

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
Curso de Especialização em Ortodontia

Vitória Rocha de Paula Rodrigues

Tratamento Ortodôntico em pacientes com Fissura Labiopalatina

Fortaleza – CE
2025

Vitória Rocha de Paula Rodrigues

Tratamento Ortodôntico em pacientes com Fissura Labiopalatina

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu, da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientadora: Prof. Antonia Laura

Área de concentração: Ortodontia

Fortaleza – CE

2024

Monografia intitulada "TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA" de autoria da aluna **Vitória Rocha de Paula Rodrigues**

Aprovada em 25/08/2024 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Antônia Laura Carvalho - Orientadora - IESO - Fortaleza



Prof. Rafael Douglas Lima Gonçalves - Examinador - IESO - Fortaleza



Prof. Renata Torreão Viana de Melo Costa - Examinadora - IESO - Fortaleza

Resumo

As fissuras labiopalatinas são as malformações craniofaciais congênitas mais comuns, com uma prevalência estimada de 1 a cada 650 nascimentos, afetando o desenvolvimento estrutural e funcional da face. Essas alterações comprometem aspectos fundamentais como a estética facial, a fala, a alimentação, a respiração e, principalmente, o desenvolvimento ósseo e dentário. Nesse contexto, o tratamento ortodôntico exerce papel central, sendo essencial em diferentes fases do crescimento do paciente, desde a preparação para cirurgias corretivas, como o enxerto ósseo alveolar, até a finalização com o alinhamento dentário e a correção das maloclusões. A ortodontia tem como objetivo restabelecer a função mastigatória, melhorar a estética do sorriso e criar condições adequadas para uma reabilitação protética, quando necessária. A complexidade do quadro clínico exige, ainda, uma abordagem multidisciplinar, envolvendo cirurgiões bucomaxilofaciais, fonoaudiólogos, protesistas, psicólogos e outros profissionais. Essa integração potencializa os resultados ortodônticos, garantindo uma reabilitação funcional e estética mais eficiente, além de favorecer a inclusão social e a qualidade de vida do paciente fissurado.

Palavras-chave: Fissura labiopalatina. Tratamento Ortodôntico. Ortodontia. Multidisciplinaridade. Qualidade de vida.

Abstract

Cleft lip and palate are the most common congenital craniofacial malformations, with an estimated prevalence of 1 in every 650 live births. These anomalies significantly affect facial development and compromise essential functions such as speech, feeding, breathing, and especially bone and dental growth. In this context, orthodontic treatment plays a central role, being essential at different stages of the patient's growth—from preparation for corrective surgeries, such as alveolar bone grafting, to the final alignment of teeth and correction of malocclusions. Orthodontics aims to restore masticatory function, improve smile aesthetics, and create favorable conditions for prosthetic rehabilitation when necessary. Due to the complexity of the clinical condition, a multidisciplinary approach is required, involving oral and maxillofacial surgeons, speech therapists, prosthodontists, psychologists, and other healthcare professionals. This integration enhances orthodontic outcomes, promotes more effective functional and aesthetic rehabilitation, and contributes significantly to the social inclusion and quality of life of cleft patients.

Keywords: Cleft lip and palate. Orthodontic Treatment. Orthodontics. Multidisciplinarity. Quality of life.

Sumário

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	7
<i>Tratamento Ortodôntico na Fissura Labiopalatina</i>	8
<i>Principais Maloclusões Associadas à Fissura Labiopalatina</i>	8
<i>Causas das Discrepâncias Oclusais</i>	9
<i>Melhor fase para o Tratamento Ortodôntico</i>	9
Metodologia	12
Revisão de Literatura.	13
<i>Aspectos gerais das fissuras labiopalatinas</i>	13
<i>Desenvolvimento craniofacial e dentário em pacientes fissurados</i>	14
<i>Objetivos e fases do tratamento ortodôntico</i>	15
<i>Condutas clínicas e tipos de movimentações ortodônticas</i>	17
<i>Resultados esperados e limitações do tratamento ortodôntico</i>	18
Discussão	21
Considerações finais	23
Referências	24

Introdução

A fissura labiopalatina é uma das malformações congênitas mais comuns da região craniofacial, caracterizando-se por uma falha no desenvolvimento e fusão dos processos faciais durante a embriogênese. Essa anomalia pode afetar isoladamente o lábio (fissura labial), o palato (fissura palatina) ou ambos (fissura labiopalatina), podendo ainda ser unilateral ou bilateral (GENARO et al., 2017; FREITAS et al., 2020).

Dentre os principais fatores etiológicos associados à fissura labiopalatina, destacam-se causas genéticas e ambientais. A predisposição hereditária tem um papel significativo, mas fatores externos como deficiências nutricionais maternas, uso de substâncias teratogênicas (álcool, tabaco, algumas medicações), exposição a agentes infecciosos e condições maternas como diabetes mellitus também podem estar envolvidos na gênese da malformação (TRINDADE; SILVA FILHO, 2007; RIBEIRO; ROSA, 2020).

