

CONGRESSO BRASILEIRO DE FISSURAS LÁBIO PALATINAS E ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Supplement 1 • Volume 11 • June 2019



Fundada em 1969

EDITOR EXECUTIVO

Géza Lazló Urményi

EDITORES ASSISTENTES

Marcelo Vaccari Mazzeti
Michelle Protzenko

DIREÇÃO DE NORMAS

Nivaldo Alonso

REDAÇÃO

Anelise Sabbag

COMITÊ EDITORIAL - CONSELHO CIENTÍFICO

Nivaldo Alonso
Cassio Eduardo Raposo do Amaral
Lidia Protzenko Cervante
Elisabeth Fernandes
Marcelo Vaccari Mazzeti
Nelson Bardella

Responsavel pela Publicação

Associação Brasileira de fissuras Lábio Palatinas
contato@abflp.org.br

Periodicidade da publicação

Anual



Cassio Eduardo Raposo do Amaral

- Presidente do XI Congresso Brasileiro de Fissuras Lábio Palatinas e Anomalias Craniofaciais
- Vice-presidente do Hospital SOBRAPAR Crânio e Face
- Presidente da ABCCMF – Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial



Géza László Urményi

- Presidente ABFLP – Associação Brasileira de Fissuras Lábio Palatinas

COMISSÃO ORGANIZADORA DO XI CONGRESSO

Cassio Eduardo Raposo do Amaral – presidente
Anelise Sabbag
Géza László Urményi
James Bradley
Marcelo Vaccari Mazzetti
Rebecca Maunsell

COMISSÃO CIENTÍFICA

Anelise Sabbag
Géza László Urményi
James Bradley
Marcelo Vaccari Mazzetti
Nivaldo Alonso
Rebecca Maunsell

ORGANIZAÇÃO





50 anos • 1969 - 2019

ORAL PRESENTATIONS

Oral Presentation - FENÓTIPOS DENTÁRIOS NA SÍNDROME DE VAN DER WOUDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Cristina da Silva TREVIZAN, Pollyana Pereira Teotonio dos SANTOS, Lucimara Teixeira das NEVES

A síndrome de van der Woude (SVW) consiste em uma anormalidade genética atribuída a mutações no gene IRF6, sendo caracterizada pela presença de fístulas paramedianas no lábio inferior, fissura de lábio e/ou palato e agenesia dentária. O objetivo principal deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura a fim de identificar os diferentes fenótipos dentários encontrados na síndrome de van der Woude. Para tal, foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed a fim de levantar os trabalhos publicados nos últimos quinze anos, utilizando a intersecção das palavras-chave anomalias dentárias e síndrome de van der Woude. A partir da revisão de literatura, considerando os critérios de elegibilidade dos artigos, foram selecionados seis trabalhos de pesquisa, sendo três casos clínicos e três pesquisas. Como resultados é possível verificar que a distribuição dos fenótipos dentários nesta síndrome descritos na literatura, é muito variável. A agenesia dentária é o fenotipo mais comum e já está associada como uma das características da síndrome, entretanto outra anomalia, o taurodontismo, também foi relatado com prevalência de 46% nesses pacientes. Desta forma, a partir desta revisão de literatura é possível concluir que os fenótipos dentários mais comuns em sujeitos com SVW são agenesia e taurodontismo. Ressalta-se como consideração clínica que é importante que os cirurgiões-dentistas tenham compreensão da natureza e extensão da variação fenotípica odontológica em pacientes com SVW, possibilitando uma adequada abordagem para o planejamento de reabilitação bucal nesses pacientes.

Descritores: Fenda labial. Anormalidades dentárias. Síndrome de van der Woude.

Oral Presentation - 10 AÑOS DE EXPERIENCIA CON EL USO DE LA TÉCNICA DE UN COLGAJO

Olivencia Flores, Claudia; Rossell Perry, Percy.

La técnica de dos colgajos más veloplastía intravelar es comúnmente utilizada para la reparación del paladar fisurado. Fue descrita hace más de 45 años atrás por Bardach, es una cirugía de un tiempo que permite el cierre bajo tensión mínima, disminuyendo de este modo el porcentaje de desarrollo subsecuente de fístula.

La principal desventaja de esta técnica, es el potencial detrimento del crecimiento maxilar. Varios estudios han descrito el impacto negativo en el crecimiento del paladar debido a la cirugía temprana en un tiempo a través de la Técnica de Dos Colgajos (Liao), debido a la extensa disección en ambos lados de la fisura e incisiones laterales. Sin embargo, se puede alcanzar competencia velar funcional, confirmando apropiada resonancia durante el habla y previene la regurgitación nasal de alimentos o líquidos.

Se han utilizado estrategias, como la palatoplastias en dos tiempos para minimizar tal resultado no deseado, a pesar de los altos porcentajes de desarrollo de fístula y resultados negativos documentados en el habla. (Stein, Noordhoff)

El ensayo clínico controlado multicéntrico SCANDCLEFT, recientemente (2013) reportó resultados similares para las técnicas de uno y dos tiempos con respecto al impacto en el crecimiento maxilar.

Teniendo esto en cuenta, desde el 2007, utilizamos una técnica quirúrgica que consiste en Un Colgajo mucoperióstico, elevado del lado no fisurado, reduciendo la extensión de la cirugía y sus no deseados efectos en el paladar.

(One-flap Palatoplasty: A Cohort Study to Evaluate a Technique for Unilateral Cleft Palate Repair. Rossell-Perry, P et al. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open 2015)

OBJETIVO: Demostrar la utilidad de esta técnica para reparar la Fisura de Paladar Unilateral, así como mostrar a través de una videocirugía la técnica de Un Colgajo en detalle para su debida aplicación.

TECNICA QUIRURGICA: VIDEOCIRUGIA

Difiere de la técnica de dos colgajos relativamente en la disección del paladar duro. El tratamiento quirúrgico del paladar blando, es idéntico en ambas técnicas.

Se aplica la técnica de Uvuloplastía Unilateral, conservando la más larga de las dos hemiúvulas. En el lado de la úvula conservada, se realiza una incisión de mucosa a lo largo del margen de la fisura del paladar blando hacia la base de la hemiúvula, preservando el músculo de la misma. (A prospective, randomized, double-blind clinical trial study to evaluate a method for uvular repair during primary palatoplasty. Rossell-Perry, P., et al. J. Plastic Surgery of Hand Surgery 2014; A comparative study to evaluate the functional effect of unilateral uvuloplasty after primary palatoplasty. Rossell-Perry, P., Olivencia-Flores, C., et al. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open 2015)

El Colgajo se diseña a través de electrocauterio en el lado No Fisurado. Cada incisión recorre a lo largo del borde del paladar, sobre la gingiva y medial a la línea de erupción dental, así como en la extensión alveolar de la Palatoplastía de Carstens.

Se requiere de una extensión de 1 cm sobre el paladar blando para prevenir la tensión en el cierre a nivel de la línea media.

Adicionalmente, se requiere una disección subperióstica mínima en el lado fisurado para facilitar el cierre en la línea media.

Se utiliza una incisión de 1 cm en la mucosa gingival anterior para permitir un adecuado cierre de las porciones más anteriores de la fisura.

En casos de una Fisura Unilateral Severa, se realiza en el lado fisurado una pequeña incisión de relajación (2 cm), en una línea entre la mucosa gingival y palatina. (Association between palatal index and cleft palate repair outcomes in patients with complete unilateral cleft lip and palate. Rossell-Perry P, et al. JAMA Facial Plast Surg. 2014)

Los bordes de cada lado de la fisura son incididos en continuidad con las incisiones uvulares bilaterales, dejando suficiente mucosa de vómer para el cierre del plano nasal.

La elevación del colgajo mucoperióstico empieza en la porción más anterior del hemipaladar y continúa hasta el pedículo palatino. El paquete neurovascular se moviliza mediante disección roma, con firme pero delicada tracción para tirar y relajar aún más el pedículo del foramen palatino mayor.

La cirugía concluye con el reparo muscular a través de la veloplastía intravelar de Sommerland.

La mucosa se cierra cuidadosamente utilizando sutura 5-0 absorbible, borde con borde

CONCLUSIONES:

- La utilización de la Técnica De Un Colgajo para la reparación de la Fisura de Paladar Unilateral nos permite alcanzar resultados comparables con aquellos obtenidos con la Técnica de Dos Colgajos, en términos de disminución de desarrollo de fístula postoperatoria y habla hipernasal (IVF).

- Además, la principal ventaja de la Técnica de un Colgajo es la disección limitada sobre el segmento palatino no fisurado logrando resultados similares.

- A pesar de haber realizado un ensayo clínico, los resultados obtenidos no proporcionan evidencia estadística de que una técnica permita obtener un mejor desarrollo maxilar que la otra a los 5 años de edad, se requieren estudios adicionales para evaluar el efecto de esta técnica en el crecimiento del paladar. (Effect of Relaxing Incisions on the Maxillary Growth after Primary Unilateral Cleft Palate Repair in Mild and Moderate Cases: A Randomized Clinical Trial. Rossell-Perry, P., et al. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 2017)

Oral Presentation - SHOULD CLEFT SURGERY ALWAYS BE PERFORMED DURING THE MATUTINE TIME?

