

## **REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE COM FISSURA PALATINA: RELATO DE CASO**

### **PROTETIC REHABILITATION IN PATIENT WITH CLEFT PALATE: CASE REPORT**

LORENA DE OLIVEIRA **SAMPAIO**. Graduada em Odontologia, Universidade Nilton Lins, Manaus-AM.

FRANKLIN BARBOSA DA **SILVA**. Professor de Prótese Dentária, Universidade Nilton Lins, Manaus-AM.

KAMILLA SIQUEIRA **OLIVEIRA**. Graduada em Odontologia, Universidade Nilton Lins, Manaus-AM.

JOSÉ MARINALDO ALMEIDA **SAMPAIO**. Especialista em Prótese Dentária, Universidade Nilton Lins, Manaus-AM.

GISELY NAURA **VENÂNCIO**. Doutoranda em Clínicas Odontológicas, Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas-SP.

SARAH PEREIRA ALVES **BRASIL**. Professora de Prótese Dentária, Universidade Nilton Lins, Manaus-AM.

Rua Antônio Matias, S/N (UBS Dr José Amazonas Palhano), São José II, CEP 69085-010, Manaus-AM. E-mail: ginaura@gmail.com

#### **RESUMO**

As fissuras labiopalatais são malformações congênitas faciais de etiologia multifatorial que podem envolver lábios, rebordo alveolar e palato, causando transtornos estéticos, funcionais e psicossociais. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente com fissura palatina parcialmente vedada por mucosa, apresentando fístula de comunicação buco-sinusal além de deformidades ósseas atingindo a região de rebordo alveolar e parte do palato duro. O tratamento de escolha foi a confecção de uma prótese parcial removível obturadora, levando em consideração aspectos socioeconômicos. A abordagem proposta trouxe melhorias físicas e psicológicas, resgatando a funcionalidade das estruturas alteradas pela anomalia em questão, além da satisfação estética do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fissura Palatina. Reabilitação Bucal. Prótese Parcial Removível.

#### **ABSTRACT**

Labiopalatal clefts are congenital facial malformations of multifactorial etiology that may involve lips, alveolar ridge and palate, causing aesthetic, functional and psychosocial disorders. The objective of this study is to report the clinical case of a patient with cleft palate partially closed by mucosa, presenting a fistula of mouth-sinusal communication and bone deformities reaching the alveolar ridge region and part of the hard palate. The treatment of choice was

the preparation of a removable partial obturator prosthesis, taking into account socioeconomic aspects. The proposed approach brought physical and psychological improvements, rescuing the functionality of the structures altered by the anomaly in question, besides the aesthetic satisfaction of the patient.

**KEYWORDS:** Cleft Palate. Mouth Rehabilitation. Denture, Partial, Removable.

## **INTRODUÇÃO**

As fissuras labiopalatais (FLPs) decorrem de uma alteração na fusão dos processos faciais embrionários (TONOCCHI et al., 2010) podendo envolver lábios, rebordo alveolar e palato (ALVES, 2009), sendo denominadas malformações congênitas faciais de etiologia multifatorial (KUHN et al., 2012). Essas fissuras causam transtornos estéticos, funcionais e psicossociais que envolvem uma complexa rede de alterações no padrão de desenvolvimento e crescimento craniofacial, influenciando na deglutição, fala, sistema auditivo e respiratório (BRANCO et al, 2013; SILVA et al, 2008).

O tratamento é complexo e demorado, estendendo-se desde o nascimento até a idade adulta, de acordo com o grau de severidade (ANTONARAKIS et al, 2016; SILVA et al, 2013), envolvendo várias abordagens cirúrgicas, dependendo da extensão de cada caso. Além das cirurgias plásticas primárias, o sucesso da reabilitação de um paciente com FLP depende integralmente da efetiva participação de uma equipe multidisciplinar tendo como principal responsabilidade melhorar a condição desses indivíduos e evitar sequelas (KUHN et al, 2012; SILVA et al, 2008; SILVA et al, 2013).

