

A REABILITAÇÃO INTEGRAL DAS FISSURAS LÁBIOPALATINAS

J.A. FERNANDES RABAÇAL

Unidade de Cirurgia Plástica, Oral e Maxilo-Facial. Hospital S. Bernardo. Setúbal

RESUMO

A introdução sistemática das técnicas de cirurgia reparadora nas anomalias congénitas da cabeça e pescoço, alterou mitos, racionalizou conquistas científicas e técnicas, e transportou excelência de resultados de forma e função em deformidades até então intangíveis física, psíquica e socialmente.

A moderna cirurgia plástica e reconstrutiva é responsável por muitas destas modificações.

SUMMARY

Total Rehabilitation of cleft and palate anomalies

The systematic introduction of plastic and reconstructive techniques in the surgical treatment of head and neck anomalies has modified myths, ultimately defined rationale, and has obtained excellent results both functionally and morphologically, never achieved before, either psychologically or socially.

INTRODUÇÃO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. A fenda isolado do lábio ou do palato, ou do lábio e palato em simultâneo (CL/P), constitui uma deformação completa no que respeita à etiologia, à embriologia e ao tratamento cirúrgico.

É obviamente uma experiência emocionalmente devastadora para os familiares, e naturalmente para o portador se os objectivos e plano de tratamento não forem adequados com racionalidade.

A fenda do lábio com ou sem fenda do palatino associada, deve ser separada como entidade distinta das fendas do palato mole e duro por diferentes razões epidemiológicas, embriológicas e etiológicas (Fogh-Andersen).

Dentro das anomalias congénitas de grande monta, a sua incidência é a Segunda mais frequente depois do pé boto, oscilando de 1:750 a 1:1000 nascimentos.

Racicamente esta influência é estatisticamente maior nos orientais que nos caucásicos.

Em termos gerais parece haver um excesso masculino (CL/P), com 60 a 80% de proporções superiores.

Por outro lado um excesso feminino existe na fenda do palato isolada (CP) e com maior extensão anterior.

No que diz respeito à idade parental há evidências de maior concorrência, coincidentes com a maior idade do pai e não da mãe.

Uma relação de maior incidência parece estabelecer-se entre os familiares próximos e relativos, 25% com esta história, mas sem um padrão normal recessivo ou dominante.

Todavia é sabido que as fendas do palato isoladas (CP) surgem numa mesma incidência geral da população sem aquelas relações.

Na vasta maioria dos casos sem causa ou padrão reconhecido, Fraser problematiza uma causalidade multifactorial que implica um sistema poligénico interactivo com uma grande variedade de influências ambientais.

Por outro lado o exame clínico dos pais revela frequentes vezes estigmas, como micriformas, dentro de

hereditariedade multifactorial.

Porém, outras ainda não cabem nesta categoria, como sejam as fendas sindrômicas, da trisomia 13-15, da seqüência de Robin e outros síndromas.

As chamadas raras fendas faciais cabem na categoria das displasias com interrupção esquelética, muscular e cutânea, patogenicamente causadas por falência de fusão das estruturas de junção. Implicam cirurgia reparadora crânio-orbital-nasal no conceito pioneiro de tratamento criado por P. Tessier, umas das figuras cimeiras da cirurgia plástica deste século.

A FENDA PALATINA SUBMUCOSA CONSTITUI UMA OUTRA ENTIDADE DE NOTA.

2. Independentemente de controvérsias de nomenclatura, Kernahan e Stark, propuseram uma classificação baseada na embriologia, sendo a fenda do palato primário designada para descrever o lábio, a premaxila e o alvéolo, e fenda do palato secundário para designar o palato duro e palato mole, constituindo o foramen incisivo o ponto divisório.

Baseado neste pressuposto é fácil reter e enumerar categorias clínicas de fendas do palato primário e todas as possibilidades, fendas do palato secundário e as mesmas possibilidades, e associações diversas de fenda do palato primário e secundário.

Vários sistemas de documentação concisa de diagnóstico têm sido propostas sendo de referir as de Kernahan, Santiago, Vilar-Sancho, O. Kriens, etc.

Embriologicamente as fendas resultam da falência de penetração e fusão mesenquimatosa dos processos nasofrontal e processos faciais laterais, com interrupção do balanço de interação para o desenvolvimento normal, entre as 4 e 7 semanas de gestação.