Daniel Vélez RESTREPO, Marilson Hideki SATO, Fernanda Saturnino CARDOSO, Renato da Silva FREITAS.

Keywords: cleft lip; cleft palate; postoperative complications

BACKGROUND: Surgeries performed in the afternoon for patients < 2 years old were discouraged by Smile Train foundation in 2017 under the belief that complication is higher when the surgery is performed in the afternoon. However, it is impossible to perform cleft repair for all patients in the morning schedule in centers with great demands. The purpose of this article was to present the incidence of complications discriminating time of surgery (morning / afternoon) and type of surgery in a reference center in Curitiba, Brazil.

METHODS: Retrospective study that evaluated all cleft surgeries that were performed at an assistance center for Cleft Lip and Palate (CAIF) during the year of 2017 in Curitiba, Brazil. Five surgeons performed the surgeries. All charts were reviewed, and data about age, type of surgery, time of surgery and post-operative complications (immediate and late) were collected.

RESULTS: During 2017, 187 patients were submitted to cleft lip and/or palate corrective surgery at CAIF with an age lesser than 2 years. 110 surgeries (58%) were performed before 1PM and 77 surgeries (42%) after 1PM. Complications occurred in 13 cases (6,9%). 70% of the complications occurred in the morning period and 30% in the afternoon period. 8,1% of surgeries that were performed in the morning had any complication compared to 5,1% of surgeries performed in the afternoon.

CONCLUSION: There was no evidence that surgeries performed in the morning have a lesser incidence of postoperative complications.

Oral Presentation - AÇÕES EDUCATIVAS PARA OS CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICO DE QUEILOPLASTIA E PALATOPLASTIA

Juliana da Rocha CABRAL, Maria Cristina Silva de ALCÂNTARA, Amanda Almeida de OLIVEIRA
Daniela Bezerra de MELO, Rui Manoel Rodrigues PEREIRA

Introdução: as fissuras de lábio e palato (FLP) constituem as anomalias congênicas mais comuns diagnosticadas na região craniofacial. O tratamento envolve uma assistência de dimensão integral do paciente, que contempla o acompanhamento ambulatorial com equipe multi e interdisciplinar, com enfoque nos aspectos cirúrgicos, da fala e no acompanhamento odontológico, a fim de melhorar no resultado cirúrgico, proporcionando a melhoria das condições de saúde e de vida dessas pessoas.

Objetivo: descrever a experiência na realização de ações educativas em saúde como estratégia de cuidado pré-cirúrgico de pacientes submetidos à queiloplastia e palatoplastia.

Material e Métodos: trata-se de um relato experiência oriundo de ações educativas, realizadas no pré-operatório de pacientes que foram submetidos à correção cirúrgica de FLP. As ações são realizadas semanalmente, no mesmo dia em que o serviço realiza a avaliação pré-anestésica e entrega as guias de internamento cirúrgico. O serviço é um centro de referência para as regiões do Norte e Nordeste no tratamento de anomalias de face, localizado na cidade do Recife, Pernambuco.

Resultados: com o intuito de estabelecer atenção integrada, as ações buscam também proporcionar aos participantes do grupo a disseminação de informações referentes ao período perioperatório de queiloplastia e palatoplastia, respeitando as diferenças e firmando o compromisso e o cuidado pós-operatório. A fim de facilitar e conscientizar quanto a importâncias das ações preventivas, foi necessária a confecção de uma boneca com fissura de lábio a fim de demonstrar os cuidados com a higiene no sítio cirúrgico.

Para ambas as cirurgias, abordam-se os cuidados a serem realizados com o passo a passo de limpeza da ferida operatória, a alimentação, o processo cicatricial e reavaliação cirúrgica. Com o objetivo de realizar e mostrar a importância da família no processo terapêutico e dos cuidados de saúde, ao final do grupo os familiares confeccionam suas próprias braçadeira para as crianças a fim de evitar a manipulação dos mesmos na região cirúrgica. Por meio das intervenções realizadas nas oficinas, foi possível visualizar as reais necessidades dos cuidadores e pacientes, e assim, promover o esclarecimento de dúvidas.

Conclusão: através dos encontros foi possível observar que os pacientes e familiares são capazes de adquirir as informações e promover troca de saberes, além de permitir o estabelecimento do diálogo centrado na perpetuação de informações relacionadas aos cuidados no processo do pós-operatório.

Descritores: Cuidados pós-operatórios, fenda labial, fenda palatina.

Oral Presentation - DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DA SÍNFISE MANDÍBULAR PARA CORREÇÃO DE ATRESIA ESQUE- LÉTICA MANDIBULAR

Julianna de Oliveira Lima PARIZOTTO¹, Adriano Porto PEIXOTO², Lourival de Castro GARCIA², Cristiano TONELLO²; João Roberto GONÇALVES¹

A deficiência transversal em ortodontia pode ser de origem dentária e/ou esquelética, com diferentes abordagens para cada uma. Para as atresias maxilares, a expansão rápida da maxila (rompimento da sutura palatina mediana) é o tratamento de escolha, quando em fase de crescimento¹. Já para a atresia mandíbular, a síncondrose sínfisiana mineraliza-se aos seis meses de idade²; portanto a expansão transversal do arco dentário inferior é limitada a efeitos dento alveo-

lares. A Distração Osteogênica da Sínfise Mandibular (DOSM) surgiu como uma alternativa para correção da atresia esquelética mandibular e está indicada também para apinhamentos mandibulares severos, mordidas cruzadas uni ou bilaterais, entre outros.^{3,4} O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente de 11 anos, com fissura 0-30 de Tessier; agenesia dos elementos 32, 31 e 42; micrognatia, microglossia e uma severa atresia do arco inferior. A opção de tratamento escolhida a DOSM. Previamente ao procedimento cirúrgico, instalou-se nivelamento 2x2, com maior angulação dos braquetes do 33 e 41, para divergir as raízes do 33 e 41 e favorecer osteotomia. Em seguida, instalou-se um disjuntor Hyrax modificado para o arco inferior e foi realizada a osteotomia sagital na sínfise, criando uma sutura artificial para que a distração osteogênica fosse possível. A expansão mandibular foi eficiente, com melhora na forma do arco. Nas imagens radiográficas e tomográficas pode-se observar bom posicionamento ósseo a nível alveolar, regeneração óssea completa, resultados finais satisfatórios e estáveis. A DOSM mostrou-se uma viável opção de tratamento para este paciente, frente à magnitude da deformidade esquelética transversal.

DESCRITORES: Distração osteogênica, Mandíbula, Tomografia Computadorizada.

Oral Presentation - TRANSTORNO MENTAL E FENDA LABIOPALATINA: A PSICANÁLISE PARA ALÉM DO ESPELHO

RASE, Lucimara Lopes

Muito se tem falado na atualidade sobre autoestima, autoimagem e políticas de autocultivo que preconizam o bem-estar e a valorização de si como meios de circulação e inserção no laço social. A propagação destes discursos também pode ser escutada nos atendimentos clínicos oferecidos aos sujeitos portadores de fenda labiopalatina, muitos dos quais desejosos da melhoria de sua imagem e da mitigação de algum sofrimento vivenciado em seus corpos, cujas incidências sociais não nos passam despercebidas. Mas, o que dizer da clínica com pacientes que, igualmente valendo-se desta forma discursiva, o fazem de um modo radical-

mente singular como nos casos crescentes de sujeitos psicóticos que adentram as instituições de tratamento em busca de uma imagem mais favorável de si? Este trabalho tem por intuito a promoção de uma reflexão sobre a prática clínica num centro de tratamento de anomalia craniofacial, naquilo que diz respeito às demandas feitas ao Setor de Psicologia pela equipe multidisciplinar, nos momentos de impasse quanto ao tratamento clínico-cirúrgico de pacientes psicóticos, sobretudo no que diz respeito aos desencontros vividos entre a propedêutica médica assegurada pela construção de um saber inscrito nos protocolos adotados e os pedidos feitos por estes pacientes. Como tratá-los? Para tanto, valeremo-nos do material oferecido pelos casos clínicos atendidos no Setor de Psicologia da unidade, metodologicamente orientado à psicanálise, nos momentos de convocação à intervenção junto à equipe multidisciplinar que, na intenção de oferecer o melhor tratamento possível à anomalia facial apresentada, não encontra no paciente a consonância quanto ao objetivo almejado. Os resultados colhidos destas intervenções poderão nos auxiliar a repensar o conjunto de práticas desenvolvidas pela instituição, bem como a importância da manutenção de um Setor de Psicologia que, ancorado em seu referencial clínico, ofereça a escuta e o tratamento necessários aos desafios apresentados nos atendimentos à população portadora de fenda labio-palatina.

