

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE IMEDIATA APÓS OSTEOTOMIA DE PRÉ-MAXILA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO VELOFARÍNGEA: UM RELATO DE CASO

REHABILITATION WITH IMMEDIATE PROSTHESIS AFTER PREMAXILLARY OSTEOTOMY IN A PATIENT WITH VELOPHARYNGEAL DYSFUNCTION: A CASE REPORT

292

Maria Alice Vale de LIMA
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)
E-mail: alicevaledl@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8327-8571>

José Fernando Scarelli LOPES
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)
E-mail: jscarelli@usp.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4593-0327>

Mônica Moraes WALDEMARIN
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)
E-mail: monicamoraes@usp.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7442-7574>

João Henrique Nogueira PINTO
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)
E-mail: joaoh@usp.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8447-5828>

RESUMO

Apresentação de um caso clínico de um paciente com 22 anos de idade, sexo feminino e com fissura transforame bilateral completa que compareceu ao serviço de Prótese Dentária do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, apresentando queixa de sucessivas fraturas em sua prótese e estética insatisfatória. Ao exame clínico, foi observado arco superior atrésico, pré-maxila protuberante e fenda palatina não reparada. Foi planejada, então, uma prótese removível provisória imediata a osteotomia da pré-maxila com finalidade pré-protética para permitir

espessura adequada da prótese e um espaço satisfatório para estética dos dentes e da gengiva. Além disso, a prótese foi associada a um obturador palatino e bulbo faríngeo para permitir uma fala adequada. Um questionário elaborado por Pinto e Pegoraro-Krook (2003) foi aplicado para avaliar mastigação, estabilidade, estética, conforto e qualidade de vida. A adequação da fala foi investigada por meio da avaliação perceptiva-auditiva e com o auxílio do espelho de Glatzel. Como resultado, foi possível obter um resultado estético e funcional satisfatório, com conforto e adequação da fala. Sendo assim, apesar de não ser a abordagem terapêutica ideal devido a limitações inerentes ao caso clínico, a reabilitação da fissura transforame bilateral com presença de pré-maxila, fenda não reparada, maxila atrésica e disfunção velofaríngea pode ter um resultado satisfatório com estética e função adequadas por meio de uma abordagem multidisciplinar, visando conforto, bem-estar e melhora na qualidade de vida do paciente com fissura labiopalatina.

Palavras-chave: Fissura palatina. Obturadores Palatinos. Reabilitação.

ABSTRACT

Presentation of a clinical case of a 22-year-old female patient with a complete bilateral transforaminal cleft who came to the Prosthodontics department of the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais complaining of successive fractures in her prosthesis and unsatisfactory aesthetics. Clinical examination revealed an atresic upper arch, a protruding premaxilla, velopharyngeal dysfunction and an unrepaired cleft palate. A temporary removable prosthesis was then planned immediately after osteotomy of the premaxilla for pre-prosthetic purposes to allow adequate thickness of the prosthesis and a satisfactory space for the aesthetics of the teeth and gums. In addition, the prosthesis was associated with a palatal obturator and pharyngeal bulb to allow adequate speech. A questionnaire developed by Pinto and Pegoraro-Krook (2003) was applied to assess chewing, stability, aesthetics, comfort, and quality of life. Speech adequacy was investigated through Perceptual-auditory evaluation and with the aid of a Glatzel mirror. As a result, it was possible to obtain a satisfactory aesthetic and functional result, with comfort and adequate speech. Therefore, despite not being the ideal therapeutic approach due to the

inherent limitations of the clinical case, the rehabilitation of bilateral transforaminal cleft with the presence of a premaxilla, unrepaired cleft, atresic maxilla and velopharyngeal dysfunction can have a satisfactory result with adequate aesthetics and function through a multidisciplinary approach, aiming for comfort, well-being and improvement in the quality of life of patients with cleft lip and palate.

Keywords: Cleft Palate. Palatal Obturators. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

294

A fissura labiopalatina caracteriza-se pela falta de fusão entre os processos faciais, causando uma complexa variabilidade de comprometimentos estéticos e funcionais na face. Esteticamente, pode-se ter desde um simples entalhe no vermelhão dos lábios até uma grande fenda uni ou bilateral envolvendo rebordo alveolar, lábio e nariz. Funcionalmente, pode-se ter o comprometimento da oclusão, da mastigação, da região velofaríngea e das articulações compensatórias, causando graves prejuízos para a fala (Freitas et al, 2011). Com etiologia multifatorial, associada a fatores genéticos e ambientais, as fissuras labiopalatinas são as malformações mais comuns da face, sendo sua incidência estimada em 1 para cada 650 nascimentos (1:650 indivíduos), podendo ou não estar associado a outras síndromes (Freitas et al, 2011). Consequentemente, o tratamento para indivíduos com fissura labiopalatina também é extremamente longo e complexo, iniciando logo após o nascimento e se estendendo pela idade adulta, sendo esse, idealmente, realizado por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, dentistas de várias especialidades, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros.