Anatomicamente, além da evidência morfológica de

solução a de continuidade e das alterações cutâneo-mucosas e distorção osteo-cartilágnea, são importantes do ponto de vista da anatomia cirúrgica e funcional, as inserções anómalas das fibras musculares do ostio-labial e septo nasal, das fibras musculares do paladar mole, e toda a interacção no complexo muscular oro-faríngeo (Fará e Penisi).

SÚMULA: O Aconselhamento Genético

É claro da apreciação geral destes dados, da necessidade da consulta de genética aos intervenientes.

TEMPO DE REPARAÇÃO CIRÚRGICA SEQUÊNCIA DOS ACTOS CIRÚRGICOS

Existem muitos modelos e atitudes baseados em experiências múltiplas. Classicamente encerra-se a fenda labial logo a partir dos três meses, e a fenda palatina deve estar encerrada até aos dezoito meses.

O modelo de trabalho do autor desta folha e em 22 anos de trabalho consecutivo nesta matéria pauta-se no seguinte:

1. A cirurgia da fenda labial da fissura lábiopalatina completa unilateral é efectuada entre o segundo e o terceiro mês qualquer que seja a magnitude, sendo a quiloplastia realizada sem manobras cruentas prévias de adesão do lábio. Dentre as técnicas consagradas pelos cirurgiões reparadores no presente tempo do estado da arte destacam-se as dos retalhos triangulares, v.g., de Tennison - Randall, de claro desenho matemático, e as de rotação e avanço idealizada por R. Millard, e outras variantes ao desenho original por outros.

Nesta experiência os resultados são consistentes com a variação II de Millard (*Figura 1, a e b*) associando-se sempre a rinoplastia primária, na síntese técnica e científica de J. Delaire, primitivamente advogada por Berkely, Skood e Millard. Delaire qualifica este conceito composto integrante de Quilorrinoplastia funcional, utilizando



Fig. 1a - Fenda do palato primário e secundário completa, veau, classe III



Fig. 1b - Quinoplastia de R. Millard, variação II associada a rinoplastia primária

do uma variante pessoal dos desenhos de Millard e Tension para a quiloplastia.

2. A fenda labial unilateral qualquer que seja a extensão segue o mesmo tempo de reparação entre o 2º e 3º mês sem prévia adesão do lábio.

A nossa experiência apresenta resultados coerentes com a técnica descrita por Ortiz-Monastério, que incorpora elementos cirúrgicos de Veau, Millard e Broadbent. (Figura 2a e b)



Fig. 2a - Fenda do palato primário e secundário completa, veau, classe IV



Fig. 2b - Quiloplastia de Ortiz - Monastério

O alongamento da columela é feito se necessário em tempo diferido entre os três e os seis anos com recurso à técnica de Cronin.

Às quiloplastias descritas jamais se introduziram periosteoplastias à maneira de Skoog. As fissuras alveolares e fendas anteriores do palato permanecem evoluindo como fístulas ou fendas virtuais até à data do enxerto ósseo durante a dentição mista, com a prévia e necessária complementariedade ortodôntica e ortopédica dento-facial.

3. O encerramento da fenda do palato secundário é processado entre o 5º e o 6º mês corroborando experiências de grande nível com I. Jackson de que se compartilham resultados objectivos, seja nas fendas Uni ou bilaterais.

Excepto por algumas fendas isoladas do palato secundário a que o autor aplica retalhos da V. Langenbeck, a palatoplastia que colhe resultados concretos anatómicos e funcionais é a de Wardill-Kilner com push-back, na senda dos extraordinários resultados concretos anatómicos e funcionais é a de Wardill-Kilner com push-back, na senda dos extraordinários resultados de B. Fernandes testemunhados pessoalmente, sem embargo da controvérsia da técnica de Furlow. (Figura 3a e b e Figura 4a e b)



