

# Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissura labiopalatal: um estudo radiográfico

*Dental anomalies in patients with labiopalatal fissure: a radiographical study*

Ana Paula Simões CORRÊA<sup>1</sup>  
Ana Paula Corrêa Queiroz HERKRATH<sup>2</sup>  
Fernando HERKRATH<sup>1</sup>  
Perla Aziz ASSAYAG<sup>3</sup>  
Nikeila Chacon de Oliveira CONDE<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz

<sup>3</sup> Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

[paulinha\\_odonto@hotmail.com](mailto:paulinha_odonto@hotmail.com) // [nikeilaconde@ufam.edu.br](mailto:nikeilaconde@ufam.edu.br)

## RESUMO

As fissuras labiopalatais são anomalias congênitas ocasionadas por falhas no fusionamento dos processos faciais durante o desenvolvimento embrionário. Os indivíduos portadores dessas malformações apresentam maior prevalência de anomalias dentárias. O objetivo desse estudo foi identificar as anomalias dentárias presente nos pacientes com fissura labiopalatina, correlacioná-las com o tipo de fissura (unilateral ou bilateral), identificar os elementos dentários mais susceptíveis a apresentar tais alterações e a distribuição da amostra em relação ao tipo de fissura. Foram analisadas radiografias panorâmicas de 32 pacientes portadores de fissura labiopalatal, por um único examinador. A agenesia dental prevaleceu sobre as demais anomalias tanto nos pacientes portadores da forma unilateral (78,3%) como da bilateral (77,8%) da fissura labiopalatal. O incisivo lateral superior foi o elemento que apresentou o maior número de anomalias, dentre elas a agenesia, microdontia e giroversão. A prevalência de alterações buco-dentais em pacientes fissurados é alta na população estudada. No entanto, a presença de anomalias não pode ser relacionada com o tipo da fissura.

**Descritores:** Fissura labial. Fissura palatina. Anormalidades dentárias.

## INTRODUÇÃO

Anomalia craniofacial é todo defeito congênito na região de crânio e face<sup>1,2</sup>. Uma das anomalias craniofaciais mais frequentes é a fissura de lábio e/ou palato, que ocorre em uma a cada 1.000 crianças nascidas no mundo<sup>3</sup>. No Brasil, estima-se que uma em cada 650 crianças seja portadora de fissura labiopalatina<sup>4</sup>.

As fissuras labiopalatais caracterizam-se por apresentarem deformidades anatômicas envolvendo lábio, processo alveolar, palato duro e palato mole, de extensões variáveis. Essas alterações ocasionam comprometimento da estética facial e prejuízo no desenvolvimento correto

das funções de sucção, deglutição, mastigação, fonação e respiração<sup>5</sup>.

Os defeitos congênitos labiopalatais são anomalias de etiologia multifatorial, isto é, são provocados por fatores genéticos e ambientais ou mesmo por uma combinação destes fatores. Os fatores genéticos incluem as anormalidades cromossômicas ou gênicas e os ambientais são todos os teratógenos que agem durante o período gestacional. Entre outros fatores ambientais, o uso do álcool, o tabagismo, a realização de raios X na região abdominal, a ingestão de medicamentos como anticonvulsivantes ou corticoides

durante o primeiro trimestre gestacional parecem estar relacionados ao aparecimento dessa malformação<sup>6-8</sup>.

Existem várias classificações para as fissuras propostas na literatura. A classificação de SPINA é simples, objetiva e prática o suficiente para facilitar a comunicação entre os profissionais de uma equipe multidisciplinar<sup>9</sup>.

A classificação mais utilizada em fissuras, criada por SPINA (1972), determina como ponto de referência o forame incisivo para delimitar a área atingida e nomear o tipo de fissura. As fissuras que envolvem o lábio e o alvéolo dentário, bem como a porção anterior do palato duro são classificadas em fissuras pré-forame. As fissuras pós-forame incisivo envolvem o restante do palato duro e o palato mole. Aquelas fissuras que envolvem ambas as regiões pré e pós-forame incisivo são chamadas de transforame<sup>10</sup>.

