

**JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY
JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1**



**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM
FISSURA LÁBIO PALATINA: REVISÃO DE
LITERATURA**

**ORAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH
CLEFT LIP AND PALATE: LITERATURE
REVIEW**

Raynna Vitória Rodrigues de JESUS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.raynna.jesus@faculdadefacit.edu.br

Talina de Souza SANTIAGO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: talinasouzasantiago99@gmail.com

Tatiana Ramirez CUNHA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: tatiana.cunha@faculdadefacit.edu.br

Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lidia.barbetta@faculdadefacit.edu.br



RESUMO

Introdução: As fissuras lábio palatinas são deformidades congênitas ou adquiridas que se estabelecem de forma precoce entre as primeiras semanas de vida intrauterina uma vez que nesta fase ocorre a formação dos órgãos e desenvolvimento dos sistemas essenciais do corpo, como a estruturação craniofacial. O processo de reabilitação do paciente fissurado é complexo e demorado, estendendo-se desde o nascimento até a idade adulta, de acordo com o grau de severidade. **Objetivo:** Expor as evidências científicas e clínicas disponíveis sobre os tratamentos das fissuras lábio palatinas para possibilitar ao leitor uma construção de conhecimento sobre o tema, de forma reflexiva. **Métodos:** Esse estudo se baseou em uma revisão integrativa da literatura, por possibilitar uma maior coleta de informações sobre uma temática específica a respeito de conceitos, teorias e evidências, para abranger o objetivo do estudo, e foram revisados artigos publicados nos últimos 10 anos com o tema em questão na língua portuguesa e inglesa. **Conclusões:** O cirurgião dentista desempenha um papel importante no tratamento de fissuras, pois possibilita o acompanhamento precoce já nos primeiros anos de vida até a fase adulta, além de contribuir para correção das possíveis sequelas da patologia por meio das variadas alternativas de tratamento, possibilitando uma reabilitação completa do sistema oral e maxilofacial do paciente.

Palavras-chave: Fissura labiopalatal. Cirurgias. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and palate are congenital or acquired deformities that are established early in the first weeks of intrauterine life, since at this stage the formation of organs and the development of essential body systems, such as craniofacial structuring, occur. The rehabilitation process of the cleft patient is complex and time-consuming, extending from birth to adulthood, according to the degree of severity. **Objective:** To expose the scientific and clinical evidence available on the treatments of cleft lip and palate to allow the reader to build knowledge on the subject, in a reflective way. **Methods:** This study was based on an integrative literature review, as it allows for a greater collection of information on a specific theme regarding concepts, theories and evidence, to cover the objective of the study, and articles published in the last 10 years were reviewed with the

topic in question in Portuguese and English. **Conclusions:** The dental surgeon plays an important role in the treatment of cleft patients, as it allows early follow-up from the first years of life to adulthood, in addition to contributing to the correction of possible sequelae of the pathology through the various treatment alternatives, enabling a complete rehabilitation of the patient's oral and maxillofacial system.

Keywords: Cleft lip and palate. Surgeries. Treatment.

INTRODUÇÃO

As fissuras lábio palatinas (FLP) são deformidades congênitas ou adquiridas que se estabelecem de forma precoce entre as primeiras semanas de vida intrauterina uma vez que nesta fase ocorre a formação dos órgãos e desenvolvimento dos sistemas essenciais do corpo, como a estruturação craniofacial¹.

FLP são anomalias que se estabelecem devido a intercorrências no processo de fusão facial embrionária². A classificação, segundo de Davis e Ritchie Apud Poerner, é baseada na posição da fissura em relação ao processo alveolar, e se classificam como Fissura pré-alveolar e Fissura pós-alveolar. São três os grupos das Fissuras pré-alveolar, quando envolve somente o lábio: unilateral, bilateral e mediana, resultado da ausência de fusão dos processos nasais juntamente com o processo maxilar durante a sétima semana de desenvolvimento embrionário³. A Fissura pós-alveolar, compromete o palato mole e palato duro ou fissura submucosa, no qual ocorre a falta de fusão na linha mediana de forma bilateral em torno da décima segunda semana de vida gestacional³.

