

# REMOÇÃO DE PRÉ-MAXILA EM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA: RELATO DE CASO

## REMOVAL OF THE PREMAXILLA IN PATIENT WITH CLEFT LIP AND PALATE: CASE REPORT

RAFAEL DRUMMOND RODRIGUES<sup>1</sup>  
LARISSA OLIVEIRA RAMOS SILVA<sup>1</sup>  
ALANA CHAVES GALVÃO<sup>2</sup>  
PAULA RIZERIO D'ANDREA ESPINHEIRA<sup>1</sup>  
LETÍCIA DE ALMEIDA CHEFFER<sup>1</sup>  
ROBERTO ALMEIDA DE AZEVEDO<sup>3</sup>

### RESUMO

Diversas anomalias craniofaciais acometem os seres humanos, dentre estas podem ser citadas as fissuras labiopalatinas. Ocorrem devido à mal formações congênicas e comprometem o desenvolvimento orofacial e maxilo-mandibular, gerando complicações estéticas e funcionais. O momento para abordagem cirúrgica em pacientes com deformidade deste tipo é crucial para atingir o melhor resultado. Entretanto, muitos deles não procuram atendimento ou não tem acesso aos centros especializados. A pré-maxila em portadores de fissura labiopalatina transforame bilateral, não submetidos a tratamento cirúrgico na infância, é comumente protruída, impedindo o desenvolvimento e função adequada da musculatura perioral/ Ainda, pode causar dificuldades alimentares, de fonação e, principalmente, estético. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente acompanhada no serviço de cirurgia bucomaxilofacial OSID/UFBA, portadora de fissura labiopalatina, submetida à remoção de pré-maxila em idade adulta. O fechamento da fenda palatina não foi possível devido a idade da paciente e o grau de desenvolvimento do palato, tendo indicado tratamento com uso de prótese obturadora. Considera-se que quanto mais precoce e associado a uma boa técnica cirúrgica forem realizadas as intervenções primárias, menores serão as sequelas. Consequentemente, os resultados estéticos e funcionais serão mais prováveis, sendo desnecessária a remoção cirúrgica da pré-maxila.

**UNITERMOS:** Fissura Palatina; Alveoloplastia; Anormalidades maxilofaciais;

### RELEVÂNCIA CLÍNICA

O presente trabalho apresenta importante relevância clínica, de modo que existe uma versatilidade de condutas terapêuticas que podem ser realizados em pacientes portadores de fissura em prol de uma reabilitação satisfatória.

### INTRODUÇÃO:

As fissuras labiopalatais se inserem no grande grupo de anomalias craniofaciais que acometem os seres humanos e se destacam por sua significância e prevalência<sup>1</sup>. Derivam-se de uma malformação congênita que ocorre durante o período de desenvolvimento embrionário e início do período fetal (entre a 3ª a 8ª e 7ª a 12ª semana de vida intrauterina),

podendo ou não estar associada a síndromes<sup>2</sup>. Nesta patologia, ocorre deficiência ou falta completa da fusão dos processos faciais e palatinos primários e secundário. Duas teorias buscam explicar a ocorrência da malformação<sup>3</sup>. Uma destas relaciona a fissura com a falta de fusão dos processos faciais, e a outra sugere que a falta de penetração mesodérmica teria como consequência o aparecimento da fenda<sup>2,4</sup>. No Brasil, a frequência

1. Residentes em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia e Obras Sociais Irmã Dulce (UFBA/OSID)

2. Interna do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia e Obras Sociais Irmã Dulce (UFBA/OSID)

3. Coordenador do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Obras Sociais Irmã Dulce (UFBA/OSID)

de fissuras labiopalatinas é de 1 a cada 650 nascimentos<sup>5,6</sup>, sendo a mais comum a fissura transforame unilateral. O acometimento é maior em pacientes do sexo masculino e, quando unilateral, o lado esquerdo é o mais acometido<sup>7</sup>.