Deformidades dentais tais como alterações de número e posição são comumente encontradas em paciente com fissuras labial e ou labiopalatina. Essas deformidades podem ser encontradas na área da fissura ou podem estar presentes nos elementos dentais próximos a esta. A agenesia do incisivo lateral superior é a deformidade mais encontrada em pacientes portadores de fissuras labiopalatina, seguida de dentes supranumerários. Anomalias dentárias de forma, hipoplasias, retardo na erupção e apinhamento também têm sido evidenciados em pacientes fissurados<sup>11-16</sup>. Portanto, o objetivo deste trabalho foi identificar as anomalias presentes nos pacientes com fissura labiopalatinas, correlacioná-la com o tipo de fissura

(unilateral ou bilateral) identificar os elementos mais susceptíveis a apresentar tais alterações e a distribuição da amostra em relação ao tipo de fissura.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é do tipo observacional, retrospectivo, seccional. Foram avaliadas as radiografias panorâmicas dos pacientes portadores de fissuras labiopalatais atendidos na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), local de referência para o tratamento dessas anomalias no Estado do Amazonas. que não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no período de 2006 a 2008. Foram excluídos da amostra pacientes que não apresentaram em arquivo radiografia panorâmica inicial, do momento do diagnóstico

As radiografias foram avaliadas por um único examinador, utilizando lupa de aumento e negatoscópio, além de régua milimetrada e tabela para registro das informações. Primeiramente foi identificado o tipo de fissura que o paciente apresentava, sendo classificada em unilateral ou bilateral (SPINA, 1972) e posteriormente, foi avaliada a constituição da arcada dentária, cronologia dentária e a presença de anomalias dentárias do tipo agenesia, dente supranumerário, dilaceração radicular, dente invaginado, erupção ectópica, dilaceração radicular, giroversão, impactação, alteração da forma da coroa, retenção prolongada do elemento decíduo e taurodontia. Foram também coletados dados da ficha clínica quanto à idade do paciente e gênero.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas de frequência. Calcularam-se as frequências absolutas simples e relativas para os dados qualitativos e média, mediana, desvio-padrão (DP) e intervalo interquartil (dq) para os dados quantitativos. Na comparação das médias, quando os dados encontravam-se normalmente distribuídos, foi utilizado o teste t de

Student. Quando rejeitada a hipótese de normalidade, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Na análise da associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste Exato de Fisher.

## RESULTADOS

Neste estudo, das 32 radiografias analisadas dos pacientes portadores de fissura labiopalatina, 16 (50%) eram do gênero masculino e 16 (50%) eram do gênero feminino ( $y=7-36$ ). A prevalência das fissuras labiopalatais foi maior nos pacientes na faixa etária entre 09 e 14 anos (Tabela 1).

Nove (28,1%) pacientes eram portadores de fissura bilateral e 23 (71,9%) pacientes apresentavam fissura unilateral. A prevalência para as fissuras unilaterais foi de 56,6% para o gênero masculino e 43,5% para o gênero feminino e, para as fissuras bilaterais, observou-se a prevalência de 33,3% para o gênero masculino e 66,7% para o feminino, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição segundo o sexo e idade de pacientes com fissuras de lábio e/ou palato atendidos na Fundação CECON, Manaus – AM.

Variáveis (n = 32)	f <sub>i</sub>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	50,0
Feminino	16	50,0
<b>Idade</b>		
05 ---  09	3	9,4
09 ---  14	11	34,4
14 ---  19	8	25,0
19 ---  24	6	18,8
24 ---  29	3	9,4
> 29	1	3,1
Média ± DP	17,1 ± 6,4	
Mediana	15,0	
Amplitude	7 – 36	

f<sub>i</sub> = frequência absoluta simples; DP = Desvio-padrão.

Ao considerar a frequência das anomalias em relação ao tipo de fissura, pode-se observar que a agenesia dental prevaleceu sobre as demais anomalias tanto em paciente portadores de fissura labiopalatina unilateral (78,3%) ou bilateral (77,8%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de fissura e presença de anomalias (Tabela 3).

O incisivo lateral foi o elemento dentário mais acometido pelas anomalias. Observaram-se 77,8% de agenesias, 44,4% de giroversões e 33,3% de 03 microdontia acometendo o incisivo lateral superior.

Tabela 2. Caracterização da população sexo e idade segundo o tipo de fissura labiopalatal, em pacientes atendidos na FCECON, Manaus – AM.

