

Técnicas cirúrgicas

M.Sc. Profª Viviane Marques

ALVEOLOPLASTIA

Cirurgia do alvéolo dentário geralmente feita em 1 tempo, junto com a cirurgia labial;

Pode ser realizada junto com uma cirurgia de parte do palato duro;
Envolve o fechamento de uma só camada do assoalho do nariz usando um retalho do vômer e do máximo possível do palato duro

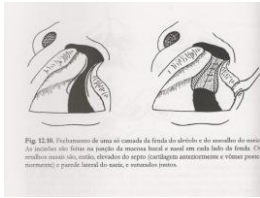
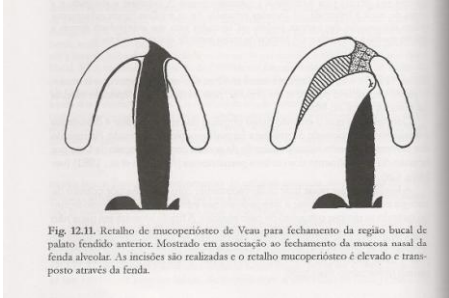
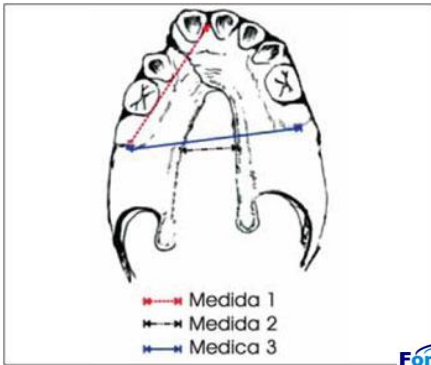


Fig. 43.86. Fechamento de uma só camada da fenda do lábio e do assoalho do nariz. As incisões são feitas na junção da mucosa nasal e nasal em cada lado da fenda. Os retalhos incluem o vômer, alvéolos do véu, queratina mucosa e vômer propriamente e parte lateral do nariz, e suturados juntos.



TÉCNICA DE VEAU





PALATOPLASTIA

Se refere à correção cirúrgica dos palatos duro e mole;

Os objetivos principais são:

- Corrigir escape de ar/refluxo nasal;
- Eliminar os distúrbios articulatorios-compensatórios (DAC).
- Adequar a função velo-faríngeo (FVF ou EVF);

Ato cirúrgico: Anestesia geral, intubação orotraqueal, hiperextensão de pescoço, abridores de boca.



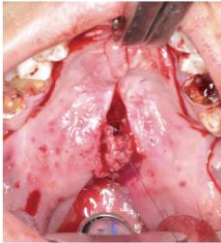
PALATOPLASTIA

Controvérsias quanto ao momento da cirurgia: otorrinos, pediatras e fonos são favoráveis à que seja feito precocemente (6 meses a 1 ano), visando:

- diminuição de infecções de vias aéreas superiores (VAS);
- preservação da audição;
- melhora do desenvolvimento da fala e linguagem.

Ortodontistas e cirurgiões plásticos são favoráveis a postergar a cirurgia (18 meses) - melhor desenvolvimento do terço médio da face;

Fonóvim
Fonoterapia e Neurolinguagem



Fonóvim
Fonoterapia e Neurolinguagem



Fonóvim
Fonoterapia e Neurolinguagem

Técnica de Von Longenbeck

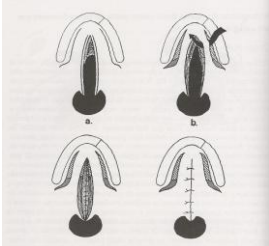
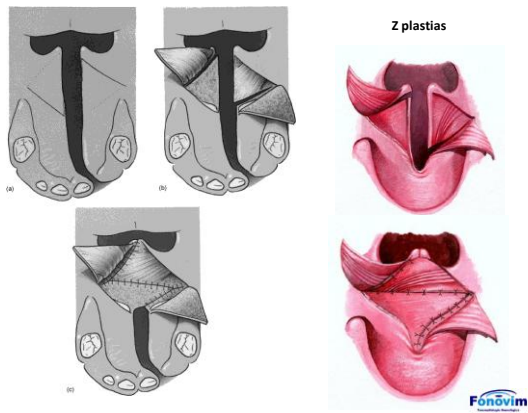


Fig. 12.12. Cirurgia de von Longenbeck para fechamento secundário do palato. (a) As margens da fenda foram separadas, e foram feitas as incisões de liberação nos pontos mais abstrusos que se curvam para trás sob o ângulo da mandíbula. (b) Manuseio mínimo realizado da face bucal do palato duro. A serra à direita do diagrama indica como o músculo esferóide é levantado como um único hipodermídeo. A serra nasal na face superior do palato duro e, se necessário, a do nariz, é mobilizada o suficiente para permitir que se passe através da fenda. (c) Ajustada depois da serra da curvatura nasal. (d) Fechamento da fenda terminada. As áreas reticuladas são demarcadas de cada lado, representando o descolamento do palato duro anteriormente.