Palavras-chave: Clínica da Psicose, Psicanálise, Fenda Labiopalatina

Oral Presentation - TRATAMENTO DA HIPOPLASIA MAXILAR NA CRANIOSSINOS- TOSE SINDRÔMICA UTILIZAN- DO APARELHO MARPE

Pinto, R.O.¹; Peixoto, A.P.²; Bastos, J.C.C. ²; Garib, D.G.³; Tonello, C.⁴; Ravelli, D.B.¹

A craniossinostose é caracterizada pelo fechamento prematuro de uma ou mais suturas cranianas, configurando uma morfologia craniana anormal, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a síndromes¹. Entre as mais comuns, estão as síndromes de Apert (SA) e Crouzon (SC), as quais possuem como

característica em comum a grave retrusão do terço médio da face e a atresia maxilar^{2,3}. Há a especulação na literatura de que o fechamento precoce das suturas cranianas seja acompanhado do fechamento prematuro das suturas maxilares¹. Dado este fator, o presente caso clínico teve o objetivo de aplicar a técnica MARPE (Expansão Rápida Palatina Assistida por Mini-Implantes), que vem sendo usada com sucesso em pacientes sem alterações craniofaciais e crescimento facial avançado⁴⁻⁶, em uma paciente com a SC. (Figura 1) e avaliar os efeitos dento-esqueléticos do procedimento. A paciente L.D, gênero feminino, 12 anos de idade, apresentou-se na clínica de Ortodontia do HRAC-USP com requisição de melhora da atresia maxilar, como tratamento prévio ao avanço fronto-facial associado à distração osteogênica. Foram realizados os procedimentos de bandagem e moldagem e instalados 2 mini-implantes de 7x4x1.6 mm (Peclab/ Belo Horizonte) na altura da terceira ruga palatina concomitantemente à adaptação do aparelho. O ritmo de ativação foi de ¼ de volta, duas vezes ao dia. As ativações foram todas acompanhadas pela equipe de pesquisa. Foram adquiridos os exames de tomografia computadorizada conebeam (i-Cat, Hartsfield, PA, EUA) antes e após a ERM e modelos de gesso convencionais imediatamente antes, pós expansão. As tomografias foram mensuradas no software Dolphin Imaging (Patterson Technology, Chatsworth, CA). Após a digitalização dos modelos de gesso as imagens foram igualmente mensuradas utilizando o software OrthoAnalyzer™ 3D (3Shape A/S, Copenhagen, Dinamarca). Foi constatado por meio de avaliação das TC que não houve disjunção palatina, havendo apenas inclinação dentária após o procedimento de ERM com MARPE. Ainda que os mini-implantes tenham trazido um reforço de ancoragem com o embricamento mecânico no osso palatino os autores acreditam que os dispositivos cederam frente à ossificação já avançada nas suturas palatina e circunmaxilares. Pode ser concluído que neste caso clínico ocorreu a ossificação precoce da sutura palatina mediana e que ainda com reforço de ancoragem a ERM não pode ser realizada de maneira ortopédica. São necessários mais estudos para compreender os efeitos determinantes para o sucesso ou falha da ERM em pacientes com craniossinostose sindrômica.

Palavras-chave: Craniossinostose. Mordida cruzada. Técnica de expansão palatina.

Oral Presentation - SUTURA CONJUNTIVAL EM BOLSA UMA TÁTICA CIRÚRGICA PARA PRESERVAÇÃO DO GLOBO OCULAR EM PACIENTE COM FISSURA FACIAL RARA

Tonello C1, Paula R2, Nunes RB3, Alonso N4.

RESUMO

Fendas faciais raras são caracterizadas por envolvimento facial que não se restringe ao lábio, palato e alvéolo como na fissura labiopalatina tradicional. O esqueleto craniofacial e as estruturas orbitais são frequentemente afetadas nessas condições. Em crianças, a exposição do globo ocular quando não tratada precocemente coloca em risco a função do olho, sua preservação e em risco o crescimento facial. Relatamos o caso de um menino de 2 meses internado em nosso serviço com uma fissura oro-ocular extensa e exposição do globo ocular com úlcera de córnea e perda visual tratado com sutura conjuntival em bolsa para preservação do globo ocular e manutenção do crescimento e desenvolvimento craniofacial.

INTRODUÇÃO

Relato de Caso

Um menino de 2 meses de idade, foi transferido para nosso hospital, especializado no tratamento de fissuras labiopalatais e anomalias craniofaciais. À admissão, observou-se uma fissura ampla comprometendo o lábio superior, maxila e margem orbitária esquerda e uma fissura transversa de face do tipo 7 de Tessier do lado contralateral, bem como amputação parcial de extremidades e anéis de constrição. A córnea estava exposta, no hospital de origem foi realizada tentativa de proteção do globo ocular por meio de uma tarsorrafia aos 10 dias de vida, sem sucesso. Os pais relatavam uso de pomadas e colírios lubrificantes.

À avaliação oftalmológica na nossa instituição observou-se extensa úlcera de córnea com aparente herniação de conteúdo de câmara anterior (melting cornealulcer).

Durante avaliação genética levantou-se a história médica pregressa da mãe, história familiar e do pré-natal. Não foram identificadas alterações, exceto pela presença de oligodrâmnio no terceiro trimestre de gestação. Após discussão clínica dos componentes da equipe multidisciplinar, considerando os achados de fissura facial rara e anéis de constrição nos dedos das mãos e pés, ficou caracterizado o quadro do paciente como Sequência de Bandas Amnióticas. No período de programação cirúrgica de correção da fissura e de proteção ocular paciente foi submetido à tomografia computadorizada de crânio e face. Em relação à fissura facial à esquerda, as imagens demonstraram extensa falha óssea de hemimaxila esquerda e agenesia de assoalho orbitário ipsilateral com distopia do globo ocular.

Figura 3 - Extensa falha óssea de hemimaxila esquerda (seta azul) e agenesia de assoalho orbitário ipsilateral (seta amarela).

O estado clínico geral da criança era bom, a mesma não apresentava alterações respiratórias, anemia ou algum sinal sugestivo de quadro infeccioso. Apesar da extensão da fissura e do comprometimento do palato, o paciente estava com estado nutricional adequado. Foi indicado então tratamento cirúrgico com o objetivo de fechamento da fissura e preservação do globo ocular. Tática cirúrgica sob anestesia geral, procedeu-se injeção subconjuntival de solução de lidocaína e epinefrina (1: 100.000) ao redor do globo ocular e aguardado 5 minutos.

Com uma tesoura Westcott de ponta afiada foi feito descolamento circunferencial da conjuntiva e da cápsula de Tenon. Uma sutura conjuntival bolsa (de tabaco) foi então realizada passando um fio de agulha de seda 4-0 por todas as camadas de tecido que rodeiam o globo ocular, ao apertar a sutura a conjuntiva fez uma cobertura.

O seguimento clínico demonstrou crescimento facial satisfatório e preservação dos movimentos oculares em olho esquerdo. A criança encontra-se em processo de reabilitação.

Discussão

As fissuras consideradas raras de face caracterizam-se pelo comprometimento das estruturas faciais e muitas vezes não se limitam às fronteiras da órbita e sistema

nervoso central (TESSIER, 1976 e KAWAMOTO, 1976). As fissuras raras do tipo oblíquas de face como são chamadas as fissuras 3 e 4 de Tessier caracterizam-se pelo comprometimento da órbita cursando muitas vezes com distopia, comprometimento do aparelho lacrimal e eventualmente micro ou anoftalmia (FREITAS, 2010 e ALONSO, 2008).

As fissuras faciais associadas à Sequência das Bidas Amnióticas por sua vez, tem um comportamento diferente e na maior parte das vezes mais severo. A Sequência das Bidas Amnióticas consiste em uma anomalia congênita rara, com diferentes manifestações clínicas que vão desde simples anéis de constrição até grandes deformidades especialmente craniofaciais e nas extremidades. De etiologia ainda não definida parece ser um defeito na matriz embrionária que se caracteriza, em se tratando do segmento craniofacial, em deformidades extensas, complexas que comprometem múltiplas estruturas e não obedecem a um padrão embriológico e de desenvolvimento. (MOROVIC, 2004)

A exposição do globo ocular especialmente da córnea decorrente de grandes falhas ósseas e de tecidos moles levam muitas vezes os pacientes à perda permanente da visão e ou mesmo do globo ocular quando não tratados precocemente (PEREIRA, 2010). No caso apresentado mesmo que a visão tenha sido comprometida, a preservação do globo ocular é de extrema importância pois mantém a estrutura orbitária preservando ou interferindo menos no crescimento e desenvolvimento da face. A órbita tem seu crescimento até os 6 anos de idade aproximadamente e participa na configuração e desenvolvimento da face. A enucleação em idade precoce é extremamente danosa ao desenvolvimento do terço médio da face especialmente, uma vez que a ausência do globo ocular leva a uma progressiva perda das dimensões da cavidade e consequente impacto nas estruturas vizinhas. Além disso, reabilitação estética por meio da adaptação de lentes fica prejudicada uma vez que a cavidade ocular se torna rasa e com margens mais estreitas. (KISH, 2011)

A tentativa sem sucesso de uma tarsorrafia e a exposição prolongada da córnea como no caso apresentado levaram à grande ulceração da córnea e herniação das estruturas da câmara anterior do olho com perda visual. O manejo cirúrgico de pacientes com

lesões de córnea, edema corneano/opacificação e desconforto persistente, como dor, com nenhum potencial visual pode ser feito com retalho conjuntival, transplante de membrana amniótica ou algum procedimento de escarificação (FRAID, 2019)

Apesar dessas possibilidades de tratamento das alterações de córnea descritas no Padrão de Prática Preferencial da Academia Americana de Oftalmologia, o paciente em questão precisava de um tratamento mais individualizado, levando em consideração seu quadro clínico atípico. O objetivo de proceder uma sutura em bolsa da conjuntiva, foi preservar o globo ocular criando um envoltório mucoso sobre ele, e criando também um ambiente favorável para o fechamento da úlcera de córnea, evitando assim maiores danos ao crescimento da face e a melhor reabilitação estética no futuro. A sutura em bolsa é um tipo de sutura invaginante, consagrada em cirurgias do aparelho digestivo (KANTOR, 2016), como na invaginação do coto apendicular em apendicectomias. Portanto, a opção por uma tática de fechamento em bolsa muito difundida na cirurgia do aparelho digestório, porém, pouco utilizada na oftalmologia, foi escolha individualizada, empregada para proteção e manutenção do globo ocular, que serve de recurso técnico em casos complexos de exposição ocular. A preservação do globo ocular e da estrutura da órbita, especialmente nas anomalias craniofaciais congênitas como as fissuras faciais raras, tem grande impacto no crescimento e desenvolvimento da face, mesmo quando a função visual foi perdida.



