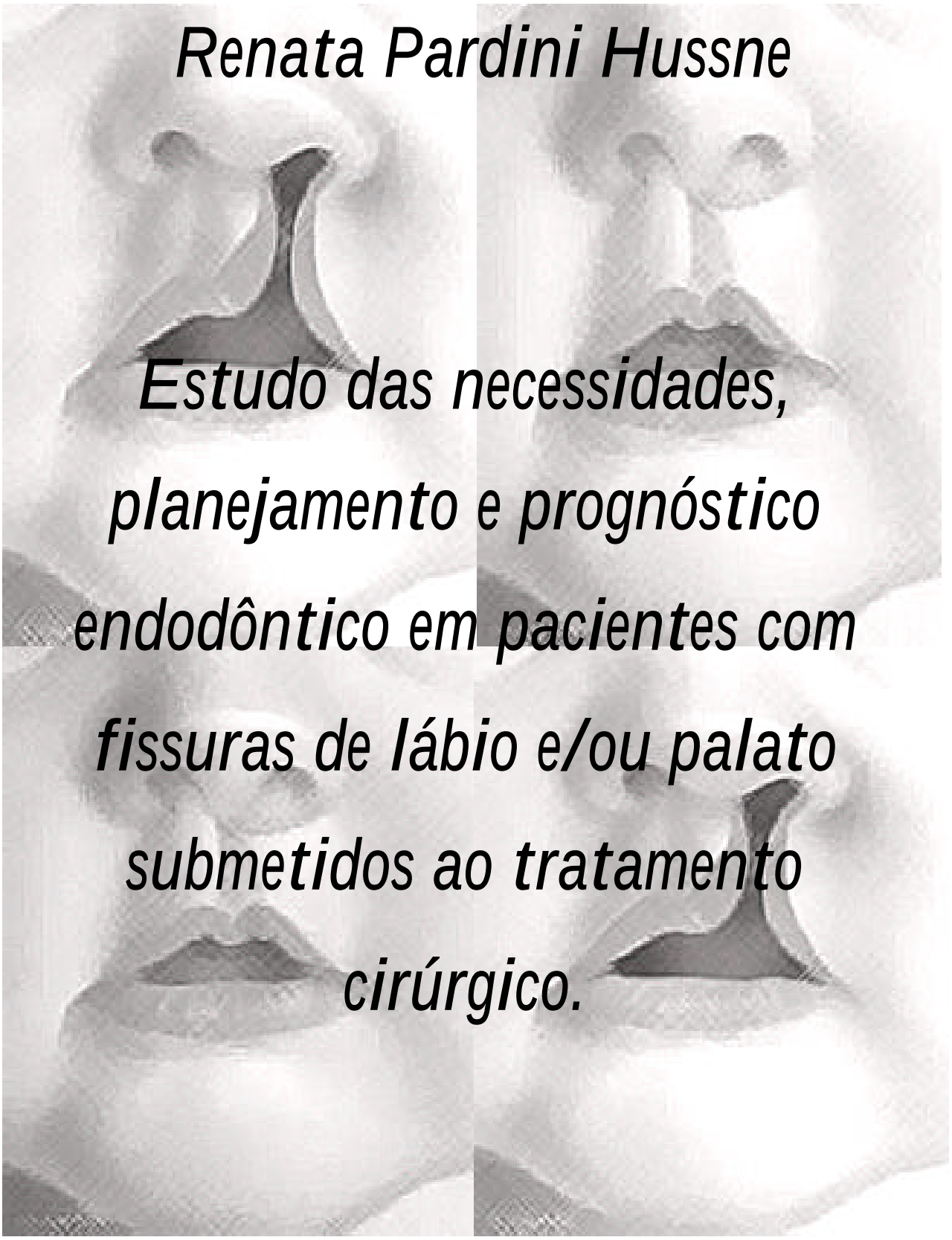
Renata Pardini Hussne



Estudo das necessidades, planejamento e prognóstico endodôntico em pacientes com fissuras de lábio e/ou palato submetidos ao tratamento cirúrgico.

Araraquara
2004

Renata Pardini Hussne

Estudo das necessidades, planejamento e prognóstico endodôntico em pacientes com fissuras de lábio e/ou palato submetidos ao tratamento cirúrgico.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia;
Área de Concentração:Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Renato de Toledo Leonardo

Araraquara

2004

Hussne, Renata Pardini
Estudo das necessidades, planejamento e prognóstico endodôntico em pacientes fissurados de lábio e/ou palato submetidos ao tratamento cirúrgico / Renata Pardini Hussne – Araraquara : [s.n.], 2004.
100 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia.
Orientador : Prof. Dr. Renato de Toledo Leonardo.

1. Endodontia 2. Fissura labial 3. Fissura palatina I. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Ceres Maria Carvalho Galvão de Freitas CRB 8/4612
Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Araraquara / UNESP

Dados Curriculares

Renata Pardini Hussne

Nascimento: *14 de julho de 1970* *Botucatu-SP.*

Filiação: *Mário Hussne*
Maria Antonieta Camargo Pardini

1988-1991 *Curso de Graduação em Odontologia pela Universidade de Marília – SP.*

1992-1995 *Estágio em Endodontia no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-HRAC-USP /Bauru.*

1994-1995 *Curso de Especialização em Endodontia pela Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatal - PROFIS-USP / Bauru.*

1996- *Professora dos Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização em Endodontia promovidos pela PROFIS-USP/ Bauru.*

1998- *Professora do Curso de Especialização em Endodontia promovido pelo HRAC-USP/ Bauru.*

1998- *Endodontista do HRAC-USP/ Bauru.*

2000-2002 *Aluna Especial do Curso de Pós-Graduação em Endodontia, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araraquara - Universidade Estadual Paulista FOAr/UNESP.*

2002-2004 *Curso de Pós-Graduação em Endodontia, em nível de Mestrado na Faculdade de Odontologia de Araraquara - Universidade Estadual Paulista FOAr/UNESP.*

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Antonieta , por ser a base da minha existência e meu maior exemplo de vida. Tudo o que sou, devo a ela e ao amor profundo que sempre nos uniu.

Agradecimentos Especiais

À Deus

Por ter me concedido a graça de nascer perfeita, de viver com saúde e por ser a luz que ilumina todos os momentos da minha vida.

À Nossa Senhora da Aparecida

Por guiar todos os meus passos.

"Somente aqueles que buscam viver perto de Deus e confiam nele nas pequenas coisas do dia-a-dia, podem esperar em tempos de necessidade por aquela luz especial que nos mostra o caminho".

Evelyn Underhill

Aos meus pais **Maria Antonieta** *e* **Mário**, *por serem o meu "porto seguro", pelo amor e pelos ensinamentos que me foram transmitidos.*

Ao meu irmão **Roberto** *e minha cunhada* **Renata** *por termos sempre pontuado nossas vidas na união e no amor e por terem me dado meu maior presente, meu sobrinho* **Mateus**.