Deve ser esclarecido que o intuito dos procedimentos cirúrgicos associados à reabilitação bucal está na melhoria de qualidade de vida (MARCUSON et al, 2001). É importante ressaltar também a existência de fatores influentes na socialização desses pacientes, pois a deformidade em questão pode afetar diretamente na vida desses indivíduos, influenciando a possibilidade de conquistar um emprego ou até mesmo encontrar um cônjuge (SINKO et al, 2005).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente com FLP através de reabilitação protética com prótese parcial removível obturadora.

## **RELATO DE CASO**

Paciente BCMS, melanoderma, 25 anos, sexo masculino, compareceu à clínica da Universidade Nilton Lins, relatando insatisfação com seu sorriso, em busca de um tratamento reabilitador. Durante o exame clínico, observou-se fissura palatal restrita ao palato duro, acometendo o rebordo alveolar (figura 1), parcialmente recoberta por mucosa, apresentando fístula de comunicação buco-sinusal, além de mordida aberta e ausência dos elementos 11,12, 21, 22, 23, 41 e 46 (figura 2), prognatismo mandibular e assimetria de narinas. Foi solicitada tomografia computadorizada (figura 3) para uma melhor avaliação da morfologia da fissura e seu posicionamento.



**Figura 1** - Fissura palatina acometendo palato duro e rebordo alveolar. **Fonte:** os autores.



**Figura 2** - Foto inicial intraoral. **Fonte:** os autores.



**Figura 3** - Tomografia computadorizada. **Fonte:** os autores.

Quanto à história médica, o paciente negou alergias, fatores genéticos e hereditários, doenças cardiovasculares, endócrinas e renais, porém relatou ter passado por sete procedimentos cirúrgicos, incluindo queiloplastia e palatoplastia na primeira infância, e o último procedimento cirúrgico foi aos sete anos de idade. Durante a anamnese o paciente relatou não estar disposto a se submeter a procedimentos cirúrgicos novamente e mencionou estar em busca de um tratamento menos invasivo.

O tratamento reabilitador de escolha foi uma prótese parcial removível

(PPR) obturadora, repondo desta forma os elementos dentários ausentes e vedando a fissura palatal.

O atendimento iniciou-se pelo tratamento periodontal para a viabilidade das próximas etapas do planejamento reabilitador. Foram feitas sucessivas sessões de raspagens supragengival associado ao uso domiciliar de gluconato de clorexidina 0,12% em bochecho, 2 vezes ao dia, durante 7 dias. Realizou-se também tratamento restaurador no elemento 23, pois o mesmo se encontrava com cárie ativa na face mesial. O elemento dentário foi restaurado através da utilização de resina composta (Filtek Z250, 3M, Brasil) na cor A3, por técnica incremental.

No atendimento posterior foi feita a moldagem anatômica para a confecção do modelo de estudo. Utilizou-se moldeira de alumínio AG HDR superior para dentados (Moldeira de alumínio, Tecnodent, Brasil) e alginato (Jeltrate Plus, Dentsply, Brasil), seguida de imersão na solução de Hipoclorito de Sódio a 2%, durante 10 minutos para desinfecção. O vazamento do molde foi feito com gesso (Durone IV, Dentsply, Brasil) para a obtenção do modelo de estudo (figura 4). O modelo foi levado ao delineador para diagnosticar e guiar os preparos em boca. Determinou-se o paralelismo entre as superfícies dentais dos dentes a serem utilizados como suporte. Selecionou-se uma trajetória de inserção que houvesse o mínimo de interferências em dentes e rebordo determinando os retentores, promovendo assim uma retenção balanceada, adequando as forças a serem favoráveis à prótese e aos tecidos de suporte. Não houve a necessidade de confecção de coroas guias pois os dentes pilares se encontravam em paralelismo. O desenho da armação foi planejado sobre o mesmo, definindo os dentes pilares e determinando classe IV de Kennedy.



