

## Queiloplastia por técnica de Fisher – relato de caso

*Fisher's cheiloplasty – case report*

### RESUMO

As fissuras labiopalatinas são as anomalias craniofaciais mais comuns, com uma prevalência mundial de 1 paciente para cada 1000 nascimentos, e de 1 para cada 650 nascidos no Brasil. O presente artigo relata um caso de um paciente com fissura labial unilateral completa, operado pela técnica de Fisher aos 10 meses, detalhando o método cirúrgico. Diversas técnicas de queiloplastias são descritas na literatura, com variáveis resultados estéticos e funcionais. No referido caso a técnica mostrou uma excelente qualidade de cicatriz, permitindo o trabalho fonoaudiológico para melhorar a motricidade oral.

**Palavras-chaves:** Fissura labial; Anomalia dentofacial; Lábio leporino.

### ABSTRACT

As cleft lip and palate are the most common craniofacial anomalies, with a worldwide prevalence of 1 patient per 1000 births and 1 per 650 born in Brazil. This article reports a case of a patient with complete unilateral cleft lip, operated by Fisher's technique at 10 months, detailing the surgical method. Several cheiloplasty techniques are described in the literature, with several aesthetic and functional results. In this case, the technique showed an excellent quality of healing, allowing speech therapy to improve oral motor skills.

**Key-words:** Cleft lip; Dentofacial anomaly; Cleft lip.

#### **Márcio Menezes Novaes**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

#### **João Paulo Lócio**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

#### **Emanuel Marques**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

#### **Pedro Henrique Souza Lopes**

Mestre em Ciências da Saúde

#### **Emilly Emanuely Oliveira da Silva**

Graduando em Odontologia

#### **Hiandra Nunes Cavalcante**

Graduando em Odontologia

#### **Jose Ferreira da Cunha Filho**

Mestre em Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Márcio Menezes Novaes. Instituto de A.P  
de A. Bucomaxilofacial – IBM. Rua Enge-  
nheiro Carlos Pinheiro, 171, Centro, Petro-  
lina – PE,  
CEP: 56302-310.  
E-mail: marcionovaes89@gmail.com

## INTRODUÇÃO

As fendas orofaciais são as deformidades congêntas craniofaciais mais comuns. Portadores de fissura labial ou palatina são submetidos constantemente a obstáculos relacionados a uma estética desfavorável, falhas na comunicação e deglutição defeituosa. Por meio das adversidades citadas anteriormente se faz necessário, no manejo desses pacientes, a abordagem de uma equipe multidisciplinar<sup>1</sup>.

Supõe-se que a etiologia das fissuras orofaciais isoladas seja multifatorial, e mais de 300 síndromes estão associadas à fenda orofacial. Ainda que haja uma associação com a herança genética, alguns estudos apresentam uma discordância em gêmeos monozigóticos, relacionando uma possível associação com fatores epigenéticos, como uso de álcool, tabagismo e drogas teratogênicas<sup>2</sup>.

As fendas labiais e palatinas detêm uma prevalência de 1 a cada 500 à 1000 indivíduos durante o nascimento. A fissura labial com ou sem fissura palatina acontece em 60% dos casos, em contrapartida, a fenda palatina secundária isolada foi mencionada em 34% dos casos de fenda orofacial<sup>3</sup>.

No Brasil, a predominância das fissuras labiopalatais é de 1:653 durante os nascimentos, e acordo com dados do DATASUS, em Pernambuco é pressuposta uma prevalência de 1,8-2,3: 1000<sup>4</sup>.

Várias técnicas foram propostas com o objetivo de realizar um melhor reparo estético da fissura labial: Tennison 1952; Randall 1959; Millard 1976. Tennison apresentou um retalho triangular que conservaria o arco do Cupido. Posteriormente, Randall criou a geometria deste retalho, adicionando uma maior precisão ao retalho triangular, onde é criada uma cicatriz através da coluna filtral e em 1955, Millard introduziu a técnica de avanço da rotação, amplamente usada nos dias de hoje<sup>5</sup>.

