

Cirurgia ortognática em paciente portador de fissura lábio-palatina. Relato de caso*

Orthognathic Surgery in a Patient suffering from a Labiopalatal Fissure: a Case Report

Katyscia Lurentt^I | Maria Aparecida de Albuquerque Cavalcante^{II} | Italo Honorato Alfredo Gandelmann^{III} | Daniel de Freitas Salvatore^{IV}

RESUMO

Pacientes portadores de fissura lábio-palatina podem desenvolver deficiência transversa e ântero-posterior da maxila em decorrência da interferência cicatricial no lábio e no palato, durante o processo de reabilitação até a maturidade esquelética, deixada com as cirurgias plásticas iniciais. Neste trabalho, é relatado um caso clínico de um paciente adulto, portador de fissura lábio-palatina, com deformidade dento-facial esquelética, não tratado primariamente e submetido ao tratamento ortodôntico-cirúrgico. Além disso, são descritas as peculiaridades deste.

Descritores: Fissura palatina; Fenda labial; Ortodontia; Cirurgia maxilofacial.

ABSTRACT

Patients with an orofacial cleft lip and palate may, during the rehabilitation process until skeletal maturity, develop a skeletal maxillary deficiency as a result of interference from a scar on the lip and palate originating from the initial plastic surgery. We report the case of an adult patient suffering from a labiopalatal fissure with dentofacial skeletal deformity not initially treated, who was submitted to orthodontic-surgical treatment. The peculiarities and planning of such treatment are also described.

Descriptors: Cleft palate; Cleft lip; Orthodontics; Maxillofacial Surgery.

INTRODUÇÃO

A fissura lábio-palatina é considerada a malformação congênita mais comum da face; ocorre pela falta de coalescência dos processos palatinos e pterigopalatinos entre si, no período entre a quarta e nona semana de vida intrauterina. Afeta um indiví-

duo para cada 650 nascimentos. Apresenta-se mais frequentemente, de forma isolada, podendo estar associada a diversas malformações sindrômicas¹⁻⁴.

As fissuras faciais são associadas a mais de 300 síndromes. Assim um paciente pode apresentar ou não uma fissura sindrômica, sendo este diagnóstico

* Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ)

1. Especialista em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial pelo HUCFF/UFRJ. Professora substituta em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO/UFRJ).
2. Professora Titular da FO/UFRJ; Chefe do Serviço de Cirurgia Oral do HUCFF/UFRJ e Coordenadora do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial da FO/UFRJ.
3. Professor Emérito da UFRJ.
4. Professor Convidado do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial da FO/UFRJ; Especialista em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial pela ABO/Petrópolis e Mestrando pela Universidade de São Paulo USP/Bauru.

diferencial, confirmado pelos aspectos clínicos e genéticos^{1,9}. As causas não sindrômicas podem estar relacionadas a fatores genéticos ou fatores ambientais, que incluem o uso de álcool ou cigarros, exposição à radiação em região abdominal e a ingestão de medicamentos anticonvulsivantes ou corticoides, durante o primeiro trimestre gestacional¹⁻³.

O tratamento desses pacientes é considerado extremamente complexo, multidisciplinar e envolve uma equipe médica preparada ao paciente fissurado. Inicia-se no primeiro ano de vida e pode terminar aos 18 anos de idade^{1,5}. A queiloplastia é rotineiramente realizada no primeiro ano de vida e é vantajoso do ponto de vista funcional, porém, resulta em uma cinta labial rígida e fibrosa, que impede o crescimento maxilar adequado, resultando em deformidade dento facial do tipo Classe III. O crescimento da maxila se acelera no início da dentição mista, por volta dos seis e sete anos de idade, que é a fase ideal para o início da correção ortodôntica da mordida cruzada e em sentido e quantidade do crescimento ântero-posterior da maxila^{1,3,4,6}. Quando o tratamento ortodôntico prévio não foi possível, o paciente atinge a fase adulta com severos problemas de má oclusão em decorrência do não desenvolvimento esquelético adequado, caracterizado como: mordida cruzada anterior e posterior, deficiência severa horizontal maxilar e transversa maxilo-mandibular. Sendo assim, em grande parte dos casos, o tratamento ortodôntico isolado não é suficiente para a correção do problema do paciente, sendo necessária a combinação do tratamento ortodôntico com a cirurgia para alcançar resultados estéticos faciais harmônicos e funcionais. Nesse trabalho, é relatado um caso clínico de um paciente adulto, portador de fissura lábio-palatina, com deformidade dento facial esquelética, não tratado primariamente que foi submetido a tratamento ortodôntico-cirúrgico, além disso, são descritas as peculiaridades deste.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, melanoderma, 20 anos de idade, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ) pelo setor de Ortodontia do Centro de Tratamento de Anomalias Craniomaxilofaciais do Rio de Janeiro (REVIVA/RJ), apresentando deformidade dento-facial do tipo classe III.

