONOLOGIA, LÁBIO, PALATO

KEYWORDS
CHRONOLOGY, LIP, PALATE.

RESUMO

Introdução: O paciente com fissura lábio-palatina necessita de tratamento multidisciplinar ortodôntico, ortopédico, fonoaudiológico e médico, com objetivo de restabelecimento anatômico e funcional. **Objetivo:** Descrever a cronologia cirúrgica precoce realizada em 100 pacientes operados de lábio e palato no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2009. **Métodos:** Foram realizadas cirurgias de lábio, palato mole e nariz entre 4 e 10 meses e, em segundo tempo, cirurgias em palato duro, após ortopedia e ortodontia para horizontalização do palato. **Resultados:** Os casos operados tiveram uma adesão plena de 80% e parcial de 10% ao acompanhamento ortodôntico. Ocorreram complicações cirúrgicas em 5%, com deiscência parcial de lábio unilateral e quatro fistulas oronasais. A resposta anatômica e a melhora da fala ocorreram nos pacientes. **Discussão:** O primeiro tempo operatório proporcionou o restabelecimento da musculatura palatina. O crescimento e desenvolvimento favorecem a fisiologia das tubas auditivas, o posicionamento adequado da língua, a sucção, deglutição e articulação dos sons. Ocorre o aumento da permeabilidade das fossas nasais com melhora das funções respiratórias. **Conclusão:** A cronologia precoce do palato mole, associada ao fechamento do lábio, nariz e ao tratamento ortodôntico, propicia uma restauração lábio-palatina que permite fala adequada e menos prejuízo ao crescimento facial.

ABSTRACT

Introduction: The patient with lip and palate cleft needs a multidisciplinary treatment with orthodontic, fonoaudiological and medical group which aim is an anatomical and functional recovery. **Objective:** To describe the early surgical chronology on 100 patients submitted to lip and palate cleft surgery from January 2006 to January 2009. **Methods:**

Lip, posterior palate cleft surgery and rhinoplasty happened at the age of 4 to 10 months, and the anterior palate was corrected at a second time, after the orthopedic treatment. Results: There were 80% total adhesion and 10% partial adhesion of the orthopedic treatment. Only 5% of our cases had surgical complications, one labial dehiscence and four oronasal fistula. There were good anatomical results. Discussion: The first surgical time leads to a palatal muscle recovery. The palate growth leads to right tongue position, and improve the development of suction, sound articulation and breathing. Conclusion: The early chronology of lip and palate surgery with orthodontic treatment leads to an adequate speech and facial growth.

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico das fissuras lábio-palatinas tem como objetivo o restabelecimento anatômico das formas alteradas com equilíbrio muscular dentro da normalidade, crescimento facial adequado e o retorno das funções alteradas o mais precoce possível, permitindo uma fala adequada^{1,2}.

O fissurado é um paciente que exige tratamento multidisciplinar onde todas as áreas se completam e convergem para a cirurgia^{3,4}. Nosso protocolo seguiu os princípios de Psaumé e Malek (1983)⁵, com modificações pessoais, buscando aprimorá-los, frente aos resultados iniciais e a nossa realidade social (Figura 1).

OBJETIVO

Descrever cronologia cirúrgica para lábio e palato, com enfoque precoce no palato, realizada em 100 casos, operados de lábio e palato posterior no período de janeiro de 2006 até janeiro de 2009, no Hospital dos Defeitos da Face, São Paulo, e no Centro Mário Covas da Fundação Galileo, Santos.

MÉTODOS

Sob anestesia geral e posição de Rose, realizamos cirurgia do lábio, palato mole e nariz entre os 4 e 10 meses para os casos uni ou bilaterais (Figura 1). O palato duro recebeu placas ortopédicas e ortodônticas até que as lâminas palatinas foram posicionadas na horizontal, diminuindo o tamanho da fenda. No segundo tempo cirúrgico, foi realizado um descolamento muco-periosteal mínimo para fechamento do palato duro, resultando um crescimento facial normal ou próximo deste.

