



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO – UNIFAMETRO
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANNA CECÍLIA DA SILVA TEIXEIRA
MARCELA FELICIANO MOURA DE BARROS**

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE PACIENTES COM
FISSURA LABIOPALATINA BASEADO EM MÍNIMA INTERVENÇÃO**

FORTALEZA

2020

ANNA CECÍLIA DA SILVA TEIXEIRA
MARCELA FELICIANO MOURA DE BARROS

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE PACIENTES COM
FISSURA LABIOPALATINA BASEADO EM MÍNIMA INTERVENÇÃO

Artigo TCC apresentado ao curso de Bacharel
em Odontologia do Centro
Universitário FAMETRO –
UNIFAMETRO – como requisito para a
obtenção do grau de bacharel, sob a
orientação do Prof. Me. Pedro Diniz
Rebouças.

FORTALEZA

2020

ANNA CECÍLIA DA SILVA TEIXEIRA
MARCELA FELICIANO MOURA DE BARROS

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE PACIENTES COM FISSURA
LABIOPALATINA BASEADO EM MÍNIMA INTERVENÇÃO

Artigo TCC apresentada no dia 10 de dezembro de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário FAMETRO – UNIFAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Pedro Diniz Rebouças
Orientador – Centro Universitário FAMETRO - UNIFAMETRO

Prof. Dr^a Paula Ventura da Silveira
Centro Universitário FAMETRO - UNIFAMETRO

Prof. Dr^a Kadidja Claudia Maia e Machado
Centro Universitário FAMETRO – UNIFAMETRO

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA BASEADO EM MÍNIMA INTERVENÇÃO

Anna Cecília da Silva Teixeira¹

Marcela Feliciano Moura de Barros¹

Pedro Diniz Rebouças²

RESUMO

A fissura labiopalatina (FLP) é a malformação com maior incidência na região craniofacial. Essa anomalia pode impedir a continuidade da formação dos tecidos labiais, palatinos e alveolares da maxila. O presente estudo tem como objetivo elaborar um protocolo de atendimento de pacientes com fissura labiopalatina baseado na Odontologia de Mínima Intervenção. Para elaboração do protocolo, usou-se como critérios e subtemas, pacientes de 6-12 anos; higiene oral; ortopedia; ortodontia; dentes supranumerários; agenesia; enxerto ósseo na região de caninos e Odontologia de Mínima Intervenção. O protocolo foi dividido em cinco partes, sendo elas: primeira sessão; técnica anestésica; tratamento ortodôntico; dentes supranumerários e agenesias e na última sessão, enxerto ósseo. Devido à variação e complexidade que a FLP tem, evidencia-se a importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento para diagnóstico e tratamento adequado e precoce. Assim, dentre os diferentes tratamentos e abordagens existentes, um protocolo baseado na OMI pode proporcionar um tratamento mais assertivo.

Palavras-chaves: anomalia craniofacial; odontologia de mínima intervenção; protocolo de FLP.

¹ GRADUANDA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIFAMETRO

² PROFº ORIENTADOR DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIFAMETRO

PROPOSAL TREATMENT PROTOCOLS IN PATIENTS WITH LABIAL PALATINE FISSURE BASED ON LOW INTERVENTION.

ABSTRACT

The labial palatine fissure (LPF) is a malformation with high incidence in the craniofacial area. This anomaly may stop the labial, palatal and alveolar maxilla's tissues growth. The current study has its aim to develop a routine protocol in patients with labial palatine fissure based on dentistry low-intervention. The criteria and subthemes for this protocol development were patients from 6-12 years old; oral hygiene; orthopedics; orthodontics; supernumerary teeth; agenesis; bone grafting in the canine region and dentistry lowintervention. The protocol has been divided into five parts, being them: the first section; the anesthetic technique; orthodontic treatment; supernumerary teeth and agenesis, and in the last section, bone grafting. Due to LPF variety and complexity, it highlights the importance of healthcare professionals to have the appropriate and early diagnosis and treatment. Thus, among all the different treatment and existing approaches, a protocol based on the dentistry low-intervention can provide a more assertive treatment.

