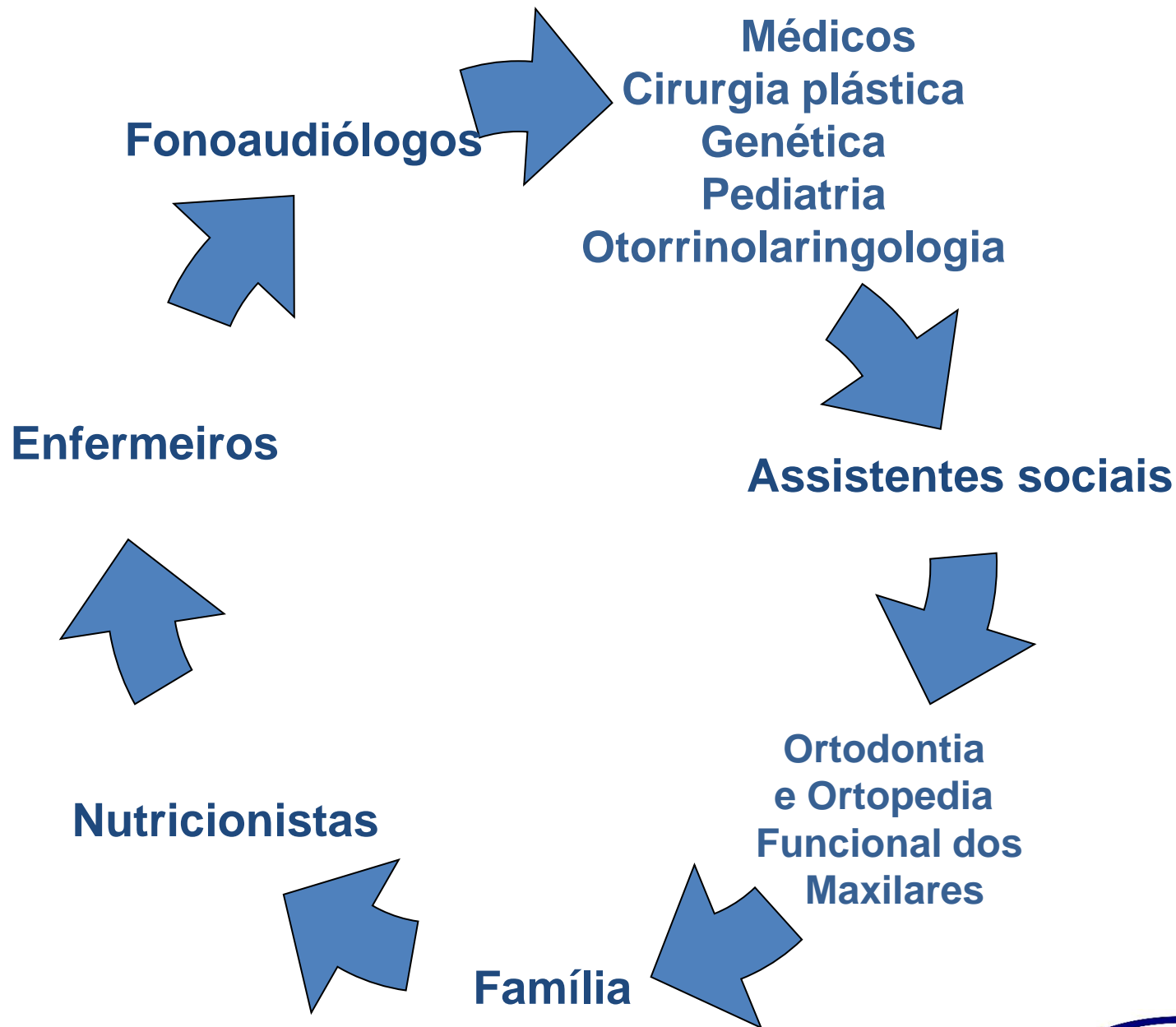


Reabilitação cirúrgica dos Fissurados de lábio e palato

M.Sc. Viviane Marques

DIAGNÓSTICO

- 1º diagnóstico: Através da ultrasonografia (Entre a 12ª e 14ª semana de gestação).
- O diagnóstico das fissuras submucosa e submucosa oculta é mais difícil, o primeiro sinal pode ser o **refluxo nasal durante a alimentação**, e no futuro, a **hipernasalidade na fala**.



O consenso de interdisciplinaridade vigente no tratamento dos pacientes fissurados de lábio e palato se consolidou na segunda metade do século XX e, desde então, enfatiza a complexidade do processo reabilitador, que se inicia no nascimento e se estende até a idade adulta, com o término do crescimento craniofacial. Uma equipe multidisciplinar deve estar envolvida nessa reabilitação, como fonoaudiólogos, médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais. A troca de informações entre os profissionais é fundamental para o tratamento da criança, pois um fator interfere diretamente no outro, no que diz respeito aos dentes, a fala, a face, as funções alimentares e ao desenvolvimento psicossocial.