Primeiro Tempo Operatório: Palatoplastia Posterior, Queiloplastia¹ e Rinosseptoplastia: Palatoplastia posterior com veloplastia como propõe Malek e Psaume (1983) 5. Realizamos a desinserção das inserções da musculatura velopalatina do rebordo posterior dos ossos palatinos. Com isto, obtemos três planos: mucoso nasal, muscular e mucoso oral. A sutura é realizada em três planos: o plano mucoso nasal, muscular e oral com pontos em “U” de fio de poliglactina ou algodão 4.0.

O lábio, segundo as técnicas de Millard ou Rose modificado⁶, tanto para os casos unilaterais e de Millard com pequenas modificações pessoais, para os bilaterais. Nos casos necessários⁷, realizamos a rinosseptoplastia concomitante à queiloplastia. Atuamos no assoalho nasal com reinserção do septo nasal anterior e luxação do mesmo, para tratar o desvio. A liberação da cruz lateral da alar foi realizada em relação ao assoalho nasal, com posterior confecção de retalho V-Y, elevando a cruz lateral do lado hipoplásico com sustentação (pontos captonados fixos superiormente, do tipo McComb). A ponta nasal recebeu refinamentos, através de pontos entre os joelhos das alares, atuando como medida complementar ao levantamento da alar hipoplásica e deformada.

No segundo tempo operatório, após oito ou mais meses, realizamos o fechamento do palato anterior com descolamento mínimo, conforme o tamanho residual da fenda e as características individuais de cada paciente. O procedimento empregado varia com o tamanho da fissura anterior residual. Desde simples reavivamento das bordas até rotação de um retalho mucoperiosteal (exceção).

Procedimento	Idade Ideal (desejada pela equipe cirúrgica)	Idade Possível (conseguida pela equipe cirúrgica)
Lábio, palato posterior e nariz.	6 meses	6 a 12 meses
Palato anterior.	Após 8 meses	Após 8 até 18 meses
Alveoloplastia.	7 até 9 anos	7 até 14 anos

Figura 1: Comparação da cronologia precoce ideal com a cronologia precoce realizada.

RESULTADOS

Observamos uma boa evolução dos casos operados e com acompanhamento ortodôntico, oferecido a todos, com adesão plena de 80% e parcial de 10% (Tabela 1). Nossas complicações cirúrgicas ocorreram em 5%, com deiscência parcial em um lábio unilateral e quatro fistulas oro-nasais na transição, duas evoluíram bem, assintomáticas e duas, sintomáticas, necessitaram de rotação de retalho mucoperiosteal único (Tabela 2). A resposta anatômica no palato duro ocorreu em todos, mas a manutenção do arco maxilar apenas nos que aderiram a ortodontia. A melhora da fala ocorreu em todos pacientes, mas 80% deles ainda se encontram em terapia fonoaudiológica.

Aderência ao Tratamento	Número de pacientes	Porcentagem de pacientes
Adesão plena	80	80%
Adesão parcial	10	10%
Sem adesão	10	10%
Total	100	100%

Tabela 1: Porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento ortodôntico e ortopédico através do uso de placas palatais.

Complicações	Número de pacientes	Porcentagem de pacientes
Deiscência parcial do lábio	1	1%
Fistulas oro-nasais (2º tempo operatório)	4	4%
Total	5	5%

Tabela 2: Complicações cirúrgicas das correções de fissuras lábio-palatinas.

DISCUSSÃO

Após o primeiro tempo operatório o cavum apresentou progressivamente uma anatomia mais próxima do normal, menos alargado posteriormente devido ao equilíbrio restabelecido pelos músculos do véu restaurado. As apófises pterigóides exibem um crescimento menos lateral, ficando mais para dentro, os hêmulo pterigóides não se hipertrofiaram tanto quanto nos fissurados submetidos à palatoplastia posterior após os dezoito meses de idade e sem exostoses palatinas.

A união da musculatura média palatina propicia ao seu crescimento e desenvolvimento, afetando favoravelmente a fisiologia das tubas auditivas, o posicionamento adequado da língua, a sucção, deglutição e articulação dos sons. É evidente o posicionamento horizontal das lâminas palatinas e o crescimento vertical do vômer, o que aumenta a permeabilidade das fossas nasais, com consequente melhora das funções respiratórias.

O corolário do crescimento ósseo mais

adequado nessa região e a diminuição progressiva dos diâmetros da fissura palatina anterior, é que favorece o segundo tempo cirúrgico da palatoplastia anterior. Nos casos que utilizaram o molde nasal, observamos uma melhor manutenção do resultado conseguido na cirurgia, nos casos que não o utilizam, 50% dos pacientes sofreram perda variável do resultado obtido no ato operatório.