Keywords: anomaly craniofacial; dentistry low-intervention; protocols of LPF.

1 INTRODUÇÃO

As malformações congênitas é um assunto de relevância para a área da saúde. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) explica malformação congênita como anomalia funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, devido à causa genética ambiental ou mista.¹⁻² Dentre as alterações de desenvolvimento intrauterino, a fissura labiopalatina (FLP) é a malformação com maior incidência na região craniofacial.³

Trata-se de uma anomalia multifatorial, que pode impedir a continuidade da formação dos tecidos labiais, palatinos e alveolares da maxila, sendo necessário correção estética e funcional.⁴ Na América Latina, corresponde a 10-25% das admissões hospitalares pediátricas e ocupa terceiro e quarto lugares do óbito infantil no primeiro ano de vida.⁵

As FLPs são pertinentes tanto pela frequência que ocorre, como também por afetar aspectos estéticos, funcionais e emocionais do indivíduo.⁶ As fissuras ocorrem precocemente, proveniente de uma falha na migração do processo embrionário, entre a quarta e a décima semana gestacional.^{7,8}

Quanto à classificação das FLP, essas podem ser diferenciadas em: fissura pré-forame, transforame e pós-forame. As FLP pré-forame correspondem às labiais, incompletas; do lábio e palato primário, completas; unilateral, bilateral e mediana. As fendas de maior seriedade são as transforame, que afetam o lábio, arcada alveolar e o palato, podendo ser unilateral ou bilateral. Fendas pós-forame, são fissuras palatinas, medianas, que podem arremeter somente a úvula.^{2,9}

O tratamento da FLP é considerado de longo prazo e multidisciplinar, composto por diferentes profissionais, que buscam tratar os aspectos funcionais, estéticos assim como os emocionais, sendo seriamente importante para evolução e reabilitação do quadro clínico.¹⁰ Em razão das alterações em pacientes com fissura labiopalatina, as crianças possuem limitações no dia a dia.¹¹ Assim, os cuidados bucais são dificultados, sendo comum apresentarem má higiene bucal e condições periodontais graves, maiores índices de carie e de microrganismos patógenos em relação às crianças sem fissuras^{12,13,14}

Nesse contexto, há entraves para aderir as orientações dos profissionais, e a não efetividade pode repercutir em problemas sistêmicos.¹⁵ A Odontologia de Mínima Intervenção (OMI) é uma abordagem de cuidado profissional sem ações invasivas. Através da OMI, o Cirurgião-Dentista pode integrar o paciente ao tratamento, através da educação em saúde oral e

medidas preventivas, dando autonomia para controle de sua doença. Assim, o paciente pode reconhecer que o Cirurgião-Dentista está oferecendo tratamentos alternativos aos conservadores.¹⁶

Com os avanços tecnológicos e científicos, há uma crescente busca em cuidados mais assertivos e menos invasivos. Nesse contexto, demonstra-se favorável a abordagem da OMI, tanto para facilitar o cuidado essencial do cirurgiões-dentistas, quanto para oferecer ao paciente mais autonomia e conhecimento do tratamento.

Com o intuito de minimizar ou evitar danos ao paciente, é essencial que se tenha procedimentos e protocolos assistenciais pautados nos princípios éticos e legais de cada profissional.¹⁷ Estes protocolos dão base para uma organização segura, uma vez por estar assegurado de evidências científicas.¹⁸

Desse modo, faz-se necessário que as metas devem considerar os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais e biológicos, além de ter o paciente como foco central.¹⁹ Assim sendo, o presente trabalho irá elaborar um protocolo baseado na Mínima Intervenção para pacientes fissurados.

1.1 Objetivo

O presente estudo tem como objetivo elaborar um protocolo de atendimento de pacientes com fissura labiopalatina baseado em Mínima Intervenção.

