



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Fenda Labial e Palatina

Revisão da casuística do serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Isabela Maria Brandão de Amorim Alves da Cunha

JULHO'2018



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Fenda Labial e Palatina

Revisão da casuística do serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Isabela Maria Brandão de Amorim Alves da Cunha

Orientado por:

Dr. Eduardo Miguel Craveiro Matos

JULHO'2018

RESUMO

Introdução: A fenda labial e/ou palatina é a mais frequente das anomalias craniofaciais congénitas, afecta o terço médio da face e manifesta-se por alterações funcionais e estéticas. O Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva (CPR) do Hospital de Santa Maria/ Centro Hospitalar de Lisboa Norte (HSM/CHLN) é uma referência na correcção cirúrgica desta patologia, porém não existe até ao presente um estudo relativo à população tratada neste hospital. O objectivo deste trabalho é realizar uma análise retrospectiva da casuística referente à realização de cirurgias correctivas de fenda labial e/ou palatina, à avaliação global das características dos utentes operados e ao estudo das diferentes técnicas cirúrgicas e das complicações decorrentes das mesmas, nos últimos 20 anos.

Material e Métodos: Este é um estudo clínico retrospectivo e descritivo da casuística dos doentes admitidos e submetidos a uma, ou mais, intervenções cirúrgicas por fenda labial e/ou palatina, no Serviço de CPR do HSM/CHLN, no período compreendido ente 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 2017. Foram analisados os dados relativos a 361 indivíduos, sendo a amostra final, após exclusões, constituída por 212 participantes. As variáveis analisadas foram: ano da realização da primeira cirurgia no HSM/CHLN, género, idade, tipo de fenda oro-facial, número de cirurgias, tipo de cirurgia e complicações.

Resultados: Observou-se que a prevalência era superior no sexo masculino, sendo a generalidade dos participantes submetida a intervenção primária antes dos 12 meses. A malformação mais frequentemente registada foi a fenda lábio-palatina, sendo esta completa na maior parte dos casos. O lado esquerdo foi descrito como o mais afectado. As fendas labiais e lábio-palatinas apresentaram-se em maior proporção no sexo masculino, sendo as palatinas mais comuns no sexo feminino. As técnicas empregues na correcção cirúrgica destas malformações dependem do tipo de fenda e variaram ao longo do tempo.

Conclusões: A fenda labial e/ou palatina trata-se de uma condição clínica de elevada complexidade, associada a uma percentagem considerável de complicações. A casuística analisada demonstra que grande parte dos resultados obtidos é, na generalidade, compatível com os resultados publicados na literatura.

Palavras-chave: fenda lábio-palatina, fenda labial, fenda palatina, cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and/or cleft palate is the most frequent craniofacial abnormality, affects the middle third of the face and manifests itself through functional and aesthetics defects. The Plastic and Reconstructive Surgery (CPR) department of Santa Maria's Hospital/ North Lisbon Hospital Centre (HSM/CHLN) is a reference in the surgical correction of this pathology, however there are no studies regarding the affected population, so far, in the department. The aim of this work is to analyse retrospectively the casuistry of the department, considering the corrective cleft lip and/or cleft palate surgeries, the global evaluation of the patient's characteristics, the different surgical techniques and their complications, regarding the last 20 years.

Materials and Methods: This is a retrospective and descriptive clinical study of the casuistry of the patients admitted and submitted to one or more surgical interventions for cleft lip and/or cleft palate, at the Plastic and Reconstructive Surgery department of the Santa Maria's Hospital, between January 1st, 1997, and December 31st, 2017. Data regarding 361 patients was analysed, and the final sample, after exclusions, included 212 patients. The analysed variables were: year of the first surgery performed at HSM/CHLN, gender, age, type of oral-facial cleft, type of surgery and complications.

Results: The prevalence was higher in males, and the majority of the participants was submitted to the first surgical intervention before the age of 12 months. The most frequent malformation was the cleft lip and palate, the complete cleft being registered in the majority of the cases. The left side was the most affected one. The cleft lip and the cleft lip and palate were presented in a higher proportion in males, and the cleft palate were more common in females. The techniques applied to the surgical correction of these malformations depend on the type of cleft and varied over time.

Conclusions: The cleft lip and/or cleft palate consists of a clinical condition of great complexity and is associated with a considerable percentage of complications. The analysed casuistry demonstrates that the majority of the obtained results is generally consistent with the results published in the literature.

Keywords: cleft lip and palate, cleft lip, cleft palate, surgery.

O Trabalho Final exprime a opinião da autora e não da FML.

ÍNDICE

Introdução	1
Objectivo.....	1
Revisão teórica.....	2
Embriologia.....	2
Etiologia	2
Epidemiologia.....	3
Diagnóstico	4
Classificação	5
Tratamento.....	6
Complicações	11
Material e métodos.....	13
Resultados.....	15
Discussão.....	29
Conclusão	32
Agradecimentos.....	33
Bibliografia.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E ANEXOS

Figura 1. Marcadores antropométricos do lábio	5
Figura 2. Classificação de LAHSAL.....	6
Tabela 1. Critérios de exclusão	13
Tabela 2. Caracterização da amostra quanto ao género.....	15
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo a idade à data da cirurgia primária no HSM/CHLN	15
Tabela 4. Caracterização da amostra mediante o tipo de fenda e sua completude.....	16
Tabela 5. Caracterização da amostra quanto à lateralidade da anomalia facial	17
Tabela 6. Relação da lateralidade com a completude da anomalia facial.....	17
Tabela 7. Relação do tipo de fenda com o género dos indivíduos em estudo	18
Tabela 8. Idade à data da cirurgia primária de acordo com o tipo de fenda.....	19
Tabela 9. Caracterização da amostra quanto à técnica cirúrgica adoptada para a cirurgia primária, de acordo com o tipo de fenda.....	20
Tabela 10. Técnica cirúrgica adoptada para realização da queiloplastia mediante o tipo de fenda	21
Tabela 11. Distribuição cronológica da utilização das diferentes técnicas cirúrgicas para plastia do lábio, no HSM/CHLN, durante o período do presente estudo.....	22
Tabela 12. Cronologia da cirurgia de adesão do lábio com queiloplastia subsequente.....	23
Tabela 13. Técnica cirúrgica adoptada para realização da veloplastia mediante o tipo de fenda.....	23
Tabela 14. Distribuição cronológica da utilização das diferentes técnicas cirúrgicas para plastia do lábio, no HSM/CHLN, durante o período do presente estudo.....	24
Tabela 15. Técnica cirúrgica adoptada para a realização da uranoplastia mediante o tipo de fenda	24
Tabela 16. Distribuição da amostra por anos civis relativos à primeira cirurgia de fenda labial e/ou palatina no HSM/CHLN.....	25
Tabela 17. Caracterização da amostra quanto ao número de cirurgias correctivas realizadas por indivíduo, consoante o tipo de fenda.....	26
Tabela 18. Complicações decorrentes da totalidade das intervenções cirúrgicas realizadas consoante o tipo e completude da anomalia facial.....	27
Tabela 19. Natureza das complicações registadas de acordo com o tipo de fenda.....	28
Anexo I. Folheto informativo para os pais de crianças nascidas com fenda labial e/ou palatina, elaborado pelo Serviço de CPR do HSM/CHLN (frente e verso).....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstructiva

FLP – Fenda Lábio-palatina

FL – Fenda Labial

FP – Fenda Palatina

HSM/ CHLN – Hospital de Santa Maria/ Centro Hospitalar de Lisboa Norte

“The future belongs to those who believe in the beauty of their dreams.”

Eleanor Roosevelt

DECLARAÇÃO

Declara-se que este Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa resulta da pesquisa pessoal e independente da autora e que todo o seu conteúdo é original, estando as fontes bibliográficas previamente consultadas devidamente assinaladas.

Apraz ainda referir que todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade da sua autora, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) pelos conteúdos nele apresentados.

Lisboa, Julho de 2018

Universidade de Lisboa, 6º Ano – Versão Artigo Científico - da discente Isabela Amorim Cunha, nº15918, no ano lectivo 2017/2018, apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina.

Redacção de acordo com o “Regulamento do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa”, despacho 49/2016, aprovado pelo Conselho Científico em 19 de Julho de 2016, na pessoa do Professor
Doutor Mamede Alves de Carvalho.

Este trabalho foi escrito segundo a antiga ortografia da língua portuguesa.

Introdução

A fenda labial e/ou palatina é a deformação craniofacial congénita mais frequente.(1)

A complexidade do desenvolvimento facial embrionário é responsável pelo aparecimento de inúmeras anomalias congénitas relacionadas com a face. As malformações faciais compõem um grande problema de discriminação negativa na sociedade pelas implicações estéticas, funcionais e psicológicas que acarretam aos indivíduos afectados. Enquanto a fenda labial (FL) resulta de uma fusão incompleta dos processos frontonasais e dos processos maxilares, a fenda palatina (FP) é causada por anomalias da fusão dos processos palatinos laterais entre si e com o vómer durante o desenvolvimento intra-uterino.(1)

Esta entidade nosológica pode manifestar-se de forma isolada ou em associação a síndromes. A forma síndrómica pode ser causada por alterações cromossómicas ou monogénicas.(1) Existem cerca de 70 síndromes monogénicas associadas a fenda labial e/ou palatina, nomeadamente - síndrome de Van der Woude e a de Treacher Collins. As síndromes cromossómicas incluem a síndrome velocardiofacial e as trissomias 13 e 18.(2,3)

OBJECTIVO

Com este trabalho pretendeu-se analisar retrospectivamente a casuística do Serviço de CPR, do HSM/CHLN, referente à realização de cirurgias correctivas de fenda labial e/ou palatina, à avaliação global das características dos utentes operados e ao estudo das diferentes técnicas cirúrgicas e das complicações decorrentes das mesmas, nos últimos 20 anos.