(n = 32)	Tipos de Fissuras				Total	P
	Unilateral		Bilateral			
	(n = 23)		(n = 9)			
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%		
<b>Sexo</b>						0,217*
Masculino	13	56,5	3	33,3	16	
Feminino	10	43,5	6	66,7	16	
<b>Idade</b>						0,235**
Média ± DP	17,9	± 5,5	14,9	± 8,2		
Mediana	19,0		13,0			
Amplitude	7 – 26		9 – 36			

Tabela 3. Distribuição de frequência das anomalias segundo tipo de fissura labiopalatal, em pacientes atendidos na FCECON, Manaus – AM.

Anomalias (n = 32)	Tipo de Fissura				Total	p*
	Unilateral		Bilateral			
	(n = 23)		(n = 9)			
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%		
Agenesia	18	78,3	7	77,8	25	0,657
Supranumerário	4	17,4	2	22,2	6	0,554
Dente invaginado	1	4,3	-	-	1	0,719
Dilaceração radicular	12	52,2	2	22,2	14	0,127
Erupção ectópica	3	13,0	-	-	3	0,357
Giroversão	15	65,2	4	44,4	19	0,248
Impactação	1	4,3	2	22,2	3	0,184
Alteração da forma da coroa	4	17,4	2	22,2	6	0,554
Microdontia	2	8,7	3	33,3	5	0,121
Retenção do dente decíduo	4	17,4	1	11,1	5	0,563
Taurodontia	-	-	1	11,1	1	0,281

## DISCUSSÃO

Em um estudo de 109 pacientes com fissuras completas de lábio, alvéolo e palato unilateral (45,9%) e bilateral (54,1%) na qual 67% eram do gênero masculino e 33% do gênero feminino, a prevalência para as fissuras unilaterais foi de 68% para o gênero masculino e 32% para o gênero feminino e para as fissuras bilaterais observou-se a prevalência de 66,01% para o gênero masculino e 33,9% para o feminino. Portanto as fissuras unilateral e bilateral foram mais observadas no sexo masculino. No presente estudo, a prevalência de fissuras unilaterais apresentou-se superior no sexo feminino (66,7%) e na bilateral a prevalência foi maior no sexo masculino (56,6%), porém não apresentando diferenças estatisticamente significantes<sup>17</sup>.

A agenesia dental prevaleceu sobre as demais anomalias dentais tanto em pacientes portadores de fissura labiopalatal unilateral ou bilateral, sendo 78,3% de agenesia em paciente com fissura unilateral e 77,8% em paciente com fissura bilateral, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,657$ ). Estes dados apresentaram-se superiores aos resultados encontrados em dois estudos sobre a prevalência de anomalias dentárias em pacientes portadores de fissura labiopalatal, nos quais a prevalência de agenesia foi de 27,2% e 30%, sendo que a agenesia foi a segunda ou terceira anomalia mais presente<sup>18,19</sup>. Um outro estudo radiográfico que avaliou a incidência de anomalias dentais em 172 pacientes portadores da mesma malformação, realizado no Brasil, revelou que a maior prevalência foi da agenesia dental, 60,9%. Portanto a característica evidenciada no presente estudo corrobora a literatura específica<sup>20</sup>.

A agenesia do incisivo lateral superior foi anomalia mais prevalente. A ausência congênita do incisivo lateral do lado da fissura foi observada em 49,8% da amostra durante a avaliação de radiografias panorâmicas de 203 pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias

Craniofacial da Universidade de São Paulo-Bauru (HRAC). A alta prevalência de agenesia do incisivo lateral permanente na fenda mostrou, neste estudo, que a fissura poderia desempenhar um papel importante na etiologia da ausência desse elemento<sup>14</sup>.

A presença de anomalias foi mais observada nos pacientes com fissura unilateral. Em um estudo da presença de anomalias em 500 pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palatina observou que os pacientes com fissura bilateral apresentaram mais anomalias em relação aos pacientes portadores de fissura unilateral, porém a diferença estatística não foi significativa em relação ao tipo de fissura e a presença de anomalia. Portanto, em concordância com os resultados apresentados no estudo com a literatura específica, não se pode obter a relação do grau de complexidade da fissura com a presença de anomalias<sup>21</sup>.