O tratamento do paciente fissurado é complexo e envolve diferentes especialidades ao longo de toda a vida. A reabilitação inicia-se ainda nos primeiros meses de vida, com a cirurgia primária para fechamento do lábio, chamada de queiloplastia. Em sequência, por volta dos 12 aos 18 meses de vida, idealmente antes do início da fala, é realizada a palatoplastia, cirurgia para a correção da fenda no palato. Depois das duas primeiras cirurgias, o paciente deve continuar sendo acompanhado para avaliar se serão necessárias cirurgias complementares como a cirurgia de enxerto e cirurgia ortognática (FREITAS et al., 2012; MAIA et al., 2020).

Ademais, a fonoterapia, o suporte psicológico e o tratamento ortodôntico também devem fazer parte da reabilitação do paciente fissurado. A ortodontia é essencial para a correção das discrepâncias ósseas e dentárias que frequentemente acompanham a fissura. Essa especialidade odontológica desempenha um papel fundamental na preparação para procedimentos cirúrgicos ortognáticos, quando são necessários, e na reabilitação final da oclusão e estética do paciente (SILVA FILHO; YAMASHITA; CAPELOZZA FILHO, 1992; MAIA et al., 2020).

Dada a complexidade da reabilitação, o tratamento multidisciplinar é indispensável para garantir um resultado funcional e estético satisfatório. A interação entre cirurgiões,

ortodontistas, fonoaudiólogos, psicólogos e outros profissionais de saúde possibilita um plano de tratamento individualizado, promovendo não apenas a reabilitação física, mas também a inclusão social e melhora na qualidade de vida do paciente fissurado (GENARO et al., 2017; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

Tratamento Ortodôntico na Fissura Labiopalatina

O paciente com fissura labiopalatina frequentemente apresenta maloclusões complexas, decorrentes de alterações no crescimento ósseo, musculatura perioral e erupção dentária. O tratamento ortodôntico desempenha um papel essencial na reabilitação funcional e estética, sendo planejado em diferentes fases do desenvolvimento do paciente (FREITAS et al., 2012; KOGA et al., 2021).

Principais Maloclusões Associadas à Fissura Labiopalatina

Os pacientes fissurados apresentam padrões específicos de maloclusão, sendo as mais comuns:

1. Mordida cruzada anterior e posterior – Ocorre devido ao desenvolvimento deficiente da maxila, frequentemente hipoplásica, levando a uma relação de Classe III esquelética (MARCHIORI et al., 2014).
2. Deficiência maxilar (hipoplasia maxilar) – A fissura pode comprometer o crescimento transversal e anteroposterior da maxila, resultando em uma discrepância maxilomandibular significativa (FARIA et al., 2020).
3. Apinhamento dentário – Comumente ocorre na região do incisivo lateral, que pode estar ausente, supranumerário ou malposicionado. O arco dentário tende a ser estreito, favorecendo o apinhamento (KOGA et al., 2021).
4. Prognatismo mandibular – Em muitos casos, o crescimento deficiente da maxila em relação à mandíbula leva a uma aparência prognática, o que pode demandar intervenções ortodônticas e cirúrgicas combinadas (RODRIGUES et al., 2022).
5. Rotação e inclinação dos dentes próximos à fissura – Os dentes próximos à linha da fissura, especialmente incisivos e caninos, frequentemente apresentam rotações e inclinações inadequadas devido à falta de suporte ósseo e muscular na região (TRINDADE et al., 2009).

Causas das Discrepâncias Oclusais

As alterações dentoesqueléticas observadas nos pacientes fissurados resultam de diversos fatores, como:

- Déficit no crescimento maxilar – A cicatrização das cirurgias primárias pode comprometer o crescimento da maxila, principalmente em extensão anteroposterior e transversal (FREITAS et al., 2012).
- Falta de suporte ósseo na região da fissura – A ausência de uma base óssea contínua interfere na erupção dentária e na estabilidade dos dentes adjacentes (FERREIRA et al., 2020).
- Alterações musculares e funcionais – A musculatura perioral e palatina pode apresentar desbalanço funcional, afetando a mordida e o desenvolvimento da arcada (CARDOSO et al., 2017).
- Erupção dentária irregular – Ocorre principalmente na região da fissura, podendo levar à ausência ou deslocamento dos dentes (FARIA et al., 2020).

Melhor fase para o Tratamento Ortodôntico

O tratamento ortodôntico no paciente fissurado é realizado em fases, de acordo com o crescimento e desenvolvimento da oclusão (KOGA et al., 2021; FREITAS et al., 2012):

1. Fase Interceptativa (Dentição Decídua e Mista, 5-9 anos)

- Objetivo: Expansão maxilar para corrigir mordida cruzada e melhorar a largura do arco antes do enxerto ósseo secundário.
- Procedimentos: Arcos para expansão, como o Arco Utilidade ou o Mulligan, uso de expansores palatinos (disjuntores) ou placas removíveis.
- Justificativa: O crescimento ósseo ainda é favorável para correção ortopédica, evitando agravamento das discrepâncias esqueléticas.