**Figura 4** - Modelos de estudo superior e inferior. **Fonte:** os autores.

Foi definido que os elementos 14 e 23 estabeleceriam paralelismo, para o plano de inserção da prótese. Os elementos dentários escolhidos como pilares foram 14, 15, 16, 17, 23, 24, 26 e 27. Foi feita a confecção dos preparos dos nichos para apoio oclusal nos elementos 14, 15, 16, 17, 24, 26 e 27, além de preparo na face lingual do elemento 23. A confecção dos preparos foi feita com broca diamantada esférica #1014 e troco-cônica #3069 em alta rotação sob refrigeração. Fez-se a hibridização da dentina com a aplicação de ácido fosfórico 37% sobre os preparos, seguida da utilização do sistema adesivo (Adper Single Bond, 3M, Brasil) para o selamento imediato da dentina. A barra escolhida foi a palatina dupla com bordas circundantes internas com retenção,

contribuindo para ampla distribuição da carga funcional.

Os grampos de escolha foram os circunferenciais simples nos elementos 14 e 24, oferecendo estética e estabilidade e circunferenciais geminados nos elementos 16, 17, 26 e 27, utilizados para obter retenção indireta, auxiliando na estabilização da prótese. O espaço protético é de 33 mm em arco, não tendo, portanto, espaço suficiente para acomodar todos os elementos ausentes. Os elementos selecionados para reposição foram 11, 13 e 21, suprimindo, desta forma, os elementos 12 e 22.

Após o planejamento em modelo de estudo, obteve-se o molde funcional para obtenção do modelo de trabalho. Utilizou-se silicone de condensação (Zetaplus, Zhermarck, Brasil), associado ao uso de filme de PVC. Após a cópia genérica das estruturas dentais, realizou-se a moldagem com silicone de condensação fluido (Oranwash L, Zhermarck, Brasil) para a obtenção de detalhes das estruturas dentais (figura 5).



**Figura 5 - Molde funcional. Fonte:** os autores.

O vazamento do molde foi feito com gesso especial (Elite Rock, Zhermarck, Brasil), obtendo assim o modelo de trabalho (figura 6) que foi enviado ao protético para confecção da armação metálica (figura 7).



**Figura 6 - Modelo de trabalho. Fonte:** os autores.



**Figura 7- Armação metálica. Fonte:** os autores.

Durante a prova da armação metálica no paciente foram verificadas possíveis interferências capazes de impedir o assentamento da prótese e o seu relacionamento com os tecidos moles, realizando-se os ajustes necessários.

Posteriormente confeccionou-se o rolete de cera 7 para construção do plano de orientação. Fez-se a demarcação da linha média e linha do sorriso para determinar a borda incisal dos dentes. O plano de orientação foi importante também para análise da harmonia facial e do suporte labial em virtude da reconstrução do rebordo alveolar em conjunto com a reposição dos dentes.

As cúspides dos dentes posteriores foram demarcadas com godiva em bastão (DFL, Brasil) através de dois pontos de godiva na porção posterior do garfo. Na porção anterior, depositou-se o material em quantidade suficiente para a godiva tocar o rebordo remanescente, a fim de coletar impressões capazes de estabilizar o modelo de gesso no garfo para tornar viável a correta montagem em articulador semi-ajustável (ASA).

Iniciou-se o manuseio do arco facial obtendo a distância intercondilar, executando os ajustes das guias condilares com angulação de 30° e angulação latero-lateral de Bennet em 15°, obtendo o registro de relação cêntrica (RC) através do método de mento, para serem montados em ASA com o pino em 0.