As consequências dessas fissuras não se restringem somente a transtornos estéticos, mas também a alterações funcionais e psicossociais que envolvem uma complexa rede de alterações no padrão de desenvolvimento e crescimento craniofacial, influenciando na deglutição, fala, sistema auditivo e respiratório⁴.

O processo de reabilitação do paciente fissurado é complexo e demorado, estendendo-se desde o nascimento até a idade adulta, de acordo com o grau de severidade⁵. Nos primeiros anos de vida, o tratamento é geralmente realizado em duas cirurgias separadas: reparo do lábio e do palato, que quando realizado de forma precoce, contribui na alimentação, audição e fonação de forma correta, bem como o desenvolvimento psicossocial⁶. Depois serão realizados outros procedimentos corretivos, minimizando os possíveis defeitos dessas duas etapas.

Em pacientes mais velhos são necessários outros métodos de cirurgia plástica, para o reparo da cicatriz, melhorando a forma do nariz. Além dessas, há em outros casos a necessidade de cirurgia no palato para melhorar a fala ou até mesmo uma prótese para o vedamento do palato, sendo um tratamento menos invasivo e de melhor escolha. Por volta de 10 anos é preciso fazer um enxerto ósseo na região da fissura. E em alguns pacientes adultos há a necessidade de cirurgia ortognática, para corrigir alterações da face com o crescimento irregular da maxila, mandíbula e do nariz⁷.

A Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) recentemente aprovou um projeto de lei que obriga o Sistema Único de saúde (SUS) a realizar cirurgia plástica reconstrutiva fenda palatina e lábio leporino. O PL 3.526 de 2019 estabeleceu que o SUS, está obrigado a prestar serviços gratuitos de cirurgia plástica reconstrutiva e de tratamento pós-cirúrgico, abrangendo um tratamento multidisciplinar com as especialidades de fonoaudiologia, psicologia e ortodontia, bem como de outras intervenções necessárias⁸.

Dessa forma, o objetivo desse estudo, com base a uma revisão de literatura, teve por finalidade de expor as evidências científicas e clínicas disponíveis sobre os tratamentos das fissuras lábio palatinas para possibilitar ao leitor uma construção de conhecimento sobre o tema, de forma reflexiva.

MATERIAL E MÉTODO

Esse estudo se baseou em uma revisão integrativa da literatura, por possibilitar uma maior coleta de informações sobre uma temática específica a respeito de conceitos, teorias e evidências, para abranger o objetivo do estudo de expor as informações existentes acerca das fissuras lábio palatinas. Foi realizada a busca por artigos relacionados, a saúde bucal e reabilitação em pacientes com fissuras lábio palatinas por meio das bases de dados: Scielo, Medline, Pubmed e Google Acadêmico. Os descritores e expressões utilizados durante as pesquisas foram: fenda palatina, lábio leporino e reabilitação oral. Além disso, foram revisados artigos publicados nos últimos 10 anos, ou seja, no período entre o ano 2012 e o ano 2022, na língua portuguesa e inglesa.

REVISÃO DE LITERATURA

O palato, que compõe a estrutura anatômica da cavidade oral e o assoalho da cavidade nasal, permite a divisão entre estas mesmas estruturas, sendo o resultado da união do palato primário com o palato secundário, entre a 9^a e 12^a semanas de vida intra-uterina⁹. Diante o grau de complexidade da palatogênese, qualquer intercorrência durante a sua fase

de desenvolvimento pode originar anomalias maxilofaciais, tais como as fendas palatinas. As fendas palatais são classificadas em três: fendas que afetam somente o lábio, fendas que afetam o lábio e o palato e, fendas restritas ao palato. As fendas palatinas são malformações de ordem genética que resulta da falha no processo de formação do palato, o qual inclui o palato primário e todo o palato secundário⁹.