Fig. 3a - Fenda do palato unilateral, veau, classe III

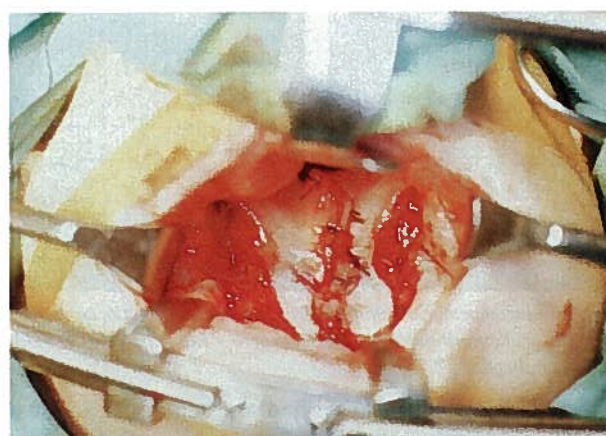


Fig. 3b - Paloplastia de Wardill - Kilner com retalho volmeriano de veau no plano nasal

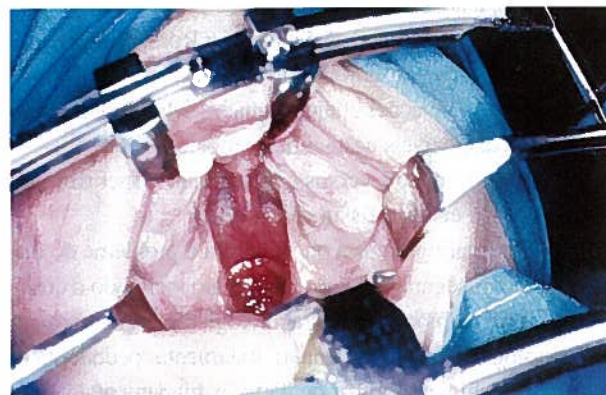


Fig. 4a - Fenda do palato bilateral, veau, classe IV



Fig. 4b - Fenda do palato bilateral, veau, classe IV

4. Em casos de insuficiência velo-faríngea, a faringoplastia é realizada aos cinco anos, antes da entrada na escola. No entanto a sua necessidade é rara nas metodologias antes descritas. (Figura 5a e b).

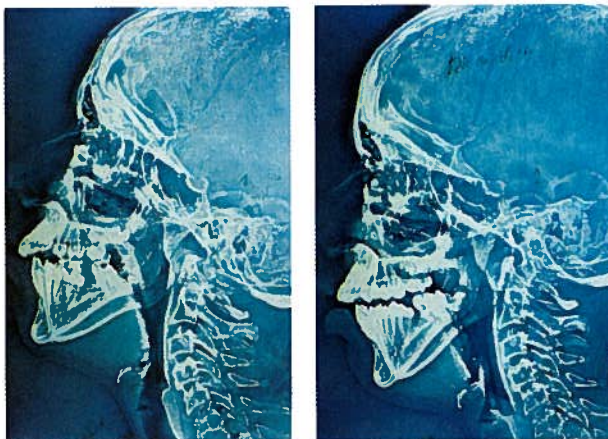


Fig. 5a - Incompetência Velo-faríngea; Pré operatório, dicção do "i"
Fig. 5b - Palatofaringoplastia de Sanvenero - Rosselli; oclusão velo-faríngea; dicção "i"

Em situações concretas de fibrose extensa, função muscular pobre, paladar mole curto além de impedimentos faríngeos, e resultantes a maioria das vezes de técnicas menos apropriadas, a nossa experiência remete para as faringoplastias e Orticochea, Rosenthal, Sanvenero-Rosselli, L.P.C. de Hogan, por vezes estafilorrafia de Sanvenero-Rosselli, consoante diversas situações clínicas achadas. Muitas outras técnicas estão disponíveis neste difícil problema.

5. Por este tempo, diversos especialistas concorrem no tratamento da criança fissurada, a saber:

O otorrinolaringologista que controla o problema do ouvido médio, assegurando o seu tratamento incluindo o cirúrgico, e cordena os problemas audiológicos e foniátricos; o estomatologista que coordena o tratamento pedodôntico, dentisteria e higiene oral e dentária, e fundamentalmente, promove o alinhamento dentário, a expansão das arcadas co-

lapsadas e a sua coordenação inter-arcos até ao encerramento e ao enxerto ósseo da fissura residual a seu tempo, continuando-se com ortodôncia post-cirúrgica se necessário, além da prostodôncia, Branmark, exequível na nossa instituição.

Algumas questões subsidiárias como problemas psicológicos exigem atenção.

SÚMULA: O carácter rotineiro das operações

As cirurgias decorrem normalmente sem complicações e com diminuta morbidade.