À minha avó **Lygia**, *matriarca da nossa família, mulher de fé inabalável, a quem devo boa parte da minha infância e uma gratidão eterna.*

À **Tata**, *pelo amor que sempre me dedicou.*

Ao meu padrasto **Ovídio**, *pela sua dedicação à nossa família.*

Ao meu avô Ernani e minha tia Helena, exemplos para minha vida, á vocês, dedico meu amor eterno.

À todos os meus tios e primos, pelo carinho, interesse e constante incentivo.

À tia Magali, Telma, Maria do Carmo e Heloísa, mais que amigas, vocês são parceiras de vida.

Amo todos vocês que fazem parte da minha história.

Agradecimentos

Á Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, na pessoa do seu diretor Prof. Dr. Ricardo Samih Georges Abi Rached e ao vice-diretor Prof. Dr. Roberto Miranda Esberard.

Ao meu orientador Prof. Dr. Renato de Toledo Leonardo, dono de uma mente brilhante; pessoa pela qual nutro grande admiração, não só pela sua inteligência ímpar, mas principalmente pela forma especial com que trata seus alunos, transformando-os em amigos. A você meu "orientamigo", agradeço meu ingresso no Mestrado e a orientação precisa neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Celso Kenji Nishiyama, meu chefe, meu amigo, a quem devo meu ingresso na carreira docente e no HRAC. Agradeço por tudo que aprendi com você em todos os nossos anos de convivência, pelo carinho e confiança depositados em minha pessoa.

À Cristiane, Bruno e Gabriel Nishiyama, por terem sempre me recebido como parte da família.

À Profa. Dra. Márcia Carneiro Valera, que me orientou na graduação e foi a grande responsável pelo meu interesse pela Endodontia.

Ao Prof. Dr. Mário Roberto Leonardo, para mim o "papa da Endodontia",ser humano que admiro pela sua simplicidade e incansável dedicação à pesquisa. Mestre capaz de transformar ciência em arte e que fez de mim mais uma discípula de seus ensinamentos.

Aos Professores Doutores Roberto Miranda Esberard, Mário Tanomaru Filho, Idomeo Bonetti Filho e Fábio Luiz de Camargo Villela Berbert, além de todo o aprendizado que me foi transmitido, agradeço pela oportunidade de realizar o meu Mestrado, pelo carinho e amizade que sempre me devotaram.

Ao Prof. Dr. Alberto Consolaro por ter sido o idealizador deste trabalho.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação, por todo conhecimento, apoio e amizade.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, Mara, Sílvia, Rosângela e Vera, por toda atenção a mim dispensada.

À Poliana, pela seleção das fotografias utilizadas neste trabalho.

Aos funcionários do Setor de Arquivos do HRAC – USP, em especial a Maria Helena e ao Adilson, pela paciência e boa vontade com que sempre me receberam.

Ao Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas (tio Gastão), superintendente do HRAC e a FUNCRAF, pela oportunidade de trabalhar em um Hospital de referência onde pude desenvolver meus conhecimentos, sem esquecer de considerar acima de tudo o aspecto humano dos pacientes.

Ser Professor (autor desconhecido)

Ser professor é ser artista, malabarista.
Pintor, escultor, doutor.
Odontólogo, psicólogo.
É ser mãe, pai e irmão, avô e avó.
Só?
É ser palhaço, estilhaço, espantalho, bagaço.
É ser ciência e paciência
É ser informação e ser ação
Para uns é Cristo, para outros demônio.
Para estes malquisto, mas, para aqueles um sonho.
É ser bússola, é ser farol.
É ser luz, é ser sol.
Para que ser professor?
É um vício ou vocação?
É uma e outra coisa.
É ter nas mãos o mundo de amanhã.
É ter nas mãos o mundo e não ter nada.
Amanhã seus alunos se vão.
E ele, o mestre, de mãos vazias tendo partido o coração.
Fica a saudade, a amizade.
O pagamento real?
Só na eternidade.

Agradeço Também

*Às minhas grandes amigas, **Lucila** e **Melissa**, por dividirem comigo todos os meus momentos, me apoiando e estimulando nas etapas mais difíceis. Obrigada pela paciência e pela convivência.*

*À **Nárima**, **Peron**, **Michel** e **Regina**, mais que amigos da graduação, são pessoas que fazem a minha vida melhor.*

*À **Edninha**, pela paciência, carinho e amizade a mim dispensados, durante todos os anos de nossa convivência.*

*Ao **Paulo André**, pelas sugestões na realização deste trabalho, mas principalmente, por ser sempre um "ombro amigo" a me amparar.*

*Ao **Alexandre Câmara**, pela amizade que temos cultivado há anos e pelo constante incentivo.*

*Ao **Marco Aurélio Borges**, por toda a ajuda que sempre me ofereceu durante a pós-graduação.*

À Viviane, Thaís, Lidiane e Valéria, por serem mais que colegas de profissão, amigas sempre presentes.

À Família Esberard, pela amizade e carinho com que sempre me receberam em sua casa.

Aos meus colegas de Mestrado, Cristiane, Denise, Érick, Fernanda, Henrique, José Carlos, Roberta, Ronaldo e Sônia. Vocês foram os melhores companheiros que eu poderia ter. Muito obrigada pelo apoio, amizade e acolhida; vocês fizeram com que a minha estada em Araraquara se transformasse em vários momentos inesquecíveis.

Aos colegas do Doutorado, pela agradável convivência.

Aos alunos do Curso de Especialização do HRAC – USP, Arnaldo, Bianca, Carina, Carolina, Carla, Daniele, Fábio, Juliana, Marina, Michele, Tatiana e Victor, por estarem sempre prontos a ajudar e por serem hoje mais que meus alunos, meus amigos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO _____ *18*

REVISÃO DA LITERATURA _____ *23*

PROPOSIÇÃO _____ *42*

MATERIAL e MÉTODO _____ *44*

RESULTADOS _____ *57*

DISCUSSÃO _____ *76*

CONCLUSÕES _____ *91*

REFERÊNCIAS _____ *94*

Introdução

Introdução

As fissuras lábio-palatais representam as más-formações congênitas mais comuns que ocorrem no período embrionário, uma vez que a formação da face se completa até a oitava semana e a do palato até a décima segunda semana de vida intra-uterina. A falta ou insuficiência de coalescência dos processos nasais mediais com os processos maxilares é relacionada à origem embriológica, resultando na interrupção do desenvolvimento do lábio superior, provocando a fissura labial e/ou a falta de fechamento na linha média das placas palatinas[12].

Quanto à etiologia das fissuras, a literatura é controversa, não se conseguindo determinar até os dias atuais um fator causal específico, levando-nos a aceitar a teoria de que a origem é multifatorial, acreditando que as interações entre as variantes genéticas e os fatores teratogênicos, exemplificados como fatores ambientais, determinariam a presença da fissura de lábio e/ou palato[04,11,13,55].