2. Fase Pré-Enxerto Ósseo (7-12 anos)

- Objetivo: Criar espaço adequado para a erupção dos dentes permanentes próximos à fissura.
- Procedimentos: Uso de expansores, alinhadores ou aparelhos fixos parciais para movimentação dentária.

- Justificativa: Ocorre antes do enxerto ósseo alveolar, garantindo um melhor suporte para os dentes que irão erupcionar na área enxertada.

3. Fase Pós-Enxerto Ósseo (9-14 anos)

- Objetivo: Alinhar os dentes próximos à fissura e estabilizar a arcada.
- Procedimentos: Aparelho fixo convencional para fechamento de espaços, retração ou avanço dentário.
- Justificativa: Após o enxerto ósseo, há maior estabilidade para a movimentação ortodôntica e fechamento de espaços.

4. Fase Pré-Cirúrgica (16-18 anos, final do crescimento ósseo)

- Objetivo: Preparar a maxila e a mandíbula para uma possível cirurgia ortognática, alinhando as arcadas e corrigindo a mordida.
- Procedimentos: Aparelho fixo com mecânica ortodôntica para nivelamento e preparo cirúrgico.
- Justificativa: Nesta fase, a discrepância esquelética já está estabilizada, sendo possível definir a necessidade de cirurgia ortognática.

5. Fase Pós-Cirúrgica e de Finalização Ortodôntica (após 18 anos)

- Objetivo: Refinar a oclusão e melhorar a estética dental.
- Procedimentos: Ajustes ortodônticos finais, contenção ortodôntica para estabilidade dos resultados.
- Justificativa: Garante estabilidade da mordida após cirurgia ortognática e otimiza a estética e função mastigatória.

Diante da complexidade das alterações dento-esqueléticas presentes nos pacientes com fissura labiopalatina, a ortodontia torna-se um pilar fundamental para o sucesso da reabilitação integral. Ao atuar desde os primeiros anos de vida até a fase adulta, o ortodontista contribui de forma decisiva para a correção das maloclusões, alinhamento dentário, preparação para cirurgias corretivas e, por fim, para a recuperação funcional e estética da oclusão. Quando integrada a uma equipe multidisciplinar, essa atuação se torna ainda mais eficaz, permitindo a elaboração de planos de tratamento individualizados e coordenados com outras especialidades, como cirurgia, fonoaudiologia e prótese. Essa abordagem integrada visa não apenas a reabilitação morfofuncional, mas também a reinserção social e melhora da autoestima do paciente fissurado, promovendo qualidade

de vida e inclusão plena (FARAH et al., 2023; CARDOSO et al., 2017; TRINDADE et al., 2009).

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina, com ênfase nas intervenções ortodônticas ao longo das diferentes fases do desenvolvimento, suas particularidades e contribuições dentro de uma abordagem multidisciplinar.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa, cujo objetivo é reunir e analisar estudos científicos que abordam o tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina, considerando suas diferentes fases e condutas clínicas. A pesquisa foi realizada nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (US National Library of Medicine), utilizando os seguintes descritores: “fissura labiopalatina”, “tratamento ortodôntico”, “ortodontia”, “multidisciplinaridade” e “qualidade de vida” e seus correspondentes em inglês: “cleft lip and palate”, “orthodontic treatment”, “orthodontics”, “multidisciplinarity” e “quality of life”.

Foram incluídos artigos publicados nos últimos 15 anos (entre 2010 e 2024), disponíveis em texto completo, nos idiomas português e inglês, que apresentassem relação direta com o tema proposto. Foram excluídos artigos duplicados e estudos que não abordassem especificamente o papel da ortodontia no tratamento de pacientes fissurados.

A seleção dos artigos foi feita inicialmente por meio da leitura dos títulos e resumos. Em seguida, os textos completos dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram analisados de forma crítica, buscando identificar as principais estratégias ortodônticas empregadas, a cronologia do tratamento ao longo do crescimento do paciente, os objetivos clínicos em cada fase e os resultados descritos na literatura.

Revisão de Literatura.

Aspectos gerais das fissuras labiopalatinas

As fissuras labiopalatinas são as malformações congênitas craniofaciais mais comuns, decorrentes da falha de fusão dos processos embrionários durante o desenvolvimento intrauterino, entre a 4^a e a 12^a semana de gestação. Essas malformações podem comprometer o lábio, o palato ou ambos, e são classificadas como completas ou incompletas, unilaterais ou bilaterais, dependendo da extensão e do lado afetado (SPINELLI; SANTIAGO; SANTANA, 2019).