Não menos importante, os fatores ambientais também devem ser considerados como determinantes no desenvolvimento correto do embrião. Estes fatores podem-se classificar em cinco grupos: radiação, agentes infecciosos, drogas (álcool, tabaco, determinados fármacos, além de estupefacientes), deficiências nutricionais e alterações hormonais. Estes agentes podem provocar falhas no desenvolvimento do feto, das quais resultam as fendas⁹.

O desenvolvimento de problemas na audição é muito frequente em indivíduos com FLP, resultado de uma otite média crônica com efusão; disfunção muscular no tensor do palato, responsável pela abertura da trompa de Eustáquio, pode levar ao aumento da pressão interna auricular e a presença constante de fluído no mesmo, com conseqüente inflamação crônica. Este fator, se não tratado, na maioria dos casos, resulta em perda da audição. Outras complicações frequentes nos indivíduos portadores de FLP são as alterações na dentição, nas quais se incluem anomalias de número, localização, forma, tempo de formação e/ou erupção e, malformações das coroas e das raízes, variando de acordo com o tipo de fendas. Concomitante ao comprometimento estético destes pacientes, há também o comprometimento funcional e periodontal, bem como o aumento na dificuldade do tratamento restaurador. Diante das complicações supracitadas, acrescenta-se o risco elevado de apresentar desordens psiquiátricas e neurológicas¹⁰.

O diagnóstico precoce das FLP possibilita um planejamento antecipado de um tipo de tratamento reabilitador. Da primeira infância até à idade adulta, o paciente deve ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar que intervém em diferentes etapas do seu desenvolvimento orofacial, e que define o tipo de intervenção a efetuar, cirúrgica e/ou protética¹¹.

O tratamento protético é necessário por diversas razões e não obstante o tipo de prótese a ser utilizada na reabilitação, esta deve satisfazer os critérios oclusais e mimetizar o dente natural de modo a obter uma estética satisfatória. Determinar o melhor e mais adequado procedimento para tratar a FLP é um processo delicado. Primeiramente, deve-se considerar quais métodos e técnicas cirúrgicas serão os mais pertinentes em cada caso. Em seguida, é necessário um conhecimento minucioso da anatomia facial e craniana do

indivíduo, assim como dos seus mecanismos de crescimento e de evolução da malformação¹².

Próteses obturadoras em casos de FLP são incorporadas com o objetivo de fechar, cobrir ou manter a integridade das estruturas oronasais. Estas próteses substituem os tecidos em falta, facilitando a deglutição, a fonação e a mastigação, reduzindo a regurgitação nasal, o que melhora a articulação dos sons durante a fala, contribuindo para um melhor discurso. A reabilitação oral com recurso a próteses obturadoras pode ser de caráter temporário ou definitivo¹³.

No cenário reabilitador atual, as próteses podem ser confeccionadas em metal, resina acrílica e/ou silicone, podendo conter em sua estrutura componentes dentários, palatinos e nasais. As próteses obturadoras convencionais sem bulbo faríngeo, são comumente utilizadas na reabilitação oral de fendas no palato duro. Em caso de comprometimento funcional em fendas no palato mole, a prótese obturadora apresenta uma extensão chamada de bulbo faríngeo. A estética e funções como a mastigação, a fala e a deglutição, devem ser restituídas através de um equilíbrio oclusal e articular. A estrutura dessas próteses além de se guiar pelos mesmos princípios das próteses convencionais quanto à retenção, suporte, adaptação e estabilidade, devem eliminar a comunicação oronasal e as consequências adjacentes a esta, contribuindo para uma melhor saúde, conforto e satisfação do paciente¹⁴.