A hereditariedade, a epilepsia materna e a ingestão de anti-inflamatórios pela gestante são considerados fatores de risco para o surgimento de fissuras labiais ou lábio-palatais, enquanto a hereditariedade e a poluição se tornariam fatores de risco para a fissura palatina[44,54]. A idade da mãe também parece contribuir para uma má formação, visto que mulheres mais jovens correm menor risco de gerar uma criança com fissura[45].

Devido a sua origem multifatorial torna-se fácil compreender que as fissuras acometem todos os grupos raciais e étnicos, independente da classe econômica e do sexo, sendo que estatisticamente os dados demonstram uma maior incidência das fissuras que atingem o lábio e o palato do lado esquerdo[08,13,25,56] no sexo masculino[13,24,25]. Das raças, a amarela, mais especificamente, os japoneses são os que apresentam maior susceptibilidade[13,57]. Quanto à classe social, as mais acometidas são as menos privilegiadas[10].

Embora no Brasil os resultados epidemiológicos sejam bastante discrepantes, os resultados dos trabalhos realizados na região de Bauru mostram a presença de uma criança fissurada para cada 650 escolares[13,25,56].

Apesar de haver dificuldade na prevenção dessa má-formação, seus efeitos podem ser minimizados, desde que o fissurado lábio-palatal seja tratado por uma equipe multidisciplinar especializada, constituída por profissionais de enfermagem, nutrição, medicina, fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social e pedagogia, que visem a sua reabilitação[52].

O termo reabilitação é popularmente conceituado como ato ou efeito de reabilitar, regenerar, restaurar e recuperar. Atualmente, é indiscutível que na reabilitação devemos considerar o homem em sua totalidade. Desta forma, restituir apenas funções orgânicas não é reabilitar, mas sim, um conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociais e vocacionais. A abordagem em equipe deve ser acompanhada de muita disciplina e da correta definição das funções de cada profissional no complexo processo de reabilitação[13].

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), da Universidade de São Paulo, situado em Bauru, possui aproximadamente 38.000 pacientes em 35 anos de funcionamento e com a experiência clínica adotou como rotina a realização das cirurgias reparadoras pelos cirurgiões plásticos em épocas adequadas a cada caso, com a devida intervenção do ortodontista e do fonoaudiólogo, pois a deglutição, a mastigação e a fala são as funções que podem influenciar o crescimento e o desenvolvimento facial do paciente. Estes profissionais definem as condutas e épocas ideais das diferentes fases do processo de reabilitação[09,14,62].

O objetivo do tratamento é reabilitar estética e funcionalmente os pacientes fissurados, considerando suas expectativas, bem como a de seus familiares, já que a

reabilitação não deve ser apenas morfológica e funcional, mas também social e psicologicamente.

A Odontologia tem um papel fundamental na reabilitação dos pacientes fissurados, pois a necessidade de tratamento específico parece ser indiscutível, uma vez que estes pacientes apresentam maior dificuldade de higienização, devido à própria condição bucal, com apinhamentos, dentes mal posicionados e não raro, a presença de supranumerários. Essa falha na higiene bucal acarreta a manifestação da doença cárie e caso uma intervenção não seja realizada, estudos clínicos demonstram que as bactérias da cárie e seus subprodutos podem atingir a polpa levando à necessidade de uma terapia endodôntica[43,67].

Além da cárie, uma outra indicação freqüente de tratamento endodôntico é a finalidade protética, pois a maioria dos pacientes fissurados necessita de algum trabalho protético[49].

De acordo com LEONARDO & LEAL[43] em 1998, a Endodontia é a ciência que envolve a etiologia, prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações patológicas da polpa dentária e de suas repercussões na região periapical e conseqüentemente no organismo.

A Endodontia pode ser dividida em: conservadora, radical, cosmética e cirúrgica. A Endodontia Conservadora oferece meios e métodos para a preservação da vitalidade do complexo dentino-pulpar, mesmo que afetado pela cárie dentária ou traumatismo e abrange tratamentos como a proteção pulpar, capeamento pulpar e pulpotomia. À medida que o processo inflamatório e/ou infeccioso vai se propagando, a intervenção endodôntica deixa de ser conservadora e passa a ser radical, caracterizada pelo tratamento de canal radicular de dentes com ou sem vitalidade pulpar designados respectivamente de biopulpectomia e necropulpectomia. Neste contexto da Endodontia Radical, podemos incluir também os retratamentos endodônticos, que consistem na realização de um novo tratamento em dentes que já apresentam seus canais tratados insatisfatoriamente. A Endodontia

Cosmética, muito em voga atualmente, é exemplificada pelo clareamento intracoronário, realizado em dentes que apresentaram algum tipo de alteração cromática após o tratamento de canal radicular. Para finalizar, a Endodontia Cirúrgica, composta por várias modalidades como: curetagem periapical, apicectomia, obturação retrógrada, retro-instrumentação e retro-obturação, é aplicada em casos onde a intervenção endodôntica convencional não apresentou resultados satisfatórios ou ainda em casos onde o acesso ao endodonto pela via coronária estava impossibilitado.

Todas as terapias acima referidas são realizadas no Setor de Endodontia do Hospital, mas não sabemos quantos pacientes foram atendidos neste Setor desde o início de seu funcionamento até os dias atuais, quantos dentes foram tratados endodonticamente e se existe alguma relação entre o tipo e a área da fissura com o comprometimento endodôntico.

Assim, é de interesse conhecer o perfil dos pacientes fissurados quanto à realização de tratamento endodôntico, colaborando para uma melhoria no programa de atendimento do Setor prestado a estes pacientes.

Revisão da Literatura

Revisão da Literatura

1- Embriologia da Face

Segundo Junqueira e Zago[39] em 1977, o estudo do desenvolvimento intra-uterino dos seres humanos, denominado didaticamente de embriologia, revela o conhecimento essencial para a compreensão, discussão e evolução no campo das correções e reabilitações das malformações congênitas. De acordo com os autores, os seres humanos como todos os organismos, sofrem mudanças progressivas ao longo do seu período de vida, sendo que as transformações mais evidentes ocorrem na fase embrionária.

Baroudi[4] em 1981, discorrendo sobre os estádios do desenvolvimento embrionário, relatou que no vigésimo quarto dia da embriogênese, o arco mandibular desenvolve duas proeminências: a menor e mais superior é conhecida como processo maxilar e originará a maxila, o osso zigomático e a porção esponjosa do osso temporal; a maior e mais inferior é denominada processo mandibular e originará a mandíbula. Este arco está relacionado com o desenvolvimento da face, que se inicia neste estádio ao redor do estomódio e a partir da elevação de cinco estruturas: a eminência frontonasal, um par de processos maxilar e um par de processos mandibular. Por volta do vigésimo oitavo dia, final da quarta semana, as extremidades mediais dos dois processos mandibulares já se fundiram formando a mandíbula. Na quinta semana do desenvolvimento embrionário, os processos maxilares aumentam e crescem rapidamente, aproximando-se entre si e dos processos nasais medianos. Ao final da quinta semana ocorre o início da formação do palato primário a partir da porção mais interna do segmento intermaxilar.