REVISÃO TEÓRICA

EMBRIOLOGIA

Embriologicamente, existem diferenças entre a FL e a FP, nomeadamente, no que respeita ao mecanismo fisiopatológico e à fase do desenvolvimento em que ocorrem. A face desenvolve-se entre a quarta e a oitava semanas de gestação, a partir de cinco proeminências: uma frontonasal, duas maxilares e duas mandibulares, que delimitam o estomódio, cavidade oral primitiva. O espessamento ectodérmico da proeminência frontonasal originará os dois placódios olfactivos.(4,5) Às seis semanas de gestação, os processos nasais medianos migram medialmente e fundem-se, formando a ponte e o septo nasal. Às sete semanas de gestação, as extremidades inferiores dos processos nasais medianos expandem-se latero-inferiormente, fundindo-se no processo intermaxilar, originando o filtro do lábio e o palato primário.(5,6) Alterações durante este processo conduzem à FL. Entre as sete e as oito semanas de gestação, duas lâminas da superfície interna das proeminências maxilares rodam de uma posição vertical para horizontal e fundem-se na linha média antero-posteriormente dando origem ao palato secundário que, por sua vez, se une ao processo palatino mediano enquanto o septo nasal cresce inferiormente. Alterações durante este processo conduzem à FP.(5,7) Além das alterações ósseas, a FP também comporta malformações a nível muscular, embriologicamente, o músculo levantador do palato e os outros músculos faríngeos são derivados do quarto arco braquial, sendo enervados pelo vago, a única exceção é o músculo tensor do véu palatino que provém do primeiro arco braquial e cuja enervação está a cargo do trigémio.(7)

ETIOLOGIA

Apesar de ainda não estar totalmente esclarecida, acredita-se que a etiologia da fenda labial e/ou palatina é determinada tanto por factores teratogénicos como por factores genéticos.

A exposição intra-uterina a antiepilépticos, topiramato, ácido retinóico, tabaco, álcool e, potencialmente, amoxicilina, bem como, diabetes materna, obesidade materna, ocorrência de eventos que acarretem *stress*, baixos níveis de zinco e a presença de febre

durante a gravidez, são sugeridos como factores ambientais implicados na sua etiologia. A suplementação com ácido fólico, durante a gestação, é considerada um factor protector.(1,8)

O risco de recorrência familiar de fenda labial e/ou palatina é 28-40 vezes superior ao da população geral. Foram identificados diversos genes associados à forma não sindrómica, nomeadamente BMP4 (*Bone morphogenetic protein 4*), BMP2 (*Bone morphogenetic protein2*), FGFR1 (*Fibroblast growth factor receptor 1*), MSX1 (*Msh homebox 1*), FGF8 (*Fibroblast growth factor 8*), TGF- β (*Transforming growth factor beta*), IRF6 (*Interferon regulatory factor 6*), TGF- α (*Transforming growth factor alfa*), MTHFR (*Methylenetetrahydrofolate reductase*), TBX22 (*T-box transcription factor*), RAR- α (*Retinoic acid receptor alfa*).(9,10)

EPIDEMIOLOGIA

As tendências actuais sugerem que a incidência estimada é um a cada 700 nascimentos variando com a origem geográfica, raça e etnia, exposição ambiental e *status* socioeconómico. A distribuição por raça demonstra uma incidência mais elevada em asiáticos, seguindo-se os caucasianos, sendo mais baixa na raça negra. A raça foi a única variável demográfica associada a fenda labial e/ou palatina.(1,2)

Nos Estados Unidos da América, 5.9 em cada 10 000 nados vivos apresentam FP, 5.6 apresentam fenda lábio-palatina (FLP) e 3.1 apresentam FL.(2) Em Portugal, de acordo com o Registo Nacional de Anomalias Congénitas da Unidade de Observação e Monitorização de Saúde do Departamento de Epidemiologia do Instituto Ricardo Jorge, a prevalência de anomalias congénitas do grupo da fenda labial e/ou palatina a cada 10 000 nascimentos, entre 2011-2013, era 3.4 para FP, 1.8 para FLP e um para FL, sendo que, a prevalência de fenda labial e/ou palatina não associada a anomalias cromossómicas era 5.5. (11)

DIAGNÓSTICO

Os diferentes tipos de fenda podem afectar de forma distinta a anatomia da face, com maior atingimento do terço médio. Além das alterações funcionais e estéticas, também a alimentação, a audição, a respiração e a fonação podem ser afectadas.

As diferentes formas clínicas envolvem estruturas distintas, nomeadamente o lábio, nariz, palato duro, palato mole e rebordo alveolar.

O diagnóstico pré-natal desta condição é fundamental para a orientação dos pais, bem como para o encaminhamento para centros especializados. A ecografia pré-natal permite avaliar a severidade da deformidade através da amplitude do espaço entre fragmentos. A FL pode ser diagnosticada a partir da décima semana de gestação com recurso a ecografia. Na presença de fenda labial e/ou palatina é importante a referenciação para estudo genético, no sentido de despistar síndromes associadas.(12) Em Portugal, está preconizada a realização da ecografia do primeiro trimestre entre as 11-13 semanas de gestação.(13) A realidade nacional estimada é de 52.8% dos casos com diagnóstico pré-natal, 43.6% com diagnóstico ao nascimento, 3.1% diagnosticados até uma semana após o nascimento e 0.6% diagnosticados entre a primeira e a quarta semana de vida.(11) Presentemente, com a utilização de ecografia tridimensional, a detecção desta condição é mais precoce derivado da melhor visualização do lábio no exame de imagem.

Todas as fendas são distintas entre si, deste modo, alterações dos tecidos moles, cartilagem e osso são difíceis de avaliar de forma exacta. De forma a efectuar uma avaliação quantitativa, além da qualitativa que é feita pelo cirurgião aquando do seu exame objectivo, podem tirar-se medidas do lábio usando marcadores antropométricos (Figura 1) e através de uma tomografia computadorizada são visíveis as alterações ósseas da maxila e alvéolos.(7)

processo alveolar, divididas em unilateral direita ou esquerda ou bilateral; II) fendas transforamen incisivo – FLP, com envolvimento do lábio até à úvula, divididas em unilateral direita ou esquerda ou bilateral; III) fendas pós-foramen incisivo – FP, com envolvimento isolado do palato, divididas em submucosas - só da úvula, do palato mole ou duro; IV) fendas da face, envolvimento de estruturas para além do lábio e/ou palato, são raras. (14–16)

No Serviço de CPR do HSM/CHLN era, anteriormente, utilizada a classificação de Veau, que agrupa as fendas em quatro grupos: I) somente do palato mole; II) envolvimento do palato mole e palato duro até ao foramen incisivo; III) FLP unilateral; IV) FLP bilateral.(16)

Actualmente emprega-se a classificação LAHSAL, recomendada pela Rede Europeia de Referência para as anomalias craniofaciais e perturbações otorrinolaringológicas (ERN CRANIO). Trata-se de uma classificação em diagrama que divide a cavidade oral em seis partes: lábio direito, alvéolo direito, palato duro, palato mole, alvéolo esquerdo, lábio esquerdo. As fendas completas são indicadas com letras maiúsculas e as incompletas com letras minúsculas. As regiões anatómicas não afectadas são assinaladas com um ponto (Figura 2). (17)

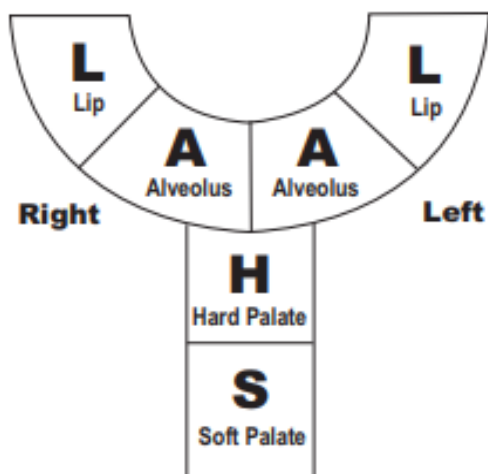


Figura 2. Classificação de LAHSAL

(adaptado de Shah SN, Khalid M, Khan MS. A review of classification systems for cleft lip and palate patients – Morphological classifications. Jkcd. 2011;1(2):95–9.)