A prótese parcial removível (PPR) também pode ser colocada como alternativa reabilitadora em pacientes com FLP, embora não seja a melhor solução para manter os tecidos. É comumente utilizada por pacientes com FLP ou como opção reabilitadora proteticamente em lacunas intercaladas de grande extensão, especialmente nos extremos livres, discrepâncias importantes do osso maxilofacial, deficiência da face média, lábio ausente ou deficiente. Quando a prótese implanto-suportada não é uma opção viável, a PPR se mostra uma opção importante de tratamento para os indivíduos com fenda de lábio e palato, devido à versatilidade e simplicidade¹⁵.

Apesar do frequente uso de implantes, importa salientar as vantagens da PPR como o baixo custo e maior facilidade de manutenção. Quando o suporte labial dos pacientes com FLP é exíguo ou inexistente, decorrente da perda de osso alveolar e a cicatriz causada por cirurgias, as próteses removíveis podem ser usadas de forma eficaz e satisfatória, já que permitem colmatar em acrílico a ausência de osso anterior¹⁵.

Existe também a prótese de sobreposição. Este modelo protético é indicado para indivíduos com FLP em há impossibilidade de indicar o tratamento ortodôntico e cirurgia

ortognática, como, por exemplo, em situações de hipoplasia e retrusão da maxila com a perda do dente ou mau posicionamento. Esta visa recuperar o arco superior que é retraído devido à atresia maxilar, grande discrepância maxilo-mandibular, mordida aberta anterior e ausência ou dentes mal posicionados. Não é solução protética ideal, mas permite a conclusão de casos clínicos com suporte labial e dimensão vertical favorável. O planejamento se baseia nos princípios biomecânicos da prótese, cuja estrutura possa fornecer suporte labial. Este tratamento necessita que o paciente use uma prótese de sobreposição provisória para melhorar o prognóstico e para facilitar a concepção da estrutura metálica, e são mais adequadas para indivíduos com boa higiene oral¹⁶.

Já as próteses palatais, que podem ser uma PPR ou uma prótese total, concomitante à necessidade de cada paciente, são compostas por uma estrutura intracavitária que preenche a fenda palatina. A resina acrílica é o material eleito para a confecção da parte obturadora, e tem como objetivo vedar a comunicação existente. O fechamento da fissura através da secção obturadora da prótese promove alterações significativas na qualidade de vida, proporcionando inúmeros benefícios, como uma alimentação adequada e projeção melhorada de sons durante a fala. Possibilita ao paciente uma comunicação mais eficiente, o que por sua vez se reflete em maior autoconfiança. Essa prótese apresenta características que possibilitam que seja a melhor escolha em inúmeros casos, principalmente quando a cirurgia não se pode realizar devido a limitações sistêmicas, anatômicas ou funcionais ou ainda no caso do indivíduo não se mostrar disponível para se submeter a cirurgias. Outra situação muito comum e que pode ser solucionável através das próteses palatinas, é quando existe disfunção velofaríngea pelo excesso de dentes perdidos, o que requer uma prótese removível completa ou parcial¹⁷.

As placas palatinas, também é vista como um tipo de material protético pré-cirúrgicos frequentemente utilizados neste tipo de pacientes que proporcionam uma melhor alimentação, previnem a regurgitação nasal e inspiração excessiva de ar, para além de permitirem um melhor desenvolvimento da fala e crescimento maxilar, antes da realização da cirurgia¹⁷.

Devido a alterações do rebordo alveolar de pacientes com FLP, a reabilitação com prótese total (PT) é um protocolo desafiador. Determinar estabilidade e retenção é a grande dificuldade, uma vez que fatores físicos, tais como a adesão, a tensão superficial e de coesão são comprometidas. As fendas não reparadas devem ser consideradas, o que pode favorecer a entrada de ar e o deslocamento da prótese. Nestes indivíduos a prótese tem funções estéticas, funcionais e obturadores, melhorando o conforto, a fala e condição

psicológica. Em pacientes sem fissura, a função de obturador não é necessária, no entanto, a irregularidade do rebordo alveolar pode comprometer a prótese, sendo a região anterior a mais afetada¹⁵.