A etiologia dessas fissuras é multifatorial, envolvendo uma combinação de predisposição genética e fatores ambientais. Entre os fatores ambientais mais relacionados estão o uso de medicamentos durante a gestação, carência de ácido fólico, consumo de álcool e tabagismo materno, além de exposição a agentes infecciosos e tóxicos (TRINDADE; SILVA FILHO, 2009). A prevalência varia de acordo com a população estudada, sendo estimada em aproximadamente 1 a cada 650 nascimentos vivos no Brasil, com maior incidência em indivíduos do sexo masculino e em fissuras do tipo transforame incisivo (SPINELLI; SANTIAGO; SANTANA, 2019).

As fissuras labiopalatinas trazem comprometimentos importantes para funções básicas do organismo, especialmente em recém-nascidos e crianças. A ausência da continuidade anatômica do palato dificulta a alimentação, tornando a sucção ineficaz e favorecendo episódios de regurgitação nasal. Com o crescimento, surgem alterações na fala, respiração e audição, além de dificuldades na erupção dentária e no desenvolvimento da maxila (FERREIRA et al., 2007). O impacto estético também é relevante, já que as alterações na anatomia facial afetam diretamente o sorriso, a simetria do rosto e, conseqüentemente, a autoestima do paciente.

O manejo desses casos exige um acompanhamento a longo prazo e a atuação de uma equipe multiprofissional. A ortodontia, dentro desse contexto, representa uma especialidade essencial, sendo responsável por promover o desenvolvimento adequado das arcadas dentárias, corrigir a relação entre as bases ósseas e preparar o paciente para cirurgias reparadoras, como o enxerto ósseo alveolar. Além disso, o ortodontista tem papel decisivo na fase de finalização do tratamento, visando restabelecer a estética do sorriso e a função mastigatória (SILVA FILHO et al., 2011).

Portanto, compreender os aspectos gerais das fissuras labiopalatinas é fundamental para reconhecer a complexidade do caso e a importância do tratamento ortodôntico ao longo da vida do paciente. A atuação precoce, planejada e integrada contribui diretamente para a melhora da qualidade de vida e para a inclusão social desses indivíduos.

Desenvolvimento craniofacial e dentário em pacientes fissurados

O desenvolvimento craniofacial em pacientes com fissura labiopalatina é significativamente alterado devido à descontinuidade anatômica causada pela malformação congênita. Essas alterações afetam diretamente o crescimento da maxila, a erupção dentária e a relação entre as bases ósseas da face, comprometendo tanto a função quanto a estética facial.

A maxila dos indivíduos fissurados geralmente apresenta hipoplasia, especialmente na região anterior, o que se deve à ausência de continuidade óssea e à formação de cicatrizes pós-cirúrgicas, que restringem o crescimento transversal e anteroposterior da estrutura. Além disso, o colapso do arco maxilar é uma característica frequente, principalmente nos casos de fissura bilateral completa, levando a discrepâncias esqueléticas e a uma má oclusão de difícil correção (SILVA FILHO et al., 2011).

Do ponto de vista dentário, os pacientes apresentam uma série de anomalias associadas à fissura, como agenesias dentárias — especialmente dos incisivos laterais superiores —, dentes supranumerários, erupção ectópica e rotação dentária. Essas alterações são mais frequentes na região próxima à linha da fissura, onde o processo de formação dentária é diretamente impactado pela ausência de tecido ósseo e pela influência cirúrgica precoce (FERREIRA et al., 2007).

Além disso, é comum observar atraso na erupção de dentes permanentes na região da fissura, bem como alterações na inclinação axial dos dentes adjacentes ao defeito. Esses fatores tornam o planejamento ortodôntico mais desafiador, exigindo acompanhamento desde a dentição decídua e intervenções cuidadosamente coordenadas com as demais etapas do tratamento (OLIVEIRA; LOPES; TRINDADE, 2013).

Outra característica comum nesses pacientes é a presença de mordida cruzada posterior, decorrente da deficiência transversal da maxila. Essa condição, quando não tratada precocemente, pode levar a desvios mandibulares funcionais e assimetria facial progressiva. A má oclusão de Classe III também é frequentemente observada, resultado da deficiência maxilar em contraposição ao crescimento mandibular normal ou excessivo (RODRIGUES et al., 2014).

Portanto, compreender o padrão de crescimento craniofacial e dentário dos pacientes com fissura labiopalatina é fundamental para o sucesso do tratamento ortodôntico. A análise individualizada do caso permite identificar o momento mais adequado para cada intervenção, respeitando as fases de desenvolvimento ósseo e dentário, e promovendo resultados mais estáveis e eficazes a longo prazo.

Objetivos e fases do tratamento ortodôntico

O tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina é complexo, prolongado e dividido em diversas fases, que acompanham o crescimento craniofacial e as necessidades específicas de cada etapa da vida. A ortodontia tem como principais objetivos: alinhar e nivelar os dentes, expandir e posicionar corretamente os segmentos maxilares, preparar o arco dentário para o enxerto ósseo alveolar, corrigir a oclusão, harmonizar a relação entre as bases ósseas e, por fim, contribuir com a estética do sorriso e a função mastigatória (SILVA FILHO et al., 2011).