TRATAMENTO

A abordagem terapêutica da fenda labial e/ou palatina é multidisciplinar, desde o nascimento até à idade adulta. A equipa pode ser formada por profissionais tão diversos como o pediatra, cirurgião plástico, odontopediatra, terapeuta da fala, otorrinolaringologista, geneticista, nutricionista e, caso necessário, psiquiatra, psicólogo, assistente social e, inclusivamente, fotógrafo. (7,18)

Após o diagnóstico definitivo deve ser feito o despiste de outras malformações ou patologias associadas. A alimentação é uma preocupação, devendo os pais ser aconselhados sobre os dispositivos existentes e os cuidados a ter com o aleitamento. É necessário um acompanhamento regular por parte do pediatra de forma a vigiar o desenvolvimento estatura-ponderal, bem como o desenvolvimento psicomotor, particularmente a linguagem.(18,19)

O tratamento cirúrgico depende do tipo de fenda e ocorre em diferentes tempos operatórios, tendo como objectivo o encerramento da fenda, garantindo a continuidade tecidual, e a reabilitação funcional e estética, especialmente, a simetria facial, arquitectura nasal e minimização da cicatriz.(20) Existem vários protocolos terapêuticos que recorrem a técnicas cirúrgicas e *timing* operatório diferentes. Podem ser utilizadas próteses ortognáticas pré-cirúrgicas que têm como função o alinhamento dos segmentos maxilares e a diminuição da amplitude da fenda, facilitando a cirurgia primária e melhorando a estética naso-labial.(19,21) Uma moldeira naso-alveolar pré-cirúrgica pode ser usada na FLP completa, a sua utilização deve ser iniciada, pelo menos, às 2 semanas de vida, sendo que, só por volta dos 3- 4 meses é que o molde naso-alveolar estará completo.(7)

As cirurgias primárias – queiloplastia e palatoplastia – visam reparar malformações funcionais e anatómicas, devem ser realizadas o mais tarde possível, e, ainda assim, tão cedo quanto necessário, logo que existam condições clínicas para a anestesia.(19,20)

A idade ideal para a cirurgia correctiva da FL é a partir dos 2 meses até aos 12 meses, ao critério do cirurgião.(18,22) No Serviço de CPR do HSM/CHLN, actualmente, a reparação da FL ocorre entre os 2 e os 3 meses.

Embora não exista consenso sobre a idade chave para a palatoplastia, recomenda-se que esta seja realizada entre os 12-18 meses. A palatoplastia é fundamental para a fonação, devendo ser realizada preferencialmente antes do desenvolvimento da linguagem (domínio de mais do que cinco palavras), de forma a evitar que se adquiram padrões de fala compensatórios, sendo também importante para a alimentação na fase de transição

dos alimentos líquidos para sólidos.(8,18,21,22) A primeira cirurgia do palato pode ser adiada até a ortodontia criar um arco maxilar adequado, expandindo os tecidos moles de forma a diminuir a extensão da fenda.(20) No Serviço de CPR do HSM/CHLN, actualmente, a reparação da FP ocorre entre os 9 e os 12 meses.

Após a utilização bem-sucedida de uma moldeira naso-alveolar, a queiloplastia definitiva deve ocorrer entre os 3 e os 5 meses. Caso não esteja disponível ou a criança tenha mais do que 3 meses far-se-á uma queiloplastia definitiva com reconstrução nasal, uma vez que, a moldeira perde a sua eficácia após essa idade.(7)

O esquema cronológico para reparação da FLP adoptado, no presente, no HSM/CHLN é o seguinte: pelos 2 a 3 meses faz-se a plastia do lábio, aos 9 a 12 meses a plastia do palato, por volta dos 5 anos far-se-á a revisão das cicatrizes do lábio, entre os 8 e os 12 anos a reconstrução da fenda alveolar com recurso a enxerto ósseo da crista ilíaca, a partir dos 12 anos realiza-se a rinoplastia e, após os 16 a 18 anos, estando concluído o desenvolvimento da face, procede-se à cirurgia ortognática.

O *timing* para o enxerto ósseo alveolar a partir da crista ilíaca depende da erupção dos incisivos e caninos centrais, deve ser coordenada com o médico dentista e pode ocorrer até aos 7-11 anos.(7)

As técnicas cirúrgicas actualmente consideradas como o *gold-standard* para o tratamento de fenda labial e/ou palatina dependem do tipo de fenda.

Durante o século XX, vários autores propuseram diversas técnicas para a plastia da FL. As técnicas utilizadas inicialmente (técnicas em linha recta, como a descrita por Rose-Thompson), baseiam-se em incisões paralelas ao filtro labial, com a finalidade de colocar a cicatriz em posição anatómica, sendo comum o encurtamento do lábio, ocorrido em consequência da retracção cicatricial. As técnicas geométricas são as mais utilizadas actualmente, combinando rotações com avanços dos retalhos diminuindo consideravelmente a retracção cicatricial.(23)

A FL unilateral poderá ser corrigida pela técnica de Tenisson-Randall que recorre a uma incisão no filtro, no lado medial da fenda, sendo este defeito preenchido por um retalho triangular da porção lateral, com o objectivo de preservar o arco de Cupido, conseguir uma aproximação muscular adequada e alinhamento da sutura para evitar a contractura da cicatriz, corrigir, tanto quanto possível a deformidade nasal.(24,25)

A técnica descrita por Millard para a realização da queiloplastia surge no sentido de alongar a columela nas FL bilaterais e, utiliza um retalho bifurcado para corrigir fendas, amplas ou estreitas, com recurso a duas variações, dependendo da amplitude do prolábio, no entanto, como a sua incisão atravessa o filtro, pode comprometer-se o resultado estético.(7,23)

A queiloplastia precoce é benéfica para a alimentação da criança. A cirurgia do nariz pode ser realizada em simultâneo.(18) A assimetria nasal inerente à FL deve-se ao mau posicionamento das estruturas ósseas e das cartilagens septal e alares. Existem diversas técnicas para a sua abordagem, o que reflecte a importância da estética naso-labial na correcção da FL. A técnica de Millard é a mais frequentemente usada nesta situação, abordando-se a deformidade nasal no mesmo tempo cirúrgico que a fenda labial. Em muitos casos, com o crescimento, torna-se necessário proceder a revisões cirúrgicas sobretudo da columela, septo e cartilagens alares.(26)

No Serviço de CPR do HSM/CHLN, presentemente, a reparação da FL unilateral é realizada recorrendo à técnica de Mohler e à técnica de Fisher. A técnica de Mohler é uma modificação da técnica de Millard de forma a evitar a cicatriz transversa do terço superior do filtro, esta recorre a uma incisão que espelha o filtro normal e se estende até à columela, procedendo ao encerramento, preservando as sub-unidades anatómicas e utilizando a columela para alongamento do lábio.(27) A técnica de Fisher consiste na utilização e um retalho triangular acima da linha muco-cutânea, preservando as sub-unidades labiais, posicionando a cicatriz paralelamente ao filtro, anatomicamente mais favorável. Em estudos efectuados em centros de referência para o tratamento de fenda labial e/ou palatina, a técnica de Fisher tem-se mostrado uma opção muito válida no tratamento de FL unilaterais, pois exhibe bons resultados estéticos e funcionais, sendo a sua execução técnica relativamente simples.(23) A FL bilateral é corrigida, actualmente, no HSM/CHLN segundo a técnica de Mulliken, autor que advoga que o resultado estético de uma fenda bilateral deve ser comparável ao de uma fenda unilateral, nomeadamente se for realizada manipulação pré-operatória da maxila protuberante e a correcção simultânea da deformidade nasal. Os princípios desta técnica são: a manutenção da simetria naso-labial; continuidade do músculo orbicular da boca, minimizando a distorção do filtro; definição do tamanho e forma do filtro; construção do tubérculo medial usando elementos laterais; posicionamento da cartilagem alar para estabelecer uma projecção nasal e comprimento de columela adequado.(28)

A FP poderá ser corrigida recorrendo a diversas técnicas, podendo ser realizada em várias etapas, porém, no HSM/CLHN, a palatoplastia é completada num único tempo operatório. Não existe uma só intervenção para todos os diferentes tipos de FP, o procedimento cirúrgico deve ser adaptado ao tipo e amplitude da malformação.(29)

A estafiloplastia/ plastia do palato mole, através da reconstrução muscular, deve ocorrer antes dos 18 meses de forma a minimizar o impacto na função auditiva, diminuindo a incidência de infecções do ouvido e potenciando o desenvolvimento da linguagem.(20) Este pode ser reparado recorrendo à veloplastia intravelar de Kriens, veloplastia intravelar radical de Sommerlad e Cutting, à plastia de dupla oposição em Z de Furlow ou à velofaringoplastia de Sanvenero Rosselli. A veloplastia intravelar, descrita por Kriens em 1969, refere-se à libertação da musculatura palatina da porção posterior do palato duro e a sua aproximação à linha média.(8) A técnica de Furlow, plastia em Z, recorre a dois retalhos miomucosos bilaterais que são utilizados para duas plastias em Z do palato mole, nomeadamente, na mucosa oral e nasal, resultando na orientação transversal da musculatura do palato, alongando a sua extensão encerrando directamente o palato duro.(30) A velofaringoplastia de Sanvenero Rosselli utiliza um retalho faríngeo posterior.

Actualmente, no Serviço de CPR do HSM/CHLN, utiliza-se a veloplastia intravelar radical de Sommerlad para a reconstrução do palato mole. Esta técnica combina uma dissecação mínima do palato duro com o retroposicionamento da musculatura velar e tenotomia do tensor. Em estudos conduzidos em centros de referência para o tratamento desta condição clínica, esta técnica demonstrou um decréscimo no número de cirurgias velofaríngeas secundárias.(31)

Tanto a técnica de Bardach como a de Von Langenbeck dizem respeito à reconstrução do palato duro. A palatoplastia de Bardach realiza-se dissecando e suturando, anteriormente ao arco maxilar, dois retalhos palatinos baseados nos grandes vasos palatinos e destacados do palato duro, encerrando o osso exposto tanto quanto possível, de forma a tornar a cicatriz mais ténue e diminuir a ocorrência de fístula do palato anterior.(1,8) A palatoplastia de von Langenbeck, actualmente empregue no HSM/CHLN, recorre à utilização de dois retalhos bipediculados, obtidos à custa de incisões laterais, para encerramento da fenda. Permite um encerramento limitado de defeitos do palato anterior e tem melhores resultados quando não existem defeitos alveolares.(8)

O retalho de vómer, melhora o crescimento facial, minimizando a cicatriz do palato e prevenindo a ocorrência de fístulas oro-nasais.(8,20)

Na FLP completa os segmentos maxilares encontram-se totalmente deslocados ao nascimento. Assim sendo, pode realizar-se em primeiro lugar a cirurgia de adesão do lábio aos 3 meses, se a fenda for maior que 12-15mm, todavia esta técnica tem caído em desuso, seguindo-se uma queiloplastia definitiva aos 9 meses, após a qual os segmentos maxilares se encontram na sua posição correcta, facilitando a técnica de Von Langenbeck para encerramento do palato. Ao proceder desta forma diminui-se a incidência de fístula do palato anterior e consequentemente de má oclusão.(1,7)

COMPLICAÇÕES

A necessidade de correcções cirúrgicas secundárias é parte integrante do tratamento, sendo que, após se completarem as cirurgias primárias do lábio e palato, por norma, são necessárias cirurgias adicionais com o objectivo de melhorar o resultado estético.