Na história médico-cirúrgica, relatou aos seis meses de idade ter sido submetido à queiloplastia seguida da palatoplastia aos quinze meses de idade. Aos cinco anos de idade, se submeteu a retoques labiais e da asa do nariz que se apresentava deslocada pela ausência de suporte ósseo nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar. Cirurgias secundárias foram realizadas por enxertia óssea alveolar e palatoplastia, totalizando oito até a fase da adolescência. Toda essa manipulação cirúrgica ocasionou restrição no crescimento maxilar do paciente.

Ao exame clínico, foi verificada uma relação de maloclusão do arco dentário superior em relação ao inferior no sentido transverso, ocasionando mordida cruzada bilateral, deficiência ântero-posterior da maxila (Figura 1). Utilizando os conceitos propostos por Arnett Gunson FAB (face, airway, bite cephalometric analysis), foi feito exame facial completo do paciente que diagnosticou perfil facial do tipo classe III, deficiência vertical maxilar, prognatismo mandibular e excesso na altura mandibular (Figura 2).



Oclusal



Lateral esquerdo.



Lateral direito.

Figura 1 - Ao exame clínico, intraoral foi verificada uma relação de maloclusão do arco dentário superior em relação ao inferior no sentido transversal, ocasionando mordida cruzada bilateral, deficiência ântero-posterior da maxila.



Figura2 - Exame clínico extraoral. Vista lateral e vista forntal.

O plano de tratamento ortodôntico foi caracterizado exclusivamente pelo alinhamento e pelo nivelamento dentário, com o objetivo de prover inclinação adequada das raízes adjacentes à fissura e o correto posicionamento dos dentes na base óssea como preparo para a cirurgia ortognática. Esse tratamento foi avaliado por meio de moldagens seriadas, até que se observou estabilidade oclusal entre arcos. Foi então solicitado a instalação de um fio retangular 0,22 um mês antes da cirurgia com fixação de Kobayashi e amarrilho.

O planejamento cirúrgico foi feito por meio do Software Dolphin 9.0 – Imaging & Management Solutions (Chatsworth, CA) (Figura 3). Esse programa nos proporciona condições de determinar o planejamento cirúrgico do caso com maior rapidez, comodidade e precisão. O plano de tratamento cirúrgico envolveu cirurgia bimaxilar por meio de osteotomia tipo Le Fort I na maxila, osteotomia sagital bilateral da mandíbula, mentoplastia e enxerto autógeno na maxila. Os movimentos propostos foram reposição inferior da maxila de 6mm com enxerto autógeno de crista ilíaca, avanço maxilar de 8,7mm; na mandíbula: recuo de 3mm, em região de pogônio e diminuição da dimensão vertical da mandíbula de 5mm. Para a realização da osteotomia Le Fort I, a incisão foi realizada desde o pilar zigomático-maxilar de um lado ao lado oposto, alta em fundo de sulco vestibular. O descolamento subperiosteal expôs toda a parede lateral da maxila, desde o nariz à apófise pterigoide, e do alvéolo, acima das raízes dentárias, até a chanfradura orbitária inferior. Esta ampla exposição permitiu visualização de todas as osteotomias para realização da fratura da maxila, no momento da mobilização, mantendo esta completamente pediculada aos tecidos palatinos e aos tecidos vestibulares remanescentes abaixo da incisão. Em seguida, foi realizada a segmentação em H para fechamento da mordida cruzada posterior. Para o reposicionamento inferior, o material de eleição para o enxerto ósseo, usado na cirurgia