O palato primário de acordo com Lopes[46] em 1987, corresponde à porção pré-maxilar da maxila, originando uma pequena parte do palato duro do adulto. O palato primário contém os dentes incisivos. Na união entre os palatos primário e secundário há uma fusão em

forma de Y onde se nota a diferenciação de um orifício que permanecerá permeável através do período fetal, denominado de forame incisivo. O palato primário se forma em duas fases: na primeira há uma penetração epitelial através do mesênquima, fazendo contato com o teto da cavidade oral primitiva. Na segunda fase, há uma migração de células mesenquimais, a maioria vinda dos processos maxilares, que alargam o ístimo formado anteriormente e consolidam o palato primário.

Durante a sexta semana os processos nasais medianos completam a sua fusão entre si e os processos maxilares, segundo Marques et al[48] em 1997. Os autores afirmaram que o segmento intermaxilar proveniente da fusão dos processos nasais medianos originará a porção média do lábio superior ou filtro, a porção pré-maxilar da maxila, a gengiva a ela associada e o palato primário. As porções laterais do lábio superior, o palato secundário e o restante da maxila formam-se a partir dos processos maxilares, que se fundem lateralmente aos processos mandibulares. Os mesmos autores relataram que o palato secundário é o princípio dos palatos duro e mole, o qual se inicia na região do forame incisivo desenvolvendo-se para trás.

Ainda de acordo com Marques et al[48] em 1997, da nona semana até o nascimento desenvolve-se o período fetal, onde o desenvolvimento final da face deverá ocorrer lentamente. Nesse período, os processos palatinos laterais aproximam-se e se fundem na linha média formando a rafe palatina. Esses processos fundem-se também com o palato primário e o septo nasal; porém, a fusão com esta última estrutura se completará apenas na vigésima semana com a fusão da úvula e do palato mole. O período fetal revela o amadurecimento das estruturas que já se encontram formadas e uma preparação do então feto para seu desligamento do ventre materno, com o advento do seu nascimento.

Qualquer desvio que possa ocorrer nesse processo de formação e desenvolvimento dos seres humanos determinará malformações de causas diversas. Gollop[29]

em 1997 definiu malformação como "qualquer defeito morfológico causado por um erro no processo de desenvolvimento, iniciando-se em seu nível mais elementar, por exemplo, no primórdio embrionário".

No mesmo ano, Marques[48] et al, afirmaram que o estudo do desenvolvimento normal é fundamental para que se possa compreender as causas das malformações e assim, promover condições de desenvolvimento e tratamento mais adequados aos indivíduos que por ventura tenham sido acometidos por intercorrências em seu desenvolvimento embrionário.

2- Etiologia das Fissuras de Lábio e Palato

Em 1942, Fogh-Andersen[22] salientou em sua dissertação que tanto a fissura de lábio como a fissura de palato, são causadas por defeitos primários na fusão dos processos craniofaciais que formam o palato primário e o secundário no primeiro trimestre de desenvolvimento intra-uterino. A fusão do palato primário ocorre por volta da quinta semana de vida embrionária através de um aumento no processo de proliferação mesenquimal e transformação epitelial em três proeminências faciais: a nasal média, nasal lateral e proeminências maxilares; enquanto a elevação e fusão do palato secundário ocorrem por volta da oitava semana. Estudos epidemiológicos e familiares indicam que a fissura de lábio e a fissura de palato são entidades etiológicas separadas e para ambas a causa multifatorial tem sido proposta. Em relação aos fatores genéticos, o autor demonstrou claramente que a fissura de lábio associada ou não a fissura de palato, possui uma etiologia distinta da fissura de palato. Fissuras isoladas de palato secundário estão mais comumente associadas com síndromes que as fissuras isoladas de lábio ou lábio e palato.

Fogh-Andersen[23] em 1967, estudando fatores genéticos e não genéticos na etiologia das fissuras faciais concluiu que a maioria das deformidades congênitas em humanos

é devida a uma combinação de fatores exógenos e a um tipo de gene predisposto a malformação. O autor ressaltou que a hereditariedade talvez seja o fator mais importante na etiologia das fissuras faciais.

Fraser[26] em 1970 relatou que as fissuras de lábio e/ou palato podem ser causadas por vários fatores etiológicos. Em algumas situações, a causa poderia estar relacionada a mutações genéticas, aberrações cromossômicas, agentes ambientais específicos ou ainda pela interação de fatores ambientais e genéticos.

Bathia[5] em 1972, colhendo dados de pesquisas realizadas em diferentes países concluiu que 1/3 dos casos de fissuras labiopalatinas tinham uma história familiar positiva, ou seja, possuíam membros da família afetados. De acordo com o autor, o número de parentes afetados parece diminuir à medida que o grau de parentesco se distancia.

Segundo Modolin et al[53] em 1981, as alterações da morfogênese que culminam com uma fissura labiopalatina tem o mecanismo etiopatogênico ligado à herança multifatorial. Os autores relataram que o fator genético foi identificado em 35% dos portadores da má-formação. Nos demais, 65% apresentaram a patologia em associação aos chamados fatores ambientais. Estes fatores foram identificados por informação dos familiares e alguns deles, comprovaram sua ação deletéria em teratologia laboratorial. Tais fatores são:

a) Materno/fetais – alterações anatômicas quanto à topografia do útero na cavidade pélvica e a implantação do embrião. Estas condições trariam, como conseqüência, diminuição do aporte sangüíneo aos tecidos embrionários. Tal circunstância de hipóxia se agravaria face ao acelerado desenvolvimento das estruturas embrionárias. Distúrbios endocrinológicos como diabetes e hipotiroidismo podem acarretar o aparecimento de uma fissura labiopalatina. Mães diabéticas

que tiveram filhos fissurados apresentaram no soro uma substância, definida como fator antiinsulina, diminuindo o aporte nutricional às células, que tem conseqüentemente seu comportamento modificado, determinando modificações na morfogênese.

b) Estresse – o mecanismo de estresse, ou seja, aquele conjunto de reações fisiopatológicas resultantes de estímulos exógenos e que convergem para um aumento da secreção de hormônios da supra-renal, pode associar-se com má-formação do terço médio da face, sobretudo com fissuras labiopalatinas.

c) Infecções – ainda se discute a participação do vírus da gripe no aparecimento da fissura labial isolada; tal aspecto não pode ser considerado em separado, pois há estudos que revelam a eficácia da aspirina como determinante da fissura labial. Como é comum o uso de aspirina diante de manifestações gripais e, coincidentemente, em mulheres no início da gestação, ambos fatores devem ser estudados em conjunto, dada à consonância com a fissura labial.

d) Fatores alimentares – estados carenciais protéticos e/ou vitamínicos podem alterar a morfogênese. Neste aspecto, menciona-se em especial o ácido fólico que entra no metabolismo e síntese de ácidos nucléicos. Estes ácidos são importantes na multiplicação e diferenciação das células da crista neural, que formarão o mesênquima da face. A

deficiência de ácido fólico pode resultar no aparecimento da fissura palatina em uma proporção maior que a fissura de lábio.

e) Medicamentos – substâncias com atividade antimitótica ou antiácido fólico, corticosteróides, talidomida, salicilatos e hidantoínas, são considerados fatores teratogênicos, pois, alteram a embriogênese normal. O momento da administração de teratogênicos parece ser significativo no caso das fissuras palatinas, principalmente no que se refere ao período de morfodiferenciação, fechamento e fusão das estruturas orofaciais. O estágio crítico para a fusão do lábio e do palato localiza-se entre a sexta e a nona semana gestacional e a ingestão de drogas neste período pode causar alteração no desenvolvimento.

f) Irradiações – a exposição a irradiações pode proporcionar a destruição das células da placa neural, assim como alterar suas capacidades de multiplicação e diferenciação, favorecendo o aparecimento da deformidade.