50 anos • 1969 - 2019

E-POSTERS



PAPILOMA BUCAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Ana Laura Herrera FARHA, Juliana Godoy de Oliveira BUZATTO,
Denise Tostes de OLIVEIRA, Beatriz COSTA, Gisele da Silva DALBEN



INTRODUÇÃO

O papiloma bucal é uma neoplasia benigna, originada do epitélio escamoso estratificado.¹ É uma lesão intrabucal relativamente comum e que pode passar despercebida devido a suas características, como ser assintomática, única e relativamente pequena.^{1,2,3} Sua etiologia exata ainda é desconhecida, mas tem sido relacionada a traumatismos ou ao papilomavírus humano (HPV).^{1,4}

OBJETIVO

Apresentar um acompanhamento longitudinal de um caso clínico de papiloma bucal em criança observado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP).

RELATO DE CASO

O paciente G.M.F., de 8 anos de idade, com fissura labiopalatina (Fig.1), desenvolveu uma lesão no palato de transição, em região próxima a sutura residual da palatoplastia (Fig.2). Sob anestesia geral, foi realizada biópsia excisional da lesão (Fig.3) que em seguida foi enviada para exame histopatológico, confirmando o diagnóstico clínico de papiloma bucal (Fig.4).



Figura 1. Fissura labiopalatina completa do lado direito e fissura de lábio do lado esquerdo



Figura 2. Palato três anos após palatoplastia, evidenciando ponto residual e lesão incipiente de papiloma ao lado



Figura 3. (a) Lesão medindo aproximadamente 0,8 cm na região de transição entre palato duro e mole. (b) Palato suturado após excisão

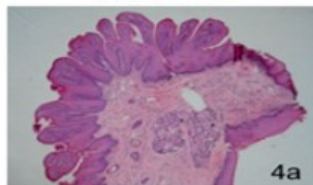


Figura 4. Aspecto microscópico da lesão: epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado e hiperplásico, com projeções digitiformes.



Figura 5. Controle pós-operatório de aproximadamente 1 ano

CONCLUSÃO

A lesão de papiloma bucal foi removida por biópsia excisional. Após acompanhamento de aproximadamente um ano do caso, o paciente não apresentou recidiva da lesão (Fig.5). São necessários mais estudos relacionados à lesão de papiloma e ao vírus HPV, em especial na mucosa bucal. Para prevenção, diagnóstico precoce da doença e controle da transmissão do papilomavírus humano, maiores informações devem ser oferecidas à população geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Paula-Silva F W G, Queiroz A M. Oral papilloma in pediatric patients. *Braz J Oral Sci* 5: 938-40, 2006. ² Castro TPPG, Filho IB. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol* 72: 272-82, 2006. ³ Angiero F, Buccianti A, Parma L, Crippa R. Human papilloma virus lesions of the oral cavity: healing and relapse after treatment with 810-980 nm diode laser. *Lasers Med Sci* 30: 747-51, 2015. ⁴ Piva MR, Filho PRSM, Santos TS, Costa AL, Silva LCF. Papiloma escamoso em lábio inferior após excisão de mucocele. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 9: 15-8, 2009.





amanda.farha@usp.br



TELEMONITORING AS A TOOL FOR SPEECH PRACTICES WITH COMMUNICATION DISORDERS IN CRANIOFACIAL ANOMALIES



TELEMONITORIA COMO FERRAMENTA DE ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NOS DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO NAS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS



Amanda Herrera FARHA¹; Jeniffer de Cássia Rillo DUTKA²

¹Graduada de Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) e integrante do Programa de Educação Tutorial do Departamento de Fonoaudiologia da FOB-USP.

² Professora Livre Docente no Departamento de Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP e no Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da FOB-USP.

INTRODUÇÃO

No Brasil ainda existe muitos municípios que não tem assistência fonoaudiológica, particularmente para pacientes com distúrbios da comunicação relacionados à fissura labiopalatina e disfunção velofaríngea. Este estudo tem o intuito de favorecer teleparcerias e acesso a serviço especializado por meio da telemonitoria e da teleassistência.

Sendo crescente a utilização da tecnologia nas condutas profissionais, o contato à distância entre profissional e paciente ou entre profissional e outro profissional é cada vez mais frequente. É de fundamental importância um maior entendimento sobre as práticas em Telessaúde. (SPINARDI-PANES, LOPES-HERRERA e MAXIMINO, 2013).



RESULTADOS

O material é apresentado em formato de manual (que poderá ser impresso) e de aula-slide (vídeo-mídia) e inclui instruções para pacientes e seus cuidadores e para fonoaudiólogos parceiros, abordando:

- orientações sobre como engajar em telemonitoria e teleassistência e
- aspectos éticos, sigilo e privacidade durante estas ações.

As ações desenvolvidas não envolvem o treinamento de pacientes, cuidadores e profissionais



OBJETIVO

Este estudo tem como enfoque as atividades em telessaúde realizadas em um **Programa de Fonoaterapia Intensiva** e descreve um material instrucional desenvolvido para favorecer ações em telemonitoria e teleassistência fonoaudiológica, direcionadas para acompanhamento e oferta de serviços para pacientes com história de anomalias craniofaciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de teleparcerias entre fonoaudiólogos em diferentes cidades e entre fonoaudiólogos em centros especializados e pacientes e familiares em seus municípios, amplia o acesso ao cuidado fonoaudiológico especializado e deve ser realizada de acordo com princípios éticos e regulamentações existente.

MATERIAIS E MÉTODOS

O material foi desenvolvido a partir de observação e análise documental de atividades envolvendo telepráticas conduzidas no Programa de Fonoaterapia Intensiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (PFI-HRAC). Mídias de domínio público são exploradas juntamente com os participantes no PFI-HRAC buscando-se identificar meios práticos, eficientes e éticos que permitam a continuidade dos serviços de atenção básica na cidade de procedência do paciente em teleparceria com o centro de alta complexidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia [homepage na internet]. Resolução nº 366, de 02 de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20427-2013.pdf>>. Acesso em: 27 de abril de 2017.
- DUTKA, J. C. R.; LAURIS, R. C. M. C.; CUSTODIO, S. A. M.; GRIGOLLI, A. G.; AMANTINI, R. C. B. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) – Núcleo de Telessaúde In: RUTE 100 As 100 primeiras unidades de Telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). 1 ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2014, v.1, p. 95-100.
- REZENDE, E. J. C. et al. Telessaúde: confidencialidade e consentimento informado. Rev Med Minas Gerais 2013.
- SPINARDI-PANES, A. C.; LOPES-HERRERA, S. A.; MAXIMINO, L. P. Aspectos éticos e legais na prática da Telessaúde em Fonoaudiologia. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 1040-1043, Aug. 2013.
- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000400035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de Abril de 2017



Avaliação transversal de parâmetros periodontais em indivíduos portadores de fissuras labiopalatinas

Transversal evaluation of periodontal parameters in patients with cleft lip and palate



Autores: Bárbara Cyrino Fragoso da Silva, Marcia André, Margareth Torrecillas Lopez, Tatiana Saito Paiva
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Introdução: Há poucos estudos em periodontia com portadores de fissuras labiopalatinas; pesquisas que avaliam as condições periodontais destes pacientes durante a ortodontia são ainda mais escassas.

Objetivo: Analisar a condição periodontal, durante tratamento ortodôntico, dos pacientes com fissuras labiopalatinas e avaliar se a região afetada pela fissura apresenta maior incidência e severidade de alterações periodontais.

Metodologia: Estudo feito no Ambulatório de Prótese Bucocomaxilofacial da FOUASP, com 43 pacientes de 11 a 35 anos, portadores de fissuras labiopalatinas, já submetidos às cirurgias reparadoras primárias e em tratamento com ortodontia fixa há mais de 6 meses. Durante o exame periodontal da maxila realizamos medidas de profundidade clínica de sondagem, nível clínico de inserção, sangramento à sondagem e índice de placa. Todos os exames foram feitos por um único pesquisador, especialista em periodontia, calibrado previamente.