Em 2005, o Dr. David M. Fisher adotou uma nova técnica, com um resultado funcional e estético, para o reparo unilateral da fissura labial intitulada como técnica de aproximação de subunidade anatômica. Conforme essa técnica, é realizada uma incisão circunferencial ao longo da columela até o topo planejado do arco do Cupido de forma linear. Uma pequena incisão na extremidade inferior aumentará o comprimento do lábio no retalho medial. No retalho lateral, um pequeno triângulo logo acima da linha cutânea é criado para se encaixar na incisão do lado medial da fenda, dessa forma tornando o comprimento do lábio fissurado ao lábio do lado normal<sup>6</sup>.

A finalidade do artigo é descrever a técnica de Fisher através de um caso clínico em um paciente com fissura labial unilateral.

## RELATODECASO

Paciente do sexo do masculino, 2 meses de vida foi atendido no serviço de fissuras labiopalatinas do IBM (Instituto de Tratamentos Buco-Maxilo-Faciais) em Petrolina, Nordeste do Brasil, onde foi diagnosticado com fissura transforame completa unilateral esquerda.

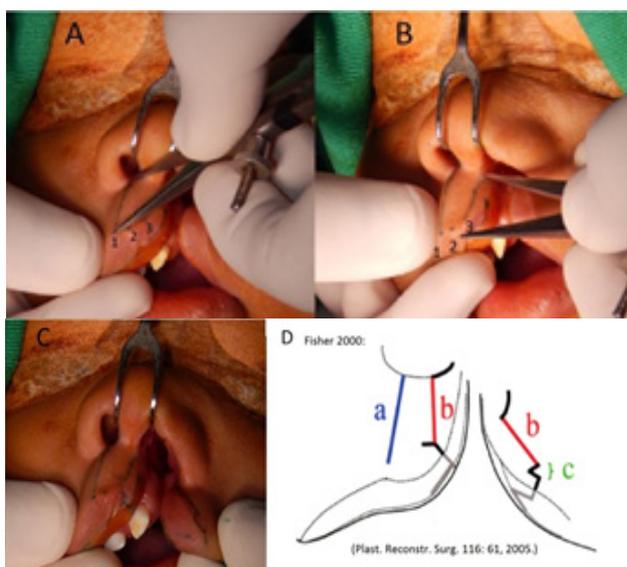
Após acolhimento com equipe multidisciplinar (Odontologia, Fonoaudiologia e Cirurgia Plástica e Buco-Maxilo-Facial), quando se realizaram orientações a família sobre a fissura, formas de nutrição, higienização e cuidados paliativos, foi proposto o protocolo de se operar a queiloplastia aos 10 meses, esperando a erupção dos incisivos superiores.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral em ambiente hospitalar, utilizando a técnica cirúrgica de queiloplastia descrita por Fisher

Foram realizadas marcações cirúrgicas visando transferir as medidas do lábio não afetado, nesse caso do lado direito, para a vertente medial e lateral da fenda labial, utilizando o corante azul de metileno (Figura 1).

Em seguida infiltração em lábio e região nasal de uma solução de 20ml de lidocaína sem vasoconstrictor diluída em uma ampola de adrenalina de 1.1000 e 60 ml de soro fisiológico 0,9%, infiltrando-se 01ml da solução por quilo de peso, até no máximo de 15ml.

Utilizando-se o corante azul de metileno foi delimitado o arco do cupido, marcando a crista lateral do lado normal (ponto 1) e crista central do arco do cupido (Ponto 2) e o ponto de maior espessura do lábio na linha mucocutânea do lado medial da fenda (Ponto 3) (Figura 1).



**Figura 1** - Demarcação da técnica de Fisher. A – Demarcação da altura total. B – Demarcação da maior altura. C – Largura da base do triângulo inferior. D – Demarcações para cálculo da fórmula:  $C=A-B-1$ .

O comprimento total do lábio foi medido com o lábio relaxado, da base da columela para o ponto 1 formando a linha A, outra linha partindo do ponto 3 à base da columela, finalizando com um semicírculo, com tamanho igual ao diâmetro da narina normal, contornando essa estrutura foi traçada e denominada de linha B, com lábio tracionado, preservando 1 a 2 milímetros da linha branca do lábio (Figura 1-A e B).