O objetivo final é a busca pela reabilitação estética e funcional, que visa, fundamentalmente, a reintegração social dos portadores de fissuras de lábio e palato, estigmatizados ao nascimento pela anomalia estampada na face.

A interdisciplinaridade na reabilitação envolve, primordialmente, um corpo clínico experiente com a mentalidade voltada para um protocolo de tratamentos seqüenciais específicos, que, necessariamente, estabeleça as prioridades do paciente de acordo com a fase de desenvolvimento na qual ele se encontre.

Pré-requisito para Cirurgias

- Bom estado geral, peso ideal.
- Hemodinamicamente estável
- Não apresentar infecções
- Queiloplastia ou Labioplastia: cirurgia labial
- Alveoloplastia – cirurgia do alvéolo dentário
- Palatoplastia: cirurgia palatina

Segundo o protocolo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), referência no Brasil e América Latina para o tratamento de fissurados, as cirurgias reparadoras primárias de reconstrução do lábio e palato devem preferencialmente se iniciar no primeiro ano de vida.

Pelo protocolo ideal, o lábio deve ser operado a partir dos 3 meses de idade, em um procedimento conhecido como queiloplastia, enquanto 12 meses é o tempo determinado para a palatoplastia.

Cirurgias secundárias a partir dos quatro anos de vida são geralmente necessárias para retoques labiais e da asa do nariz, normalmente deslocada pela ausência de suporte ósseo nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar.

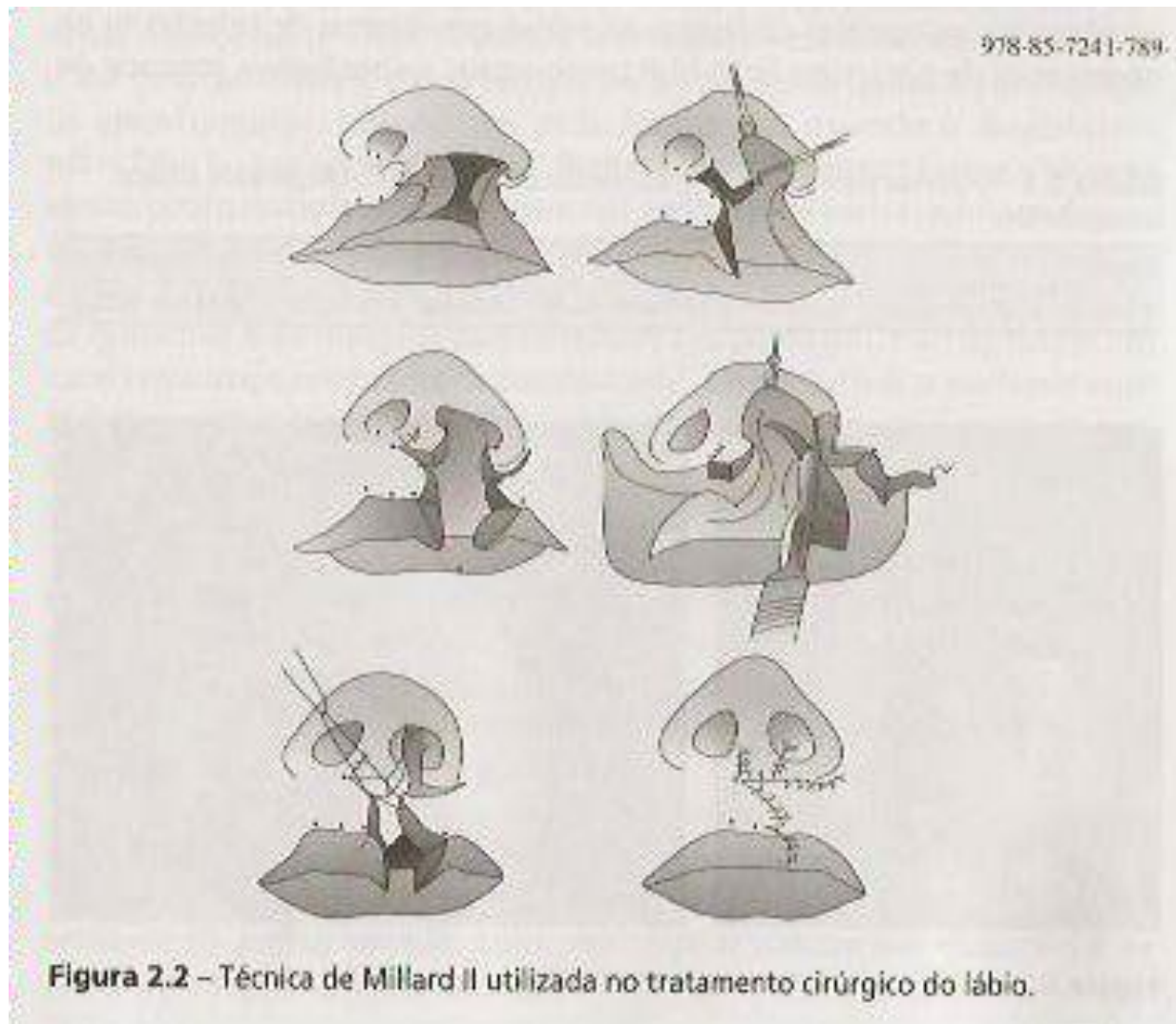
A palatoplastia secundária, também nesse período, busca a otimização da função velofaríngea, pelo restabelecimento da função muscular do palato mole, não alcançada integralmente no ato cirúrgico primário.