Assim, na região intraoral, a fissura pode envolver o palato duro, o palato mole e a velofaringe, que é uma válvula muscular situada entre a cavidade oral e nasal, constituída pelas paredes laterais e posteriores da faringe e do palato mole, controlando a passagem de ar entre a boca e o nariz. A disfunção velofaríngea corresponde a incapacidade do indivíduo realizar o próprio fechamento, seja por falta de tecido (insuficiência) ou por falha do movimento adequado (incompetência), sendo que a insuficiência é o mais comum em pacientes com fissuras labiopalatinas. Fonoaudiologia, cirurgias (palatoplastia e faringoplastia), próteses e a combinação

entre elas são as principais abordagens para a disfunção (Pinto; Pegoraro-Krook, 2003).

O tratamento da fissura labiopalatina é multidisciplinar com o objetivo de reestabelecer a estética e a função. As cirurgias realizadas para correção da fissura labiopalatina (queiloplastia e palatoplastia) durante a fase de crescimento facial pode causar efeitos restritivos no desenvolvimento da maxila, causando discrepância entre os arcos dentários (Pinto; Lopes, 2007). A abordagem terapêutica consiste na realização de cirurgia ortognática (Freitas et al, 2012) ou a confecção de próteses do tipo removível de recobrimento para solucionar as discrepâncias maxilomandibulares (Freitas et al, 2013). Além disso, a palatoplastia pode trazer sequelas cirúrgicas, como as fistulas (comunicações entre a boca e o nariz), a disfunção tecidual e o não fechamento adequado da velofaringe. Nesses casos, a equipe multidisciplinar deve optar por um novo procedimento cirúrgico ou a confecção de próteses removíveis associadas com um obturador palatino e bulbo faríngeo, ambos associados a fonoterapia (Pinto, Pegoraro-Krook, 2003). Essas próteses são caracterizadas por uma extensão acrílica e são divididas em duas porções: anterior (uma prótese convencional) e posterior, que corrige ou reduz os impactos negativos da disfunção velofaríngea (Pinto; Pegoraro-Krook, 2003).

As fissuras transforame bilateral apresentam na região anterior média da face uma “pré-maxila” isolada entre os segmentos posteriores pela fissura bilateral. A literatura ainda não é clara no que diz respeito ao seu tratamento terapêutico, dependendo muito da idade do paciente que está sendo tratado. Sabe-se que a realização de uma osteotomia antes dos 6 anos deve ser evitada por causar prejuízos ao crescimento maxilar. A abordagem mais discutida envolve o reposicionamento da pré-maxila por meio de tratamento ortodôntico, seguido por osteotomia e enxerto ósseo por volta dos 8 anos ou mais (Bittermann et al, 2016). Em relação a correção cirúrgica tardia, um estudo observou o recuo pré-maxilar combinado como o fechamento palatino em indivíduos que se submeteram tardiamente aos reparos primários, obtendo um resultado cirúrgico satisfatório e sem maiores complicações (Narayanan et al, 2006).

Dessa forma, o tratamento ideal para os casos de fissura bilateral transforame incisivo seria o reposicionamento cirúrgico da pré-maxila, combinado com enxerto

ósseo e ortodontia, e deveria ser realizado antes da erupção dos caninos (Ferreira et al, 2021). No entanto, esse tratamento é extremamente complexo e difícil de ser atingido, seja pela dificuldade de intervir na idade correta, seja pelo tamanho da fissura, seja pela formação óssea na região da fissura. Assim, tenta-se minimizar o comprometimento estético e funcional por meio de tratamentos alternativos para alcançar alguns dos objetivos da reabilitação oral. O objetivo deste estudo é apresentar uma dessas possibilidades, utilizando um caso clínico de paciente adulto com fissura transforaminal incisiva bilateral grave com disfunção pré-maxilar e velofaríngea, cuja indicação foi sua remoção e a instalação de uma prótese removível imediata associada a um obturador palatino com bulbo faríngeo.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 22 anos de idade, com fissura transforame bilateral completa, compareceu ao setor de prótese dentária do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais utilizando uma prótese provisória e queixando-se de sucessivas fraturas da prótese na região anterior (Figura 1). Essa prótese possuía graves prejuízos estéticos na região anterior e extensão para um bulbo faríngeo. Além disso, a paciente apresentava disfunção velofaríngea e relatava dependência da prótese para fala. A paciente foi tratada pelo hospital desde o primeiro mês de idade, quando realizou a cirurgia de queiloplastia.

Todo o tratamento odontológico foi acompanhado no hospital, onde submeteu-se a três cirurgias de palatoplastia, porém nenhuma delas resultou no fechamento palatino. Durante o tratamento reabilitador, foi necessária a fonoterapia intensiva realizada no hospital, além disso, também realizou tratamento fonoaudiológico em sua cidade de origem por três anos durante sua infância. O histórico médico aponta que foram necessárias cirurgias da tuba auditiva e de alongamento da columela do nariz. No entanto, a paciente ainda precisa se submeter a cirurgia de queiloplastia e de rinoplastia.

Figura 1: Prótese temporária utilizada pela paciente antes da reabilitação.



297

Fonte: Autoria própria

A paciente apresenta-se com arco superior atrésico e pré-maxila protuberante, além da ausência dos incisivos laterais superiores (Figura 2). A pré-maxila é uma estrutura óssea presente especificamente nos indivíduos com fissura bilateral e se localiza anteriormente à maxila, situando-se frequentemente para cima e para frente. Nesse contexto, essa estrutura encontra-se delimitada pela fissura nos seus segmentos posteriores do arco maxilar, onde deveriam estar os incisivos laterais. Também foi possível notar a presença da fissura palatina não reparada devido ao insucesso das palatoplastias realizadas durante a infância (Figura 3). A pré-maxila apresentava-se volumosa e com as raízes dos dentes 11 e 21 presentes, o que obrigava a prótese antiga ter pouca espessura nessa região. Foi diagnosticado que, nesse paciente adulto, a presença da pré-maxila trazia mais desvantagens do que vantagens para sua permanência.