Resultados: A região maxilar afetada pela fissura (Sextante B) apresentou maior índice de sangramento à sondagem, ou seja, maior incidência de gengivite. Os dentes da região da fissura apresentaram menores profundidades clínicas de sondagem que a média na maxila, não há maior prevalência de bolsas periodontais na região fissurada. Não encontramos diferenças estatisticamente significantes no nível clínico de inserção dos dentes adjacentes à fissura. Os paciente apresentaram uma profundidade de sondagem rasa e pouca perda de inserção.

Comparação entre o Sextante B e outras regiões da maxila- SS e IP (Teste estatístico dos Postos Sinalizados de Wilcoxon)

Variáveis	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	P
SS sextante B	43	24,19%	16,88%	0,00%	75,00%	13,33%	20,00%	36,11%	0,173
SS sextante A	43	20,54%	16,12%	0,00%	72,22%	8,33%	16,67%	29,17%	
SS sextante B	43	24,19%	16,88%	0,00%	75,00%	13,33%	20,00%	36,11%	
SS sextante C	43	17,96%	19,52%	0,00%	79,17%	4,17%	12,50%	22,22%	0,002
SS sextante B	43	24,19%	16,88%	0,00%	75,00%	13,33%	20,00%	36,11%	
Média SS sextante A + C	43	19,25%	16,19%	0,00%	68,75%	8,33%	14,58%	22,92%	0,010
SS sextante B	43	24,19%	16,88%	0,00%	75,00%	13,33%	20,00%	36,11%	0,008
SS Total	43	21,41%	15,87%	1,39%	68,06%	12,12%	16,67%	29,76%	
IP sextante B	43	47,65%	21,97%	10,00%	85,00%	33,33%	45,83%	66,67%	0,041
IP sextante A	43	41,33%	22,00%	0,00%	100,00%	25,00%	43,75%	56,25%	
IP sextante B	43	47,65%	21,97%	10,00%	85,00%	33,33%	45,83%	66,67%	
IP sextante C	43	50,24%	24,09%	12,50%	100,00%	31,25%	50,00%	68,75%	0,230
IP sextante B	43	47,65%	21,97%	10,00%	85,00%	33,33%	45,83%	66,67%	
Média IP sextante A + C	43	45,78%	20,05%	6,25%	91,67%	31,25%	43,75%	53,13%	0,539
IP sextante B	43	47,65%	21,97%	10,00%	85,00%	33,33%	45,83%	66,67%	0,496
IP Total	43	46,17%	19,14%	7,69%	86,36%	33,33%	44,23%	59,09%	

Comparação das variáveis Nível Clínico de Inserção e Profundidade Clínica de Sondagem no Sextante B e em outros sextantes

Variáveis	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	P
NCI sextante B	43	1,87	0,53	0,63	3,08	1,44	1,83	2,28	0,000
NCI sextante A	43	2,09	0,47	1,04	3,28	1,79	2,11	2,38	
NCI sextante B	43	1,87	0,53	0,63	3,08	1,44	1,83	2,28	0,000
NCI sextante C	43	2,29	0,66	1,21	4,33	1,78	2,25	2,54	
NCI sextante B	43	1,87	0,53	0,63	3,08	1,44	1,83	2,28	
Média NCI sextantes A e C	43	2,19	0,52	1,35	3,81	1,79	2,17	2,44	0,000
NCI sextante B	43	1,87	0,53	0,63	3,08	1,44	1,83	2,28	0,000
NCI Total	43	2,06	0,48	1,28	3,44	1,70	2,06	2,39	
PCS sextante B	43	2,29	0,46	1,39	3,31	1,97	2,28	2,67	0,001
PCS sextante A	43	2,54	0,44	1,54	3,72	2,25	2,50	2,75	
PCS sextante B	43	2,29	0,46	1,39	3,31	1,97	2,28	2,67	0,000
PCS sextante C	43	2,78	0,56	2,00	4,58	2,38	2,67	2,92	
PCS sextante B	43	2,29	0,46	1,39	3,31	1,97	2,28	2,67	
Média PCS sextantes A e C	43	2,66	0,45	1,90	4,08	2,35	2,58	2,92	0,000
PCS sextante B	43	2,29	0,46	1,39	3,31	1,97	2,28	2,67	0,000
PCS Total	43	2,51	0,41	1,68	3,69	2,22	2,41	2,79	

Conclusão: A doença periodontal em indivíduos portadores de fissura, neste estudo, demonstrou ocorrer de maneira semelhante em toda a maxila.

Referências: 1)Almeida A. Avaliação epidemiológica da condição periodontal dos pacientes portadores de fissuras lábio-palatinas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2007. 2)Perdikogianni H, Papaipannou W, Nakou M, Oulis C, Papagiannoulis L. Periodontal and microbiological parameters in children and adolescents with cleft lip and/or palate. Int J Paediatr Dent. 2009 Nov;19(6):455-67. doi: 10.1111/j.13365-263x.2009.01020.x. 3)Wyřębek B, Cudziło D, Plakwicz P. Evaluation of periodontal tissues in growing patients with bilateral cleft lip and palate. A pilot study. Dev Period Med. 2017;21(2):154-61.



MANUAL ILUSTRATIVO DE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PARA CORREÇÃO DAS ARTICULAÇÕES COMPENSATÓRIAS

ILLUSTRATIVE MANUAL OF THERAPEUTIC STRATEGIES FOR CORRECTION OF COMPENSATORY ARTICULATION

Cristina Guedes de Azevedo BENTO-GONÇALVES, Lívia Martins GANNAM, Leticia Fabiano OLIVEIRA, Sílvia Helena Alvarez PIAZENTIN-PENNA. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, HRAC-USP – 55 14 3235-8148 – mcguedes@usp.br.

INTRODUÇÃO

Os distúrbios da fala associados a disfunção velofaríngea são classificados como erros passivos (hipernasalidade, ronco nasal, fraca pressão aérea intraoral e emissão nasal de ar) e erros ativos (golpe de glote, fricativa faríngea e outros). O erros ativos ou articulações compensatórias são uma compensação da perda de pressão aérea intraoral e realização de pontos articulatorios atípicos (PEGORARO-KROOK et al., 2010; KUMMER, 2014, CHAPMAN et al., 2016). Portanto, a terapia fonoaudiológica tem papel fundamental na correção das articulações compensatórias.

OBJETIVO

Elaboração de um manual ilustrativo para fonoaudiólogos para auxiliar nas sessões de terapia para a correção das articulações compensatórias.

MATERIAL E MÉTODOS

O manual contém ilustrações com as principais estratégias terapêuticas para a correção das articulações compensatórias como, por exemplo, o golpe de glote e a fricativa faríngea. O mesmo baseou-se no informativo utilizado no Setor de Fonoaudiologia para orientação dos fonoaudiólogos durante o encaminhamento realizado após a avaliação perceptiva da fala.



Produções orais: espelho não deve embaçar, pois o ar deve sair somente pela boca.

Espelho de Glatzel – pista visual.



Pistas táteis: fluxo aéreo no dorso da mão e vibração na região cervical

Produções orais: bolinha de isopor do Teste Escape não deve subir, pois o ar sairá somente pela boca.



Fonema /p/: encher as bochechas de ar retendo-o na cavidade oral, e soltar explodindo entre os lábios.

Fonema /k/: elevar a base da língua em direção ao véu palatino.



Fonema /f/: assoprar pela boca enquanto empurra o lábio inferior, com o dedo indicador, até tocar os dentes superiores.



Fonema /z/: se o paciente já conseguir emitir o fonema /s/ é fácil transformá-lo no som da abelha. Peça que coloque a mão no pescoço e solte o som com vibração.



Figura 1. Carta com sugestões de estratégias terapêuticas para a eliminação das articulações compensatórias utilizada no Setor de Fonoaudiologia do HRAC-USP.

RESULTADOS

As ilustrações elaboradas demonstram o uso de pistas visuais, auditivas e táteis do fluxo aéreo oral e dos pontos articulatorios corretos para os fonemas plosivos e fricativos.



Figura 2. Capa e contracapa do Manual Ilustrativo finalizado.

CONCLUSÃO

A utilização desse material pelo fonoaudiólogo auxiliará o mesmo na terapia de uma forma direta, simples e objetiva contribuindo para a evolução do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PEGORARO-KROOK M.I., DUTKA-SOUZA J.C.R, MAGALHÃES L.C.T, FENIMAN M.R. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPP (organizadores). Tratado de fonoaudiologia, 2ª ed. São Paulo: Rocca; 2010. P. 504-12.
2. KUMMER, A.W. Speech Evaluation for Patients with Cleft Palate. Clin Plastic Surg 41 (2014) 241-251.
3. CHAPMAN, K.L., BAYLIS, A., TROST-CARDAMONE, J., CORDERO, K.N., DIXON, A., DOBBELSTENY, C., THURMES, A., WILSON, K. HARDING-BELL, A., SWEENEY, T., STODDARD, G., SELL, D. The americleft speech Project: a training and reliability study. Cleft Palate Craniofac J. 2016; 53 (1): 93-108.