Na extremidade inferior da linha B, voltada para o ponto 3 foi marcada uma linha perpendicular que servirá para alongar a linha B (Figura 1 C).

No seguimento medial, uma marcação perpendicular a linha B foi feita na extremidade voltada ao ponto 3 até a linha vermelha que separa mucosa externa (mucosa seca) e mucosa interna (mucosa úmida) do lábio, seguindo por esta em direção a base do nariz, formando uma estrutura retangular (Figura 1 C e D).

O comprimento da linha B é espelhado para a seguimento lateral da fissura, com ajuda de régua, paquímetro ou espessímetro, partindo de um ponto de maior espessura do lábio em direção a asa do nariz, preservando 1 a 2mm da linha branca e finalizando em um semicírculo com tamanho igual ao daquele demarcado na columela (figura 1 C e D).

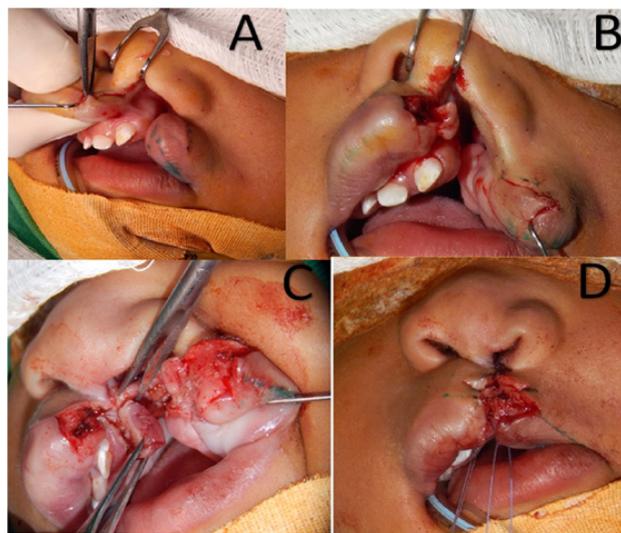
Na extremidade inferior da linha B do seguimento lateral da fissura foi demarcado um triângulo com o ápice voltado para a linha média, com uma base de comprimento C, que equivale a diferença entre as distâncias A e B menos 1 milímetro ( $C = A - B - 1$ ).

No seguimento lateral de forma semelhante a marcação retangular do seguimento medial, foram demarcadas as mesmas linhas, acrescentando-se na base do retângulo, duas marcações que formam um triângulo, com o ápice voltado para o centro do retângulo e direcionado para superior, formando uma figura parecida com um M invertido ( Figura 1 D linhas vermelhas).

As demarcações serviram de guias para as incisões que foram realizadas na seguinte sequência:

#### 1º Incisões no seguimento medial:

Com lâmina de bisturi nº 11 foi realizada uma incisão do ponto 3 em direção a base da columela sem ultrapassar a linha média, preservando 1 a 2 milímetros da linha branca do lábio, finalizando-se a incisão em na linha semicircular (Figura 2 A).



**Figura 2** - Na imagem A demonstra-se a incisão em pele, na linha B do seguimento medial preservando 1 a 2 mm de linha branca até o ponto de maior espessura da linha muco-cutânea; Na imagem B e C observa-se o retalho de formato retangular, em ambos o seguimento, com acréscimo de uma incisão triangular em sua base do retalho do seguimento lateral. Na imagem D evidencia-se a incisão vertical na extremidade inferior da linha B do seguimento medial e retalho triangular na extremidade da linha B do seguimento medial, formando um encaixe.

Prosseguiu a incisão perpendicular à linha B, iniciando em sua extremidade inferior até a linha vermelha que separa a mucosa externa e a mucosa interna do lábio (mucosa seca e úmida respectivamente), confeccionando o retalho retangular, que é eliminado (Figura 2 B).

#### 2º Incisões no seguimento lateral:

Utilizando nova lâmina nº 11 outra linha de incisão de comprimento B partindo do ponto de maior espessura do lábio foi realizada 1 a 2 mm acima da linha branca em direção a base interna da asa do nariz, finalizando na linha semicircular (Figura 2 B).