As complicações mais frequentemente descritas incluem a fístula oro-nasal, a insuficiência velo-faríngea pós palatoplastia e a deformação facial. A longo prazo, os problemas mais frequentemente encontrados nos indivíduos com FLP são, além dos supra descritos, má-oclusão, dentição incompleta, limitações respiratórias, hipoacusia, desvios do septo, deformação nasal e labial, secundárias à técnica cirúrgica, cicatrização excessiva, infecção e cuidados pós-operatórios.(20)

O tamanho inicial da fenda foi considerado um factor relevante na formação de fístulas, sendo mais frequente em doentes com FLP (Classe III/IV de Veau) do que no caso de FP (Classe I/II de Veau).(32)

A insuficiência velo-faríngea pós palatoplastia ocorre em 15 a 30% dos casos, no entanto, alguns autores têm sugerido uma taxa mais baixa caso a palatoplastia seja realizada antes dos 11 a 18 meses de idade. A reconstrução do músculo levantador do véu palatino é essencial para a normal ressonância da fala, além disso, a gravidade da fenda, sexo masculino, palato curto foram também indicados como factores importantes a considerar.(8,20)

Caso a palatoplastia resulte num palato demasiado curto, haverá compromisso da fonação resultando numa voz anasalada – hiper-rinolália.(29)

Aproximadamente 25% dos indivíduos sujeitos a correção cirúrgica de uma FLP unilateral necessitaram de uma cirurgia ortognática depois de completo o desenvolvimento ósseo facial. Contrariamente, indivíduos não operados mostraram um desenvolvimento ósseo facial normal na idade adulta. Crianças com FLP mostraram deficiência de volume alveolar maxilar comparativamente a controles, sendo a inibição de crescimento ósseo maxilar mais marcada durante a adolescência.(8) Para garantir a estabilidade maxilar pode ser necessário recorrer à reconstrução dos alvéolos dentários com recurso a enxerto ósseo.(20)

A deformação nasal é uma complicação comum, devendo a rinoplastia ser protelada até existir maturação esquelética, de forma a melhorar a função através da septoplastia.(21)

A reabilitação estética deve ter em conta o crescimento e desenvolvimento, devendo ser evitada a remoção de tecido, uma vez que um pequeno defeito no recém-nascido poderá resultar numa retracção ou assimetria *major* quando a criança crescer.(20)

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa informática na base de dados *PubMed* e foram analisados artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, assim como livros referentes ao tema. Não foram utilizadas restrições temporais na pesquisa.

Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo, unicêntrico, não controlado e não aleatorizado, através da consulta dos livros de registo das cirurgias electivas do bloco operatório de CPR do HSM, referentes aos doentes com diagnóstico de fenda labial e/ou palatina, submetidos a uma, ou mais, intervenções cirúrgicas, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 2017.

A amostra foi constituída por 361 utentes operados a cirurgia correctiva de fenda labial e/ou palatina no período acima referido (Tabela 1).

Assumiram-se como critérios de exclusão: idade superior a cinco anos, ou sem registo de idade, à data da primeira cirurgia no HSM/CHLN (n=136); indicadores de primeira cirurgia correctiva de fenda labial e/ou palatina anterior à data da primeira cirurgia no HSM/CHLN (n=11); ausência de dados relativos ao tipo de fenda/ tipo de cirurgia realizada (n=2) (Tabela 1).

Assim sendo, foram incluídos neste estudo 212 participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de exclusão

Processos registados	361
<i>Exclusões:</i>	
- Idade superior a 5 anos à data da 1ª cirurgia (ou sem informação de idade)	(136)
- Indicadores de operação prévia aos primeiros dados registados	(11)
- Ausência de dados sobre o tipo de cirurgia	(2)
Processos incluídos	212

Consideraram-se como variáveis: ano da realização da primeira cirurgia no HSM/CHLN, género, idade, tipo de fenda oro-facial, número de cirurgias, tipo de cirurgia e complicações.

Por não se encontrarem disponíveis, não foram recolhidos dados relativos à raça, coexistência de outras malformações/ alterações genéticas.

A informação utilizada, registos cirúrgicos, foi recolhida dos livros de registo das cirurgias electivas do bloco operatório de CPR do HSM/CHLN.

Todos os dados recolhidos foram registados e tratados estatisticamente com recurso ao *software Microsoft Excel 2016®*.

RESULTADOS

Esta análise incidiu sobre um conjunto de 212 indivíduos operados no HSM/CHLN, com diagnóstico inicial de fenda labial e/ou palatina.

Relativamente ao género, a prevalência era superior no sexo masculino com 56.1% (n=119), sendo que 42.9% (n=91) eram do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto ao género

Género (n=212):	<i>n (%)</i>
- Masculino	119 (56.1%)
- Feminino	91 (42.9%)
- n.a.	2 (0.9%)

Observando a distribuição por escalões etários verifica-se que a maioria dos indivíduos, 75% (n=159), foi submetida à primeira cirurgia correctiva antes do primeiro ano de vida (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo a idade à data da cirurgia primária no HSM/CHLN

Idade à data de cirurgia (n=212):	<i>n (%)</i>
- 0 meses	9 (4.2%)
- 1 mês	2 (0.9%)
- 2 meses	3 (1.4%)
- 3 meses	57 (26.9%)
- 4 meses	29 (13.7%)
- 5 meses	14 (6.6%)
- 6 meses	10 (4.7%)
- 7 meses	3 (1.4%)
- 8 meses	5 (2.4%)
- 9 meses	16 (7.5%)
- 10 meses	7 (3.3%)
- 11 meses	4 (1.9%)
- 1 a 2 anos	36 (17.0%)
- 2 a 3 anos	9 (4.2%)
- 3 a 4 anos	7 (3.3%)
- 4 a 5 anos	1 (0.5%)

Analisando o tipo de fenda conclui-se que 24.1% (n=51) dos participantes apresentava FL, a prevalência das FP era 32.5% (n=69) e das FLP 43.4% (n=92) (Tabela 4).

De entre os indivíduos com FL, 12 (23.5%) apresentavam uma fenda completa e 25 (49%) incompleta. A FLP foi descrita como completa em 66 (71.7%) dos casos e incompleta em 18 (19.6%). Quanto à FP, 23 (33.3%) indivíduos apresentavam uma malformação completa, sendo incompleta em 29 (42%) (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da amostra mediante o tipo de fenda e sua completude

Tipo de fenda (n=212):	<i>n (%)</i>
- Labial	51 (24.1%)
- Completa	12 (23.5%)
- Incompleta	25 (49.0%)
- n.d.	14 (27.5%)
- Labiopalatina	92 (43.4%)
- Completa	66 (71.7%)
- Incompleta	18 (19.6%)
- n.d.	8 (8.7%)
- Palatina	69 (32.5%)
- Completa	23 (33.3%)
- Incompleta	29 (42.0%)
- n.d.	17 (24.6%)

No que se refere à lateralidade, na FL 38 casos (74.5%) apresentaram fenda unilateral, direita em 14 casos (36.8%) e esquerda em 24 casos (63.2%), sendo bilateral em 6 casos (11.8%). A FLP era bilateral em 29 (31.5%) e unilateral em 56 casos (60.9%), ocorrendo à direita em 18 casos (32.1%) e à esquerda em 38 (67.9%). Os dados registados relativos à lateralidade na FP não permitem tirar conclusões significativas (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da amostra quanto à lateralidade da anomalia facial

Lateralidade (n=212):	<i>n (%)</i>
- Labial	51 (24.1%)
- Bilateral	6 (11.8%)
- Unilateral	38 (74.5%)
- Direita	14 (36.8%)
- Esquerda	24 (63.2%)
- n.d.	7 (13.7%)
- Labiopalatina	92 (43.4%)
- Bilateral	29 (31.5%)
- Unilateral	56 (60.9%)
- Direita	18 (32.1%)
- Esquerda	38 (67.9%)
- n.d.	7 (7.6%)
- Palatina	69 (32.5%)
- Bilateral	3 (4.3%)
- n.d.	66 (95.7%)

Observou-se que a fenda bilateral é mais frequentemente completa (71.1%) e que o mesmo se verifica na unilateral (52.1%) (Tabela 6).

Tabela 6. Relação da lateralidade com a completude da anomalia facial

Lateralidade/ Completude da fenda (n=212):	<i>n (%)</i>
- Bilateral	38 (17.9%)
- Completa	27 (71.1%)
- Incompleta	7 (18.4%)
- n.d.	4 (10.5%)
- Unilateral	94 (44.3%)
- Completa	49 (52.1%)
- Incompleta	33 (35.1%)
- n.d.	12 (12.8%)
- n.d.	80 (37.7%)
- Completa	25 (31.3%)
- Incompleta	32 (40.0%)
- n.d.	23 (28.8%)

Relacionando o tipo de fenda com o género conclui-se que as FL (64.7%) e FLP (67.4%) se apresentam em maior proporção no sexo masculino e as FP ocorrem mais frequentemente no sexo feminino (63.8%) (Tabela 7).