O modelo foi encaminhado em ASA ao protético para a montagem dos dentes, dando importância à forma, altura, largura e cores harmônicas com o perfil do paciente, a fim de não gerar intervenções na oclusão, função e dicção. Os dentes utilizados foram 11, 13 e 21 (Biolux, VIPI, Brasil), na cor 66. Na consulta posterior foi realizada a prova da armação com os dentes artificiais em cera 7. Os modelos foram posicionados na base de prova e testados no paciente. Após a confirmação da prova dos dentes, fez-se a seleção de cor da gengiva artificial. A prótese foi encaminhada novamente ao laboratório para o processo de acrilização (figura 8).



**Figura 8** - PPR obturadora acrilizada. **Fonte:** os autores.

Na sessão posterior foi realizada a instalação da prótese (figura 9), observando que a mesma se apresentou sem interferências e com um bom assentamento às estruturas remanescentes, não tendo sido necessários desgastes ou ajustes prévios.



**Figura 9** - PPR obturadora instalada. **Fonte:** os autores.

Foram dadas orientações ao paciente quanto à correta manutenção, higienização e utilização da prótese, alertando o mesmo sobre possíveis desconfortos durante o período de adaptação. O retorno de acompanhamento foi agendado para após uma semana, verificando-se um resultado satisfatório referente à acomodação e adaptação da prótese. O paciente foi encaminhado para o serviço de fonoaudiologia.

## **DISCUSSÃO**

Em muitas situações o tratamento dos pacientes fissurados requer uma abordagem multidisciplinar incluindo cirurgiões-dentistas e médicos de várias especialidades, pois esses profissionais trabalham visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes com resultados diretos na aparência, fonética, mastigação e deglutição, conforme explicaram Khun et al. (2012).

De acordo com Alves (2009), as cirurgias plásticas primárias realizadas na primeira infância reconstróem o defeito morfológico correspondente ao lábio e palato, porém apenas a nível de tecido mole, a fim de não interferir no crescimento maxilar e, em uma fase mais tardia, a função e estética podem ser melhoradas a partir de procedimentos ortognáticos e enxertos de tecido mole.

No caso clínico em questão, as cirurgias primárias foram realizadas, porém o tratamento foi abandonado durante a infância. Quanto ao tratamento reabilitador de escolha, levando em consideração a idade e os aspectos socioeconômicos do paciente, chegou-se à conclusão que o meio reabilitador mais viável e de maior praticidade para o referente caso seria uma reabilitação protética com a utilização de uma prótese parcial removível obturadora, que por sua vez, substitui artificialmente as áreas defeituosas congênitas com a finalidade de proporcionar condições funcionais e estéticas adequadas ao paciente, promovendo a vedação da comunicação oronasal, com consequente melhoria na qualidade de vida.

Para Goiato et al. (2006), a reabilitação protética dos pacientes com FLP visa restituir o bem-estar físico e mental, de forma a reparar a estética, fala e especialmente a função, recuperando a mastigação e conseqüentemente, a deglutição, pois há o envolvimento de diversas regiões como lábio, processo alveolar, palato duro e palato mole associadas às disfunções do mecanismo velofaríngeo.

Com relação a isso, Tonocchi et al. (2010) enfatizaram que essas alterações morfológicas implicam em dificuldades na projeção da voz, comprometendo a fala, justificando o encaminhamento do paciente ao serviço de fonoaudiologia, tendo em vista que a reposição dos elementos dentários

ausentes associada ao vedamento da fissura tornou diferente as condições de fala e deglutição.

Conforme Tabaquim et al. (2013), os mecanismos deficitários do indivíduo com FLP podem afetar o desenvolvimento linguístico, cognitivo e afetivo, gerando impacto na interação social, sendo imprescindível identificar prejuízos decorrentes da patologia de base, o que guiará o protocolo terapêutico de cada caso, pois portadores de FLP podem desenvolver alterações de ordem psicológicas, sendo necessária a integração de psicólogos ao tratamento multidisciplinar.