Figura 2: Vista frontal durante o exame clínico.



Fonte: Autoria própria

Figura 3: Vista oclusal da maxila durante o exame clínico.



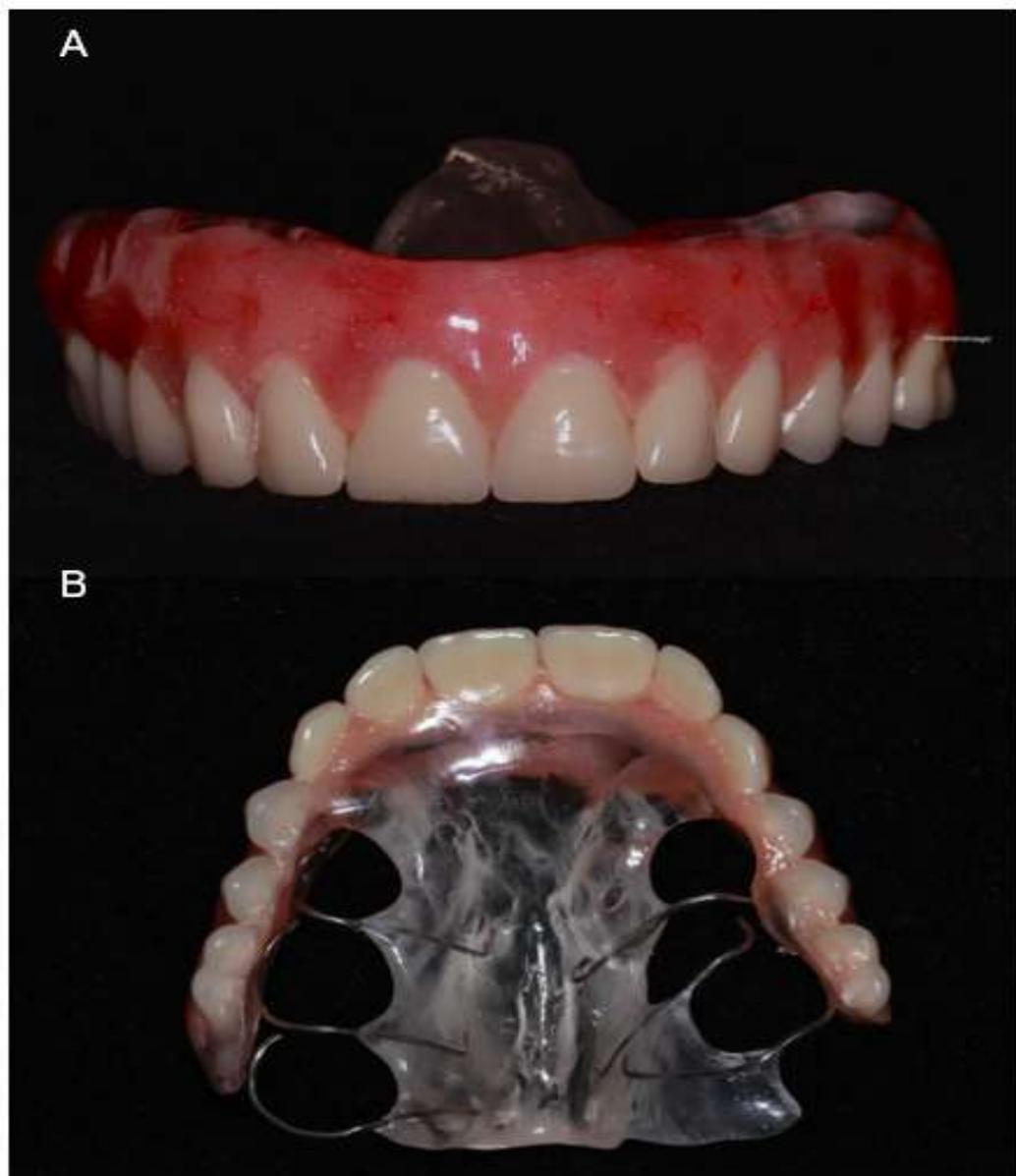
Fonte: Autoria própria

Dessa forma, foi proposto como abordagem de tratamento a osteotomia da pré-maxila com finalidade pré-protética para permitir uma espessura adequada da prótese provisória, objetivando, assim, solucionar a queixa de fraturas constantes e um espaço mais adequado para a estética dos dentes e da gengiva. Para isso, seria necessária a confecção de uma prótese removível imediata provisória para ser instalada após o procedimento cirúrgico, além da confecção, o mais breve possível, do obturador e bulbo faríngeo, a fim de permitir a inteligibilidade adequada da fala.

O tratamento foi iniciado após finalização do tratamento periodontal e restaurador. Primeiramente, foi realizada uma moldagem com moldeira de estoque e alginato para a obtenção de modelo e base de prova para o registro oclusal. Em seguida, foi realizado o ajuste da base de prova, verificando suporte labial, corredor bucal, linha do sorriso, altura incisal, linha média, linha alta do sorriso, linha dos caninos e dimensão vertical de oclusão, para então realizar o registro oclusal com pasta zinco-enólica. Devido a discrepância entre os maxilares, foi optado pela confecção de uma prótese do tipo overlay, ou seja, com a devida compensação para que os dentes da maxila (na prótese) se relacionassem adequadamente com os inferiores da mandíbula.