Em 1985, Johnston e Millicovsky[37] notaram que a incidência de fissuras de lábio em crianças nascidas de mães que fumaram durante a gestação é duas vezes maior que aquelas nascidas de mães não fumantes.

Jones[38] em 1993, discorrendo sobre fatores ambientais que estariam relacionados à fissura, observou que, embora exista um número reconhecido de malformações padrão, incluindo a fissura de lábio ou palato que podem ser causadas pela exposição a teratógenos como álcool, anticonvulsivantes e isotretinoína, existe uma pequena evidência de

associação da fissura com exposição isolada a algum agente teratogênico. Na mesma revisão realizada pelo autor, 13,8% das fissuras de lábio e palato foram identificadas como parte de síndromes com múltiplas malformações.

Em um trabalho publicado em 2000, Silva Dalben et al[65] afirmaram que são muitos os fatores que estão envolvidos na etiologia das fissuras de lábio e palato,desde hereditariedade por drogas administradas durante a gestação até componentes genéticos com penetrância variável. Embriologicamente, a estrutura situada adiante do forame incisivo é a pré-maxila ou palato primário, enquanto que as estruturas remanescentes posteriores, são os processos maxilares ou palato secundário. De acordo com os autores, a fissura pode ocorrer devido à falta de união entre a pré-maxila e os processos maxilares, entre os processos maxilares ou ambos.

Kirschner e Don LaRossa[41] em 2000, relataram que deformidades como as fissuras podem ser de natureza sindrômica ou não sindrômica. Fissuras sindrômicas são aquelas associadas com malformações envolvendo o desenvolvimento de outras regiões. Fissuras não sindrômicas podem ser anomalias isoladas ou podem estar associadas com outras anomalias, resultando de um desenvolvimento anormal ou de uma má formação primária. De acordo com os autores, a mais comum das síndromes associadas com fissuras de lábio e palato é a síndrome de Van der Woud, uma desordem autossômica dominante, caracterizada por fissuras de lábio ou palato com depressões do lábio inferior.

Batra et al[6] em 2003, observaram que mais de 150 síndromes tem sido identificadas com fissuras de lábio e palato, podendo estar associadas a um defeito congênito.

Também em 2003, Abramowicz et al[1], verificaram que 9 a 25% das fissuras orofaciais estão associadas com outros tipos de defeitos congênitos. Segundo os autores, tanto a fissura de lábio quanto a fissura de palato podem ocorrer como defeitos isolados, mas a maioria das fissuras de palato ocorre em combinação com a fissura de lábio. A fissura de lábio

pode ser o resultado de um desenvolvimento deficiente das proeminências nasais e sua subseqüente falha para convergir. Também pode ser causada por uma falha parcial ou completa na fusão das proeminências maxilares com a proeminência nasal medial, ocorrendo em um ou em ambos os lados. Quanto à fissura de palato, os autores relataram que ela pode resultar de uma falha no encontro das placas palatinas na região de linha média, devido a uma redução no tamanho das placas, falha na elevação das placas, inibição do processo de fusão ou falha na queda da língua entre as placas, devido a uma micrognatia.

3- Epidemiologia das Fissuras de Lábio e Palato

Em uma análise estatística realizada na Dinamarca com 703 famílias, Fogh-Andersen[23] em 1967, observou que a fissura de lábio e a fissura de lábio associada à fissura de palato são mais comuns em homens, enquanto a fissura isolada de palato acometeu um número maior de mulheres. Outra observação interessante foi quanto à gravidade do defeito, quanto mais severo o defeito, mais o sexo masculino é atingido. Quanto ao lado da fissura, nos casos de fissura de lábio ou fissura de lábio e palato unilaterais, 2/3 ocorrem do lado esquerdo. Ainda neste estudo, o autor ressaltou a importância da hereditariedade como fator causal das fissuras, pois quando os pais eram normais e geravam uma criança com fissura de lábio e/ou palato, o risco de recorrência sobre o próximo filho é de 4 a 5%; quando um dos pais e uma criança são afetados, o risco de recorrência é três vezes maior, em torno de 13 a 14%.

Fogh-Andersen[24] em 1971, apontou que a fissura palatina é mais freqüente no gênero feminino, enquanto que a fissura labiopalatina ocorre em maior número no gênero masculino. A maior incidência de fissura palatina no sexo feminino, pode ser explicada pelo

fato do tempo de fusão das lâminas palatinas ser mais tardio nestes casos, sendo, portanto, mais susceptível à ação dos fatores ambientais.

Em 1990, Gorlin et al[30], estudando a epidemiologia das fissuras, relataram que a fissura de lábio com ou sem fissura de palato ocorre em cerca de 1 a cada 1000 crianças da raça branca nascidas vivas (variando de 0,7 a 1,3). Existe uma predileção racial; os mais atingidos são os japoneses (1,7/1000) e os negros são os que apresentam a freqüência mais baixa (0,3/1000). Quanto mais grave o defeito, mais o sexo masculino é atingido. A lesão é unilateral em 80% dos casos de fissura de lábio isolada, sendo mais freqüente do lado esquerdo e a fissura de lábio e palato é bilateral em 25% dos casos. Os autores afirmam também que a fissura isolada de palato é uma entidade geneticamente diferente da fissura de lábio com ou sem fissura palatina. Não tem preferência racial, mas é mais comum no gênero feminino. A fissura palatina envolvendo apenas o palato mole atinge igualmente homens e mulheres, já a fissura palatina completa atinge 2 vezes mais as mulheres. Ainda neste estudo os autores observaram que a maioria das fissuras faciais é isolada, não é raro, no entanto, que ocorram outras anomalias associadas. Uma segunda anomalia está presente em 15 a 50% dos casos de fissuras de palato, em 7 a 13% dos casos de fissuras de lábio e em 2 a 11% dos casos de fissuras de lábio e palato.

Em 2003, Batra et al[6] publicaram uma revisão sobre a genética das fissuras de lábio e palato, destacando que estudos prévios sugerem uma associação da fissura de palato a outras anomalias congênitas em 13 a 50% dos casos; enquanto a fissura de lábio e palato está relacionada a síndromes em 2 a 13% dos casos. Embora as fissuras sindrômicas atinjam apenas uma minoria de todas as fissuras faciais, a identificação da síndrome é extremamente importante por causa da necessidade de um aconselhamento preciso e pela carga imposta aos parentes e familiares.