2. METODOLOGIA

Para atender ao objetivo do presente estudo, utilizou-se uma abordagem qualitativa, descritiva que se fundamenta no propósito de uma revisão de literatura. Desse modo, foi elaborada uma pesquisa de levantamento bibliográfico com levantamento de artigos científicos nas plataformas: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Capes. Assim, optou-se por estudos cujas temáticas eram: Odontologia de Mínima Intervenção e Fissuras Labiopalatina, preferencialmente estudos publicados nos últimos 10 anos.

Para elaboração do protocolo, delimitou-se nos seguintes critérios e subtemas: 6-12 anos; higiene oral; ortopedia; ortodontia; dentes supranumerários; agenesia; enxerto ósseo na região de caninos e odontologia de mínima intervenção. O protocolo elaborado foi dividido em 5 sessões, cujas quais são: primeira sessão; técnica anestésica; tratamento ortodôntico; dentes supranumerários e agenesias; enxerto ósseo, onde cada uma detalha os procedimentos a serem seguidos pelo cirurgião-dentista.

4. PROTOCOLO

4.1. Primeira sessão

Portadores de FLP possuem alto risco de desenvolver cárie dentária, placa bacteriana e gengivite.^{20,21} Nessa visão, torna-se necessário disseminar boas práticas de higiene oral e ter acompanhamento contínuo do dentista.²² Em relação às anomalias, a presença de agenesia dentária e supranumerários são respectivamente as anomalias dentárias mais comuns em pacientes fissurados.²³

O diagnóstico precoce é importante, pois obtém uma oclusão mais favorável.²⁴ Há fatores que dificultam a remoção da placa bacteriana, como a presença de dentes ectópicos ou que possuem alteração de posição. Assim, é preciso que haja um acompanhamento dos cuidadores da criança com FLP, para auxiliar a escovação.²⁵ Assim, procedimentos que podem ser realizados nessa etapa: exame oral anual, aprendizagem sobre higiene oral contemplando as técnicas de escovação e o controle da placa bacteriana e a aplicação de flúor via tópica.²⁰

No protocolo, foi delimitado para a primeira sessão a anamnese com odontograma detalhada, para observação de possíveis anomalias, como a presença de dentes ectópicos ou que possuam alteração de posição; presença de agenesias e supranumerários. Também há a instrução de higiene oral adequada e exames complementares, como radiografia, e se necessário, raspagem acompanhada de profilaxia e aplicação de flúor.

4.2. Técnica anestésica

Já no que concerne à técnica anestésica, é uma etapa importante do tratamento dos pacientes fissurados, uma vez que deve prevalecer o mínimo de sofrimento. Como há diferenças significativas, é ideal o ajuste da técnica anestésica convencional para que seja realizado o procedimento cirúrgico, endodôntico e restaurador com maior segurança.²⁶ Assim recomenda-se etapas a serem seguidas: utilização de anestesia tópica em cirurgia reconstrutiva; primeira punção deve ser realizada em área distante à fenda; lenta admissão de anestesia e infiltração da anestesia nas margens gengivais da fenda.²⁶ Nesse contexto, para a segunda sessão, determinou-se o procedimento restaurador, endodôntico e cirúrgico atentando-se à técnica anestésica. Evidencia-se que para as etapas de utilização de anestesia tópica em cirurgia reconstrutiva, a primeira punção seja realizada em área distante da fenda, com lenta admissão de anestesia e infiltração nas margens gengivais da fenda.