Outra solução reabilitadora a ser levada em consideração, é combinação de enxerto ósseo e implante, porém muitos pacientes ainda a consideram muito invasiva. A alternativa de tratamento para os pacientes que se recusam a passar por uma intervenção cirúrgica poderá ser a prótese fixa (PF) desde que existam dentes pilares suficientes para este protocolo. Pacientes com FLP já adultos, caso apresentem cicatriz gerada pela reparação cirúrgica à fenda palatina durante a infância, geralmente possuem um arco alveolar contraído, o que contém a necessidade de um tratamento ortodôntico protético reabilitador para as exigências estéticas e funcionais¹⁸.

Outra opção para reabilitação de pacientes com FLP consiste no implante zigomático, já que o osso zigomático permanece inalterado pela atrofia óssea alveolar. Sendo assim, é considerado uma base bem estável para sobre dentaduras e próteses implantosuportadas sem a necessidade de enxerto ósseo. Este tipo de implante pode sustentar próteses fixas, sobredentais ou (em casos de comunicação oronasal) próteses de palato. Uma vantagem extra consiste no seu uso cirúrgico relativamente seguro e curto tempo de operação, o que conduz não só à redução da duração da internação hospitalar, mas também na quantidade de medicação para a dor pós-operatória. É um implante que pode ser aplicado em uma única fase, permitindo uma opção de carga imediata¹⁸.

Existe ainda a cirurgia ortognática como opção de tratamento reabilitador em pacientes com FLP. Esta cirurgia integra uma sequência complexa de tratamentos disponibilizados por equipes multidisciplinares especializadas na gestão das preocupações funcionais paciente. No tratamento cirúrgico existe a dificuldade na abordagem às graves cicatrizes cirúrgicas de intervenções anteriores, além de uma disponibilidade vascular diminuída e ainda a necessidade de um avanço maxilar extenso para esses pacientes. Em longo prazo decorrem problemas de estabilidade do avanço da maxila em pacientes com FLP, que têm sido relacionados à retração do tecido da cicatriz, o aperto do lábio superior, a interferência com o septo nasal e mobilização inadequada do segmento ósseo. Deste modo, são utilizadas abordagens e técnicas cirúrgicas particulares, para assegurar os melhores resultados possíveis para os pacientes em questão¹⁹.

DISCUSSÃO

O autor Bernardo et al.¹⁴ (2017) classifica as fissuras labiopalatais em grupos, levando em consideração a sua morfologia e extensão, tendo como referência principal o forame incisivo para metodologia classificatória. Essas características colaboram para o diagnóstico, prognóstico e correto tratamento do problema. É de suma importância o papel do odontólogo na reabilitação do paciente.

Atualmente existem alternativas variadas para a correção da fissura, que objetivam o reestabelecimento da harmonia facial, a oclusão dental correta, além de um sorriso harmônico sem o estigma da patologia. O tratamento deve melhorar a qualidade de vida do paciente. Entre as opções de correção, a junção cirúrgica, bem como o bom conhecimento da anatomia da face e técnica cirúrgica, concomitante ao fator restaurador/protético são fundamentais para devolver estética e função ao paciente, afirma Batista et al.¹². (2017)

Segundo Silva et al.⁴. (2008), a cirurgia é dada como opção de correção inicial. O objetivo da cirurgia primária propiciar ao paciente o correto funcionamento dos sistemas fonético e auditivo, além de evitar preconceitos e corroborar para um bom desenvolvimento social e psicológico. De acordo com Antonarakis et al.⁵. (2016), é importante a atuação do cirurgião bucomaxilofacial e do cirurgião plástico no processo de fechamento labial e reposicionamento do musculo orbicular da boca, procedimento realizado por volta dos três meses de vida extrauterino, o que favorece uma estética bem agradável.

Com relação a correção por enxertia óssea, Souza Freitas et al.⁷. (2004) afirmam em seu trabalho que esse procedimento pode ser feito em três fases. A 1º etapa é realizada durante os anos de vida iniciais; a 2º etapa é realizada no momento de erupção permanente do canino ou incisivo lateral adjunto a patologia; a 3º etapa é realizada quando se finaliza a correção ortodôntica.