4- Classificação das Fissuras de Lábio e Palato

Os dois primeiros sistemas de classificação referenciados na literatura baseiam-se exclusivamente no aspecto morfológico da fissura. Davis & Ritchie[17] em 1922, usaram o rebordo alveolar como referencial anatômico para distinguir os três grupos de fissuras: grupo I- fissuras pré-alveolares unilaterais, medianas e bilaterais; grupo II- fissuras pós-alveolares, sendo as submucosas registradas neste grupo; grupo III- fissuras alveolares completas com subdivisão para as unilaterais e bilaterais.

Outro tipo de classificação é a de Veau[70], proposta em 1931, onde as fissuras foram agrupadas aleatoriamente em quatro grupos, grupo I- fissuras do palato mole; grupo II- fissuras do palato mole e duro podendo estender-se até o forame incisivo; grupo III- fissuras completas (lábio, rebordo alveolar e palato) unilaterais e grupo IV- fissuras completas bilaterais.

Fogh-Andersen[22] em 1942, foi o pioneiro a conceber o forame incisivo num sistema de classificação que reuniu as fissuras labiopalatais em três grupos. As fissuras de lábio descritas no grupo I podiam alcançar até o forame incisivo, na sua forma completa, unilaterais ou bilaterais; o grupo II incluía simultaneamente o lábio e o palato em fissuras unilaterais ou bilaterais; o grupo III abrangia todas as fissuras isoladas de palato.

Outras classificações fundamentadas no forame incisivo, mas usando nomenclaturas distintas foram idealizadas por Kernahan & Starck[40] em 1958, Harkins et al[31] em 1962 e Spina et al[68] em1972.

A classificação proposta por Spina et al[68] em 1972 repete a fórmula centrada no forame incisivo, mas com originalidade, pois os autores incluíram as palavras "forame incisivo" na sua terminologia. Assim, as fissuras foram selecionadas em: grupo I- fissuras pré forame incisivo unilateral direita ou esquerda completa ou incompleta, bilateral completa ou

incompleta, mediana completa ou incompleta; grupo II- fissuras transforame incisivo unilateral direita ou esquerda e bilateral; grupo III- fissuras pós forame incisivo completa e incompleta; grupo IV- fissuras raras da face.

Kriens[42] em 1989, propôs um sistema para classificação das fissuras. Neste esquema, as letras LAHSHAL representam os dois lados do lábio (L), alvéolo (A), palato duro (H) e palato mole (S). Pelo uso das letras superiores e inferiores pode-se denotar a fissura completa ou incompleta respectivamente; esse sistema simples pode ser usado nas categorias de fissuras parciais (hSh), fissuras completas do palato secundário (HSH), fissuras unilaterais completas de lábio e palato (LAHS ou SHAL), fissuras incompletas de lábio e alvéolo (la ou al), fissuras bilaterais completas de lábio e palato (LAHSHAL) e fissuras bilaterais com fissura incompleta de um lado do lábio (LAHSHA1 ou 1AHSHAL). Esse esquema de classificação é freqüentemente utilizado pela Associação Americana de Fissuras Palato Craniofaciais, para descrever as fissuras.

Silva Filho et al[66] em 1992, afirmaram que as limitações das classificações iniciais incentivaram a busca por sistemas mais completos de classificação e que fossem baseados nos padrões embriológicos de fusão dos processos faciais. Os autores ressaltaram também que esse tipo de classificação respeita a individualidade embriológica da formação do palato primário (parte central do lábio superior e pré-maxila) e do palato secundário (palatos duro e mole), separados na vida extra-uterina pelo forame incisivo.

Em 1992, Silva Filho et al[66] baseados na classificação de Spina et al[68] propuseram uma modificação, acrescentando ao grupo II (fissura transforame incisivo) a fissura mediana, tornando assim, segundo os autores, a presente classificação mais completa. Nesse mesmo trabalho os autores encontraram para os pacientes cadastrados no HRAC uma porcentagem aproximada de 25% de pacientes que apresentam fissuras do grupo I, 49% com fissuras do grupo II, 21% com fissuras do grupo III e apenas 5% de fissuras do grupo IV.

Mais recentemente, foi proposto por Ortiz-Posadas et al[61] em 2001, um novo método de classificação com itens para uma completa descrição das fissuras de palato primário e secundário, incorporando elementos relativos para o palato, lábio e nariz, refletindo dessa maneira a complexidade do problema. Basicamente, essa classificação se utiliza de uma expressão matemática que foi desenvolvida para caracterizar fissuras do palato primário, incluindo a magnitude da separação do segmento do palato e somando a complexidade das fissuras bilaterais, assim, um escore numérico reflete a extensão da fissura. Já, as fissuras do palato secundário são consideradas em um escore separado. Aplicando este método, é possível incorporar elementos que não foram considerados em outras classificações e descrever as possíveis fissuras que não se enquadravam anteriormente.

5- A saúde bucal do paciente fissurado de lábio e/ou palato

Anomalias Dentais

Analisando a dentição de pacientes fissurados, Olin[60] em 1964, ressaltou a presença de anomalias dentárias na área da fissura, em proporção maior que em pacientes não fissurados.

Em 1968, Dixon[19] relatou que anomalias dentais, tais como, variações no número de dentes e posição, além de reduzidas dimensões dentárias, são comumente encontradas em pacientes com fissura de lábio, fissura de palato ou ambas. Segundo o autor, essas anomalias podem ser encontradas tanto próximas da fissura quanto fora da área da fissura.

Fishman[21] em 1970, discorrendo sobre os fatores que estariam relacionados ao número de dentes em pacientes fissurados, observou que a maioria dos dentes

supranumerários, situa-se distalmente a fissura e que são menos freqüentes que as anodontias. A incidência de supranumerários diminui à medida que aumenta a complexidade da fissura. O autor enfatizou também que o dente mais freqüentemente ausente é o incisivo lateral superior, particularmente no lado fissurado e as fissuras unilaterais completas são as que apresentam maior incidência de anodontia.

Watson e Hadwick[71] em 1971, estudando sobre anomalias dentárias, consideraram que as variações numéricas da dentição são devidas principalmente a um caráter hereditário, mas que também ocorrem como resultado de uma mutação gênica. O método de transmissão é considerado como genético autossômico dominante com penetrância e expressividade variáveis. De acordo com os autores, ocasionalmente as alterações de forma, número e posição, podem estar associadas a distúrbios sistêmicos ou locais, como acontece nas fissuras de lábio e/ou palato.

Ranta[63] em 1972, pesquisando sobre o desenvolvimento dos dentes permanentes em crianças fissuradas de lábio e palato, observou que o incisivo lateral superior permanente tem sido especialmente estudado nesses pacientes por causa da sua posição. O autor destacou que a ausência congênita do incisivo lateral permanente no lado da fissura é o achado clínico mais comum em crianças com fissuras de lábio, palato ou ambas.