4.3. Tratamento ortodôntico

Pessoas com fissura labiopalatal normalmente necessitam de tratamento ortodôntico, tendo a ortodontia um meio para correção de problemas através da preparação para enxerto ósseo alveolar; adequação para agenesias e supranumerários.²⁷

A terapia ortodôntica é planejada em fases separadas, sendo elas a fase do tratamento pré-enxerto ósseo, que é iniciada na dentição mista tardia, em torno dos oito anos de idade do paciente e a pós-enxerto ósseo^{21,28}. O planejamento da expansão da maxila pode incluir o uso de aparelhos ortopédicos dos tipos Haas e Hyrax, para reposicionar os segmentos palatinos.²⁹

4.4. Dentes supranumerários e agenesias

Dentes supranumerários podem estar inclusos, sendo necessário que haja antes da cirurgia uma avaliação da saúde do paciente. A cirurgia normalmente é realizada com anestesia local, sem necessidade de sedação.³⁰ Os dentes supranumerários erupcionados no palato devem ser extraídos pelo menos três meses antes do enxerto²¹, sendo feito um planejamento antes do tratamento. A prevalência de agenesia na população varia de 4,3 a 7,8%, sendo principalmente em pacientes do sexo masculino e portadores de fissura transforme unilateral. Já a prevalência em crianças portadoras de fissura labiopalatal unilateral foi de 43,8% enquanto 39% dos pacientes com fissura bilateral foram acometidos com anomalias.^{31,32} Tem sido discutido que os indivíduos com fissura demonstram maior prevalência de anomalias dentárias quando comparados com a população em geral, e que a gravidade da malformação está intimamente relacionada à extensão da fenda^{33,34}

4.5. Enxerto ósseo

Na fase pós-enxerto ósseo é iniciada quando a dentição já está permanentemente erupcionada. Essa parte do tratamento objetiva o fechamento de espaços e o alinhamento dentário.²¹ A extração de IL na altura do enxerto ósseo possibilita que o canino mude para a posição dos IL, resultando em suporte ósseo mais eficiente.³⁸

Portanto, se deve ter atenção à: manutenção do IL maxilar na área da fenda quando houver bom comprimento da raiz e suporte ósseo adequado; fecho do espaço do IL ausente por mesialização dos dentes posteriores; manutenção do espaço dos IL para reabilitação como implante e inserção do implante na região entre caninos e 1º pré-molar após mesialização do canino ausente.²¹

5. DISCUSSÃO

O atendimento e tratamento de pacientes fissurados possuem obstáculos. Sabe-se que o atendimento precoce, de forma completa e contínua e um protocolo de atendimento multiprofissional são tentativas para se obter um melhor resultado estético e funcional.³⁹ Além disso, uma abordagem adequada torna-se fundamental para que o paciente tenha um aumento na qualidade de vida.^{36,37,38}

O tratamento é considerado de longo prazo e integra diversas áreas da saúde. Essa integração faz-se importante na integração social e na reabilitação do quadro clínico. O processo de tratamento das fendas envolve múltiplos procedimentos primários e secundários.¹⁰

O enxerto ósseo alveolar apresenta-se como importante processo na reabilitação de pacientes fissurados, uma vez que as cirurgias feitas nos primeiros anos da vida do paciente não são suficientes para resolução dos problemas.⁴⁰ Assim, esse procedimento tem como benefícios a reintegração estética fácil além de promoção na melhoria da fala e mastigação.^{41,42,43}

Para a fase do tratamento pré-enxerto ósseo, alguns apontamentos fazem-se relevantes, tais como: dentes adjacentes à fenda devem ser corrigidos após o enxerto ósseo secundário; o planejamento do tratamento deve ser feito antes do enxerto, em acordo com o cirurgião maxilofacial e o ortodontista deve incentivar o paciente para ter uma higiene oral adequada para sucesso do tratamento.²¹

Quanto aos tipos de enxertos ósseos menos invasivos, um método que se destaca é a utilização de brocas do tipo trefina, com o intuito de diminuir o tamanho e aumentar a precisão das incisões, ao utilizar curetas somente na coleta do tecido ósseo.⁴⁴