A atuação ortodôntica se inicia, idealmente, nos primeiros anos de vida, sendo adaptada de acordo com a cronologia do crescimento e o calendário cirúrgico do paciente. De forma geral, o tratamento ortodôntico pode ser dividido em quatro grandes fases: ortodontia preventiva/interceptativa, ortodontia pré-enxerto ósseo alveolar, ortodontia corretiva e finalização.

a) Ortodontia preventiva/interceptativa

Essa fase ocorre entre os 4 e 7 anos de idade, geralmente durante a dentição decídua ou mista inicial. O principal objetivo é promover a orientação do crescimento maxilar e minimizar a severidade das alterações oclusais. Nesta fase, são utilizados aparelhos ortopédicos funcionais, placas removíveis, ou aparelho fixo com arcos que

auxiliam na expansão do arco dentário superior e no alinhamento inicial dos segmentos maxilares (SOUZA et al., 2014).

A expansão maxilar precoce, mesmo antes do enxerto alveolar, pode melhorar a função respiratória e facilitar a higienização. Além disso, pode contribuir para o fechamento da fissura alveolar com menor tensão cirúrgica futuramente, proporcionando melhores resultados estéticos e funcionais (SILVA FILHO et al., 2007).

b) Ortodontia pré-enxerto ósseo alveolar

Por volta dos 8 a 10 anos, quando ocorre a erupção dos incisivos centrais e está prestes a ocorrer a dos caninos, o ortodontista entra com o preparo da arcada superior para o enxerto ósseo alveolar. Nessa fase, o objetivo principal é alinhar os segmentos maxilares e criar espaço adequado na região da fissura, facilitando o acesso cirúrgico e a integração do enxerto ósseo (TRINDADE et al., 2009).

A expansão da maxila, feita por meio de uma aparelhagem fixa com arcos expansores ou por disjuntores palatinos fixos, é frequentemente indicada antes do enxerto. A estabilização da arcada após a expansão deve ser garantida antes da intervenção cirúrgica. Após o enxerto, o acompanhamento ortodôntico é mantido até a completa integração do osso e erupção dos dentes adjacentes ao defeito (OLIVEIRA; LOPES; TRINDADE, 2013).

c) Ortodontia corretiva

Essa etapa ocorre na adolescência, geralmente após o enxerto e com o paciente em dentição permanente. Aqui são utilizados aparelhos ortodônticos fixos convencionais, com bráquetes e arcos para alinhamento, nivelamento e correção de maloclusões dentárias e esqueléticas. Em casos de discrepâncias esqueléticas importantes, como a má oclusão de Classe III com deficiência maxilar severa, pode ser necessário o preparo ortodôntico para uma cirurgia ortognática futura (RODRIGUES et al., 2014).

A ortodontia corretiva visa não apenas a oclusão funcional, mas também a melhora da estética dentária e facial, sendo uma das etapas mais longas do tratamento.

d) Finalização e contenção

Após a correção das maloclusões e da estabilização dos dentes, o tratamento entra na fase de finalização e contenção. Nessa etapa, busca-se alcançar o máximo de harmonia estética, estabilidade funcional e oclusão eficiente. O uso de contenções fixas ou removíveis é essencial para manter os resultados obtidos, visto que a tendência à recidiva pode ser acentuada nesses pacientes devido às alterações anatômicas pré-existentes (FERREIRA et al., 2007).

O sucesso do tratamento ortodôntico depende da colaboração do paciente e do seguimento rigoroso do plano terapêutico, além de uma integração adequada com outras especialidades, como cirurgia bucomaxilofacial, prótese, fonoaudiologia e psicologia, especialmente nas fases de transição do tratamento.

Conduitas clínicas e tipos de movimentações ortodônticas

O planejamento ortodôntico de pacientes com fissura labiopalatina deve considerar as particularidades anatômicas e funcionais de cada caso, bem como o cronograma cirúrgico, o estágio de desenvolvimento dentário e o padrão de crescimento craniofacial. Ao longo do tratamento, diferentes tipos de movimentações ortodônticas são indicadas com objetivos específicos, que evoluem conforme o paciente se desenvolve.

Na fase precoce, durante a dentição decídua ou mista inicial, a atuação ortodôntica tem caráter preventivo e interceptativo. As movimentações mais comuns nessa etapa são as expansões transversais da maxila para correção do colapso do arco superior e da mordida cruzada posterior, além de pequenos alinhamentos dentários que visam favorecer a erupção adequada dos dentes permanentes (SILVA FILHO et al., 2011). Também pode ser indicada a correção de desvios mandibulares funcionais por meio de ajustes no posicionamento maxilar, mandibular ou em ambos.