Goiato et al. (2006) explicaram que as próteses são compostas por uma porção intracavitária que preenche a fissura palatal, podendo ser uma PPR ou uma prótese total, a depender da necessidade de cada paciente. No caso clínico apresentado, o material de escolha para a confecção da porção obturadora foi a resina acrílica, com o objetivo de vedar a comunicação existente. Goiato et al. (2006) afirmaram ainda que a retenção da prótese, nos casos de pacientes dentados, é realizada por meio de armação metálica fundida com grampos ou encaixes e até mesmo com grampos feitos de fio de aço inoxidável, ou seja, o defeito congênito em conjunto com as estruturas remanescentes devem ser usados de forma que venham a proporcionar retenção, suporte e estabilidade para a prótese obturadora.

Segundo Goyatá et al. (2010), o sucesso do tratamento reabilitador com PPR se baseia em um planejamento efetivo obedecendo a alguns critérios clínicos, como ausência ou mínimo contato nos dentes anteriores, exercendo apenas função, estética e fonética. Além das vantagens adquiridas com a reposição dos elementos ausentes, Deora et al. (2014) afirmaram que o vedamento da fístula através da porção obturadora da prótese promove alterações significativas na qualidade de vida, proporcionando inúmeros benefícios, como uma alimentação adequada e melhor projeção de sons durante a fala, gerando mais autoconfiança, refletindo em uma melhor comunicação.

O processo reabilitador do paciente foi complementado com o encaminhamento a uma equipe de fonaudiologia, atestando a importância de um atendimento multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

A reabilitação do paciente com FLP através de PPR obturadora levou em consideração a situação socioeconômica e o desejo do paciente em busca de um tratamento de menor complexidade, propiciando melhorias físicas, psicológicas, estética, fonética e na deglutição, além de aumentar a autoestima e interação social do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A.T.N.N. Defeitos do desenvolvimento da região bucal e maxilofacial. In: ALVES, A.T.N.N. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 1-24.

ANTONARAKIS GS, TOMPSON BD, FISHER DM. Preoperative cleft lip measurements and maxillary growth in patients with unilateral cleft lip and

palate. **Cleft Palate Craniofac J.** 2016 Nov;53(6):e198-e207.

BRANCO, L.L.; CARDOSO, M.C. Alimentação no recém-nascido com fissuras labiopalatinas. **Universitas: Ciências da Saúde.** 2013 jan-jun.; 11(1): 57-70.

DEORA, N.; MOHANTY, P.; SIDHU, G. Prosthodontic rehabilitation of patient post maxillary carcinoma: A case report. **Int J Dent Health Sci.** 2014; 1(2): 272-277.

GOIATO, M.C. et al. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. **Rev Odontol Araçatuba.** 2006 jul-dez.; 27(2): 101-106.

GOYATÁ, F.R. et al. Síndrome da combinação: relato de caso clínico. **Int J Dent.** 2010 jul-set.; 9(3): 160-164.

KUHN, V.D. et al. Fissuras labiopalatais: revisão de literatura. **Rev Disciplinarum Scientia.** 2012 mar-ago.; 13(2): 237-245.

MARCUSSON, A.; AKERLIND, I.; PAULIN, G. Quality of life in adults with repaired complete cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.** 2001 Jul;38(4):379-385.

SILVA, C.M. et al. A escola na promoção da saúde de crianças com fissura labiopalatal. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1041-8.

SILVA, D.P. et al. Velopharyngeal sphincter pathophysiologic aspects in the in cleft palate. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.** 2008; 12(3):426-435.

SINKO, K. et al. Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. **Cleft Palate Craniofac J.** 2005 Jul;42(4):355-361.

TABAQUIM, M.L.M.; JOAQUIM, R.M. Avaliação neuropsicológica de crianças com fissura labiopalatina. **Arch Health Invest.** 2013; 2(5): 59-67.

TONOCCHI, R.; NISHIDA, G.; SILVA, A.H.P. Um novo olhar sobre a fissura palatina. **Rev GEL.** 2010; 7(1):227-243.