ROTINA DE ATENDIMENTO AO LACTENTE NO CENTRINHO - JOINVILLE/SC INFANT CARE ROUTINE AT CENTRINHO - JOINVILLE/SC

FÁTIMA MUCHA, ANA CAROLINA XAVIER, VIVIAN CAVALHERI, JOSUÉ FERNANDES, MARCO AURELIO GAMBORGI, GERSON RITZ

- O Centrinho em Joinville é referência estadual em Santa Catarina há 29 anos para o atendimento de pacientes com fissura labiopalatina e se encontra entre os cinco maiores centros de tratamento do País para esta malformação crânio facial e, comporta uma equipe multidisciplinar especializada para diagnóstico e tratamento. Os atendimentos são realizados desde a gestação com o diagnóstico intra uterino e/ ou logo após o nascimento, com equipe do Caso novo com cirurgião plástico, ortodontista e fonoaudióloga e neste dia são priorizados além destes o atendimento pediátrico, assistente social, enfermagem, psicologia, fisioterapia e odontopediatra, entre outros. Até 2018 foram 4334 casos novos que ingressaram no serviço, sendo 179 casos em 2018 com 65% na faixa de 0 a dois anos e que contam com o apoio da Sociedade de Promoção do fissurado labio palatal de Joinville_ PROFIS.
- O atendimento pediátrico no dia de caso novo é imprescindível para a detecção das comorbidades , retirada de sonda e indicação da forma de alimentação que junto com a fonoaudiologia e enfermagem executam um plano de tratamento com reavaliações conforme a necessidade.
- No caso de fissura labial a equipe prioriza o aleitamento materno exclusivo, exceto nos casos de malformações associadas que impossibilitam o aleitamento . Nos demais tipos de fissura labiopalatina unilateral ou bilateral e fissura palatina completas ou incompletas, as mães são sempre orientadas para ofertar o leite materno, seja em forma de alimentação por sonda, copinho ou mamadeira com bico de látex comum com furo aumentado de 1 milímetro. A complementação com fórmula láctea ocorre quando necessário. O lactente em aleitamento materno exclusivo não terá restrições no pós operatório imediato favorecendo desta forma a interação do binômio mãe-bebê com redução das morbidades.
- Cada caso é avaliado integralmente visando as condições clínicas ideais para realização das cirurgias. Para as cirurgias de queiloplastia o protocolo a partir de 5 meses e de palatoplastia a partir de 1 ano.
- Considerando patologias específicas como as crianças com diagnóstico de Sequência de Pierre Robin seguem o protocolo único de tratamento com colocação de cânula nasofaringe e conforme o grau de obstrução respiratória, sendo indicados nos tipos I e II, sendo a palatoplastia a partir de 1 ano e 6 meses.
- Para que as cirurgias ocorram dentro do período indicado, é imprescindível que a entrada no Serviço ocorra o mais precocemente após o nascimento para garantir estado nutricional favorável bem como de condições clínicas e hematológicas , minimizando riscos cirúrgicos.
- O atendimento multiprofissional possibilita um acompanhamento integral de cada paciente.

RESULTADOS DE FALA E FÍSTULA EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA SPEECH AND FISTULA RESULTS IN CLEFT LIP AND PALATE INDIVIDUALS

Gabriela Campos Moura¹, Ana Flávia Rodrigues da Silva², Jeniffer de Cássia Rillo Dutka^{1,2}, Maria Inês Pegoraro-Krook^{1,2}

¹Faculdade de Odontologia de Bauru - USP, Departamento de Fonoaudiologia; ²Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP)

INTRODUÇÃO

A palatoplastia primária é uma das intervenções mais importantes do tratamento da fissura palatina (FP), tendo como objetivo fechar a parte anatômica da fissura e reconstruir o mecanismo velofaríngeo (MVV) para a fala¹. Pacientes com fissuras mais graves e tecnicamente mais difíceis de reparar são mais propensos a ter resultados de fala mais pobres². É estimado que 5% a 43% das crianças com FP apresentarão disfunção velofaríngea (DVF) após a cirurgia e que fístulas de palato persistirão em 5 a 29% delas. Muitos estudos encontraram correlação entre a gravidade da FP e a ocorrência de fístula³ e de DVF. Entretanto, dados definitivos sobre a correlação entre medidas da largura da fissura e resultados de fala e desenvolvimento de fístula de palato são poucos e controversos.^{2,3}

OBJETIVO

Investigar o impacto da largura da fissura de palato nos resultados de fala e no desenvolvimento de fístula em indivíduos com fissura labiopalatina unilateral (FLPU).

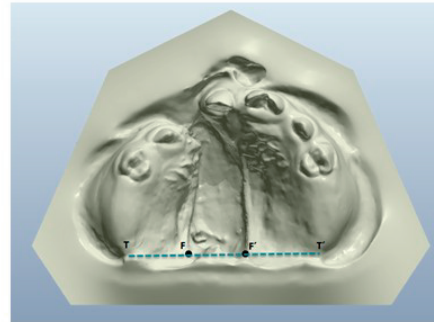
MÉTODOS

- ✓ Aprovação CEP HRAC/USP (CAAE 68559317.5.0000.5441);
- ✓ Amostra de 250 pacientes com FLPU operada, selecionada da base de dados do *Projeto Flórida* do HRAC/USP com os seguintes critérios de inclusão:

A	B	C
• Modelo de gesso antes da cirurgia primária de palato	• Gravação de fala feita entre 3 e 6 anos e 11 meses de idade	• Não submetido à cirurgia secundária do palato antes dos 6 anos e 11 meses de idade.

Critérios de Inclusão para seleção da amostra

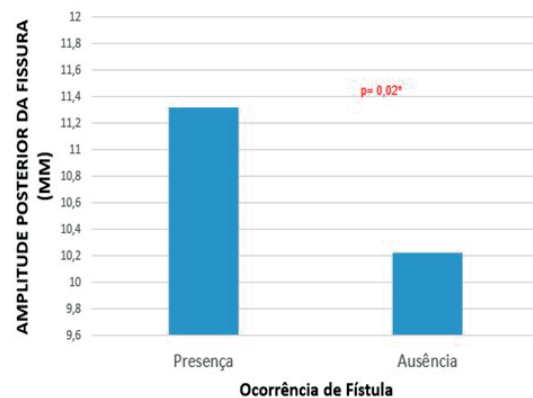
- ✓ **Avaliação perceptivo-auditiva da fala:** as amostras gravadas "papai, bebê, cacá, lálá, papai pediu pipoca, o bebê babou" foram avaliadas por três fonoaudiólogas experientes quanto à ocorrência de hipernasalidade;
- ✓ **Avaliação da ocorrência de fístula de palato:** os dados referentes à ocorrência de fístula de palato foram coletados da base de dados do Projeto Flórida do HRAC/USP;
- ✓ **Medidas da amplitude posterior da fissura de palato (AP):** foram realizadas por meio do Programa 3 Shape Appliance Design 2013-1;
- ✓ **Forma de Análise dos Resultados:** Para correlacionar as medidas AP dos modelos e a ocorrência de hipernasalidade e de fístula, utilizou-se o teste t, considerando o nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).



Demarcação do ponto fissura (F e F')

RESULTADOS

- ✓ **Ocorrência de hipernasalidade:** 84 pacientes (34%) apresentaram e 166 (66%) não apresentaram.
- ✓ **Ocorrência de fístula:** 40 pacientes (16%) apresentaram e 210 (84%) não apresentaram.
- ✓ **Médias das medidas AP dos pacientes com ausência e presença de hipernasalidade:** 10,3 mm (DP=2,6mm) e 10,5 mm (DP= 3,0), respectivamente, $p=0,68$.
- ✓ **Médias das medidas AP dos pacientes com ausência e presença de fístula:** 10,2 mm (DP=2,7) e 11,3 mm (DP= 2,8), respectivamente, $p=0,02$.



Médias das medidas AP dos pacientes com ausência e presença de fístula

CONCLUSÃO

Os dados permitem concluir que o aumento da medida da largura da fissura de palato gera maior índice de ocorrência de fístulas. No entanto, o mesmo não ocorre quanto aos resultados de fala.

REFERÊNCIAS



Expansão Rápida da Maxila pré-enxerto terciário com expensor independente de desenho modificado – relato de caso

Autor: Crippa, G.

INTRODUÇÃO

O tratamento de pacientes com fissuras labiopalatinas bilaterais (FLP bi) pode ser dificultado por conta de defeitos colaterais advindos de cirurgias realizadas desde a fase neonatal. Uma consequência comum aos pacientes submetidos à queiloplastia é a diminuição do perímetro do arco dentário maxilar na região anterior. Nos pacientes FLP bi, o vômer cresce empurrando a pré-maxila para baixo, gerando, em alguns casos, trauma oclusal na região anterior.

PROPOSIÇÃO

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em que foi utilizado um expensor maxilar com desenho modificado para permitir uma expansão da região anterior da maxila de forma independente à região posterior, promovendo assim, um melhor acesso a fenda para a cirurgia de enxerto ósseo terciário.