Tabela 7. Relação do tipo de fenda com o género dos indivíduos em estudo

Tipo de fenda/ Género (n=212):	n (%)
- Labial	51 (24.1%)
- Feminino	18 (35.3%)
- Masculino	33 (64.7%)
- Labiopalatina	92 (43.4%)
- Feminino	29 (31.5%)
- Masculino	62 (67.4%)
- n.d.	1 (1.1%)
- Palatina	69 (32.5%)
- Feminino	44 (63.8%)
- Masculino	24 (34.8%)
- n.d.	1 (1.4%)

A idade de início do tratamento cirúrgico depende do tipo de malformação. A generalidade, 45.1% (n=23), dos indivíduos com FL teve a sua primeira cirurgia correctiva aos três meses. Entre os indivíduos com FLP a maioria, 31.5% (n=29), foi submetida à primeira intervenção cirúrgica neste contexto aos três meses. A FP foi mais frequentemente corrigida entre os 12 e os 24 meses, perfazendo 34.8% (n=24) (Tabela 8).

Tabela 8. Idade à data da cirurgia primária de acordo com o tipo de fenda

Tipo de fenda/ Idade (n=212):	n (%)
- Labial	51 (24.1%)
- 0 meses	1 (2.0%)
- 2 meses	1 (2.0%)
- 3 meses	23 (45.1%)
- 4 meses	11 (21.6%)
- 5 meses	5 (9.8%)
- 6 meses	1 (2.0%)
- 7 meses	2 (3.9%)
- 8 meses	1 (2.0%)
- 9 meses	1 (2.0%)
- 1 a 2 anos	3 (5.9%)
- 2 a 3 anos	1 (2.0%)
- 3 a 4 anos	1 (2.0%)
- Labiopalatina	92 (43.4%)
- 0 meses	8 (8.7%)
- 1 mês	2 (2.2%)
- 2 meses	2 (2.2%)
- 3 meses	29 (31.5%)
- 4 meses	14 (15.2%)
- 5 meses	7 (7.6%)
- 6 meses	7 (7.6%)
- 7 meses	1 (1.1%)
- 8 meses	2 (2.2%)
- 9 meses	1 (1.1%)
- 10 meses	1 (1.1%)
- 11 meses	2 (2.2%)
- 1 a 2 anos	9 (9.8%)
- 2 a 3 anos	4 (4.3%)
- 3 a 4 anos	3 (3.3%)
- Palatina	69 (32.5%)
- 3 meses	5 (7.2%)
- 4 meses	4 (5.8%)
- 5 meses	2 (2.9%)
- 6 meses	2 (2.9%)
- 8 meses	2 (2.9%)
- 9 meses	14 (20.3%)
- 10 meses	6 (8.7%)
- 11 meses	2 (2.9%)
- 1 a 2 anos	24 (34.8%)
- 2 a 3 anos	4 (5.8%)
- 3 a 4 anos	3 (4.3%)
- 4 a 5 anos	1 (1.4%)

A totalidade dos indivíduos com FL (n=51) foi submetida a queiloplastia na primeira intervenção cirúrgica. No que concerne à FLP é importante destacar que em 69,6% dos casos a reconstrução do palato e a cirurgia do lábio decorreram no mesmo tempo operatório. Em 62 indivíduos, realizou-se com uma cirurgia conjunta de queiloplastia + veloplastia, em 12 casos foi realizada uma queiloplastia isolada e oito indivíduos foram submetidos a adesão do lábio no primeiro tempo operatório. Outras opções encontradas para a cirurgia primária usada na correção desta malformação foram: estafiloplastia, palatoplastia e uranoplastia. Relativamente à FP, em 41 casos a cirurgia primária foi uma veloplastia isolada, sendo que, em 30.4% (n=21) dos casos a reconstrução do palato mole e do palato duro ocorreram em simultâneo. (Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização da amostra quanto à técnica cirúrgica adoptada para a cirurgia primária, de acordo com o tipo de fenda

Técnica cirúrgica (n=212):	n (%)
- Labial	51 (24.1%)
- Queiloplastia	51 (100.0%)
- Labiopalatina	92 (43.4%)
- Adesão do lábio	8 (8.7%)
- Queiloplastia	12 (13.0%)
- Queiloplastia + Palatoplastia	2 (2.2%)
- Queiloplastia + Veloplastia	62 (67.4%)
- Uranoplastia	2 (2.2%)
- Uranoplastia + Estafiloplastia	2 (2.2%)
- Uranoplastia + Veloplastia	2 (2.2%)
- Veloplastia	1 (1.1%)
- n.a.	1 (1.1%)
- Palatina	69 (32.5%)
- Estafiloplastia	1 (1.4%)
- Palatoplastia	2 (2.9%)
- Uranoplastia	4 (5.8%)
- Uranoplastia + Estafiloplastia	2 (2.9%)
- Uranoplastia + Veloplastia	19 (27.5%)
- Veloplastia	41 (59.4%)

Analisando as técnicas utilizadas para a queiloplastia, de acordo com o tipo de fenda, constata-se que 22 participantes com FL e 24 com FLP foram submetidos à técnica de Tennison-Randall, seguindo-se a técnica de Millard com 13 participantes com FL e 25 com FLP. Foram também realizadas no HSM/CHLN, durante o período deste estudo, as técnicas de Fisher, Mohler, Rose-Thompson e Salyer (Tabela 10).

Tabela 10. Técnica cirúrgica adoptada para realização da queiloplastia mediante o tipo de fenda

Técnica de queiloplastia (n= 127):	n (%)		
	Labial	Labiopalatina	Total
- Tennison-Randall	22 (43.1%)	24 (31.6%)	46 (36.2%)
- Millard	13 (25.5%)	25 (32.9%)	38 (29.9%)
- Fisher	2 (3.9%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)
- Mohler	2 (3.9%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)
- Rose-Thompson	2 (3.9%)	8 (10.5%)	10 (7.9%)
- Salyer	1 (2.0%)	3 (3.9%)	4 (3.1%)
- Tennison-Randall & Rose-Thompson	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
- n.a.	8 (15.7%)	16 (21.1%)	24 (18.9%)

É de notar que a técnica de Tennison-Randall foi predominante até 2005, momento em que foi largamente substituída pela técnica de Millard, não se verificando registo da primeira após esta data. Após o ano de 2015, a preferência na reconstrução do lábio foi dada às técnicas de Mohler e Fisher, não mais se realizando a técnica de Millard. (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição cronológica da utilização das diferentes técnicas cirúrgicas para plastia do lábio, no HSM/CHLN, durante o período do presente estudo

	Tennison-Randall	Millard	Salyer	Mohler	Fisher	Outros	n.a.
1997	4	-	-	-	-	-	1
1998	6	1	-	-	-	4	-
1999	3	-	-	-	-	-	1
2000	4	-	-	-	-	-	-
2001	5	-	-	-	-	4	1
2002	8	-	1	-	-	-	1
2003	3	-	-	-	-	1	2
2004	9	-	-	-	-	1	3
2005	4	1	-	-	-	-	4
2006	-	5	-	-	-	-	1
2007	-	5	-	-	-	-	2
2008	-	6	1	-	-	-	1
2009	-	1	-	-	-	-	-
2010	-	1	2	-	-	-	1
2011	-	7	-	-	-	1	-
2012	-	5	-	-	-	-	2
2013	-	2	-	-	-	-	-
2014	-	2	-	-	-	-	-
2015	-	2	-	-	-	-	1
2016	-	-	-	2	-	-	1
2017	-	-	-	-	2	-	2

A adesão do lábio transforma uma FLP com grande distância entre os segmentos numa malformação incompleta, tanto nos casos de uni como bilateralidade. No presente estudo realizaram-se oito adesões do lábio, apesar de não ser especificada qual a dimensão da malformação, sendo a queiloplastia realizada dois a três meses após a primeira intervenção em 62.5% (n=5) dos casos (Tabela 12).

Tabela 12. Cronologia da cirurgia de adesão do lábio com queiloplastia subsequente

Tempo entre adesão do lábio e queiloplastia (n=8):	<i>n (%)</i>
- 2 meses	3 (37.5%)
- 3 meses	2 (25.0%)
- 4 meses	1 (12.5%)
- 9 meses	1 (12.5%)
- Sem queiloplastia posterior	1 (12.5%)

No que concerne às técnicas utilizadas para a veloplastia, em 32 (49.2%) dos casos de FLP e 22 (36.7%) das FP, recorreu-se à técnica de Sanvenero Rosselli; em 14 (21.5%) dos casos de FLP e 13 (21.7%) dos casos de FP, foi realizada uma veloplastia intravelar; a técnica de Furlow foi utilizada apenas em dois (3.1%) casos de FLP e dois (3.3%) de FP (Tabela 13).