O crescimento da maxila se acelera no início da dentadura mista, por volta de 6 a 7 anos, que justamente por isso é a fase ideal para o início da intervenção ortodôntica.

Fenda Labial Unilateral – Cirurgia de queiloplastia ou labioplastia, realizada a partir dos 3 meses, peso acima de 5 Kg.



QUEILOPLASTIA – Técnica de Millard



Fenda Labial Bilateral – Pode ser feita simultaneamente ou um lado de cada vez. Se iniciar aos 3 meses pode ser feito um dos lados e aos 6 meses o outro. O peso deve estar acima de 5 Kg. A partir dos 6 meses tende a ser feito os dois lados simultaneamente. O peso deve estar acima dos 10 kg.

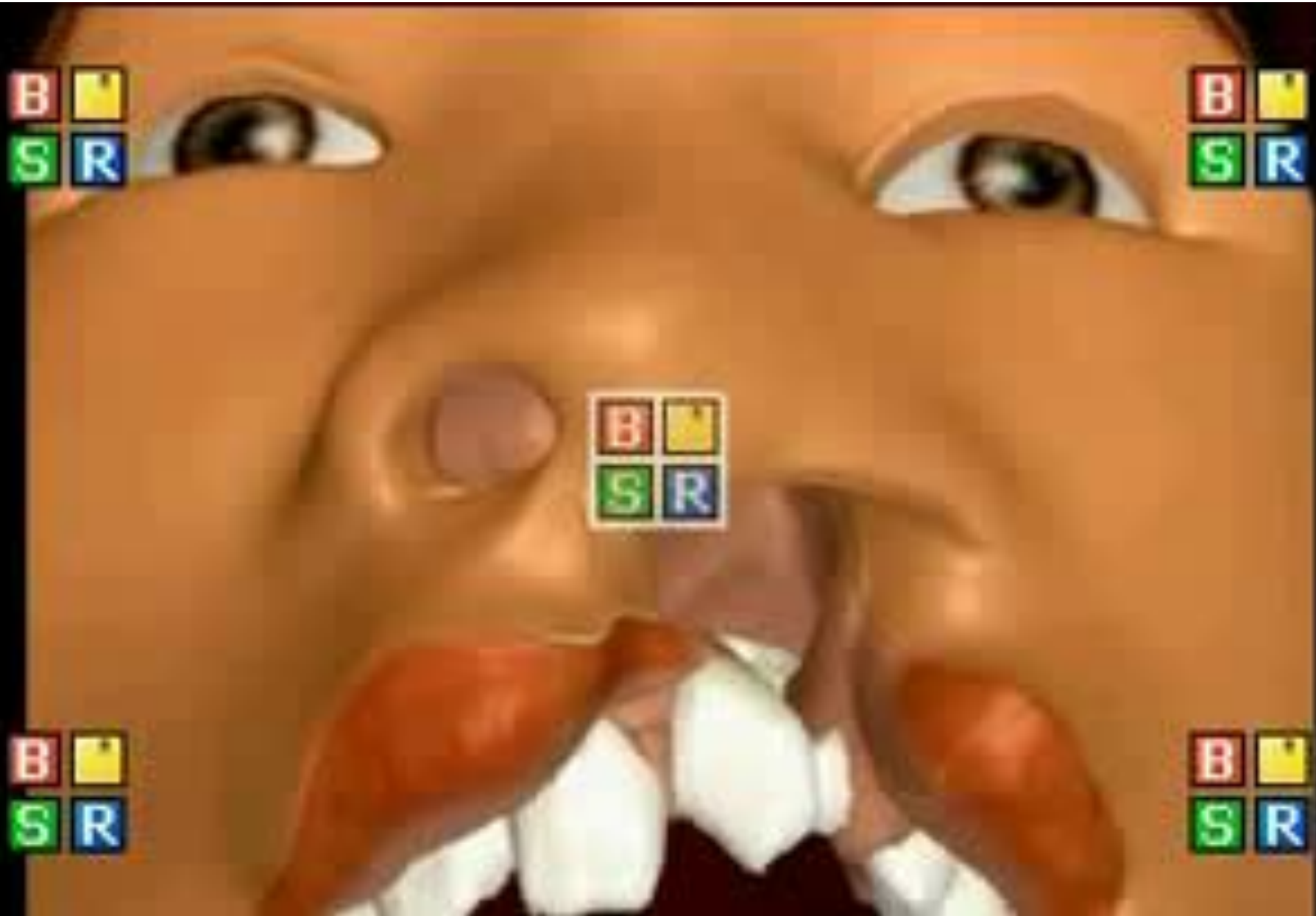




FIGURA 2 - As cirurgias plásticas primárias nos primeiros meses de vida reconstruem a fissura. Nesse paciente, a fissura labial bilateral foi fechada em tempo único (queiloplastia realizada em tempo único).

Fenda Palatina (palatoplastia) – Deve ser realizada entre os 12 meses 18 meses, devido ao crescimento do palato. Peso deverá estar acima de 10 Kg.





Assista o vídeo em: <http://www.fonovim.com.br/galerias/videos>

Tratamento pré-cirúrgico

Os cuidados pré-operatórios podem ser orientados pela equipe multidisciplinar. O pediatra deve garantir que a criança não tenha problemas de pele, cáries dentárias, anemia e infecções. Antes da cirurgia os **hábitos de sucção** como utilização de chupeta ou “chupar dedo” **devem ser retirados** para que não comprometam a reabilitação pós-operatória.

Tratamento pré-cirúrgico

Tratamento fonoaudiológico para melhora de de tônus muscular no período pré-operatório. Evitando fibroses e complicações futuras na cicatrização.

Adaptação da alimentação no período pré-operatório

Duas semanas antes da cirurgia deve ser realizado o desmame do aleitamento materno e a introdução de alimentos liquefeitos na dieta alimentar para que a criança se acostume com a nova consistência dos alimentos e os aceite no pós-operatório, quando esses alimentos terão a consistência mais adequada para esta fase de tratamento. **A administração dos alimentos deve ser realizada com a colher e não com a mamadeira, para que no período pós-operatório não haja sucção, prejudicando o sucesso da cirurgia.** A temperatura dos alimentos deve ser adequada. As crianças não podem receber alimentos quentes nem gelados.