A FISSURAM ALVEOLAR E A FENDA DO PALATO ANTERIOR O CRESCIMENTO DA FACE EM TODAS AS DIMENSÕES

1. A lâmina dentária embrionária afectada, origina variações do número, posição e forma dos dentes envolvidos. Podem ocorrer agenésias dentárias e malformações, além de malposições.

A erupção dentária decídua ou permanente pode estar atrasada e distorcida. A incidência de dentes supranumerários na dentição decídua é frequente. Articulados, cruzados e colapsos dos segmentos fendidos são a regra.

Este cenário acarreta atenção redobrada dos peritos estomatológicos. O encerramento coerente e solidez metodológica é um outro passo fundamental no crescimento harmonioso pelo seguinte:

- a) Promoção da estabilidade do arco maxilar, esquelética e oclusal
- b) Encerramento da fístula oro-nasal e da fenda anterior com melhoria da função oral e nasal
- c) Promoção do suporte periodontal na fenda, para erupção dos dentes definitivos.

Muitos centros, conceitos e filosofias têm animado esta questão. Koberg, 1973 e Boyne e Sands, 1976, standardizaram a terminologia e o seguinte esquema é advogado:

1. Enxerto ósseo primário ou primário diferido, 0 a 2 anos
2. Enxerto ósseo secundário precoce, 2 a 5 anos
3. Enxerto ósseo secundário, 6 a 12 anos
4. Enxerto ósseo secundário tardio, adolescência ou na vida adulta.

Por várias razões e no presente trabalho defende-se o enxerto ósseo secundário durante a dentição mista, entre os 6 e os 12 anos.

Nas fendas unilaterais completas após o tratamento ortodôntico, o enxerto e o encerramento é efectuado quando a raiz do canino permanece calcificada de $\frac{2}{3}$ entre os nove e os doze anos, resultando assim grande estabilidade e suporte da crista óssea com função peri-

odontal plena e normal erupção na fenda, sendo o enxerto ósseo rapidamente incorporado em osso funcional (Figura 6 e Figura 7a e b).

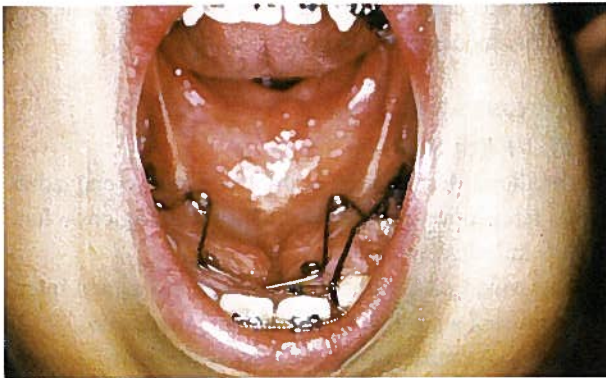


Fig. 6a - Sequela fissurária; período da dentição mista; expansão das arcadas; pré-operatório



Fig. 6b - Ortopantomografia; determinação da ossificação da raiz do canino permanente



Fig. 7a - Pré-operatório; fissura virtual sem expansão ortodôntica



Fig. 7b

Pelos oito anos o crescimento transversal e sagital da maxila está terminado, contrariamente ao crescimento na dimensão vertical, que é assim nos fissurados estimulado pela erupção e formação óssea alveolar induzida por este processo sistemático de terapêutica como na condição normal.

Nas fendas bilaterais, em que o problema dos incisivos laterais é cadente devido à sua erupção entre os 7 e os 8 anos, põe-se a questão do enxerto imediatamente após a erupção do incisivo central.

De qualquer dos modos a individualização da idade dos enxertos ósseos é uma tarefa oferecida pela experiência concreta, já que o enxerto se pode efectuar aos 5, 6 anos nas fendas unilaterais em arcos maxilares bem alinhados.

2. Com esta filosofia de actuação são previsíveis crescimentos faciais com dimensões cefalométricas correctas nomeadamente na projecção antero-posterior (Figura 8 a e b).