A etiologia deste tipo de deformidade é considerada multifatorial, relacionando os fatores hereditários e ambientais<sup>8</sup>. Dentre estes, uso de drogas ilícitas ou bebidas alcóolicas e tabagismo, estresse elevado e outras alterações que acometam a puerpéra no início da gravidez<sup>7</sup>.

Diversos métodos de classificação das fissuras labiopalatinas estão disponíveis, sendo a classificação de Spina et al. (1972) a mais utilizada pelos profissionais<sup>6</sup>. Esta classificação baseia-se na relação anatômica da fissura com o forame incisivo.

A forma mais complexa das fissuras de lábio e palato é a transforame bilateral./ Nestes casos, a fissura divide a maxila em três segmentos: dois segmentos palatinos e um segmento central anterior, chamado de pré-maxila<sup>1</sup>. Esta última é articulada com o septo nasal, inserindo-se no vômer e é comumente protruída apresentando discreta mobilidade<sup>9</sup>. Os pacientes acometidos apresentam problemas de maloclusão, deglutição, fonação e respiração<sup>6</sup>. Seu manejo deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar de áreas médicas, odontológicas e afins em todo o processo de reabilitação de saúde geral, estética e psicossocial<sup>3,10</sup>.

As cirurgias reparadoras de lábio (queiloplastia) e palato (palatoplastias) devem ser realizadas precocemente, nos primeiros meses e anos de vida, idealmente por volta dos 03 meses e 12 meses de idade, respectivamente<sup>11</sup>. A queiloplastia tem potencial de gerar alterações no crescimento do arco dentário superior, relacionado à reconstrução e função do músculo orbicular do lábio<sup>6</sup>. O crescimento maxilar sofre impacto progressivo nas dimensões sagital e transversal e tende a se agravar com a maturidade<sup>11</sup>.

O manejo cirúrgico da pré-maxila, principalmente quando protruída ou mal posicionada, não é um consenso entre os cirurgiões e difere a nível internacional, nos centros especializados e entre cirurgiões. Podem ser citadas as opções de realizar a osteotomia da pré-maxila e reposicioná-la, com ou sem enxerto ósseo, ou removê-la em casos exagerados específicos<sup>1</sup>. Alguns fatores devem ser levados em consideração para a escolha da melhor técnica cirúrgica, como o trespasse vertical, grau de rotação da pré-maxila, posição pré-maxilar e altura óssea, momento de realização da cirurgia e combinação com enxertia óssea alveolar, além da idade, presença dos dentes permanentes e colaboração do paciente<sup>11,12</sup>.

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente acompanhada pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UFBA/OSID, portadora de fissura labiopalatina transforame completa bilateral, que foi submetida à remoção cirúrgica de pré-maxila, já em idade adulta.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, melanoderma, portadora de fenda labiopalatal transforame bilateral, procurou atendimento para correção da fenda de lábio e palato já em idade adulta devido à falta de informação e dificuldade ao acesso a tratamento especializado.

Ao exame físico foi possível observar a pré-maxila protruída, rotacionada e posicionada a esquerda, incisivos centrais presentes, apinhados e girovertidos, fenda labial bilateral e palatina completa. Paciente relatava dificuldade de deglutição e fonação (figuras 01, 02 e 03). Submetida à queiloplastia pela equipe de cirurgia plástica do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, encaminhada para o serviço de Odontologia para instalação de prótese de palato e atendida pela equipe de Cirurgia Bucocomaxilofacial com queixa principal referente à projeção da pré-maxila: “quero melhorar meu rosto e não posso usar prótese”.

Foi planejada a remoção cirúrgica da pré-maxila devido à projeção da mesma e a impossibilidade em relação ao reposicionamento e enxerto ósseo. A palatoplastia foi descartada devido ao tamanho do defeito. O fato de a paciente nunca ter sido submetida às cirurgias primárias no momento correto foi decisivo para a projeção da pré-maxila e na escolha do tratamento, uma vez que um fator decisivo para o sucesso da cirurgia de reposição é o bom fechamento cirúrgico do palato.