Em contrapartida, Palone et al.¹⁸ (2014) afirma que o processo de enxerto primário é contraindicado por conta dos resultados negativos relativos ao desenvolvimento maxilar, sem contar os riscos da cirurgia em pacientes muito novos. Reafirmando essa tese, Chaves et al.¹⁷ (2017) relatam que a enxertia primária pode interferir no desenvolvimento lateral da maxila, o que pode ocasionar maloclusões, como mordidas cruzadas, além de outras deformidades.

Além da cirurgia como opção de tratamento, tem-se a importância da proposta ortodôntica e protética como opções, uma vez que o envolvimento da equipe

multidisciplinar no tratamento dos pacientes com fissura labiopalatal é de suma relevância para uma resolução completa e com menos intercorrências, em um curto período e menos trauma para pacientes na primeira infância. Todos com o intuito de contribuir para a correta fonação, oclusão e desenvolvimento facial, afirma o Ministério da Saúde⁸. (2017)

Após realizarem as cirurgias, os pacientes com indicação para a ortodontia devem iniciar o processo de correção ortodôntica, fundamental para reabilitação dos portadores de fissuras palatais, o que contribui para cirurgias posteriores. Conforme Souza Freitas et al.⁹ (2013), é por volta dos seis e sete anos de idade que as crianças com fissuras devem iniciar o tratamento ortodôntico, fase em que o desenvolvimento maxilar acelera por causa da dentição mista. Já em desacordo, Alves et al.¹⁹ (2015) afirma que a correção ortodôntica deve começar por volta dos onze anos de idade, ou quando iniciar a dentição permanente. Se for caso de realizar um tratamento ortopédico, nessa idade o tratamento conjunto possibilita a correção das maloclusões persistentes.

Poerner³ (2022) defendem a importância da correção ortodôntica no correto desenvolvimento dos maxilares juntamente a utilização de uma prótese de bulbo (placa palatina) para auxiliar na sucção. As palatoplastias são completadas com o uso da placa, pois essa mantém os rebordos maxilares em posições anatômicas, o que também orienta no desenvolvimento maxilar. As placas são mais indicadas em pacientes com mordida cruzada e dentes mal posicionados após as cirurgias de correção.

Grande parte dos portadores de fissuras labiopalatais apresentam hipoplasia maxilar, responsável pelo desenvolvimento de distúrbios oclusais, estéticos, problemas psicossociais e baixa na autoestima. A cirurgia ortognática é vista como uma opção para correção de hipoplasia maxilar após o portador atingir maturidade esquelética, conta Poerner³ (2022).

Nanci¹⁰ (2013) reiteram a importância do protesista no processo do tratamento, pois este desempenha o papel restaurador e reabilitador das estruturas afetadas ou com má formações, o que colabora para melhorar os sistemas da mastigação, deglutição, fonação, além da correção estética. Em concordância, Batista et al.¹² (2017) propuseram como tratamento complementar, a prótese obturadora, um dispositivo protético que tem por função vedar a fenda palatina, apresentando um bulbo faríngeo, e atua na normalização da fala.

Por fim, correto planejamento dos casos de anomalias craniofaciais, é essencial verificação de exames de imagem, como as radiografias e tomografias computadorizadas, sendo indispensável para a precisão do adequado tratamento e reabilitação do paciente.