foi autógeno de crista ilíaca, curetagem de osso corticomedular para preenchimento dos defeitos alveolares e das paredes laterais. O enxerto ósseo foi interposto como cunha nos defeitos das paredes maxilares laterais, para manter a posição da maxila durante o reparo, tendo sido posicionado e fixado por parafusos. Para a estabilização da maxila e mandíbula operada, foram utilizados dispositivos de fixação rígida. O paciente fez uso de elásticos durante o primeiro mês para manutenção da segmentação e posição oclusal em classe I. Após um mês da remoção dos elásticos, observamos uma pequena recidiva oclusal na qual foi corrigida imediatamente após instalação de elásticos em classe I. Fez-se necessário o uso de elásticos prolongado para a manutenção da oclusão pós-operatório. Vale ressaltar a dificuldade em manter a maxila na posição final, devido à grande quantidade de cirurgias ter deixado uma cinta labial rígida que tendia tracionar a maxila para a posição posterior (Figura 4). O paciente se encontra em proervação, há 1 ano e dois meses (Figura 5).

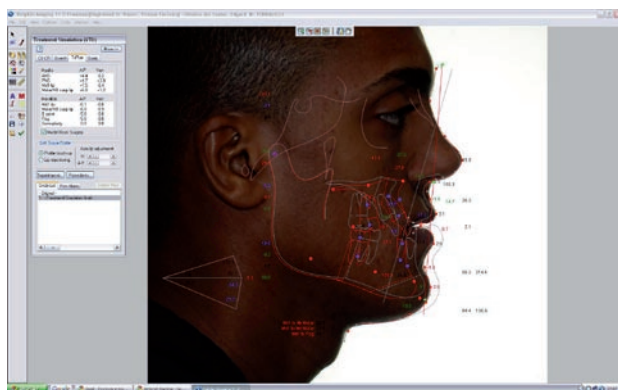


Figura 3 - Planejamento cirúrgico foi feito por meio do Software Dolphin 9.0 – Imaging & Management Solutions (Chatsworth, CA).



Figura 4 - É importante o uso de elásticos pós-operatório para manter a estabilidade oclusal.

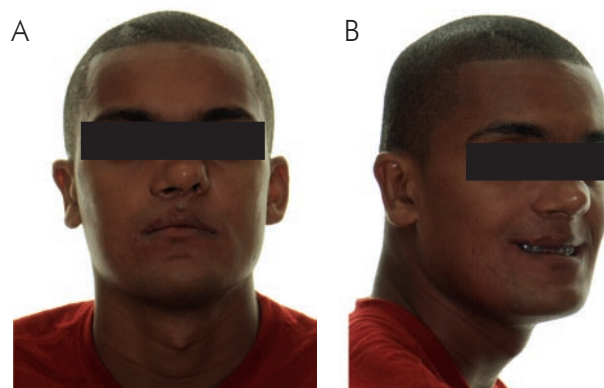


Figura 5 - Pós-operatório de 1 ano e dois meses: A) Vista frontal; B) vista de perfil.

DISCUSSÃO

Para as pacientes com fissuras lábio-palatinas, a cirurgia ortognática é vista como uma fase final do tratamento, apresentando maior precisão estética e funcional. No entanto, para aqueles que

começam o protocolo ortodôntico desde o início da dentição mista, podem estabelecer a reabilitação estética e funcional. Contudo, a realidade para a grande maioria dos portadores de fissura palatina, principalmente em regiões carentes de atendimento, está longe de alcançar o ideal no tratamento ortodôntico prévio. Um outro fator importante e que é negligenciado é a falta de acompanhamento dos pacientes a partir do momento em que terminam os procedimentos reabilitadores primários de queiloplastia e palatoplastia ainda nos primeiros anos de vida. Quando esses pacientes procuram atendimento ortodôntico na fase adulta apresentam severas más oclusões relacionadas ao déficit maxilar, que poderiam ter sido diminuídas e, até mesmo, solucionadas a partir da dentição mista^{1,6,3,4}.