Tabela 13. Técnica cirúrgica adoptada para realização da veloplastia mediante o tipo de fenda

Técnica de veloplastia (n=124):	<i>n (%)</i>		
	Labiopalatina	Palatina	Total
- Sanvenero Rosselli	32 (49.2%)	22 (36.7%)	54 (43.2%)
- Intravelar	14 (21.5%)	13 (21.7%)	27 (21.6%)
- Furlow	2 (3.1%)	2 (3.3%)	4 (3.2%)
- Otto Kriens	0 (0.0%)	3 (5.0%)	3 (2.4%)
- n.a.	17 (26.2%)	20 (33.3%)	37 (29.6%)

A técnica de Sanvenero-Rosselli foi preferida para a plastia do palato, na generalidade, até 2005, seguindo-se um período de transição em que a veloplastia intravelar se começou a evidenciar, tornando-se preponderante a partir de 2010, verificando-se também aumento dos registos da técnica de Furlow após 2008 (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição cronológica da utilização das diferentes técnicas cirúrgicas para plastia do lábio, no HSM/CHLN, durante o período do presente estudo

Veloplastias	Sanvenero Rosselli	Intravelar	Furlow	Otto Kriens	n.a.
1997	2	-	-	-	-
1998	5	-	-	-	1
1999	2	-	-	-	1
2000	5	-	-	-	-
2001	6	-	-	-	-
2002	6	-	-	-	1
2003	5	-	-	-	4
2004	10	1	-	-	2
2005	7	-	-	-	3
2006	2	3	-	-	6
2007	-	1	-	-	8
2008	3	4	1	-	3
2009	1	1	-	1	1
2010	-	2	-	2	1
2011	-	6	-	-	1
2012	-	6	-	-	2
2013	-	2	1	-	1
2014	-	-	2	-	1
2016	-	1	-	-	-
2017	-	-	-	-	1

A técnica mais amplamente empregue na uranoplastia foi a de Von Langenbeck, com dois (33.3%) dos casos de FLP e nove (36%) das FP (Tabela 15).

Tabela 15. Técnica cirúrgica adoptada para a realização da uranoplastia mediante o tipo de fenda

Técnica de uranoplastia (n=31):	n (%)		
	Labiopalatina	Palatina	Total
- Von Langenbeck	2 (33.3%)	9 (36.0%)	11 (35.5%)
- Bardach	1 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)
- n.a.	3 (50.0%)	16 (64.0%)	19 (61.3%)

O ano de 2004, com 21 (9.9%) primeiras cirurgias de fenda labial e/ou palatina, foi aquele em que se verificaram mais ocorrências, e apenas três (1.4%) indivíduos tiveram o seu primeiro tempo operatório em 2015 (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição da amostra por anos civis relativos à primeira cirurgia de fenda labial e/ou palatina no HSM/CHLN

Ano da cirurgia (n=212):	n (%)
- 1997	7 (3.3%)
- 1998	17 (8.0%)
- 1999	7 (3.3%)
- 2000	11 (5.2%)
- 2001	11 (5.2%)
- 2002	14 (6.6%)
- 2003	13 (6.1%)
- 2004	21 (9.9%)
- 2005	18 (8.5%)
- 2006	13 (6.1%)
- 2007	11 (5.2%)
- 2008	16 (7.5%)
- 2009	4 (1.9%)
- 2010	7 (3.3%)
- 2011	9 (4.2%)
- 2012	11 (5.2%)
- 2013	4 (1.9%)
- 2014	6 (2.8%)
- 2015	3 (1.4%)
- 2016	4 (1.9%)
- 2017	5 (2.4%)

No período compreendido neste estudo, 40 (78.4%) dos indivíduos com FL, 20 (21.7%) dos indivíduos com FLP e 53 (76.8%) dos indivíduos com FP foram submetidos apenas a uma cirurgia, contudo, dois (3.9%) dos indivíduos com FL, 22 (23.9%) dos indivíduos com FLP e um (1.4%) dos indivíduos com FP foram submetidos a três cirurgias, sendo que três (3.3%) dos indivíduos com FLP foram intervencionados cinco vezes no contexto desta condição clínica (tabela 17.).

Tabela 17. Caracterização da amostra quanto ao número de cirurgias correctivas realizadas por indivíduo, consoante o tipo de fenda

Número de cirurgias (n=212):	n (%)
- Labial	51 (24.1%)
- 1	40 (78.4%)
- 2	9 (17.6%)
- 3	2 (3.9%)
- Labiopalatina	92 (43.4%)
- 1	20 (21.7%)
- 2	42 (45.7%)
- 3	22 (23.9%)
- 4	5 (5.4%)
- 5	3 (3.3%)
- Palatina	69 (32.5%)
- 1	53 (76.8%)
- 2	15 (21.7%)
- 3	1 (1.4%)

Quanto às complicações, estas registaram-se em nove (17.6%) dos 51 indivíduos com FL, 26 (28.3%) dos indivíduos com FLP e apenas em três (4.3%) dos 69 indivíduos com FP (Tabela 18).

Tabela 18. Complicações decorrentes da totalidade das intervenções cirúrgicas realizadas consoante o tipo e completude da anomalia facial

Complicações (m=38 , n=212):	<i>m / n (%)</i>
- Labial	9 / 51 (17.6%)
- Completa	3 / 12 (25.0%)
- Incompleta	5 / 25 (20.0%)
- n.d.	1 / 14 (7.1%)
- Labiopalatina	26 / 92 (28.3%)
- Completa	21 / 66 (31.8%)
- Incompleta	3 / 18 (16.7%)
- n.d.	2 / 8 (25.0%)
- Palatina	3 / 69 (4.3%)
- Completa	1 / 23 (4.3%)
- Incompleta	/ 29 (0.0%)
- n.d.	2 / 17 (11.8%)

A deformação do lábio foi a complicação mais usual nos indivíduos com FL, ocorrendo em quatro casos (44.4%); 11 (42.3%) dos indivíduos com FLP apresentaram deformação nasolabial no decurso do tratamento e, a deiscência da sutura foi a única complicação registada nos casos de FP (Tabela 19).

Tabela 19. Natureza das complicações registadas de acordo com o tipo de fenda

Tipo de complicações (n=38):	n (%)
- Labial	9 (23.7%)
- Deformação nasal & Deformação do lábio	2 (22.2%)
- Fístula oronasal	1 (11.1%)
- Deformação do lábio	4 (44.4%)
- Deformação nasal	2 (22.2%)
- Labiopalatina	26 (68.4%)
- Deformação nasal & Deformação do lábio	11 (42.3%)
- Fístula oronasal	4 (15.4%)
- Deformação do lábio	3 (11.5%)
- Deiscência	3 (11.5%)
- Cicatriz atrófica	1 (3.8%)
- Deformação nasal	1 (3.8%)
- Deiscência & Deformação do lábio	1 (3.8%)
- Deiscência & Deformação nasal	1 (3.8%)
- Fístula oronasal & Deformação do lábio	1 (3.8%)
- Palatina	3 (7.9%)
- Deiscência	3 (100.0%)

DISCUSSÃO

Com este estudo foi possível avaliar, numa única população, vários parâmetros relacionados com a fenda labial e/ou palatina e a sua correcção cirúrgica.

No que diz respeito à classificação, apesar de as FL poderem ser consideradas uma FLP incompleta, e não uma entidade nosológica independente, optámos por manter a apresentação de resultados de acordo com a divisão definida na introdução teórica e, ademais, adoptada na bibliografia consultada, bem como nos registos cirúrgicos.

No que respeita à reconstrução do palato foram encontrados diferentes termos clínicos nos registos dos livros de bloco operatório – “palatoplastia”, “uranoplastia”, “estafiloplastia”, “veloplastia” – podendo concluir-se que a diversidade de termos empregues, pela subjectividade do autor do registo cirúrgico, é um factor de confundimento à interpretação de resultados. Tal facto reforça a necessidade, supra-referida, de criar um sistema de classificação universal, uma vez que, existem vários sistemas de classificação e nem todos são coerentes entre si.(14,33) Também no que concerne à técnica utilizada, pode observar-se que o seu registo estava ausente em grande número de casos.

A nossa série permitiu reforçar algumas conclusões já expressas em estudos prévios.

Estudos anteriores verificaram que a FL predomina no sexo masculino e a FP no sexo feminino. (5,19) Analisando os dados do presente estudo, comprova-se esta afirmação, e verifica-se que também nas FLP o sexo masculino é mais afectado. Tal pode dever-se ao facto de o palato secundário encerrar uma semana mais tarde nos embriões do género feminino.(34)

No que se refere ao tipo de fenda, as FLP foram as mais frequentemente encontradas, seguindo-se as FP, e finalmente as FL, resultados compatíveis com a bibliografia. (35–37) Todavia, este resultado não é suportado pelo Registo Nacional de Anomalias Congénitas da Unidade de Observação e Monitorização de Saúde do Departamento de Epidemiologia do Instituto Ricardo Jorge, entre 2011-2013, no qual a FP tinha uma incidência superior à FLP, porém, a FL era a menos prevalente.(11)

Em outros estudos verificou-se que as fendas unilaterais são aproximadamente nove vezes mais frequentes do que as bilaterais. No entanto, neste estudo tal não se verificou,

sendo essa relação de aproximadamente duas vezes, sendo a questão da lateralidade frequentemente omitida nos registos dos livros do bloco operatório.(35) Na FLP unilateral o lado esquerdo é descrito como o mais frequentemente afectado (19). Os resultados obtidos permitem corroborar essa premissa, sendo também verdade, neste estudo, no caso das FL.

A média de idade a que foram iniciados os tratamentos cirúrgicos dos diferentes tipos de fenda está de acordo com o preconizado nas *guidelines* nacionais e internacionais. Os indivíduos com FLP e FL tiveram o seu primeiro tempo operatório, neste contexto, aos três meses, e nos casos de FP a correcção cirúrgica ocorreu entre os 12 e os 24 meses.