## CONCLUSÃO

A prevalência de alterações buco-dentais em pacientes fissurados é alta na população estudada, sendo a agenesia dental do incisivo lateral superior a mais prevalente. No entanto, a presença de anomalias não pode ser relacionada com a complexidade da fissura. O gênero feminino foi mais acometido por fissura do tipo unilateral enquanto, o gênero masculino por fissura do tipo bilateral.

## REFERÊNCIAS

1. Gorlin RJ, Cohen Jr MM, Levin LS. Syndromes of the head and neck. In: Oxford Monographs on Medical Genetics, 3ª ed. Oxford: **Oxford Univ Press**; 1990. p. 762-3.
2. Cohen Jr. MM, Gorlin RJ, Fraser FC. Craniofacial disorders. In: Rimoin DL, Connor JM, Pyeritz RE, editors. Emery and Rimoin's principles and practice of medical genetics. **New York: Churchill Livingstone**; 1997. p. 1121-48.
3. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and

- palate. **Lancet**. 2009; 9703 (374): 1773-85.
4. Souza JA, Dalben GS, Santamaria Jr M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. **Braz Oral Res**. 2004; 18(2): 128-33.
  5. Handelman CS, Pruzansky S. Occlusion and dental profile with complete bilateral cleft lip and palate. **Angle Orthod**. 1968; 38(3): 185-98.
  6. Guimarães SAC. **Patologia Básica da Cavidade Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
  7. McDonald RE, Avery DR. **Odontopediatria**. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
  8. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. **Tratado de Patologia Bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamerican; 1985.
  9. Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio-palatinas. In: Eros P. **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise; 1992: 195-239.
  10. Spina, V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. **Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo**. 1972; 27:5-6.
  11. Kraus BS, Jordan RE, Pruzansky S. Dental abnormalities in the deciduous and permanent dentitions of individuals with cleft lip and palate. **Dent Res J**. 1996; 45(6): 176-46.
  12. Shapira DMD, Lubit DDS, Kuftunec MM. Hypodontia in children with types of clefts. **Angle Orthod**, 1999; 70(1): 16-21.
  13. Vanzin GD, Yamazaki K. Prevalência de Anomalias dentárias de número em pacientes portadores de fissura de lábio e palato. **Rev. Odont Ciênc**. 2002; 17(35): 49-56.
  14. Ribeiro, LL, Neves LT, Costa B, Gomide MR. Dental anomalies of the permanent incisor and prevalence hypodontia outside the cleft area in complete unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac**. 2003; 40 (2):172-175.
  15. Baek S, Kim N. Congenital missing permanent teeth in Korean unilateral cleft lip and alveolus and unilateral cleft lips and palate patients. **Angle Orthod**. 2006; 7(1): 88-93.
  16. Tortora. C, Meazzini, MC, Garattini G, Brusati R. Prevalence of abnormalities in dental structure, position, and eruption pattern in a population of unilateral and bilateral cleft lip and palate patients **Cleft Palate Craniofac. J**. 2008; 45(2): 154-162.
  17. Gabete HF, Gomide MR, Costa B. Evaluation of primary dentition in cleft lip and palate with and without natal/neonatal teeth. **Cleft Palate Craniofac. J**. 1999; 37(4): 406-09.
  18. Larson M, Hellquist R, Jakobsson OP. Dental abnormalities and ectopic eruption in patients with isolated cleft palate **J Plast Surg Hand Surg**. 1998; 32 (2): 203-12.
  19. Dewinter G, Quirynen M, Heudbuchel k, Verdonck A, Willems G, Carels C. Dental abnormalities, bone graft quality, and periodontal conditions in patients with unilateral cleft lip and palate at different phases of orthodontic treatment. **Cleft Palate Craniofac**. 2003; 40 (4):343-350.
  20. Franco De Carvalho LC, Tavano O. **Agênias dentais em fissurados do Centro Pró-Sorriso** - Universidade José do Rosário Vellano. **RGO**. 2008; 56(1): 39-45.
  21. Letra A, Menezes R, Granjeiro JM, Vieira AR. Defining subphenotypes for oral clefts. **J. Dent. Res**. 2007; 86(10): 986-91.