Apesar de os pacientes fissurados apresentarem deficiências severas na maxila devido a histórico médico-cirúrgico, na grande maioria, existe a necessidade de a mandíbula ser operada para pequenos recuos. Isso ocorre devido à dificuldade de grandes avanços da maxila, pois uma maxila fibrosada e com fenda alveolar torna difícil a manipulação e tem mais risco de necrose^{3,5,7}. Nesse caso, para alcançar a harmonia facial, houve a necessidade de a mandíbula ser recuada e se diminuir a altura vertical em 5 mm. O ideal é ser realizado um planejamento em dois tempos cirúrgicos, preparando o paciente para um segundo avanço maxilar após o tempo de cicatrização óssea.

Alguns autores têm utilizado a distração osteogênica em pacientes com altas discrepâncias transversas maxilo-mandibulares e deformidades complexas, apesar de não ter sido a técnica de escolha do presente caso clínico. Essa opção de escolha apresenta menor morbidade e recidiva, apesar de não finalizar o paciente em oclusão classe I ideal, apresentando, além de alto custo dos aparelhos distratores, dificuldade em posicionar adequadamente o plano oclusal^{3,5,8}. Em contrapartida, a cirurgia ortognática descrita no presente caso

clínico apresenta maior precisão nos movimentos planejados, corrigindo as deficiências transversais e horizontais⁹. A complementação dessa técnica por meio das fixações-rígidas, utilizando miniplacas e parafusos de titânio, contribui para a diminuição do índice de recidiva e complicações⁵. Nesse caso, apesar da fixação interna rígida, houve dificuldade em manter a maxila em posição final sem uso de elásticos pós-operatórios.

CONCLUSÃO

O presente caso ilustra o objetivo estético e funcional, alcançado com a cirurgia ortognática maxilo-mandibular num paciente com fissura lábio-palatina, porém foi necessária a colaboração do paciente quanto ao uso prolongado de elásticos pós-operatórios e acompanhamento quinzenal do paciente nos primeiros três meses de cirurgia para controle pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. COTTRELL D.A.; WOLFORD L.M. Altered Orthognathic Surgical sequencing and a Modified Approach to Model Surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;.52:1010-20.
2. BOYNE P.J.; SANDS N.R. Combined orthodontic surgical interaction in the management of residual palato-alveolar cleft defects. *Am J Orthod.* 1976; 70:21-6.
3. TURVEY T.A.; VIG K.W.L; MORIARTY J.; HOKE J. Delayed bone grafting in the cleft maxilla and palate: a retrospective multidisciplinary analysis. *Am J Orthod.* 1984; 86:244-56.
4. TIAN M.; Bing Shi, Xu Huang, ET AL. Roles of different area of palatine bone denudation on growth and development of maxilla and dental arch: Na experimental study is rats. *J Craniofac Surg.* 2007; 18:391-400.

5. CHOUDHARY S.; CADIER M.A.; SHINN D.L.; et al. Effect of Veaut-Wardilkilner type of cleft palate repair on long-term midfacial growth. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 11:576-600.
6. CROEN L.A.; et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am J Med Genet.* 1998; 79:42-7.
7. PAPPACHAN B.; VASANT R. Application of bilateral pedicled buccal fat pad in wide primary cleft palate. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2008; 46:310-16.
8. SILVA FILHO O.G.; TELES S.G.; OZAWA T.O.; CAPELOZZA F.L. Comportamento do canino permanente na área da fissura frente ao enxerto ósseo secundário *R Dental Press Ortodon. Ortop. Facial*, 1999; .4(5): 9-19.
9. RIBEIRO A.A.; LEAL L. Thuin R Análise Morfológica dos Fissurados de Lábio e Palato do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do Estado do Rio de Janeiro. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 2007; 12:109-118.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Katyuscia Lurentt

Avenida das Américas, 500 - Bloco 22B/sala 219

Downtown - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ

CEP: 22631-002

Email: klurentt@hotmail.com