A cirurgia para remoção da pré-maxila foi realizada sob anestesia geral, onde a mesma foi separada do vômer com osteotomia por broca de baixa rotação e a gengiva inserida utilizada para recobrir o osso remanescente (figuras 04 e 05). A paciente evoluiu com boa cicatrização, sem complicações, permanecendo em acompanhamento e em programação para reabilitação protética através de prótese obturadora para fechamento do palato (figuras 06, 07 e 08).



Figura 01: Vista frontal em etapa pré-operatória.



**Figura 02:** Perfil da paciente em etapa pré-operatória.



**Figura 03:** Vista intra-oral em etapa pré-operatória.



**Figura 04:** Etapa transoperatória evidenciando remoção da pré-maxila.



**Figura 05:** Pré-maxila removida.



**Figura 06:** Vista frontal em etapa pós-operatória.



**Figura 07:** Perfil da paciente em etapa pós-operatória.



Figura 08: Vista intra-oral em etapa pós-operatória.

## DISCUSSÃO

A fissura labiopalatina transforame bilateral apresenta-se mais comumente em pacientes do gênero masculino e é o segundo tipo mais prevalente, atrás apenas da fissura transforame unilateral<sup>6,7</sup>. Faltam artigos que discutam a prevalência étnica em populações brasileiras. Entretanto, considerando estudos internacionais, a maior incidência é observada em pacientes de etnia amarela/oriental e a menor incidência em população negra. A paciente em questão se trata de uma paciente negra e do gênero feminino, o que não corrobora com as estatísticas mais prevalentes na literatura.

O caso apresentado foi submetido à abordagem tardia devido à falta de acesso e instrução da paciente que procurou tratamento já na idade adulta, impossibilitando o acompanhamento do desenvolvimento maxilofacial e abordagens mais precoces. Pôde-se constatar que a ausência das cicatrizes das cirurgias primárias não realizadas, permitiu um crescimento ântero/posterior e transversal normal do terço médio da face, o que impossibilitou o fechamento cirúrgico do palato.

A relação com o fator hereditário pode ser considerado neste caso, pois na mesma família a irmã e filho da paciente apresentam a deformidade com o mesmo grau de complexidade<sup>7</sup>.

A projeção da pré-maxila relaciona-se com a falta de correção cirúrgica do lábio na idade adequada (03 meses), considerando que a reconstrução da musculatura orbicular e sua função impede o crescimento anterior da pré-maxila, tornando-a menos protruída durante o desenvolvimento normal. Desta forma a distância entre a pré-maxila e os segmentos palatinos é diminuído tornando o prognóstico de reposicionamento mais favorável<sup>9,11</sup>. Algumas vezes, levando o seu crescimento para baixo ou até mesmo causando uma retração importante.

A escolha pela remoção completa da pré-maxila e não o seu reposicionamento e enxertia pode ser justificado pelos fatores considerados: projeção, trespasse vertical, idade da paciente, prognóstico desfavorável e, principalmente, impossibilidade do fechamento cirúrgico do palato. Tornando o uso de prótese obturadora uma forma adequada de tratamento<sup>12</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes portadores de fissuras labiopalatais devem ser acompanhados desde o nascimento e a família esclarecida sobre a importância do tratamento multidisciplinar no momento adequado. O objetivo do tratamento é diminuir as implicações clínicas dos sintomas relacionados à fissura, como problemas de origem alimentar e de deglutição, fonação e respiração, maloclusão e estética. Além de questões psicossociais importantes.

Apesar da técnica cirúrgica para remoção da pré-maxila ser simples e de baixos índices de complicações, deve-se enfatizar a prevenção da projeção da pré-maxila através da divulgação e presença de centros especializados capazes de realizar as cirurgias primárias de lábio e palato no momento mais adequado para cada caso.

Estes pacientes apresentam características distintas e únicas considerando tanto a deformidade isoladamente como o estado geral, idade, entre outros. Estes fatores associados definem a complexidade do caso e devem ser considerados na escolha da estratégia de tratamento.

## APLICAÇÃO CLÍNICA

O estudo contribui para a ilustração e embasamento técnico-científico do tema abordado neste trabalho; discorre sobre os benefícios do tratamento aplicado.