Após a prova dos dentes e a adequação estética em boca, prosseguiu-se com a osteotomia da pré-maxila no modelo, simulando a cirurgia de remoção da pré-maxila. Desta forma, pode-se ser feito a acrilização da prótese com os devidos grampos ortodônticos para sua retenção (Figura 4).

Figura 4: Parte anterior da prótese em acrílico. **A** - Vista anterior. **B** - Vista oclusal.



Fonte: Autoria própria

Com a prótese pronta (restando apenas o bulbo), foi possível fazer a cirurgia para remoção da pré-maxila. Iniciou-se pela exodontia do 11 e 21 com fórceps para, então, ser realizada a alveoloplastia com alveolótomo e desgate ósseo com broca maxicut em baixa rotação e com irrigação, buscando um desgate conservador apenas para permitir o correto assentamento da prótese. Dessa forma, foi realizada uma osteotomia parcial da pré-maxila. Para finalizar, foi realizada a sutura (Figura 5) e prescrito dipirona 500mg a cada 8 horas por 3 dias. Após a finalização da cirurgia, a

prótese removível imediata foi instalada (porção anterior) e imediatamente iniciou-se a confecção da porção posterior.

Figura 5: Sítio cirúrgico após a sutura.

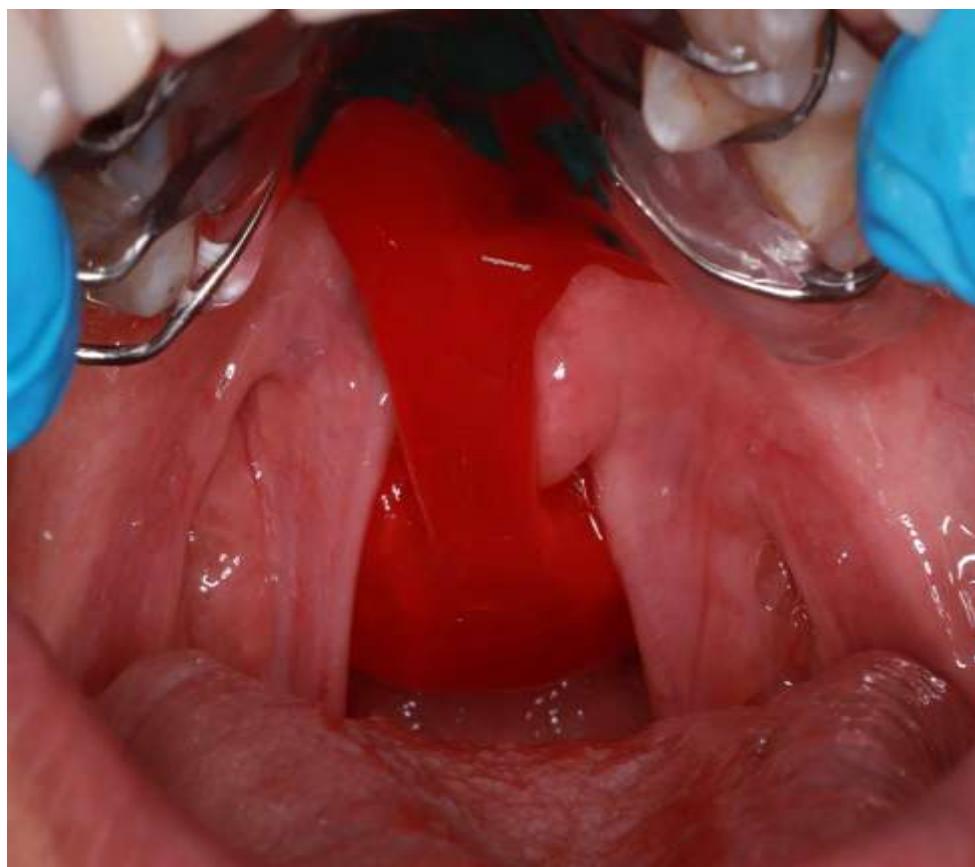


301

Fonte: Autoria própria

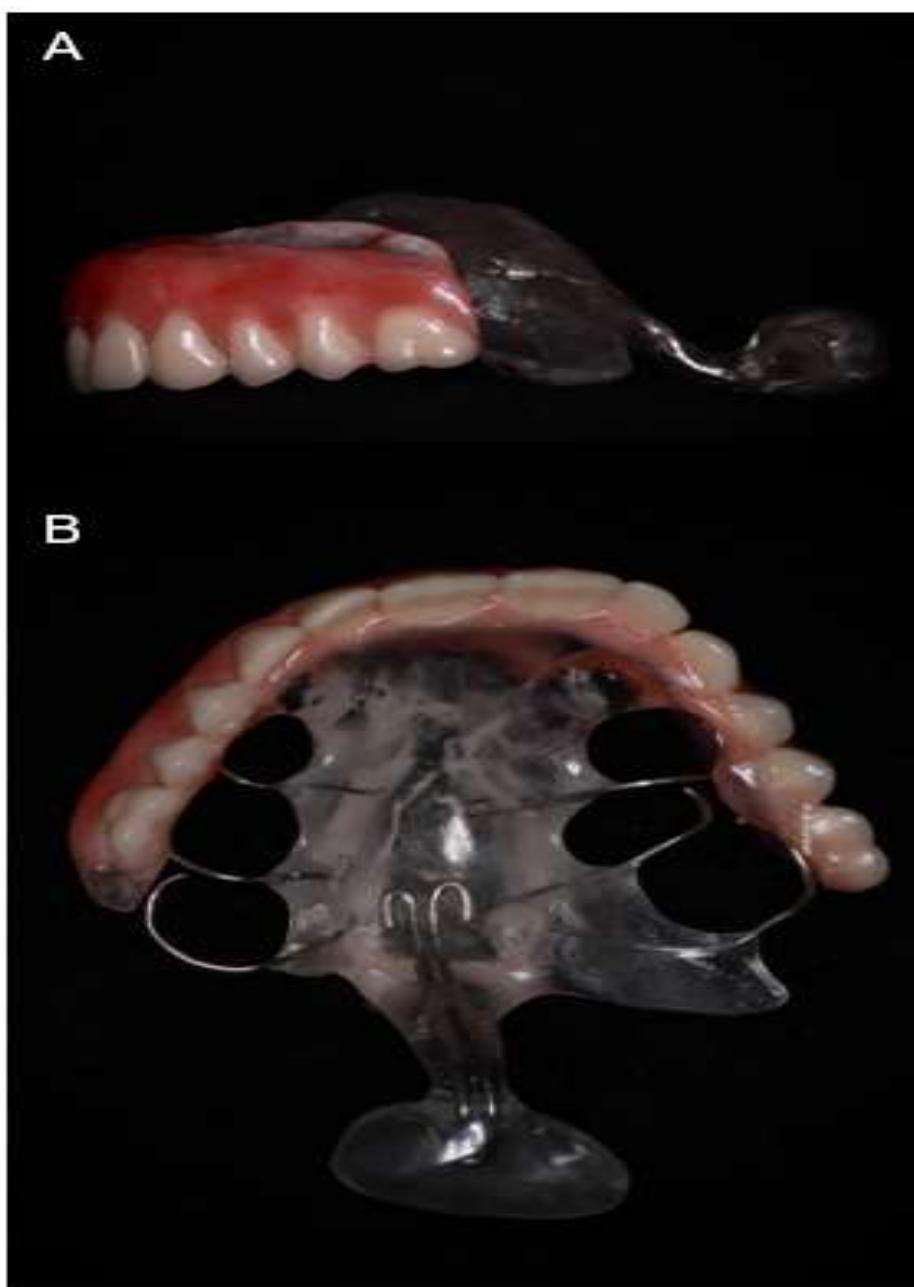
Dessa forma, a moldagem da região posterior do palato e faringe foi realizada por um cirugiã-dentista em conjunto com um fonoaudiólogo. Assim, foi fixado um fio metálico com godiva na porção anterior da prótese. Em seguida, foi realizada uma extensão, tangenciando o palato mole, com cera. Durante o processo de moldagem, foi solicitado que a paciente pronunciasse “AH”, a fim de ajustar a cera de forma que a porção posterior seja passiva e não prejudique a fala e a deglutição (Figura 6). Moldagem foi finalizada com a movimentação das paredes laterais e posterior da faringe com o paciente emitindo sons e fonemas orientados pelo fonoaudiólogo. Em seguida, a porção posterior foi enviada para acrilização (Figura 7).