Depois da Palatoplastia Anterior¹ foi observada uma menor tendência a falta de crescimento anterior da maxila, com o desenvolvimento vertical normal das cristas alveolares, além de melhoria do alinhamento entre as arcadas alveolares, o que propiciou uma oclusão dentária mais favorável. Pode ocorrer em alguns casos uma temporária língua-versão de caninos, corrigível por meios ortodônticos.



Figura 2: Pré-operatório de Fissura lábio-palatina esquerda, completa.

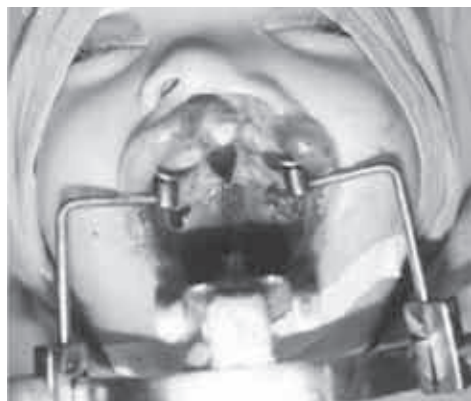


Figura 3: Pós-operatório da palatoplastia posterior, com incisões relaxadoras laterais.



Figura 4: Pós-operatório de lábio e nariz, com ponto de McComb.

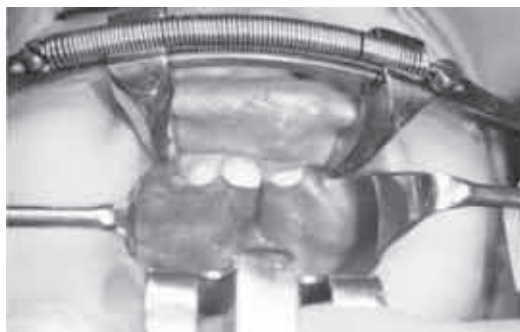


Figura 5: "Fenda" palatina anterior residual, após 10 meses da cirurgia anterior; figura 3.



Figura 6: Sutura do palato anterior, em dois planos, nasal e oral, com mínimo descolamento da bordas da fenda.

CONCLUSÃO

A cronologia precoce do palato mole, associada ao fechamento do lábio e nariz, acompanhados de tratamento ortodôntico, propicia uma restauração, lábio-palatina, até os 18 meses de idade, permite fala adequada e causa poucas cicatrizes, que prejudicam o crescimento facial.

REFERÊNCIAS

1. Roxo CEMB, Lacerda DJC, Bacigalupo MLJ. Cronologia precoce do tratamento cirúrgico. In Altmann EBC. Fissuras Labiopalatinas. Barueri, Pró – Fono, 1992, p. 73-82.
2. Rohrich RJ, Lowe EJ, Steve B, Johns DF. Optimal timing of cleft palate closure. Plastic Reconstr Surg. 2000; 106(2): 413- 26.
3. Correia PC. Tratamento do lábio leporino. An Mater S Paulo. 1957; 3: 125-39.
4. Lopes LD, Andrade EMF, André M, Motoyama LCJ, Vaccari-Mazzetti MP. Fissuras labio-palatinas. In: Jankielewicz I. Próteses buco-maxilo-facial. Barcelona. Quintessence. 2003. p.129-48.
5. Malek R. and Psaume J. Nouvelle conception dela chronologie et de la technique chirurgicale du traitement des fentes labio- palatines. Resultats sur 220 cas. Ann Chir Plast Esthet. 1983; 28(3): 237-47.
6. Millard DR, Lathan R, Huifen X, Spiro S, Morovic C. Cleft lip and palate treated by presurgical orthopedics, gengivoperiosteoplasty and lip adhesion (POPLA) compared with previous lip adhesion method: a preliminary study of serial dental casts. Plastic Reconstr Surg. 1999; 103(6): 1630-44.
7. Martins DMFS and Martins JL. Surgical treatment in unilateral cleft lip-nose patients: long- term follow- up using a personal approach based on rose and spina techniques. J Craniofac Surg. 2003; 14(5): 797-9.