Com a aproximação do período do enxerto ósseo alveolar, geralmente entre os 8 e 11 anos de idade, a movimentação ortodôntica passa a focar no alinhamento e paralelização dos dentes adjacentes à fissura, além da criação ou manutenção do espaço na região do defeito alveolar. Essas movimentações são fundamentais para garantir o sucesso do enxerto ósseo secundário, possibilitando o suporte adequado à erupção dos

dentes permanentes na área da fissura (TRINDADE et al., 2009). Nessa fase, o controle do torque e da inclinação dos dentes é essencial para evitar sobrecargas no tecido ósseo enxertado.

Após a consolidação do enxerto alveolar e o estabelecimento da dentição permanente, o tratamento entra na fase corretiva, na qual se realizam movimentações tridimensionais complexas, com foco na obtenção de alinhamento e nivelamento dentário, fechamento de espaços, correção de rotações e torque, além da coordenação entre as arcadas. Nessas movimentações, é importante considerar as alterações anatômicas pré-existentes, como áreas de deficiência óssea, agenesias ou dentes supranumerários, que podem impactar a biomecânica do tratamento (RODRIGUES et al., 2014).

Em pacientes com discrepâncias esqueléticas acentuadas, como a má oclusão de Classe III, podem ser necessárias movimentações ortodônticas preparatórias para cirurgia ortognática, com foco na descompensação dentária e no alinhamento das bases ósseas. Nesses casos, a ortodontia atua de forma colaborativa com a cirurgia bucomaxilofacial para restabelecer a harmonia funcional e estética da face (FERREIRA et al., 2007).

Na fase final, as movimentações de refinamento incluem ajustes oclusais, melhoria da intercuspidação, correção de contatos prematuros e polimento estético do sorriso. A fase de contenção também é crítica nesse tipo de tratamento, considerando a tendência à recidiva decorrente da instabilidade óssea e dentária associada à fissura labiopalatina. Por isso, o acompanhamento a longo prazo é indispensável (SOUZA et al., 2014).

Portanto, a escolha das movimentações ortodônticas deve respeitar as limitações anatômicas do paciente, priorizando a estabilidade funcional e a estética, sempre em sintonia com as demais especialidades envolvidas.

Resultados esperados e limitações do tratamento ortodôntico

O tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina visa restaurar a funcionalidade do sistema estomatognático, melhorar a estética dentofacial e proporcionar qualidade de vida ao paciente. Quando bem conduzido, espera-se como resultado o alinhamento e nivelamento dentário adequado, harmonia entre as bases ósseas maxilar e mandibular, correção das maloclusões e estabilidade oclusal funcional (SILVA FILHO et al., 2011). Além disso, o tratamento ortodôntico é fundamental para preparar o paciente

para etapas cirúrgicas, como o enxerto ósseo alveolar e, eventualmente, a cirurgia ortognática, além de facilitar futuras reabilitações protéticas e estéticas.

Outro resultado relevante do tratamento ortodôntico é a melhora da autoestima do paciente, já que o restabelecimento da estética do sorriso e da função mastigatória impacta diretamente na forma como ele se relaciona socialmente. Esse benefício psicossocial é particularmente importante em indivíduos com fissuras, que muitas vezes enfrentam estigmas sociais e limitações na comunicação desde a infância (FERREIRA et al., 2007).

No entanto, apesar dos avanços na ortodontia e da abordagem multidisciplinar, o tratamento desses pacientes apresenta diversas limitações. Dentre elas, destaca-se a presença de alterações anatômicas decorrentes da fissura, como deficiência óssea na região alveolar, anquiloses dentárias, agenesias, dentes supranumerários, rotação e mal posicionamento de dentes adjacentes à fissura, que dificultam as movimentações ortodônticas convencionais e aumentam o risco de reabsorção radicular (TRINDADE et al., 2009).

Além disso, a deficiência de crescimento da maxila é uma limitação frequente, especialmente nos casos de fissura transforame incisivo completa bilateral. O crescimento deficiente da maxila, somado às cicatrizes cirúrgicas, pode resultar em má oclusão de Classe III esquelética, exigindo, em muitos casos, tratamento ortodôntico-cirúrgico (RODRIGUES et al., 2014). Nesses casos, a ortodontia isoladamente não é capaz de corrigir totalmente a discrepância entre as bases ósseas vistas no perfil facial do paciente, sendo necessário o envolvimento da cirurgia ortognática para reposicionamento maxilomandibular e melhora do perfil estético.

Outro desafio enfrentado é o longo tempo de tratamento, muitas vezes superior ao de pacientes não fissurados. A necessidade de intervenções em diferentes fases do crescimento e o acompanhamento até a idade adulta requerem um comprometimento contínuo do paciente e da equipe multiprofissional (SOUZA et al., 2014). A falta de aderência ao tratamento ou o abandono durante o processo pode comprometer os resultados finais.