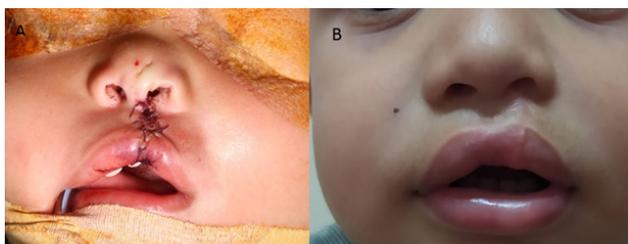
Na extremidade próxima a asa do nariz, pode-se realizar mais uma incisão semi-circular com comprimento equivalente ao diâmetro dos óstios da narina fissurada com a narina normal.

Seguindo as marcações incisou a mucosa labial, formando um retalho triangular, na base do retângulo. A extremidade desse triângulo irá se encaixar na base do seguimento medial, conferindo volume ( Figura 1 D linhas vermelhas e Figura 2 B e C).

Por fim uma incisão relaxante partindo do vértice do triângulo foi feita na mucosa interna do lábio em sentido posterior (Figura 2 C), objetivando avanço do retalho sem tensão.

Após retalhos devidamente realizado, fez-se a divulsão das cartilagens alar e septal, com tesoura Íris curva, preparando para a rinoplastia pela técnica de McComb, em seguida dissecação e horizontalização do músculo orbicular do lábio superior, que estavam inseridos na base da columela e asa do nariz.

A sutura foi realizada com Monocryl 5.0 com o primeiro ponto simples sendo realizado aproximando a base alar a columela, encaixando as incisões semicirculares, seguida de sutura na mucosa interna do lábio, musculatura e pele, encaixando o ápice do triângulo da linha B da vertente lateral na reentrância criada na linha B do seguimento medial (Figura 3 A).



**Figura 3** - Paciente em pós-operatório imediato (A); Em B paciente em 6 meses pós cirurgia

O paciente se encontra em 1 ano pós cirurgia, evoluindo com satisfatória motricidade oral e estética, realizando acompanhamento fonoaudiológico e ortopédico facial com ortodontistas, com expectativas de que o crescimento ocorra evitando a Cirurgia Ortognática (figura 3 B).

## DISCUSSÃO

Nenhuma técnica de reparo labial produz consistentemente resultados estéticos e funcionais ideais. A técnica escolhida para o relato de caso foi a de Fisher, por possuir alguns benefícios. Inicialmente, concede columelas e filtros com bastante naturalidade e uma estética favorável. Além do que, o lábio na vertente lateral da fenda pode ser aumentado por meio da incisão triangular, proporcionando comprimento adicional ao realizar o fechamento em linha reta. Além disso, algumas pesquisas mostram superioridade estética, comparando com outras técnicas clássicas de queiloplastia.

Em uma análise comparando a técnica de Fisher e o método de avanço de rotação de Millard modificado, para o reparo de fendas labiais, constatou-se diferenças estéticas dos procedimentos cirúrgicos. Em ambas as técnicas a altura dos lábios e do vermelhão dos pacientes foi um fator considerável para a assimetria. Em

pacientes com fenda labial completas o método Millard modificado levou em consideração para a assimetria, a altura labial, do vermelhão e o comprimento base alar. Enquanto, na técnica de Fisher apenas a estatura do lábio foi um fator considerável para a assimetria. O método de avanço de rotação de Millard realizado em fissuras labiais incompletas apresentou assimetria no vermelhão. Já a técnica de Fisher não relatou nenhum resultado significativo para assimetria. Em relação a comparação quantitativa das técnicas, para o reparo de fendas labiais completas e incompletas, constatou-se que o método de Millard apresentou discordâncias nas medidas de altura labial, vermelhão e comprimento de base alar. Em contrapartida, na técnica de Fisher não houve discordâncias, o que sugere que a técnica de Fisher é menos sensível a gravidade da fissura<sup>7</sup>.

No caso apresentado nesse artigo, utilizando a técnica de Fisher foi observado uma excelente simetria entre bases alares, altura total do lábio, com discreta assimetria na espessura do vermelhão, mas sem comprometimento que justifique cirurgias reparadoras.