Figura 6: Pronúncia de “AH” durante a confecção do bulbo faríngeo.



Fonte: Autoria própria

Figura 7: Prótese finalizada com porções anterior e posterior. **A** - Vista lateral. **B** - Vista oclusal.



Fonte: Autoria própria

Após acrilização da região do bulbo, a prótese foi ajustada em boca e instalada (Figura 8). No dia seguinte, a paciente realizou um atendimento fonoaudiológico, a fim de realizar uma avaliação perceptivo-auditiva da fala e da função velofaríngea, com a utilização do espelho de Glatzel. Foi observado uma nasalidade satisfatória e, por isso, não foi necessária uma segunda moldagem com godiva do bulbo faríngeo. A paciente ficou satisfeita com o resultado estético e fonoaudiólogo. Após 1 mês, foi

realizado um atendimento de controle e não foram necessários novos ajustes. Além disso, foi aplicado um questionário elaborado por Pinto e Pegoraro-Krook (2003) para avaliar o impacto do tratamento reabilitador em relação à mastigação, à estabilidade da prótese, à estética, ao conforto e à qualidade de vida em geral da paciente com o uso da prótese.

Paciente relatou utilizá-la por cerca de 12 horas, removendo-a apenas para dormir. Além disso, alegou comer com a prótese e que sua mastigação não foi comprometida, além de relatar estabilidade durante função mastigatória. Declarou, também, conforto com o uso da prótese e o impacto positivo na sua vida em geral, com uma melhora significativa da fala.

A prótese provisória será utilizada até a segunda cirurgia de queiloplastia, para então ser confecionada uma prótese removível de recobrimento com armação metálica.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação em Anomalias Craniofaciais sob o protocolo de número 7.737.165. A paciente leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Informado.

Figura 8: Prótese removível provisória imediata instalada.



Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo descrever um caso clínico de um paciente adulto com fissura transforame bilateral grave com presença de pré-maxila, no qual houve a indicação de osteotomia e instalação de uma prótese removível imediata provisória, associado ao obturador palatino e bulbo faríngeo.

O tratamento de pacientes com fissura labiopalatina idealmente deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar e inicia-se desde o nascimento e prolonga-se para a vida adulta. É recomendável que a cirurgia de queiloplastia seja realizada por volta dos 3 meses de idade, enquanto a palatoplastia por volta de 1 ano de idade. O paciente é, então, acompanhado pela equipe médica, odontológica, fonoaudiológica, psicológica, entre outros, em busca da sua reabilitação e inserção na sociedade (Freitas et al, 2011). A queiloplastia consiste na reparação cirúrgica do lábio e seu manejo é importante, especialmente nas fissuras transforame bilateral, para a reconstrução da cinta labial, buscando o reestabelecimento do prognatismo pré-maxilar e a normalização da musculatura labial, além de proporcionar estética e função (Ribeiro et al, 2016).

A cirurgia primária de palato busca realizar uma reconstrução entre a cavidade oral e nasal, o reposicionamento muscular e a restauração completa das estruturas do esfíncter velofaríngeo, a fim de permitir seu correto fechamento e desenvolvimento da fala. No entanto, uma frequente complicações é a ocorrência de fistula, uma abertura entre a cavidade oral e nasal com tamanho e localização variável, comprometendo a fala, causando hipernasalidade e refluxo nasal de líquidos e semisólidos (Bosi; Brandão, Yamashita, 2016). Essa complicações é atribuída a diversos fatores, tais como a técnica cirúrgica aplicada, a idade da cirurgia primária, a habilidade do cirurgião, a amplitude da fenda, o tipo de fissura, a má cicatrização das feridas, o estado nutricional do paciente, a tensão nas suturas, a ausência de fechamento de várias camadas e infecção do local operado. Além disso, cerca de 5 a 36% dos indivíduos com disfunção velofaríngea permanecem com a insuficiência após a palatoplastia primária (Bosi; Brandão, Yamashita, 2016).

Uma das soluções para a correção da insuficiência velofaríngea é submissão de novos procedimentos cirúrgicos, como a faringoplastia. No entanto, a realização de

múltiplas cirurgias pode produzir irregularidades e fístulas, prejudicando a estabilidade e retenção de próteses futuras. Dessa forma, pacientes com fissuras labiopalatinas amplas podem se beneficiar com próteses obturadoras, que separam a cavidade oral e nasal (Lopes et al., 2010). Pinto e Pegoraro-Krook (2003) conduziram o maior estudo em número de pacientes encontrado na literatura (48 pacientes) que avaliou o tratamento protético da disfunção velofaríngea em relação a mastigação, a estabilidade, a estética, o conforto e a qualidade de vida em geral. Como resultado, a maioria dos participantes usavam a prótese por aproximadamente 24 horas, conseguiam comer usando as próteses, relataram melhora na mastigação e na fala. Além disso, a maior parte dos participantes da pesquisa relataram estabilidade das próteses durante a fala e durante a mastigação, conforto com o uso da prótese e que houve melhora significativa na qualidade de vida, sendo assim, é notório que os resultados foram semelhantes aos encontrados nesse relato de caso.

Um dos desafios das próteses obturadoras é conseguir uma retenção satisfatória que permita fala e mastigação adequadas, isso deve-se ao peso do aparelho e a dificuldade de se obter um selamento de borda (Abreu et al. 2007). Abreu et al. (2007) descreveu um relato de caso de um paciente de 65 anos com fenda palatina e com queixa principal de prótese parcial removível superior com porção do bulbo mal ajustada. Como solução, foi planejado uma nova prótese retida por implantes, que ofereceram retenção adequada da prótese, proporcionando fala, mastigação, deglutição e estética adequadas. Lopes et al. (2010) relatou um caso de um paciente com fissura palatina com desejo de se obter uma prótese fixa, sendo planejado um protocolo superior com coroas fresadas em molares associado ao obturador removível, proporcionando conforto, melhora da fala, da estética e da mastigação. Dessa forma, apesar das limitações relacionadas a retenção e a estabilidade de próteses obturadoras, os implantes urgem como uma alternativa para reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina.

Em relação ao conforto da prótese, é importante ter atenção no relato de desconforto do paciente, a fim de rastrear possíveis áreas de compressão que possam causar eventuais lesões (Lopes et al. 2021). Kahlon et al. (2016) relatou um caso de um paciente com fenda palatina que já utilizava um bulbo convencional, porém com queixas de ulceração e irritação do palato mole. Foi planejado, então, uma nova

prótese, fabricada de resina acrílica autopolimerizável até palato duro e região de palato mole seria feito com um material de silicone. Como resultado, paciente relatou maior conforto e aceitação ao utilizar essa modificação. Outra queixa comum da prótese obturadora é o seu peso, já que sua maior extensão a torna mais pesada, causando desconforto (Alfaraj et al., 2021). Sendo assim, Alfaraj et al. (2022) descreveu a confecção de uma prótese obturadora oca por meio do fluxo digital, visando reduzir o peso da prótese. Pinto e Pegoraro-Krook (2000) sugeriu que a prótese obturadora possa ser o mais fina possível apenas com o objetivo de vedar a passagem de ar para o nariz, dessa forma ficaria mais leve. Nesse relato de caso, na consulta de instalação da prótese foram rastreados locais de compressão para realização de alívios e, após seu retorno, o paciente não se queixou de desconforto ou peso excessivo ao utilizar uma prótese obturadora com bulbo faríngeo em acrílico.

As cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia podem apresentar efeitos restritivos no desenvolvimento da maxila. A tensão no lábio reconstruído restringe o crescimento anterior da maxila. Já a ausência da sutura palatina média leva a dimensões transversais reduzidas em pacientes com fissura labiopalatina. Esse efeito restritivo causa um padrão esquelético de Classe III devido à deficiência maxilar (Freitas et al, 2012b). O tratamento correto consiste na intervenção ortodôntica na idade correta, acompanhada de cirurgias de enxerto alveolar, e, em alguns casos, é necessária a realização da cirurgia ortognática. No entanto, a depender da evolução do caso, próteses removíveis de recobrimento são indicadas em casos de hipoplasia e retrusão acentuada de maxila, recuperando maxilas atrésicas, discrepâncias maxilomandibulares, mordida aberta anterior e proporcionando estética e suporte labial (Freitas et al, 2013). Alves et al. (2017) conduziu um estudo para comparar a qualidade de vida em pacientes com fissura transforame bilateral reabilitados com cirurgia ortognática e com próteses de recobrimento. Como resultado, não foram encontradas diferenças estatísticas em relação à limitação funcional, física e social. Nesse relato de caso, foi planejado uma prótese de recobrimento devido a atresia maxilar, obtendo resultado estético e funcional satisfatórios.

Na abordagem da disfunção velofaríngea, uma combinação de tratamentos cirúrgicos e/ou protéticos com o fonoaudiológico pode ser necessária para atingir bons resultados na fala (Paul et al, 2020). A prótese de bulbo faríngeo pode ser a

melhor escolha quando a cirurgia é contraindicada devido a limitações sistêmicas, anatômicas ou funcionais (Paul et al, 2020; Pegoraro-Krook et al, 2022), tendo como vantagens, quando comparada às intervenções cirúrgicas, serem menos invasivas, menos dispendiosas e mais fáceis de modificar e ajustar no pós-operatório (Paul et al, 2020). O bulbo visa promover a competência funcional do mecanismo velofaríngeo quando as paredes laterais da faringe são capazes de tocá-lo durante a fala. Estudos sugerem que os movimentos das paredes faríngeas podem ser aumentados com o uso de prótese de bulbo faríngeo, com relatos de diminuição considerável do seu tamanho (Pegoraro-Krook et al, 2022), além disso, um programa de redução de bulbo e um programa intensivo de fonoterapia podem promover uma melhora significativa da fala (Paul et al., 2020). Nesse relato de caso, foi alcançado um resultado satisfatório de nasalidade, no entanto, deve ser destacado que o sucesso na fala também é reflexo de um tratamento fonoaudiológico adequado realizado durante a infância.

O correto manejo da pré-maxila em pacientes com fissura transforame bilateral consiste na queiloplastia no primeiro ano de vida e o reposicionamento da pré-maxila combinado com enxerto ósseo na cronologia correta, ou seja, antes da erupção dos caninos (Ribeiro et al, 2016). No entanto, apesar de não ser ideal, a literatura também descreve casos de reabilitação tardia, com o reposicionamento cirúrgico após estabelecimento da dentição permanente combinado ao enxerto alveolar terciário (Ribeiro et al, 2016; Ferreira et al, 2021) e a remoção cirúrgica total da pré-maxila (Rodrigues et al, 2021). Alguns fatores devem ser levados em consideração para a escolha da melhor técnica cirúrgica, como grau de rotação da pré-maxila, posição pré-maxilar, altura óssea, idade, prognóstico, impossibilidade do fechamento cirúrgico do palato e colaboração do paciente (Rodrigues et al, 2021). Nesse relato de caso, devido às limitações, foi planejada uma osteotomia conservadora da pré-maxila, realizando apenas o desgaste ósseo necessário para promover um correto assentamento da prótese e um espaço mais adequado para a estética dos dentes e da gengiva, tendo, portanto, menor morbidade cirúrgica.

Sendo assim, a reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina apresenta um protocolo de tratamento estabelecido na literatura com uma cronologia que deve se seguida para se obter sucesso no resultado. No entanto, existem limitações inerentes a cada indivíduo que podem modificar o tratamento reabilitador, como o

tipo de fissura e sua extensão, além da dificuldade de intervir na idade correta. Nesse contexto, a abordagem de tratamento nesses pacientes deve visar à estética, à função, à reinserção na sociedade e ao bem-estar psicológico. Nesse relato de caso, apesar das limitações, foi possível obter uma estética funcional satisfatória, com um resultado de fala adequado e com melhora da qualidade de vida em geral, proporcionado conforto, bem-estar e confiança ao paciente com fissura labiopalatina.