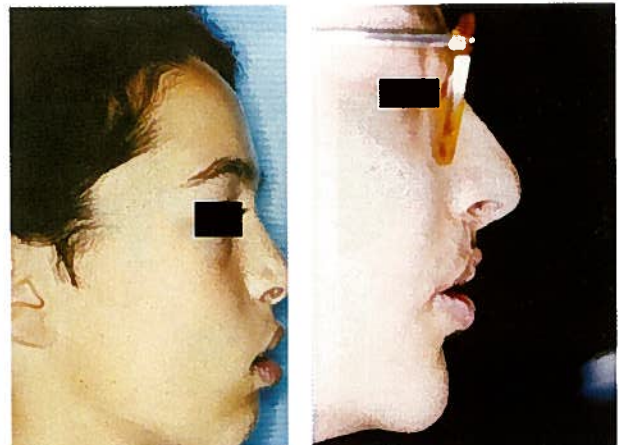


Fig. 8a- Fenda unilateral completa-perfil

Fig. 8b- Fenda bilateral completa-perfil

Sem esta metodologia, são frequentes as desarmonias dento-alveolares e disgnácias, com retrusão acentuada do 1/3 médio por Hipoplasia naso-maxilar, sequelas muito graves na juventude.

Mesmo com ortodôncias heroicas são necessárias cirurgias ortognáticas além de outras correcções e revisões, incluindo a rinoplastia, já durante a dentição definitiva, e termo do crescimento. Nesta síntese reconhecemos que algumas questões subsidiárias são próprias da evolução dos fissurados, outras são evitáveis como a necessidade daquelas complexas cirurgias ortognáticas bimaxilares envolvendo osteotomias maxila e da mandíbula, actos cirúrgicos de grande comprometimento para o doente, e de envolvimento pluridisciplinar ortodôntico-cirúrgico, mas importante quando sem outra alternativa, para a desenvolvimento final harmónica de todas as estruturas.

A moderna prática de cirurgia ortognática, com grande capacidade de apreciação das mobilizações ósseas, asso-

ciada a técnicas precisas e modernos materiais de osteossíntese, facilitou o empreendimento (Figuras 9 e 10, a e b).



Fig. 9a - Sequela fissurária; retrusão do terço médio; projecção antero-posterior

Fig. 9b - Cirurgia ortognática bimaxilar de avanço; osteotomia de LeFort I e osteotomia sagital da mandíbula; projecção antero-posterior



Fig. 10a - Mesmo doente, perfil pré-operatório

Fig. 10b - Mesmo doente, perfil pos-operatório; osteossíntese com placas miniturizadas e lag screws não compressivos

SÚMULA: A Harmonia Dento-Alveolar, esquelética e Funcional da Face

Sem embargo das hipoplasias intrínsecas e da agressão cirúrgica nos centros de crescimento ósseo as desarmonias e disfunções pertencem ao passado.

HORIZONTES FUTUROS ARTE VERSUS CIÊNCIA

A melhoria das técnicas cirúrgicas e todo o enquadramento terapêutico atingiu resultados morfológicos e funcionais iniludíveis.

Antes ainda da Engenharia Genética um estado intermediário será a cirurgia fetal hoje em progressão.

Súmula: Aguardando os progressos do futuro a cirurgia é ainda uma arte presentemente insubstituível no tratamento destas anomalias.

CONCLUSÃO

O cirurgião reparador obedecendo ao estado da arte, e com formação completa em cirurgia plástica e reconstrutiva, assegura integralmente o tratamento cirúrgico dos fissurados, em associação a equipas de abordagem compreensivas e multidisciplinares.

BIBLIOGRAFIA

1. Plastic Surgery, Ed. J. Mc. Carthy 1990
2. What is a cleft lip and Palate, Ed. O. kriens 1989
3. Plastic, Maxilo-facial and Reconstructive Surgery, Ed. N. Georgiade 1996
4. World Journal of surgery, Guest Ed. I. Jackson 1989
5. Symposium on management of cleft palate and associated deformities, Ed. N. Georgiade 1974.
6. Fundamentals of plastic and Reconstructive Surgery, Ed. W. Bell 1980.
7. British Journal of Oral and Maxilo-Facial Surgery. Ed. P.W. Booth 1993.
8. Surgical correction of dentofacial deformities, Ed. W. Bell 1980.
9. Modern Practice in Orthognathic and reconstructive surgery. Ed. W. Bell 1992.
10. Advances in Plastic and Reconstructive Surgery, Ed. Mutaz Habal 1993