Vídeo - Nicho eating

Assista o vídeo em: <http://www.fonovim.com.br/galerias/videos>

A **fala, a voz e audição** melhoram com o fechamento precoce do palato. O fechamento tardio do palato, após 4 anos de idade, favorece o crescimento inadequado do esqueleto da face.

Quando a cirurgia é realizada nos dois primeiros anos de vida, a criança se vê sem malformação, o que contribui para a formação “adequada do eu”.

Quando a cirurgia é feita na fase em que a criança ainda não fala, a criança apresentará uma melhor produção articulatória bem como quanto ao desenvolvimento da linguagem e da voz, que tende a não apresentar hipernasalidade importante.

QUEILOPLASTIA – Cuidados Pós-cirúrgicos

- Fazer o máximo para evitar o choro da criança (pontos cirúrgicos);
- Limpeza e cuidado dos lábios (sangramentos): gaze embebida em soro fisiológico resfriado;
- Contenção dos braços da criança (evitando que os leve à boca);
 - Suspensão do uso da chupeta e mamadeira (movimento labial interfere na cicatrização);
 - Uso do micropore - controverso: acúmulo de secreção e sangue);
- Retirada dos pontos: entre 5º e 7º dia pós operatório com a criança em jejum (ambulatório);
- Moldagem da narina: Splint por 1 mês (intra-nasal, feito de silicone. Colocar micropore por fora para realizar resistência).

QUEILOPLASTIA – Complicações pós-cirúrgicas

- Infecção aguda ;
- Deiscência (abertura dos pontos) e sangramento;
- Complicações tardias: Cicatrizes hipertróficas (comprometem forma e função), retração labial e assimetrias;
 - Quelóide: Diferente da cicatriz hipertrófica: é progressiva e o processo de formação pode durar 5 anos.

***“PENSE NO BEM E O BEM
ACONTECERÁ!***

***VOCÊ É AQUILO QUE PENSA NO
DECORRER DOS SEUS DIAS”***

Joseph Murph

EXCELENTE ESTUDO!!!