Em um estudo com 50 pacientes, foi observado que em geral, a técnica de Fisher apresenta um melhor resultado estético em relação ao método de Mohler. Entretanto, apesar do resultado, ambas as técnicas não apresentaram nenhuma vantagem significativa sobre a outra no que se refere a gravidade da fenda, não sendo viável estabelecer qual técnica teria um melhor desempenho<sup>8</sup>.

Ao se avaliar o resultado das técnicas de reparo labial de Fisher, Mohler e Millard, através de análise de 5 imagens de pacientes operados e 5 imagens de pessoas sem fissura labial os espectadores consideraram os reparos de Fisher mais esteticamente agradáveis (média  $\pm$  erro padrão,  $6,91 \pm 0,13$ ). Os reparos de Mohler foram os mais atrativos em ( $6,47 \pm 0,13$ ), seguidos dos reparos de Millard em ( $5,60 \pm 0,14$ ). A proporção de tempo gasto no olhar fixo no nariz e lábio superior foi maior nos reparos de Millard ( $58,3\% \pm 0,4\%$ ) e menor nos reparos de Fisher ( $51,9\% \pm 0,5\%$ ). Os espectadores se fixavam com mais frequência no nariz e lábio superior nos reparos de Millard ( $83,2\% \pm 0,5\%$ ) e menos frequentemente nos reparos de Fisher ( $75,3\% \pm 0,5\%$ ). Ao examinar o Millard em comparação com os reparos de Fisher e Mohler, os espectadores passaram mais tempo e fixações no lábio ipsilateral, nariz e cicatriz de reparo do que no lábio contralateral<sup>9</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas técnicas são relatadas na literatura para queiloplastia em fissuras labiopalatinas, e os critérios de escolha são baseados naqueles que fornecem melhores resultados estéticos e funcionais, bem como experiência do cirurgião.

A técnica de queiloplastia de Fisher é um método simples que se bem executado permite uma cicatriz esteticamente favorável e discreta, e a literatura aponta que ela apresenta bons resultados independentes da gravidade da fissura, por esses motivos essa técnica foi escolhida para o referido caso, que apresentava uma fissura unilateral completa.

## REFERÊNCIAS

1. Arosarena OA. Cleft Lip and Palate. *Otolaryngol Clin North Am.* 2007 Feb;40(1):27–60.
2. Candotto V, Oberti L, Gabrione F, Greco G, Rossi D, Romano M, et al. Current concepts on cleft lip and palate etiology. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2019 May-Jun;33(3 Suppl. 1):145-151.
3. Ramos GA, Romine LE, Gindes L, Wolfson T, McGahan MC, D'Agostini D, et al. Evaluation of the fetal secondary palate by 3-dimensional ultrasonography. *J Ultrasound Med.* 2010 Feb;29(3):357–64.
4. Prevalência das fissuras labiopalatinas no estado de Pernambuco - IMIP / PE. 2012;27:2012.
5. Vyas RM, Warren SM. Unilateral cleft lip repair. *Clin Plast Surg* [Internet]. 2014 Apr;41(2):165–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2013.12.009>
6. Fisher DM. Unilateral cleft lip repair: An anatomical subunit approximation technique. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Jul;116(1):61–71.
7. Patel TA, Patel KG. Comparison of the Fisher Anatomical Subunit and Modified Millard Rotation-Advancement Cleft Lip Repairs. *Plast Reconstr Surg.* 2019 Aug;144(2):238e-245e.
8. Deshmukh M, Vaidya S, Deshpande G, Galinde J, Natarajan S. Comparative Evaluation of Esthetic Outcomes in Unilateral Cleft Lip Repair Between the Mohler and Fisher Repair Techniques: A Prospective, Randomized, Observer-Blind Study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019 Jan;77(1):182.e1-182.e8.
9. Kwong JW, Cai LZ, Azad AD, Lorenz HP, Khosla RK, Lee GK, et al. Assessing the Fisher, Mohler, and Millard Techniques of Cleft Lip Repair Surgery With Eye-Tracking Technology. *Ann Plast Surg.* 2019 May; 82(5): 313-319.