Considerando as complicações registadas, pode concluir-se que estas são mais frequentes nas fendas completas do que nas incompletas, sendo maior a incidência em indivíduos com FLP, o que pode ser explicado pela severidade da malformação e consequente dificuldade no tratamento. A presença de deformação naso-labial e o resultado estético da cicatriz são complicações com critérios subjectivos que, mais do que a técnica de reconstrução, dependem da malformação inicial.

A incidência de fístula pós palatoplastia é de 8.6%, não existindo associação significativa à técnica cirúrgica utilizada.(32) Outro estudo, que seguiu os indivíduos durante 30 anos, refere que a insuficiência velo-faríngea poderá atingir os 30%.(20) Neste estudo, a sua prevalência foi de 11.1% nos indivíduos com FL e 15.4% das FLP.

Sendo este um estudo retrospectivo e observacional, apenas permite observar tendências para levantar hipóteses. Deste modo, a casuística analisada demonstra que grande parte dos resultados obtidos no Serviço de CPR do HSM é, na generalidade, compatível com os resultados publicados na literatura, onde se observa que as FLP são as mais prevalentes, sendo o lado esquerdo mais afectado do que o direito e, ocorrendo as FLP e FL mais no género masculino e, as FP, mais no género feminino.

A reconstrução da malformação facial é um desafio complexo para qualquer cirurgião. Apesar de existirem várias técnicas propostas como *gold standard*, o conhecimento da anatomia palatina, bem como a competência e o treino do cirurgião parecem ser as principais condicionantes de um tratamento bem-sucedido. O *timing* da intervenção cirúrgica é essencial para a obtenção de resultados satisfatórios.(1)

Um estudo que seguiu indivíduos com FLP durante 20-30 anos concluiu que aqueles que viviam num meio urbano com cuidados de saúde diferenciados, e cujos pais pertenciam

à área da saúde, ou que foram alvo de cuidados por parte de uma equipa cirúrgica empenhada, tiveram melhores resultados em saúde: menor necessidade de intervenções cirúrgicas, intervenções minimamente invasivas, menos implantes dentários e melhor oclusão dentária.(20)

Num estudo futuro pode ser interessante verificar o grau de satisfação dos doentes com o resultado funcional e estético das correcções cirúrgicas, bem como a necessidade de acompanhamento, ao longo do tempo, por outras especialidades como pediatria, otorrinolaringologia, estomatologia, ortodontia, nutrição, terapia da fala, psicologia, bem como do assistente social.

O processo terapêutico desta condição clínica é complexo e prolongado do nascimento à idade adulta, deste modo, é importante que os pais e cuidadores sejam informados e motivados durante todo o percurso. O Serviço de CPR do HSM/CHLN dispõe de uma equipa dedicada a este tipo de anomalia facial que acompanha estas crianças, disponibilizando informação necessária (Anexo I).

Foram identificadas algumas limitações ao estudo, como o facto de alguns livros de registo não estarem disponíveis e vários registos cirúrgicos terem informação incompleta ou incompreensível, outro desafio prende-se com a questão da subjectividade do registo, o que reforça a importância de um sistema de classificação universal que seja acessível e claro.

A cirurgia é uma disciplina ímpar, por esse motivo, a divulgação da evidência científica com as particularidades da prática cirúrgica é fundamental para o desenvolvimento da medicina baseada na evidência. Deste modo, no sentido de enriquecer o conhecimento disponível acerca da realidade nacional, sugere-se a divulgação à comunidade científica dos protocolos utilizados nos hospitais portugueses que realizam o acompanhamento das crianças com fenda lábio-palatina.

CONCLUSÃO

Com este estudo verificámos que os indivíduos com fenda labial e/ou palatina são uma população que recorre aos serviços de saúde desde o início da sua vida e de forma constante ao longo da infância e juventude. Devido à complexidade da sua patologia necessitam de cuidados de uma multiplicidade de profissionais, cujo objectivo conjunto é minimizar o impacto bio-psico-social da malformação congénita de forma a proporcionar à criança com fenda labial e/ou palatina um futuro sem limitações decorrentes da sua condição clínica.

Os indivíduos com fenda labial e/ou palatina distinguem-se consoante a anatomia e tamanho da deformação. Trata-se de uma condição clínica de elevada complexidade, associada a uma percentagem considerável de complicações.

Esta condição clínica implica um tratamento prolongado no tempo, com um investimento económico significativo, o que pode levar a uma tendência para interromper os tratamentos. Os pais devem ser incluídos no processo desde o início e informados acerca da importância do plano de tratamento, *timing* e equipa multidisciplinar, de forma a garantir a adesão ao plano terapêutico e, assim, otimizar os ganhos em saúde.

O objectivo principal é que, quando o desenvolvimento estatura-ponderal estiver concluído, os indivíduos atinjam uma morfologia naso-labial satisfatória, oclusão dentária alinhada, com dentição completa, ausência de fístulas, sem defeitos da linguagem, apneia do sono ou dificuldades respiratórias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao meu orientador Sr. Dr. Eduardo Matos pelo contributo na elaboração deste estudo.

Agradeço ao Serviço de CPR do HSM/CHLN e à Clínica Universitária de Cirurgia Plástica e Reconstructiva a oportunidade de desenvolver este trabalho.

Agradeço ao Arquivo Clínico do HSM/CHLN pela colaboração na colheita de dados, nomeadamente, na disponibilização dos livros de registo do bloco operatório.

BIBLIOGRAFIA

1. Gatti GL, Freda N, Giacomina A, Montemagni M, Sisti A. Cleft Lip and Palate Repair. *J Craniofac Surg*. 2017;00(00):1–7.
2. Tanaka SA, Mahabir RC, Jupiter DC, Menezes JM. Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(3):511–8.
3. Venkatesh R. Syndromes and anomalies associated with cleft. *Indian J Plast Surg*. 2009;42(3):51.
4. Grabb W, Rosenstein S, Bzoch K. Cleft Lip and Palate, Surgical, Dental and Speech Aspects. J A Churchill. 1971;(January).
5. Duarte R, Leal M. Leque das malformações congénitas associadas às fissuras lábio alvéolo palatinas. *Acta Med Port*. 1999;147–54.
6. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate : understanding genetic and environmental influences. *Nat Publ Gr*. 2011;12(3):167–78.
7. Neligan PC, Richard WJ, Beek AL van. *Plastic Surgery*. 3rd ed. London; New York: Elsevier Saunders; 2013.
8. Woo AS. Evidence-Based Medicine: Cleft Palate. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(1):191e–203e.
9. Tirado Amador LR, Madera Anaya MV, González Martínez FD. Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas. *Av Odontostomatol*. 2016;32(1):21–34.
10. Saket M, Saliminejad K, Kamali K, Aghakhani F, Esmaeili N, Reza H, et al. Archives of Oral Biology BMP2 and BMP4 variations and risk of non-syndromic cleft lip and palate. *Arch Oral Biol*. 2016;72:134–7.
11. Braz P, Machado A, Dias C. *Registro Nacional de Anomalias Congénitas*. 2015.
12. Levailant J, Nicot R, Benouaiche L, Rotten D. Prenatal diagnosis of cleft lip / palate : The surface rendered oro-palatal (SROP) view of the fetal lips and palate , a tool to improve information-sharing within the orofacial team and with the parents. 2016;4–11.

13. Almeida C, Costa F, Graça P, Menezes M, Mota E, Oliveira D, et al. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direcção Geral de Saúde. 2015.
14. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of cleft lip/palate: Then and now. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 2017;54(2):175–88.
15. Khan M, Ullah H, Naz S, Iqbal T, Ullah T, Tahir M, et al. A revised classification of the cleft lip and palate. *Can J Plast Surg.* 2013;21(1):48–50.
16. Wang KH, Heike CL, Clarkson MD, Mejino JL V, Brinkley JF, Tse RW, et al. Evaluation and integration of disparate classification systems for clefts of the lip. *Front Physiol.* 2014;5 MAY(May):1–11.
17. Shah SN, Khalid M, Khan MS. A review of classification systems for cleft lip and palate patients – Morphological classifications. *Jkcd.* 2011;1(2):95–9.
18. Parameters for Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip / Palate or Other Craniofacial Anomalies. American Cleft Palate-Craniofacial Association. 2009.
19. Monasterio L, Ford A, Tastets ME. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2016;27(1):14–21.
20. Guerrero C. Cleft lip and palate surgery: 30 years follow-up. *Ann Maxillofac Surg.* 2012;2(2):153.
21. Alison Ford M, María Eugenia Tastets H, Alfonso Cáceres R. Tratamiento de la fisura labio palatina. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2010;21(1):16–25.
22. Menezes B, Oliveira D, Sasseti L, Prazeres V. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. 2013.
23. Filipe A, Albuquerque M, Fortaleza U De. Queiloplastia primária unilateral através da técnica de fisher unilateral primary lip repair by fisher technique. *Rev Odontol.* 2017;28(January 2016):148–54.
24. Randall P. A triangular flap operation for the primary repair of unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg Reconstr Surg.* 1959;23(4):331–347.
25. Tennison CW. The repair of unilateral cleft lip by the stencil method. *Plast Reconstr Surg.* 1952;(9):115–20.