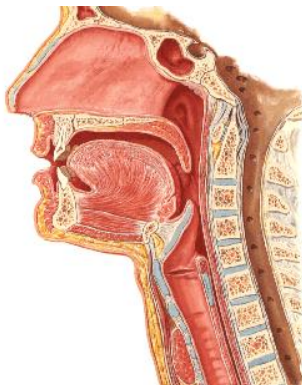


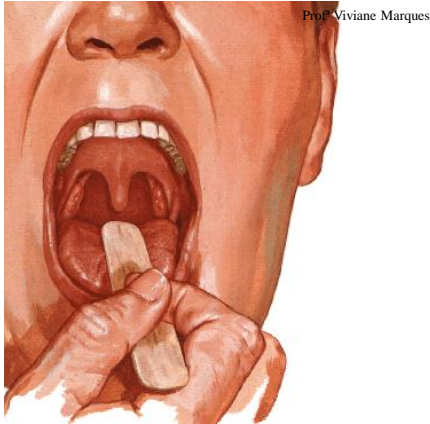
Z-plastia com dupla oposição de Furlow:
Descrita em 1986. Permite o realinhamento radical dos músculos do levantadores e formação da tipóia muscular, e ao mesmo tempo, alonga o palato mole. Não é indicada para fendas largas.

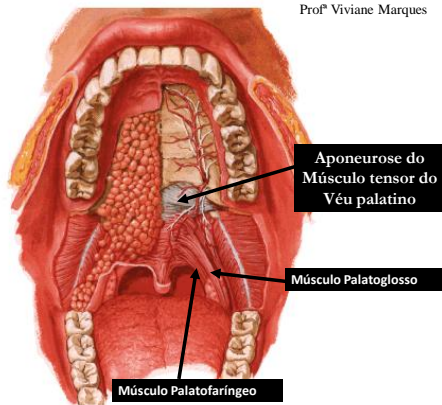


Cavidade oral

Profª Viviane Marques





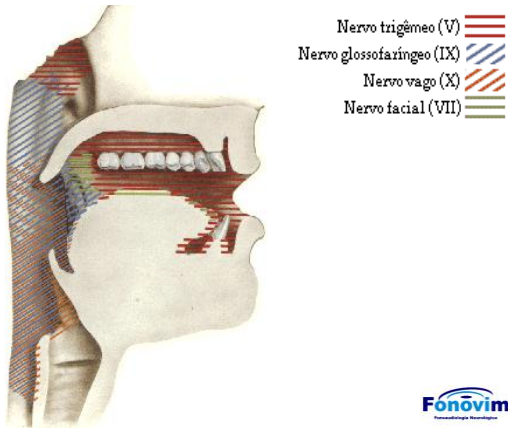


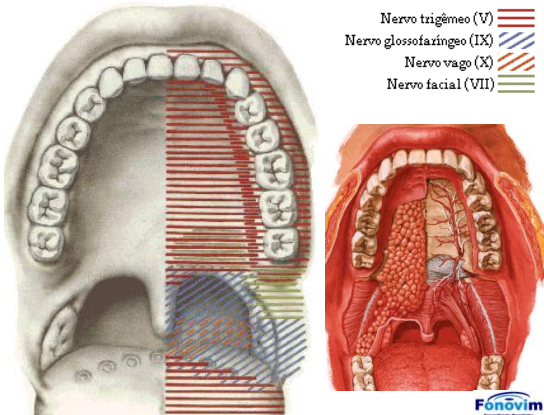
Músculos do Palato

A musculatura do palato atua na deglutição e na fala. O primeiro a ser descrita a ação será o músculo levantador do véu palatino que tem por função elevar o palato mole.

- 1) O músculo tensor do véu palatino tensiona o palato mole esticando-o e abaixando-o pelo achatamento do seu arco.
- 2) O Músculo palatoglosso eleva a raiz da língua e aproxima o arco palatoglosso de seu homônimo, fechando e separando, deste modo, a cavidade da boca da parte oral da faringe.
- 3) Os músculos palatofaríngeos empurram a faringe para cima, para frente e medialmente encurtando-a durante a deglutição. Eles também aproximam os arcos palatofaríngeos, puxando-os para a frente.

Suprimento nervoso: Exceto pelo músculo tensor do véu palatino, que é innervado pelo Nervo Trigêmeo (V par); todos os músculos do palato são supridos pelas fibras nervosas que deixam a medula na parte craniana do Nervo Acessório e alcançam o plexo faríngeo através do Nervo Vago.





PÓS-OPERATÓRIO: PALATOPLASTIA

1. Imediato: Decúbito lateral para cessar o sangramento;
2. Alimentação líquida e pastosa fria;
3. Queda dos pontos em 20 dias;
4. Imobilização dos braços;
5. Chupeta e mamadeira contra-indicados entre 10 e 14 dias no pós;
6. Intercorrências: sangramento, edema, obstrução de vias aéreas. Tardias: deiscência(abertura dos pontos palato) e infecção (geram fistula).
7. Insuficiência velo-faríngea: 20 a 40% dos casos;
8. Correção de fistulas e do palato curto (véu palatino): 6 meses a 1 anos depois da primeira cirurgia.