Além disso, há uso de materiais alternativos para reconstrução óssea da fenda alveolar. É o caso de *scaffolds* ósseos, proteína morfogenética óssea-2 (BMP-2) e plasma rico em plaquetas (PRP), que têm mostrado resultados promissores em relação a retenção óssea e a reconstrução alveolar final.^{45,46} Quanto a importância dos protocolos de atendimento para pacientes fissurados, dar-se porque eles ajudam na tomada de decisão clínica ao oferecer um tratamento ideal, assim como aprimora o conhecimento dos profissionais integrantes, ao fornecer recomendações específicas a nível multidisciplinar.⁴⁷

A FLP é uma anomalia relevante devido à alta frequência em que ocorre e também por afetar vários aspectos do indivíduo. Devido à grande variação e complexidade que a FLP pode ter, torna-se evidente a importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento para diagnóstico e tratamento adequado e precoce. Destarte, é adequado que se haja uma equipe e

uma abordagem multidisciplinar, o que se demonstra como fundamental para um tratamento mais assertivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das evidências acima, os portadores de fissuras labiopalatina tem necessidade de tratamento integrativo e complexo, sendo desenvolvido ao longo da vida. Dentre os diferentes tratamentos e abordagens existentes, evidencia-se a necessidade de um protocolo de tratamento mais assertivo.

Com a disseminação da Odontologia de Mínima Intervenção, que objetiva um tratamento que preserve a estrutura dentária sadia, como também um tratamento menos invasivo, torna-se oportuno e importante que seja direcionado essa visão ao tratamento da FLP, uma vez que é um tratamento de longo prazo que busca a mínima intervenção ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Opas, Organização Panamericana de Saúde. Saúde materno infantil: atenção primária nas Américas. Organização Panamericana de Saúde: Washington, DC; 1994.
2. Worley, M. L.; Patel, K. G.; Kilpatrick, L. A. Cleft lip and palate. *Clinics in perinatology*, v. 45, n. 4, p. 661-678, 2018.
3. Martelli, D. B. R. ; Machado, R.A., Swerts, M. S. O., Rodrigues, L. A. M., de Aquino, S.N., & Júnior, H. M. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 116-120, 2012.
4. Palone, M. R. T. Fatores modificadores da microbiota gastrintestinal e sua relação com malformações craniofaciais. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v.16, n. 2, p. 107-108, 2014.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Fissura labiopalatal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2017.
6. Paranaíba, L. M. R., Miranda, R. T. D., Ribeiro, L. A., Barros, L. M. D., & MartelliJúnior, H. Frequency of congenital craniofacial malformations in a Brazilian Reference Center. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.14, p. 151-160, 2011.
7. Miachon, M. D.; Leme, P. L. Tratamento operatório das fendas labiais. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 41, n. 3, p. 208-215, 2014
8. Borges, A. R., Mariano, L., Sá, J., Medrado, A. P., Veiga, P. C., & Reis, S. R. A Fissuras labiais e/ou palatinas não sindrômicas: determinantes ambientais e genéticos. *Revista Bahiana de Odontologia*, v. 5, n. 1, p. 48-58, 2014.
9. Dixon, M. J., Marazita, M. L., Beaty, T. H., & Murray, J. C Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*. 2011;12(3):16778.
10. Campbell, A., Costello, B. J., & Ruiz, R. L.. Cleft Lip and Palate Surgery: An Update of Clinical Outcomes for Primary Repair. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. n.22 p.43–58, 2010.
11. Da Araruna, C. R.; Vendruscolo, D. M. Nutrition of children with cleft lip and cleft palate, a bibliographic study. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 8, n. 2, p.99105, 2000.
12. Paul, T., Brandt, R. Oral and dental health status of children with cleft lip and/or palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*, v. 35, n. 4, p. 329-332, 1998.
13. Hazza'a, A. M., Rawashdeh, M. A., Al Nimri, K., & Al Habashneh, R. Dental and oral hygiene status in Jordanian children with cleft lip and palate: a comparison between unilateral and bilateral clefts. *International journal of dental hygiene*, v. 9, n. 1, p. 30-36, 2011.