Por fim, mesmo com todos os esforços clínicos, é importante reconhecer que o tratamento ortodôntico nesses casos muitas vezes não alcança os mesmos padrões estéticos e funcionais de pacientes sem fissura. Isso não representa falha terapêutica, mas sim uma consequência das limitações anatômicas e biológicas impostas pela condição (FERREIRA et al., 2007).

Assim, o sucesso do tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina depende de um planejamento cuidadoso, conhecimento das particularidades desse grupo de pacientes e atuação em conjunto com outras especialidades. A expectativa deve ser realista, e os objetivos terapêuticos precisam considerar não apenas os aspectos técnicos, mas também as possibilidades e limitações individuais de cada caso.

Discussão

A análise da literatura demonstra que o tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina é fundamental para a reabilitação funcional e estética desses indivíduos, porém apresenta especificidades que o diferenciam significativamente da ortodontia convencional. A presença da fissura altera a morfologia da maxila, afeta o desenvolvimento craniofacial e impõe desafios biomecânicos à movimentação dentária (SILVA FILHO et al., 2011).

Diversos estudos apontam que a ortodontia não atua isoladamente, mas como uma especialidade-chave dentro de um plano terapêutico que se estende por vários anos. No entanto, mesmo quando isolada das demais áreas para fins de estudo, como nesta revisão, percebe-se que sua contribuição é decisiva para o sucesso das intervenções cirúrgicas — especialmente o enxerto alveolar, que depende diretamente da movimentação ortodôntica prévia para garantir espaço e posicionamento adequado dos dentes vizinhos (TRINDADE et al., 2009).

Além disso, a literatura destaca que as limitações anatômicas impostas pela fissura, como a deficiência óssea e as alterações de erupção, exigem um planejamento extremamente individualizado. O ortodontista deve adaptar sua conduta clínica de acordo com a resposta biológica do paciente, frequentemente enfrentando dificuldades como anquilose, agenesias, dentes impactados e resposta óssea comprometida à movimentação (RODRIGUES et al., 2014).

Outro ponto amplamente discutido nos artigos revisados refere-se à tendência à má oclusão Classe III em pacientes fissurados, especialmente aqueles com fissura bilateral. Nessas situações, muitos autores defendem a importância do diagnóstico precoce para decidir a melhor conduta: se compensatória ou cirúrgica, considerando que, mesmo com controle ortodôntico, o crescimento da maxila pode ser insuficiente, exigindo correções ortocirúrgicas na fase adulta (FERREIRA et al., 2007).

Por fim, embora o tratamento ortodôntico nesses pacientes possa apresentar um curso mais longo e tecnicamente exigente, os benefícios obtidos — tanto em termos funcionais quanto psicossociais — são amplamente relatados. A melhora na fala, na

mastigação, no posicionamento dentário e na estética do sorriso contribui significativamente para a reinserção do indivíduo na sociedade (SOUZA et al., 2014).

Esses achados reforçam a necessidade de um olhar atento e especializado por parte do ortodontista, que deve dominar não apenas as técnicas biomecânicas, mas também compreender as particularidades clínicas e emocionais do paciente com fissura labiopalatina. Essa compreensão é essencial para guiar um tratamento efetivo e humanizado.

Considerações finais

O tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina representa um desafio complexo e multifatorial na prática clínica. A presença de alterações anatômicas, funcionais e estéticas decorrentes da fissura exige um planejamento criterioso e individualizado, respeitando as fases de crescimento e desenvolvimento do paciente, bem como as intervenções cirúrgicas que compõem a linha do tempo terapêutica.

A atuação ortodôntica, quando bem conduzida, é capaz de promover a expansão transversal da maxila, o alinhamento e nivelamento dentário, a correção das maloclusões, além de preparar o paciente para enxertos ósseos e possíveis reabilitações estéticas e funcionais. Esses avanços não apenas restauram aspectos biológicos, como também contribuem significativamente para a melhoria da autoestima, comunicação e integração social dos pacientes.

Apesar dos inúmeros benefícios, é fundamental reconhecer as limitações do tratamento ortodôntico nessa população, como o risco aumentado de reabsorções radiculares, a instabilidade das movimentações em áreas com deficiência óssea, a má resposta esquelética da maxila e o tempo prolongado de tratamento. Ainda assim, os resultados podem ser altamente positivos quando o ortodontista atua de forma integrada com outras especialidades e mantém um acompanhamento contínuo ao longo da vida do paciente.

Portanto, a ortodontia ocupa um papel central na reabilitação dos pacientes com fissura labiopalatina, sendo essencial para devolver função, estética e dignidade a esses indivíduos. O sucesso do tratamento depende não apenas de habilidades técnicas, mas também da sensibilidade do profissional para entender a complexidade biopsicossocial envolvida nesse processo.