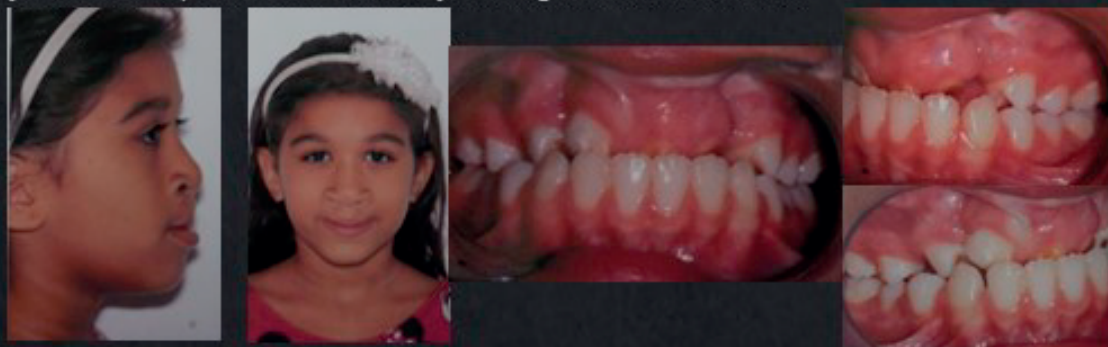


Figura 1- Fotografias iniciais do paciente com FLP bi em fase de preparo para enxerto terciário.

RELATO DE CASO

Paciente S. N. de L., negra, 10 anos e 10 meses de idade, foi selecionada no departamento de Ortodontia do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais (CTAC), inserido na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PPC/UERJ), para tratamento da FLP, com queixa principal relacionada à entrada de água e comida da fenda para o nariz. Ao exame clínico diagnosticou-se FLP completa bilateral. A paciente foi classificada como Padrão III, Goslon 3 com arco superior apresentando uma atresia maior na região anterior. Optou-se pelo uso do expensor duplo independente para permitir uma maior expansão na região anterior. O aparelho foi confeccionado com dois tomos expansores (Hyrax) de 13 mm da marca Morelli. Após a instalação, a responsável foi orientada quanto a ativação de 2/4 de volta do tomo anterior e 2/4 de volta do tomo posterior diariamente, durante 15 dias. Após esse período, foi verificada a necessidade de ativação somente do tomo anterior com 2/4 de volta por mais 15 dias. Ao final de 30 dias a expansão foi considerada ideal para as intensões do caso, quando foi instalada a barra transpalatina modificada para contenção. A paciente foi então encaminhada para a equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial e cirurgia Plástica para a realização de enxerto ósseo terciário. A sobreposição entre os modelos digitais adquiridos antes e depois da expansão permitiu observar as mudanças mais relevantes na porção anterior do arco maxilar.

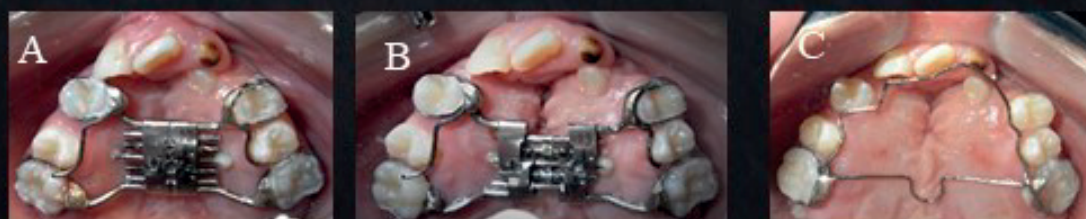


Figura 2- Fotografias intraorais: A) instalação do aparelho expensor independente. B) Finalização da expansão com tomo anterior apresentando abertura maior do que o tomo posterior. C) Fotos finais antes do enxerto com a barra transpalatina modificada instalada.



Figura 3- A) Snapshot do modelo inicial escaneado. B) Snapshot do modelo final escaneado. C) Snapshot da Sobreposição com alinhamento dos modelos iniciais e finais onde se verifica a maior expansão na região anterior do arco maxilar. Sobreposição feita no programa Mesh Lab 2016.12

BIBLIOGRAFIA

Lauris RdCMC. Avaliação dos efeitos dentoalveolares da expansão rápida diferencial da maxila em pacientes com fissura labiopalatina completa e bilateral. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Bauru, Universidade de São Paulo.

Artur César de Medeiros Alves DGG, Guilherme Janson, Aneci Malagodi de Almeida, Louise Resti Cahil. Analysis of the dentoalveolar effects of slow and rapid maxillary expansion in complete bilateral cleft lip and palate patients: a randomized clinical trial. Clin Oral Invest 2015; 20: 1837-47.

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES DE SENO ETMOIDAL CON INVASION A BASE DE CRANEO.

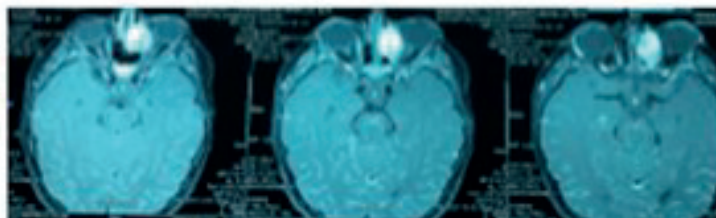
GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES DE SENO ETMOIDAL COM INVASÃO NO BASE DE CRANIO

GLADYS MANOSALVA LOZANO, FERNANDO HUERTA MEZONES, JAVIER CUSTODIO SHEEN

Servicio de Cirugía de Cabeza- Cuello y Maxilofacial. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

gladys_lozano_6@hotmail.com / (51)969893077

INTRODUCCION: El granuloma de células gigantes (GCG) es una lesión fibroso-ósea que se presenta típicamente como una masa expansiva con defecto óseo cortical.



CASO CLINICO: Paciente varón de 3 años, sintomatología: lagrimeo, conjuntivitis, y protrusión ocular izquierda. A la exploración física: asimetría facial, proptosis ocular izquierdo, limitación ocular a la abducción, eyección conjuntival. TAC: masa hipercaptante que ocupa seno etmoidal, se extiende a orbita izquierda y fosa craneal anterior. Biopsia de tumor etmoidal vía endoscópica: Granuloma de Células Gigantes. Paciente es sometido a cirugía realizándole: craneotomía frontobasal, abordaje subfrontal extradural, resección total de tumor, reconstrucción con compuesto osteoconductor, malla de titanio y tejido adiposo abdominal.

DISCUSION: Ciapatta en 1990 publica un caso describiendo inusualmente una invasión a base de cráneo comportándose como tumor intracraneal. Regezi et al, describe que el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa de la lesión lo que concuerda con nuestro caso, asimismo para lesiones extensas de la base del cráneo que no se logra completar la escisión completa, la remisión a largo plazo está indicada resección radical de lesión combinada con radioterapia.



CONCLUSIONES. La escisión quirúrgica completa de la lesión es la piedra angular del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. H.L. Jaffe, Giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jaw bones, *Oral Surg* 6 (1953) 159, 175.
2. P. Ciapatta, M. Salvati, C. Bernardi, Giant cell reparative granuloma of the skull base mimicking an intracranial tumor, *Surg. Neurol.* 33 (1990) 52, 56.
3. N. H. Bhaskar, N. Singh, Giant Cell Reparative Granuloma Of Posterior Ethmoid: A Case Report, *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* Vol. 57, No. 4, October-December 2020.
4. C.B. Koye, H.B. Whitel, R.M. Ryan, C.E. Lewis, Giant cell reparative granuloma of the cochlea bullae, *J. Laryngol. Otol.* 109 (1995) 995,996.
5. Saurin R, Shah, Anil Kashri, Sanjay Behari et al. Giant Cell Granuloma of the Anterior Skull Base: Need for Early, Maximal Surgical Excision, *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2015
6. Arda HN, Karakus MF, Ozcan M (2003) Giant cell reparative granuloma originating in the ethmoid sinus. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol* 67(1):43-47.
7. Regezi JA, Pogrel MA (2004) Comments on the pathogenesis and medical and surgical treatment of central giant cell granulomas (letter). *J Oral Maxillofac Surg* 62:116-118

Diagnóstico diferencial de lesão periapical adjacente à área de fissura labiopalatina

SANTOS PPT, Trevizan ACS, Neves LT, Pinto LC. HRAC - USP



INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas determinam alterações bucais proporcionais à extensão e gravidade do defeito; quando o rebordo é acometido, a condição odontogênica é influenciada (fig. 1 e 2)

OBJETIVO

Fornecer informações para o diagnóstico de lesões periapicais na área acometida pela fissura labiopalatina

METODOLOGIA

Foi realizada revisão de literatura através de sites de busca científica: PubMed, Lilacs, Bireme e Scielo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A lesão periapical pode ser decorrente de infecção microbiana (fig.3) e da resposta imunológica, levando à reabsorção dentinária, cementária e óssea. Ao exame clínico apresenta resposta negativa ao teste de sensibilidade e positiva à percussão e palpação (fig. 4, 5 e 6). Radiograficamente observa-se rompimento da lâmina dura e área radiolúcida na região apical (fig. 7). Radiograficamente a área da fissura labiopalatina é radiolúcida (fig. 8 e 9), dificultando a diferenciação da lesão periapical. Os testes clínicos nem sempre são conclusivos, visto as alterações anatômicas decorrentes da fissura e a presença de anomalias dentárias (fig. 10) demandando exames complementares (fig. 11 e 12)