26. Vyloppilli S, Krishnakumar KS, Sayd S, Latheef S, Narayanan S V., Pati A. Postoperative alar base symmetry in complete unilateral cleft lip and palate: A prospective study. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* 2017;70(11):1614–9.
27. Tse R. Unilateral Cleft Lip: Principles and Practice of Surgical Management. *Semin Plast Surg.* 2013;26(04):145–55.
28. Mulliken J. Repair of bilateral cleft lip and its variants. *Indian J Plast Surg.* 2009;42(3):79.
29. Kiefer GesichtsChir M, Keuning KHDM, Crisi LMTN. Velopharyngoplasty according to Sanvenero Rosselli. *Mund Kiefer GesichtsChir.* 2000;4:95–8.
30. Van Aalst JA, Kolappa KK, Sadove M. MOC-PSSM CME article: Nonsyndromic cleft palate. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(1S MOC-PS CME COL):1–14.
31. Sommerlad BC. A technique for cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(6):1542–8.
32. Hardwicke JT, Landini G, Richard BM. Fistula incidence after primary cleft palate repair: A systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4):618e–627e.
33. Allori AC, Cragan JD, Cassell CH, Marcus JR. ICD-10–based expanded code set for use in cleft lip/palate research and surveillance. *Birth Defects Res Part A - Clin Mol Teratol.* 2016;106(11):905–14.
34. Ciminello FS, Morin RJ, Nguyen TJ, Wolfe SA. Cleft lip and palate: review. *Compr Ther.* 2009;35(1):37–43.
35. Bernheim N, Georges M, Malevez C, De Mey A, Mansbach A. Embryology and epidemiology of cleft lip and palate. *B-ENT.* 2006;2 Suppl 4:11–9.
36. Fraser GR, Calnan JS. Cleft lip and palate: Seasonal incidence, birth weight, birth rank, sex, site, associated malformations and parental age: A statistical survey. *Arch Dis Child.* 1961;36(188):420–3.
37. Kirschner RE, LaRossa D. Cleft Lip and Palate. *Syndr other Congenit anomalies head neck.* 2013;33(6):1191–215.

ANEXOS

Anexo I. Folheto informativo para os pais de crianças nascidas com fenda labial e/ou palatina, elaborado pelo Serviço de CPR do HSM/CHLN (frente e verso)

INTRODUÇÃO

Os pais de crianças nascidas com fendas lábio-palatinas têm muitas questões que precisam de esclarecimento.

Qual a causa do defeito? A saúde do bebé ou os tratamentos disponíveis?

Criámos por isso este pequeno livro de forma a dar resposta a algumas das questões das famílias e auxiliar na sua educação sobre as fendas.

A fenda labial e palatina refere-se a uma abertura anormal ao nível do lábio e/ou do céu da boca (palato). Não é claro o que causa a alteração embora seja relativamente comum afectando 1 em cada 700 bebés no mundo.

O objectivo do tratamento das fendas labiais e palatinas é, em primeiro lugar, assegurar a saúde da criança possibilitando um correcto crescimento e desenvolvimento. Em segundo lugar, espera-se proporcionar à criança as mesmas oportunidades educacionais e mais tarde de emprego que uma criança sem fenda, nomeadamente através da melhoria da capacidade de comunicação. Finalmente também se espera atingir o melhor resultado estético após a correção.

No Hospital de Santa Maria existe uma equipa multidisciplinar envolvida no tratamento da criança com fenda labial e palatina, ajudando em todas as dimensões do problema, tanto físicas como psicológicas, providenciando o melhor cuidado possível.

Elaborado por:
Dr. João Nunes Pombo

Coordenador da Cirurgia de Fendas Lábio-palatinas:
Dr. Eduardo Matos

Director do Serviço de Cirurgia Plástica:
Dr. Victor Santos Fernandes

Serviço de Cirurgia Plástica do CHLN – HSM
Contactos
E-mail: fendasantamaria@gmail.com | Telefone: 21 780 52 08

Serviço de Cirurgia Plástica do CHLN – HSM

REPARAÇÃO DA FENDA LÁBIO-PALATINA
Cada criança é única.



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE
HOSPITAL PEDIÁTRICO
SANTAMARIA

ALIMENTAR O SEU FILHO(A)

A fenda labial ou palatina pode dificultar a alimentação do seu bebé, mas não o torna impossível. É muito importante que o seu bebé aumente de peso para crescer, de forma a que se possa iniciar o tratamento cirúrgico.

Muitas vezes o problema em alimentar uma criança com fenda advém da sucção. Uma criança com fenda tentará mamar como qualquer outra, mas terá dificuldade em adaptar-se ao mamilo da mãe.

Existem diferentes biberões especificamente desenhados para auxiliar crianças com fendas. Existem também tetinas desenhadas para ajudar na sucção destas crianças, nomeadamente a tetina de Haberman que facilita a alimentação da criança. Além disso, alimentando o bebé numa posição semi-erectada diminui a regurgitação nasal e evita que engula muito ar.

O melhor indicador de que o seu bebé se está a alimentar bem é o aumento de peso adequado pelo que se deve estar atento às variações do mesmo. Caso tenha alguma dúvida sobre o correcto desenvolvimento do seu bebé poderá contactar algum dos profissionais de saúde da nossa equipa para o ajudar.

AUDIÇÃO E FALA

Uma criança com fenda palatina tem maior tendência para desenvolver infecções do ouvido (otites). A criança com fenda palatina será observada regularmente para detectar a presença de otites ou perda de audição.

Os sons e a fala da criança estão afectadas em crianças com fendas. Poderá notar que a voz e sons soam nasais mas após a correção cirúrgica a maior parte das crianças apresentará ressonância e qualidade da voz normais.

TRATAMENTO PRÉ-CIRÚRGICO

Normalmente, as crianças só são operadas com pelo menos 3 meses de idade e com peso adequado, possibilitando assim melhor capacidade de recuperação. Contudo, existem certos tratamentos que podem ser iniciados para preparar a cirurgia.

Em crianças com fendas labiais, tanto unilaterais como bilaterais, é possível a colocação de adesivos médicos no lábio antes da cirurgia que levarão à diminuição da fenda labial. Tanto os lábios como as gengivas são moldados a uma posição mais natural antes da cirurgia.

REPARAÇÃO DE FENDA LABIAL



A correção cirúrgica da fenda labial é realizada normalmente entre os 3 e os 6 meses. Contudo, a melhor altura para a cirurgia varia com a criança e os tratamentos realizados antes, bem como o estado geral de saúde.

A cirurgia é realizada sob anestesia geral no bloco operatório. O cirurgião escolherá a técnica apropriada consoante o tipo de fenda labial que o seu bebé apresenta. Durante a cirurgia a pele como os músculos são aproximados de forma a formar um lábio completo.

Após a cirurgia o seu bebé fará o recobro no hospital, sendo que terá a oportunidade para o acompanhar. Após a cirurgia a alimentação do seu bebé poderá ser diferente. Os profissionais de saúde ajudarão na altura de alimentar o seu bebé.

A sutura deve ser limpa com frequência de forma a evitar formação de crostas ou infecção. Contudo os pequenos adesivos (steri-strips) colocados em cima da incisão não devem ser removidos. A utilização de cotonetes para limpar à volta das narinas e dos steri-strips com soro fisiológico é aconselhada.

O dia da alta dependerá da evolução do seu bebé, mas normalmente só ocorrerá quando for capaz de beber líquidos. Os pontos serão removidos em cerca de 5 a 7 dias.

REPARAÇÃO DE FENDA DO PALATO



O timing da reparação da fenda do palato depende das circunstâncias individuais de cada criança. Normalmente, a cirurgia é realizada entre os 9 e os 18 meses.

Apesar de esteticamente a criança poder não apresentar alterações, a fenda do palato deve ser encerrada por vários

motivos, nomeadamente para melhorar a fala e para separar a boca da cavidade nasal. A cirurgia é realizada sob anestesia geral no bloco operatório. São realizadas incisões em ambos os lados do palato. Os tecidos e músculos são rodados e aproximados de forma a encerrar o céu da boca. Sutures absorvíveis são comumente usadas para encerrar as incisões.

O seu filho/a ficará internado/a no hospital durante cerca de 2 a 3 dias após a cirurgia. É normal que exista alguma drenagem de líquido pelo nariz ou boca.

Deve-se ter atenção para não permitir que a criança coloque os dedos ou objectos rígidos na boca pelo que se usam por vezes talas nos membros superiores. A alimentação deverá ser de acordo com as indicações dos profissionais de saúde. Geralmente, o melhor é a utilização de chávina. As colheres não devem entrar completamente na boca, ficando apenas junto aos lábios. Chuchadas e tetinas devem ser evitadas. A criança deverá ficar em dieta mole durante pelo menos 3 semanas; e a evolução da dieta será coordenada pelo cirurgião nas consultas pós-cirúrgicas. Após cada refeição deve ser sempre dada água à criança para ajudar a manter a ferida limpa.

COM O CRESCIMENTO DA SUA CRIANÇA

O tratamento de uma criança com fenda labial e/ou palatina é individualizado. Por isso mesmo, varia de criança para criança, e consoante o caso pode ser preciso mais do que uma cirurgia. O objectivo final é atingir a melhor aparência possível, um discurso fluente, e o melhor desenvolvimento dentário possível; é por isso essencial o recurso a múltiplos profissionais.

Com o desenvolvimento da criança, os diferentes especialistas irão orientar as consultas de seguimento consoante a necessidade.

Muitos pais desejam cirurgias adicionais para os seus filhos. Contudo, tem que se ter em mente que a aparência com 3 anos de uma irregularidade possivelmente melhorará com o crescimento e que toda a cirurgia leva a uma cicatriz pelo que se tem de considerar os "prós e os contras" de cada intervenção.

Algumas das cirurgias possíveis de realização posterior incluem revisão da cicatriz labial, rinoplastia ou cirurgia ortognática, entre outras.