## ABSTRACT:

Several craniofacial anomalies affect humans and, among these, it can be cited the cleft lip and palate. These occur due to congenital malformations and compromise the orofacial and maxillo-mandibular development, causing aesthetic and functional complications. The moment of the surgical approach in patients with this type of deformities is crucial to achieve the best outcome, however, many of them do not seek care or have no access to specialized centers. The premaxilla in carries of bilateral cleft lip and palate when they are not submitted to a surgical treatment in childhood, is commonly protruding, impeding the development and function of the perioral

musculature, besides difficult feeding, phonation and mainly aesthetic. The aim of this article is to report the case of a patient accompanied with the Bucomaxillofacial Surgery Service from OSID / UFBA, with cleft lip and palate, submitted to pre-maxilla removal, in adulthood. The cleft palate closure was not possible due to the age of the patient and degree of development of the palate, indicating treatment with obturator prosthesis. It is considered that, the sooner and associated with a good surgical technique, primary interventions are performed, the fewer the sequelae and consequently the aesthetic and functional results, where, in most cases, surgical removal of the premaxilla will be unnecessary.

**DESCRIPTORS:** Cleft Palate, Alveoloplasty, Maxillofacial abnormalities

## REFERÊNCIAS

1. Nicholls W, Harper C, Robinson S, Persson M, Servey L. Adult-specific life outcomes of cleft lip and palate in a Western Australian Cohort. *Cleft Palate Craniofac J* 2018;1:1-11.
2. Abramson ZR, Peacock ZS, Cohen HL, Choudhri AF. Radiology of cleft lip and palate: imaging for the prenatal period and throughout life. *Radiographics* 2015;35(7):2053-63.
3. Figueiredo MC, Pinto NF, Silva DDF, Oliveira M de. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. *RFO* 2008;13(3):73-7.
4. Capelozza Filho L, Miranda E, Alvares ALG, Rossato C, Vale DMV, Janson GRP, et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatinas. *Rev Bras Cir* 1987;77(4):223-30.
5. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol Univ São Paulo* 1968;6:111-28.
6. de Freitas MCA, Batista TS, Pereira MCG, Brandão MM, Marianetti LVS, de Almeida PS. Estudo epidemiológico das fissuras labiopalatinas na Bahia. *UNINGÁ Rev* 2013;(37):13-22.
7. Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Cir. Plást* 2010; 25(4): 648-651.
8. Laux CN et al. Fissura lábio-palatina: aliando a extensão, o ensino e a pesquisa. *Rev Conexão* 2018;14(2):291-7.
9. Rodrigues MR, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Bilateral cleft lip and palate: morphological characteristics. *Rev Odontol UNESP* 2005;34(2):67-72.
10. Montandon EM, Duarte RC, Furtado PGC. Prevalencia de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. *J Bras Odontopediatr OdontoBebe* 2001;4(17):68-73.
11. 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. Terumi Okada Ozawa – Bauru, 2001. 166p.: il.; 29,7cm.
12. Bittermann GKP et al. Management of the premaxilla in the treatment of bilateral cleft of lip and palate: what can the literature tell us?. *Clin Oral Invest* 2016;20:207–217.
13. Tan ELY, Kuek MC, Wong HC, Ong SAK, Yow M. Secondary Dentition Characteristics in Children With Nonsyndromic Unilateral Cleft Lip and Palate: A Retrospective Study. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2018; 55 (4): 582-9.
14. Gallagher ER, Siebold B, Collett BR, Cox TC, Aziz V, Cunningham ML. Associations between laterality of orofacial clefts and medical and academic outcomes. *Am J Med Genet*. 2017; 3 (2): 1-10.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

**NOME: ALANA CHAVES GALVÃO**

Endereço: Avenida Orlando Gomes, 2306,  
Condomínio PraiaVillem - Piatã. Salvador, Bahia.

CEP: 41650-010. Brasil

Email: Lanagalvao@hotmail.com

Tel: (71) 99955-6564

Área de enfoque: Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