CONCLUSÃO

Faz-se necessário que o cirurgião-dentista tenha amplo conhecimento da embriologia e anatomia da face, das características e localização das fissuras labiopalatinas, da semiologia e dos aspectos radiográficos e clínicos das lesões periapicais, para que seja realizado adequadamente o diagnóstico de lesões periapicais acometendo dentes na área da fissura



Fig. 1 Fissura transforame incisivo bilateral



Fig. 2 Fissura transforame incisivo bilateral operada

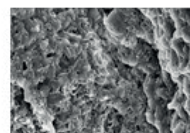


Fig. 3 Microbiota endodôntica



Fig. 5 Teste de sensibilidade



Fig. 4 Teste de percussão



Fig. 6 Palpação



Fig. 7 Aspecto radiográfico da lesão periapical



Fig. 8 Rx área da fissura labiopalatina



Fig. 9 Rx área da fissura labiopalatina



Fig. 10 Presença de dente supranumerário dente 21 com lesão periapical

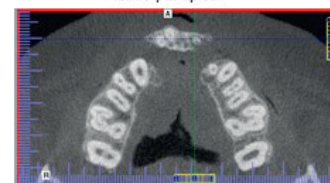


Fig. 11 TCFC evidenciando apinhamento dentário

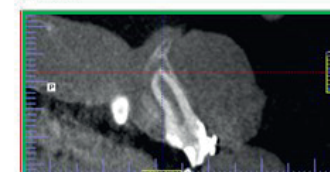


Fig. 12 TCFC denotando lesão periapical dente 21

REFERÊNCIAS

- FREITAS, J. A. S., et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP)-Part 1: overall aspects. *J. Appl. Oral Sci.*, v. 20, n. 1, 2012.
- NISHIYAMA, C.K. et al. A endodontia na reabilitação bucal de indivíduos com fissura labiopalatina. In: LEONARDO, M. R.; LEONARDO, R. T. *Tratamento de canais radiculares*. Artesmédicas, 2017, cap. 31, p.451-460.
- PATEL, S. et al. The detection of periapical pathosis using digital periapical radiography and cone beam computed tomography—Part 2: a 1-year post-treatment follow-up. *International endodontic journal*, v. 45, n. 8, p. 711-723, 2012.



DIMENSÕES DAS FISSURAS ISOLADAS DE PALATO E SUA RELAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS



Rosa Helena Wanderley LACERDA¹, Vitor Marques FILGUEIRAS¹, Ionária Oliveira ASSIS¹, Alexandre Rezende VIEIRA^{1,2}

1-Universidade Federal da Paraíba; 2-University of Pittsburgh Dental Medicine

Objetivo: investigar o tamanho das fissuras isoladas de palato (largura e comprimento) em modelos de gesso pré cirúrgicos e comparar as características da fenda dos pacientes provenientes de diferentes regiões de origem.

Metodologia: foram analisados modelos pré cirúrgicos de 46 pacientes consecutivos com fissura palatina isolada operadas no serviço de fissuras labiopalatinas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. Dos prontuários foram coletados dados da origem do paciente, subdividida em provenientes das cidades do interior do estado da Paraíba e do litoral paraibano. Nos modelos de gesso, a medida da largura da fenda foi realizada com paquímetro digital (digimes^R), medindo a distância entre as extremidades dos rebordos do palato (fig 1), a medida ântero-posterior foi estabelecida sendo classificada como um terço, dois terços e fissura completa de palato.



Figura 1-metodologia de medida da largura da fenda.

Tabela 1

	Interior			Litoral		
	1 terço	2 terços	Completa	1 terço	2 terços	Completa
N	7	6	8	12	9	5
Média	7,51 mm	9,86 mm	10,83mm	5,42mm	8,60mm	8,07mm
Desvio padrão	1,38	1,90	3,36	1,57	1,59	0,71

Tabela 1, relação das dimensões das fissuras palatinas isoladas, larguras médias e comprimento (N= número de casos; Média= média das larguras). Anova $p=0,0002$; Teste T $p= 0,05$ e Cohen's D= 1,16.

Resultados e conclusão: De acordo com os resultados descritos na tabela 1, foi observada uma relação positiva entre a largura e comprimento da fenda palatina, bem como se observou padrão diferente da característica da fenda entre os pacientes provenientes do litoral e do interior do estado ($p=0,0002$ e Cohen's D=1,16), sendo necessário o aprofundamento dos estudos que relacionam dados demográficos e características das fissuras palatinas.

Oral Presentations

FENÓTIPOS DENTÁRIOS NA SÍNDROME DE VAN DER WOUDE: REVISÃO INTEGRATIVA (página 01)

Aline Cristina da Silva TREVIZAN, Pollyana Pereira Teotonio dos SANTOS, Lucimara Teixeira das NEVES

- 10 AÑOS DE EXPERIENCIA CON EL USO DE LA TÉCNICA DE UN COLGAJO (página 01)

Olivencia Flores, Claudia; Rossell Perry, Percy.

SHOULD CLEFT SURGERY ALWAYS BE PERFORMED DURING THE MATUTINE TIME? (página 03)

Daniel Vélez RESTREPO, Marilson Hideki SATO, Fernanda Saturnino CARDO-SO, Renato da Silva FREITAS.

AÇÕES EDUCATIVAS PARA OS CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICO DE QUEILOPLASTIA E PALATOPLASTIA

(página 03)

Julianna de Oliveira Lima PARIZOTTO1, Maria Cristina Silva de ALCÂNTARA, Amanda Almeida de OLIVEIRA, Daniela Bezerra de MELO, Rui Manoel Rodrigues PEREIRA

DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DA SÍNFISE MANDIBULAR PARA CORREÇÃO DE ATRESIA ESQUELÉTICA MANDIBULAR (página 04)

Julianna de Oliveira Lima PARIZOTTO1, Adriano Porto PEIXOTO2, Lourival de Castro GARCIA2, Cristiano TONELLO2; João Roberto GONÇALVES1

TRANSTORNO MENTAL E FENDA LABIOPALATINA: a psicanálise para além do espelho (página 04)

RASE, Lucimara Lopes

TRATAMENTO DA HIPOPLASIA MAXILAR NA CRANIOSSNOSTOSE SINDRÔMICA UTILIZANDO APARELHO MARPE (página 05)

Pinto, R.O.1; Peixoto, A.P.2; Bastos, J.C.C. 2; Garib, D.G.3; Tonello, C.4; Ravelli, D.B.1

SUTURA CONJUNTIVAL EM BOLSA UMA TÁTICA CIRÚRGICA PARA PRESERVAÇÃO DO GLOBO OCULAR EM PACIENTE COM FISSURA FACIAL RARA

(página 06)

Tonello C1, Paula R2, Nunes RB3, Alonso N4.

E-Posters

PAPILOMA BUCAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO (página 08)

Herrera FARHA, Juliana Godoy de Oliveria BUZATTO, Denise Tostes de OLIVEIRA, Beatriz COSTA, Gisele da Silve DALBEN

TELEMONITORIA COMO FERRAMENTA DE ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NOS DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO NAS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS (página 09)

Amanda Herrera FARHA, Jeniffer de Cássia Rillo DUTKA

AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DE PARÂMETROS PERIODENTAIS EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATINAS (página 10)

Bárbara Cyrino Fragoso da Silva, Marcia André, Margareth Torrecillas Lopez, Tatiana Saito Paiva

MANUAL ILUSTRATIVO DE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PARA CORREÇÃO DAS ARTICULAÇÕES COMPENSATÓRIAS (página 11)

Cristina Guedes de Azevedo BENTO-GONÇALVES, Lívia Martins GANNAM, Letica Fabiano OLIVEIRA, Filvia Helena Alvarez PIAZENTIN-PENNA.

ROTINA DE ATENDIMENTO AO LACTENTE NO CENTRINHO (página 12)

Fátima Mucha, Ana Carolina Xavier, Vivian Cavalheri, Josué Fernandes, Marco Aurelio Gamborgi, Gerson Ritz

RESULTADO DE FALA E FÍSTULA EM INDIVÍDUOS COM FISSURAS LABIOPALATINAS (página 13)

Gabriela Campos Moura, Ana Flávia Rodrigues da Silva, Jeniffer de Cássia Rillo Dutka, Maria Inês Pegoraro

EXPANSÃO RÁPIDA DA MAXILA PRÉ-ENXERTO TERCIÁRIO COM EXPANSOR INDEPENDENTE DE DESENHO MODIFICADO - RELATO DE CASO

(página 14)

Gabriela Crippa

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES DE SENO ETMOIDAL COM INVASÃO NO BASE DE CRANIO

(página 15)

Gladys Manosalva Lozano, Fernando Huerta Mezones, Javier Custodio Sheen

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO PERIAPICAL ADJACENTE À ÁREA DE FISSURA LABIOPALATINA

(página 16)

Santos PPT, Trevizan ACS, Neves LT, Pinto LC

DIMENSÕES DAS FISSURAS ISOLADAS DE PALATO E SUA RELAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS (página 17)

Rosa Helena Wanderley LACERDA, Vítor Marques Figueiras, Ionária Oliveira ASSIS, Alexandre Rezende VIEIRA



50 anos • 1969 - 2019

SITE

<https://abflp.org.br/>

EMAIL

contato@abflp.org.br