Na literatura revista, encontramos uma concordância quanto à presença de anomalias dentárias na área da fissura, como no trabalho publicado por Damante et al[16] em 1973, onde os autores observaram que na dentição decídua dos pacientes fissurados, os supranumerários são mais freqüentes que as agenesias e na permanente são menos freqüentes, entretanto, nas duas dentições são mais comuns que na população geral.

Em um trabalho publicado no ano de 1979 sobre anomalias dentárias em pacientes fissurados, Hellquist et al[33], concluíram que dentes supranumerários na região da

fissura são a segunda anomalia mais comum. Os autores observaram também que anomalias de forma como hipoplasia de esmalte, são encontradas com freqüência nesses pacientes.

Harris e Hullings[32] em 1990, estudaram o desenvolvimento dental em pacientes fissurados e notaram que algumas características dentais como hipodontia, dentes supranumerários, dentes conóides, malformações da coroa e da raiz, assimetrias dentais e atraso no desenvolvimento dos dentes, ocorrem com muita freqüência nos pacientes fissurados unilaterais de lábio e palato, no lado da fissura.

De acordo com Gaggl et al[28] em 1999, a maioria das crianças com fissuras unilaterais de lábio e palato demonstram uma deficiência dos tecidos moles, insuficiente suporte ósseo, malformação e hipodontia dos dentes próximos e na área da fissura, necessitando de cuidados especiais.

Silva Dalben et al[65] em 2000, relataram que quando a fissura envolve a crista alveolar, haverá uma deficiência óssea nessa área e o incisivo lateral decíduo ou permanente pode estar ausente. Por outro lado, a presença de um dente localizado entre o canino e a fissura é freqüente, tanto na dentição decídua como na permanente, geralmente é conóide e recebe o nome de pré-canino.

De acordo com os dados fornecidos pelo HRAC em um estudo desenvolvido por Freitas et al[27] em 2000, a estimativa de portadores de anomalias craniofaciais no Brasil é de 238.669 casos. Dentro de um tratamento multidisciplinar a Odontologia tem um papel fundamental na reabilitação do paciente fissurado, pois, segundo os autores, o paciente fissurado de lábio e/ou palato apresenta algumas alterações dentais ou esqueléticas importantes. Dentre as dentárias podemos citar as alterações de número como dentes supranumerários e agenesias; de forma e função, representadas pelos dentes conóides, hipoplasias e hipocalcificações; de posição, resultante da ocorrência da fissura e as alterações

de erupção caracterizadas pela presença dos dentes neonatais. Essas anormalidades ocorrem geralmente na região da fissura e dependem do tipo e extensão do defeito.

Outro tipo de anomalia dentária já encontrada em pacientes fissurados de lábio e/ou palato é o "dens in dente" ou "dens invaginatus". Em 2002, Hussne et al[34] relataram um caso de "dens in dente" em um paciente do HRAC, que apresentava fissura transforame unilateral esquerda. Como a invaginação era paralela a luz do canal e já havia comprometimento pulpar com alteração periapical, foi realizado um tratamento endodôntico convencional, onde após alguns meses de proservação foi possível observar o êxito da terapia empregada.

Lourenço Ribeiro et al[47] em 2003, realizaram um estudo sobre as anomalias dentais que afetam o incisivo lateral permanente e verificaram também, a prevalência de hipodontia fora da área da fissura em pacientes que apresentavam fissura unilateral completa de lábio e palato. Foram analisadas 203 radiografias panorâmicas, os resultados demonstraram que o incisivo lateral do lado da fissura estava presente em 50,2% dos casos. A ausência congênita desse dente na área da fissura foi observada em 49,8% da amostra estudada. A hipodontia mais freqüente fora da área da fissura foi a do segundo pré-molar inferior.

Incidência de Cárie e Reabilitação Oral

Johnsen e Dixon[36] em 1984 verificaram uma maior incidência de cárie em pacientes fissurados. Os incisivos decíduos, particularmente os adjacentes às fissuras são muito mais cariados que o esperado. As mais altas porcentagens ocorrem nas fissuras bilaterais completas, seguidas pelas unilaterais.

Ishida et al[35] em 1989, avaliando a saúde bucal de crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato observaram que as mesmas possuem higiene bucal deficiente e maior prevalência de cárie, quando comparadas com crianças sem fissuras. Segundo os

autores, a maior susceptibilidade à cárie em pacientes fissurados de lábio e/ou palato, pode estar relacionada às características de suas estruturas bucais, como presença de anomalias dentárias de número, posição e forma, fibrose cicatricial do lábio e ausência de sulco vestibular na região operada, que dificultam a autolimpeza e a higienização.

Bokhout et al[7] em 1997, publicaram resultados de uma pesquisa com 81 crianças pré-escolares que eram fissuradas e um grupo controle de 77 crianças sem malformação congênita. 69% das crianças fissuradas estavam livres de cárie na dentição decídua contra 93% das crianças do grupo controle.

Em 1997, André et al[2], discorrendo sobre a saúde bucal dos pacientes fissurados ressaltaram a importância em se evitar cárie de mamadeira nesses pacientes, que de um modo geral, por suas características próprias comprometem efetivamente a estrutura dentária e assumem nos fissurados proporções mais agravantes. Os autores sugerem que métodos adicionais de prevenção, como a utilização de flúor e a aplicação de selantes, devem ser enfatizados.

Chapple e Nunn[15], em 2001 realizaram um estudo para verificar a prevalência de cárie e defeitos no esmalte dos dentes dos pacientes fissurados de lábio, palato ou ambos. Foram avaliadas 91 crianças com idades de 4, 8 e 12 anos. Os resultados demonstraram que a prevalência da cárie aumentou com a idade; 63% dos pacientes de 4 anos e 34% dos pacientes de 12 anos não apresentaram seus dentes acometidos pela cárie. Todos os pacientes de 4 anos tinham evidências de erosão do esmalte na dentição decídua (incisivos e primeiros molares), 56% dos pacientes de 12 anos tinham erosões nos dentes permanentes (incisivos e primeiros molares). Hipoplasia do esmalte não foi diagnosticada na dentição decídua, mas afetou a dentição permanente em 38% dos pacientes de 8 anos e em 23% dos pacientes de 12 anos.

Segundo Siqueira Jr[67] em 1997, quando a doença cárie não é eliminada precocemente, a polpa dentária pode ser afetada, havendo a necessidade de uma intervenção endodôntica, seja ela conservadora ou radical.

Quanto à necessidade de uma reabilitação protética nos pacientes fissurados de lábio e/ou palato, Mazaheri[50] em 1962, afirmou que em aproximadamente 95% dos casos onde a fissura envolve o osso alveolar, os pacientes necessitam de prótese fixa ou removível e em torno de 60% necessitam de algum tipo de prótese quando alcançam os 30 anos de idade.