Referências

1. ANTUNES, C. L. et al. *Planejamento ortodôntico para pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: revisão de literatura*. Journal of Health Sciences, v. 16, n. 3, 2014. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/465>. Acesso em: 6 abr. 2025.
2. ARCILA, L. V. C. et al. *Atuação multidisciplinar em paciente com fissura lábio palatina: tratamento estético-funcional e dento-facial de mais de duas décadas*. Revista de Odontologia da UNESP, v. 51, n. Especial, 2022. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/64498a3fa95395700d027a33>. Acesso em: 6 abr. 2025.
3. BARRETO, L. S. et al. *Cirurgia ortognática em paciente com fissura labiopalatina: relato de caso*. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 16, n. 1, p. 110–115, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/17366>. Acesso em: 6 abr. 2025.
4. CARDOSO, M. A.; MACHADO, M. A. A. M.; MARCHIORI, E. C. C. *Considerações ortodônticas no tratamento de pacientes com fissura labiopalatina*. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v. 22, n. 5, p. 103-112, 2017.
5. DE ANDRADE LIMA, E. P. et al. *A ortodontia na atenção multidisciplinar na saúde do paciente: uma revisão da literatura*. Biblioteca Brasileira de Odontologia, 2015.
6. FARIA, J. P. et al. *Abordagem ortodôntica em pacientes com fissura labiopalatina: uma revisão de literatura*. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 1-6, 2020.
7. FARAH, A. V. et al. *Reabilitação interdisciplinar de pacientes com fissura labiopalatina: foco na ortodontia*. Dental Press Journal of Orthodontics, Maringá, v. 28, n. 1, p. 1-10, 2023.
8. FERREIRA, J. T. M. et al. *Crescimento craniofacial e alterações maxilares em pacientes com fissura labiopalatina*. Journal of Applied Oral Science, Bauru, v. 28, p. e20200211, 2020.
9. FERREIRA, R. M. et al. *Ortodontia nas fissuras labiopalatinas: uma revisão da literatura*. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v. 12, n. 5, p. 124-157, set./out. 2007.
10. FREITAS, J. A. S. et al. *Protocolos de tratamento das fissuras labiopalatinas: experiência do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP (HRAC-USP) – Parte 4: Ortodontia*. Journal of Applied Oral Science, Bauru, v. 20, n. 2, p. 268-281, 2012.
11. KOGA, C. I. S. et al. *Ortodontia nas fissuras labiopalatinas: fases, objetivos e intervenções*. Revista Clínica de Ortodontia Dental Press, Maringá, v. 20, n. 2, p. 78-85, 2021.

12. MARCHIORI, E. C. C. et al. *Tratamento ortodôntico em pacientes com fissura labiopalatina: relato de caso*. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, Lins, v. 24, n. 1, p. 50-55, 2014.
13. MORETTO, M. J. et al. *Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato*. Journal of Multidisciplinary Dentistry, v. 10, n. 1, p. 3–8, 2020. Disponível em: <https://jmdentistry.com/jmd/article/view/23>. Acesso em: 6 abr. 2025.
14. OLIVEIRA, L. C.; LOPES, L. F.; TRINDADE, I. K. *Anomalias dentárias associadas às fissuras labiopalatinas*. Revista CEFAC, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 1224-1232, 2013.
15. RODRIGUES, A. F. et al. *Características craniofaciais de indivíduos com fissura labiopalatina*. Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 75-82, 2014.
16. RODRIGUES, K. M. et al. *Avaliação ortodôntica e cirúrgica em pacientes com fissuras labiopalatinas*. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 51, n. 4, p. 1-7, 2022.
17. SILVA FILHO, O. G. et al. *Expansão maxilar em pacientes com fissura labiopalatina: protocolo de intervenção ortodôntica*. Revista de Ortodontia da FUNORTE, Montes Claros, v. 2, n. 1, p. 34-40, 2007.
18. SILVA FILHO, O. G. et al. *Tratamento ortodôntico nas fissuras labiopalatinas*. In: FERREIRA, L. M. (org.). *Fissuras labiopalatinas*. São Paulo: Santos, 2011. p. 203–225.
19. SOUZA, M. M. G. et al. *Abordagem ortodôntica precoce em pacientes com fissuras labiopalatinas: relato de caso*. Revista da Faculdade de Odontologia – UPF, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 241-247, 2014.
20. SPINELLI, C. P.; SANTIAGO, L. B.; SANTANA, A. M. *Prevalência de fissuras labiopalatinas: revisão sistemática*. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 23, n. 3, p. e317-e325, 2019.
21. TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. *Fissuras labiopalatinas: diagnóstico, tratamento e atuação fonoaudiológica*. Revista CEFAC, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 135-142, jan./mar. 2009.
22. TRINDADE, I. K. et al. *Aspectos ortodônticos no tratamento das fissuras labiopalatinas*. Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial, Maringá, v. 14, n. 5, p. 45-54, 2009.
23. TRINDADE, I. K. et al. *Ortodontia e enxerto ósseo alveolar em pacientes com fissura labiopalatina*. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 335-340, 2009.
24. TUJI, F. M. et al. *Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras lábio e/ou em hospital de atendimento público*. LILACS, 2009.