CONCLUSÃO

No presente caso, a presença de uma pré-maxila protuberante, de uma fenda palatina não reparada, de maxila atrésica e da disfunção velofaríngea associada a uma fissura transforame bilateral grave em um indivíduo adulto tornou a reabilitação oral da paciente extremamente desafiadora. No entanto, foi possível sua reabilitação com uma prótese removível imediata e com bulbo faríngeo logo após a cirurgia de remoção da pré-maxila. Apesar da complexidade do caso e das suas limitações, foi possível obter um resultado estético e funcional satisfatório com adequação da fala por meio de uma abordagem multidisciplinar, garantindo conforto, bem-estar e qualidade de vida ao paciente com fissura labiopalatina.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. et al. Oral rehabilitation of a patient with complete unilateral cleft lip and palate using an implant-retained speech-aid prosthesis: clinical report. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 44, n. 6, p. 673-677, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1597/06-169.1>. Acesso em: 30 jan 2026.

ALFARAJ, A.; SU, F.-Y.; LIN, W.-S. CAD-CAM hollow obturator prosthesis: a technical report. **Journal of Prosthodontics**, v. 31, n. 7, p. 635-638, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jopr.13513>. Acesso em: 30 jan 2026.

ALVES, M. L. M. et al. Quality of life in bilateral cleft lip and palate patients: comparison between orthognathic surgery and overlay prosthesis. **Annals of Maxillofacial Surgery**, v. 7, n. 2, p. 176-179, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ams.ams_135_16. Acesso em: 30 jan 2026.

BITTERMANN, G. K. P. et al. Management of the premaxilla in the treatment of bilateral cleft of lip and palate: what can the literature tell us? **Clinical Oral Investigations**, v. 20, n. 2, p. 207-217, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1589-y>. Acesso em: 30 jan 2026.

BOSI, V. Z.; BRANDÃO, G. R.; YAMASHITA, R. P. Ressonância de fala e complicações cirúrgicas após palatoplastia primária com veloplastia intravelar em pacientes com fissura de lábio e palato. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 31, n. 1, p. 43–52, 2016. Disponível em: <https://www.rbcn.org.br>. Acesso em: 30 jan 2026.

FERREIRA, L. M. et al. Reposicionamento de pré-maxila em paciente portador de fissura trans-forame bilateral completa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 25940–25952, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com>. Acesso em: 30 jan 2026.

FREITAS, J. A. S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the HRAC/USP – Part 1. **Journal of Applied Oral Science**, v. 20, n. 1, p. 9–15, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000100003>. Acesso em: 30 jan 2026.

FREITAS, J. A. S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the HRAC-USP – Part 2. **Journal of Applied Oral Science**, v. 20, n. 2, p. 268–281, 2012b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000200024>. Acesso em: 30 jan 2026.

FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate – Part 3. **Journal of Applied Oral Science**, v. 21, n. 6, p. 664–672, 2012a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2013-0234>. Acesso em: 30 jan 2026.

FREITAS, J. A. S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate – Part 4. **Journal of Applied Oral Science**, v. 21, n. 3, p. 284–292, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-775720130127>. Acesso em: 30 jan 2026.

KAHLON, S. S. et al. The soft palate friendly speech bulb for velopharyngeal insufficiency. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 9, p. ZD01–ZD02, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18993.8464>. Acesso em: 30 jan 2026.

LOPES, F. S. L. et al. Reabilitação protética de maxila atrésica e disfunção velofaríngea. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 30, n. 89, p. 387–402, 2021. Disponível em: <https://www.robrac.org.br>. Acesso em: 30 jan 2026.

LOPES, J. F. S. et al. Cleft palate obturation with Bränemark protocol implant-supported fixed denture and removable obturator. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 47, n. 2, p. 211–215, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1597/09-019_1. Acesso em: 30 jan 2026.

NARAYANAN, R. K. et al. Synchronous palatal closure and premaxillary setback. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 117, n. 2, p. 527–531, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000200768.32026.3f>. Acesso em: 30 jan 2026.

PAUL, N. et al. Intensive speech therapy programme combined with a speech bulb prosthesis. **Cureus**, v. 12, n. 2, e6951, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.6951>. Acesso em: 30 jan 2026.

PEGORARO-KROOK, M. I. et al. Pharyngeal bulb prosthesis and speech outcome. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 88, n. 2, p. 187–193, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.05.028>. Acesso em: 30 jan 2026.

PINTO, J. H. N.; PEGORARO-KROOK, M. I. **Avaliação de pacientes portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato**. 2000. Dissertação (Mestrado) – FOB/USP, Bauru, 2000. Disponível em: <https://www.teses.usp.br>. Acesso em: 30 jan 2026.

PINTO, J. H. N.; PEGORARO-KROOK, M. I. Evaluation of palatal prosthesis for the treatment of velopharyngeal dysfunction. **Journal of Applied Oral Science**, v. 11, n. 3, p. 192–197, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572003000300007>. Acesso em: 30 jan 2026.

PINTO, J. H. N.; LOPES, J. F. S. Reabilitação oral em prótese dentária. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA, O. G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Editora Santos, 2007.

RIBEIRO, A. A. et al. Tratamento ortodôntico-cirúrgico para o prognatismo pré-maxilar. **Ortho Science**, v. 9, n. 36, p. 56–65, 2016.

RODRIGUES, R. D. et al. Remoção de pré-maxila em paciente com fissura labiopalatina. **Revista Odontológica de Araçatuba**, 2021. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?q=Tratamento+ortod%C3%B4ntico-cir%C3%BCrgico+para+o+prognatismo+pr%C3%A9-maxilar+em+fissura+pr%C3%A9-forame+bilateral+completa> Acesso em: 30 jan 2026.