14. Palone, M. R. T., da Silva, T. R., da Silva Moralejo, C. D., de Almeida Pernambuco, R., & da Silva Dalben, G. Condições de higiene bucal e hábitos em pacientes com fissura labiopalatina. *Revista Contexto & Saúde*, v. 14, n. 27, p. 87-91, 5 mar. 2015.
15. Küchler, E. C., da Motta, L. G., Vieira, A. R., & Granjeiro, J. M. Side of dental anomalies and taurodontism as potential clinical markers for cleft subphenotypes. *The Cleft palate-craniofacial journal*, v. 48, n. 1, p. 103108, 2011.
16. Tumenas, I., Pascottos, R., Saade, J. L., & Bassani, M. Odontologia Minimamente Invasiva. *Rev. Assoc. Paul Cir. Dent*, v. 68, n.4, p. 283-95, 2014.
17. Pimenta, C. A. M.; Pastana, I. C. A. S. S.; Sichieri, K.; Solha, R. K. T.; SOUZA, W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem; COREN-SP, SãoPaulo: COREN-SP, 2015
18. Werneck, M. A. F.; Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azevedo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. BeloHorizonte: Nescon/UFMG, 90 p., Coopmed, 2009.
19. Charles, V. Segurança do paciente: orientações para evitar os eventos adversos. PortoAlegre (RS): Yendis; 2010.
20. Stec-Slonicz, M. Szczepanska, J. Hirschfelder, U. (2007). Comparison of caries prevalence in two populations of cleft patients, *Cleft Palate- Craniofacial Journal*.44(5), pp. 532-537
21. Freitas, J. A. D. S., Garib, D. G., Trindade-Suedam, I. K., Carvalho, R. M., Oliveira, T. M., Lauris, R. D. C. M. C. & Mazzottini, R. (2012). Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies- USP (HRAC-USP)-part 3: Oral and Maxillofacial Surgery. *Journal of Applied Oral Science*, 20(6), 673-679.
22. Antoszewska, J. Kawala, B. Minch, L. Selected aspects of the oral environment in cleft palate patients- a problem evidently beyond dentists' scope, *Postepy HigienyMedycyny Doswiadczalnej*, 64, pp. 659-664, (2010).
23. Akcam, M. O., Evirgen, S., Uslu, O., & Memikoğlu, U. T. (2010). Dental anomalies in individuals with cleft lip and/or palate. *The European Journal of Orthodontics*, 32(2), 207-213.
24. Moreira, Juliana Pereira Soares. Proposta de formação de uma equipe interdisciplinar e um protocolo para atendimento do paciente fissurado no PSF de Machado-MG. 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5472>