CONCLUSÃO

A completa reabilitação de um paciente com fissura labiopalatal é um processo complexo e desafiador, mas que graças as tecnologias existentes e o desempenho de uma equipe multiprofissional, pode-se obter resultados funcionais e estéticos positivos. O cirurgião dentista desempenha um papel importante no tratamento dos de fissuras, pois possibilita o acompanhamento precoce já nos primeiros anos de vida até a fase adulta, além de contribuir para correção das possíveis sequelas da patologia por meio das variadas alternativas de tratamento, possibilitando uma reabilitação completa do sistema oral e maxilofacial do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Dalben GS, Costa B, Gomide MR. Características básicas do bebê portador de fissura lábio palatal aspectos de interesse para o CD. Rev Assoc Paul Cir Dent 2002; 56(3): 223-6.
2. Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes J, Freitas JAS, Sipiri W. Fissura lábio-palatais: estudo caso-controle. Rev. Saúde publica, 28:213-7, 1994.
3. Poerner F. Classificação, Epidemiologia e Etiologia das Fissuras Lábio-Palatais: Uma Revisão. Monografia apresentada ao Curso de Ciências Biológicas da UFPR para obtenção do grau de bacharel em Biologia. Acesso em: 26- mar-2022.
4. Silva DP.et al. Aspectos fisiopatológicos do esfíncter velofaríngeo na fissura palatina. Int. Arco. Otorrinolaringol 2008;12(3):426-435.
5. Antonarakis GS, Tonpsom BD, Fisher DM. Preoperative cleft lip measurements and maxillary growth in patients with unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 2016 ;53(6):198-207.
6. Mituuti CT, Piazzentin-Penna SHA, Brandão GR, Bento-Gonçalves CGA. Caracterização da fala de indivíduos submetidos à palatoplastia primária. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2010; 15(3): 355-356.
7. Souza-Freitas JA. et al. Tendência familiar das Fissuras labiopalatinas. R Dental Press Ortodon. Ortop. Facial. 2004; 9 (4): 74-78.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Audiência Pública - As dificuldades enfrentadas pelas pessoas com fissuras labiopalatais Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência –Câmara dos Deputado. Fissura labiopalatal no sistema único de saúde. Brasília: 2017.
9. De Souza Freitas J, de Almeida A, Soares S, das Neves L, Garib D, et. al.. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate. Experience of the hospital for rehabilitation

of craniofacial anomalies/USP (HRAC/USP) – part 4: Oral rehabilitation. *J Oral Sci.* 2013; 21 (3): 284-92.

10. Nanci A. *Ten Cate's oral histology: development, structure, and function.* Missouri: Elsevier Mousby; 2013.

11. Sadler TW. *Langman's Medical Embryology.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2011

12. Batista JF, Fialho MCA, Santos PCM et al. Tratamento odontológico em crianças com fissura labiopalatal: Revisão de Literatura. *Revista Interação.* 2017; 19 (2): 105-119

13. Figueiredo IMB, Bezerra AL, Marques ACL et al. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. *RBPS.* 2004; 17 (3): 154-160

14. Bernardo B, Bellato A; Moreira MA et al. Fissuras lábio-palatinas: tipos de tratamento – revisão de literatura. *Revista de divulgação científica da ULBRA Torres.* 2017; 1 (1).

15. Palmeiro M, Bronstrup M, Durham J, Walls A, Shinkai R. Quality of life and mastication in denture wearers and cleft lip and palate adults. *Brazil oral Res.* 2018; 32: 113-128

16. Acharya V, Brecht L. Conventional Prosthodontic Management of Partial Edentulism With a Resilient Attachment-retained Overdenture in a Patient with a Cleft Lip and Palate: A Clinical Report. *J Prosth Dent.* 2014; 112 (2): 117-121.

17. Almeida A, Chaves S, Santos C, Santana S. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. *Saúde Debate.* 2017; 41: 156-66.

18. Palone MRT, Silva TR, Vieira NA, Dalben GS. A importância do controle da microbiota bucal e o uso de biomaterial em cirurgias de enxerto alveolar secundário nos pacientes com fissura labiopalatina. *Investigação.* 2014; 13: 19-23.

19. Alves M, Lopes J, Lopes M, Pinto J, Soares S. Alternatives for rehabilitation of Cleft patients with severe maxilomandibular discrepancy. *J Craniofac Surg* 2015; 26 (3): 204-6.