25. Machado, M. A., Silva, S. M. B. D., Abdo, R. C. C., Hoshi, A. T., Peter, É. A., Grazziotin, G. B., ... & Silva, T. C. D. (2005). Odontologia em bebês: protocolos clínicos, preventivos e restauradores. In *Odontologia em bebês: protocolos clínicos, preventivos e restauradores* (pp. 158-158).
26. Trindade-Suedam, I. K., Gaia, B. F., Cheng, C. K., Trindade, P. A. K., Bastos, J. C. D. C., & Mattos, B. S. C. (2012). Cleft lip and palate: recommendations for dental anesthetic procedure based on anatomic evidences. *Journal of Applied Oral Science*, 20(1), 122-127.
27. Rocha, R., Ritter, D. E., Ribeiro, G. L. U., & Derech, C. D. A. Fissuras lábio palatinas—diagnóstico e tratamento contemporâneos. *Orthod.Sci. Pract*, v. 32, n. 8, p. 526-540, 2015
28. Lima, P.T. Fissuras congênitas da face e do crânio. In: Mustacchi Z, Peres S. *Genética baseada em evidências: síndromes e heranças*. São Paulo:CID; 2000. p.687- 99.
29. Garib, D. G., Almeida, A. M., Moura, R. C., Lauris, C., Peixoto, A. P., & Silva Filho, O. G. (2011). Tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas: protocolo do HRAC-USP. *Anais do 44º Curso de Anomalias Congênicas Labiopalatinas*. São Paulo: HRAC-USP.
30. Medeiros, P. J. *Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento*. São Paulo: Liv. Santos, 2003. 147 p.
31. Galante JM, Costa B, de Carvalho Carrara CF, Gomide MR. Prevalence of enamel hypoplasia in deciduous canines of patients with complete cleft lip and palate, *Cleft Palate Craniofac J* 2005 Nov; 42(6):675-8
32. Garib DG, Peck S, Gomes SC. Maior ocorrência de anomalias dentárias associadas à agenesia de segundo pré-molar. *Angle Orthod*. 2009; 79 (3):436-41
33. Fochesato, Vinícios; Batista, Tanieli. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes portadores de fissura labiopalatina: estudo populacional. 2018.
34. Letra A, Menezes R, Granjeiro JM, Vieira AR. Definição de subfenótipos para fissuras orais com base no desenvolvimento dentário. *J Dent Res*. 2007; 86(10): 986-91
35. Cassolato, S. F., Ross, B., Daskalogiannakis, J., Noble, J., & Tompson, B. (2009). Treatment of dental anomalies in children with complete unilateral cleft lip and palate at SickKids hospital, Toronto. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 46(2), 166-172.
36. Batista, L. R. V.; Triches, T. C.; Moreira, E. A. M. Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal. *Revista Paulista de Pediatria*, v.29, n. 4, p. 674-679, 2011.

37. Zhou, M., Liu, Z. X., Wang, P. L., & Liu, C. (2016). Quality of life and its influential factors of children and adolescents with congenital cleft lip and palate. *Shanghai kou qiang yi xue = Shanghai journal of stomatology*, 25(1), 63-67.
38. Cymrot, M. et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 25, n. 4, p. 648-651, 2010.
39. Robin NH, et al. The multidisciplinary evaluation and management of cleft lip and palate. *South Med J*. 2006;99(10):1111-20
40. Ibrahim, D., Faco, E. F. D. S., Santos Filho, J. H. G. D., & Faco, R. A. D. S. (2004). Enxerto ósseo alveolar secundário em pacientes portadores de fissuras labiopalatais: um protocolo de tratamento. *Rev. Fac. Odontol. Lins (Impr.)*, 13-18.
41. Costa, A., Morgado, H., Mariz, C., & Estevão-Costa, J. (2016). Enxerto Ósseo na Fenda Labiopalatina: Experiência de um Hospital de Referência Português. *Acta Medica Portuguesa*, 29(3).
42. Jabbari, F., Reiser, E., Thor, A., Hakelius, M., & Nowinski, D. (2016). Correlations between initial cleft size and dental anomalies in unilateral cleft lip and palate patients after alveolar bone grafting. *Uppsala journal of medical sciences*, 121(1), 33-37.
43. Shirota, T. et al. Clinical Evaluation of Bioabsorbable Mesh for Secondary Bone Graftsin the Alveolar Cleft. *Dentistry*, v. 6, n. 353, p. 2161-1122.1000, 2016.
44. Bajaj A, Wongworawat A, Punjabi A. Management of alveolar clefts. *J Craniofac Surg*. 2003;14(6):840-6
45. Marukawa E, Oshina H, Iino G, Morita K, Omura K. Reduction of bone resorption by the application of platelet-rich plasma (PRP) in bone grafting of the alveolar cleft. *JCraniomaxillofacial Surg*. 2011;39(4):278-283
46. Khojasteh A, Kheiri L, Motamedian S, Nadjmi N. Regenerative medicine in the treatment of alveolar cleft defect: a systematic review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*.2015;43:1608-13
47. Henao M., L. C.; Alicastro M., P. A. Conocimientos de losprofesionales de salud en villavicencio acerca de los protocolos de atención de pacientescon labio y paladar fisurado. 2020.