Ross e Johnston[64], em 1972 listaram as principais razões do tratamento protético em pacientes fissurados: substituição de dentes incisivos ausentes, falta de tecido ósseo alveolar, persistência de comunicações oronasais, reabilitação da incompetência palatofaríngica e ainda nas reabilitações da oclusão e da estética. Na ausência de um ou mais incisivos e nos casos em que eles se apresentam hipoplásicos, hipocalcificados ou com alterações de forma os autores sugerem a reparação através da prótese fixa convencional. A prótese fixa também serve como estabilizadora nos casos de fissuras bilaterais em que a pré-maxila se apresenta com mobilidade.

De acordo com Ettinger[20] em 1977, a preservação dos elementos dentários e tecidos periodontais deve ser um dos fundamentos básicos, pois a perda adicional de tecidos duro e mole pode dificultar a reabilitação protética.

Mazaheri[51] em 1979, discorrendo sobre a reabilitação oral do paciente fissurado ressaltou a importância do tratamento endodôntico, pois, no preparo protético dos dentes de suporte, as anomalias de forma e de posição da coroa dos dentes próximos à fissura podem levar ao tratamento endodôntico prévio aos desgastes operatórios.

Gaggl et al[28] em 1999, observaram que a necessidade de uma reabilitação protética em pacientes fissurados de lábio e/ou palato é um dado relevante, pois os mesmos, de um modo geral, possuem deficiente crescimento sagital dos maxilares, um colapso

transverso da maxila, deformidade do terço médio da face associada a uma relação oclusal alterada com desvio da linha média, levando-os a ter um grande prejuízo estético e funcional do aparelho mastigatório.

Exodontia dos Dentes Tratados Endodonticamente

O Setor de Endodontia do HRAC atende em média 100 pacientes por mês, tendo como principais indicações para o tratamento endodôntico, a cárie e a finalidade protética. Infelizmente, pelo fato do HRAC ser o único centro especializado para a reabilitação completa do paciente fissurado, a distância torna bastante difícil o controle desses pacientes, uma vez que muitos habitam em regiões afastadas. O que temos observado em alguns casos é a exodontia de dentes que foram submetidos ao tratamento endodôntico.

Nishiyama et al[58] em 1993, realizaram uma análise das principais causas de exodontia de dentes tratados endodonticamente nos pacientes do HRAC. Foram avaliados 626 pacientes, totalizando 1153 dentes que foram submetidos ao tratamento endodôntico num período de observação de 6-7 anos; deste total, 113 foram extraídos. Segundo os autores, a principal causa de exodontia foi a cárie dental, representando 66,4% dos casos. As causas que se seguiram em prevalência de incidência foram a razão periodontal (9,7%) e a fratura radicular (8,0%).

Proposição

Proposição

O propósito deste estudo foi:

- Conhecer a demanda de atendimento endodôntico em pacientes fissurados de lábio e/ou palato cadastrados no HRAC.

- Estudar a associação entre o tipo da fissura oral e comprometimento endodôntico, bem como a necessidade, o planejamento e o prognóstico do tratamento endodôntico em pacientes com fissuras de lábio e/ou palato.

- Quantificar as causas do tratamento endodôntico e da exodontia de alguns dentes que foram submetidos à terapia endodôntica, nesses pacientes.

Material e Método

Material e Método

1- Fonte

Foram analisados os prontuários dos pacientes fissurados e dos pacientes sindrômicos que apresentavam algum tipo de fissura orofacial, cadastrados no HRAC, com idades entre 7 e 65 anos, submetidos ao tratamento cirúrgico e atendidos no Setor de Endodontia.

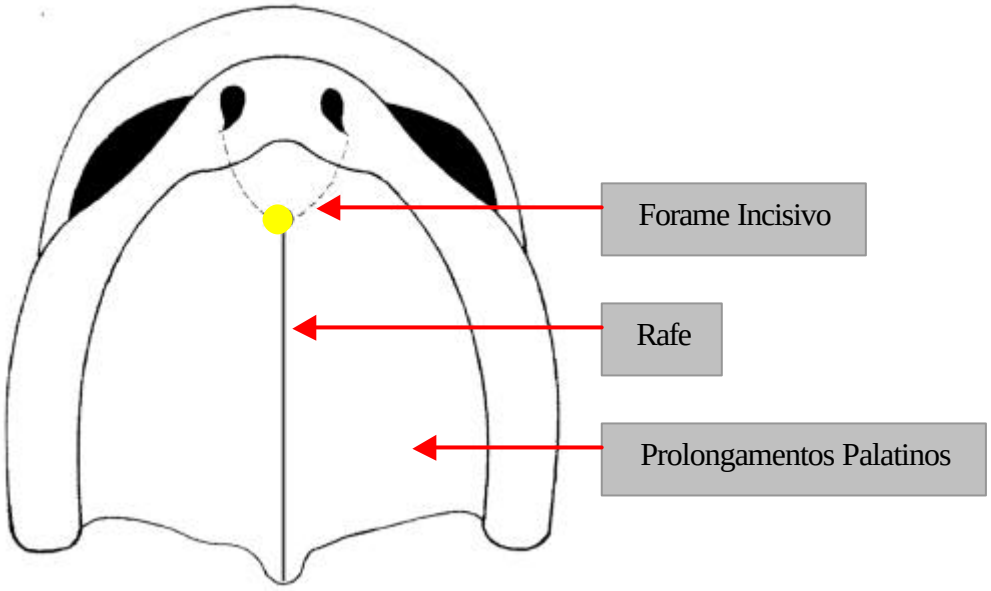
Todos os pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais são cadastrados através de um número, conhecido como R.G. (registro geral do paciente no Hospital), contabilizando atualmente cerca de 38.000 prontuários. Um programa elaborado pela Central de Processamento de Dados (CPD), nos forneceu uma relação com os registros apenas dos pacientes que foram atendidos no Setor de Endodontia.

Exemplo de listagem emitida pelo CPD, onde cada número corresponde ao R.G. de um prontuário que foi analisado.

Para facilitar o entendimento, descrevemos abaixo a classificação das fissuras que é empregada no HRAC.

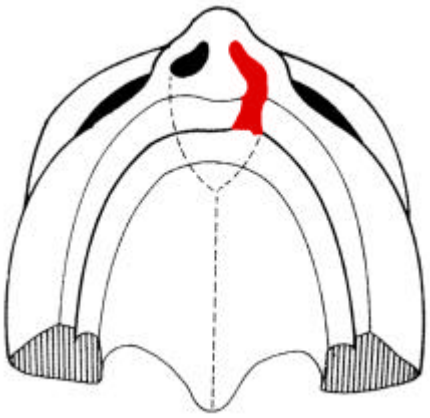
2 – Classificação das Fissuras

Na busca por simplicidade e objetividade, o HRAC optou pela classificação de Spina et al[68] e modificada por Silva Filho et al[66]. Essa classificação de terminologia simples, tem-se mostrado prática o suficiente para ser dirigida aos clínicos de uma equipe multidisciplinar. Fundamentada na teoria embriológica, elege o forame incisivo como ponto de referência para a classificação.



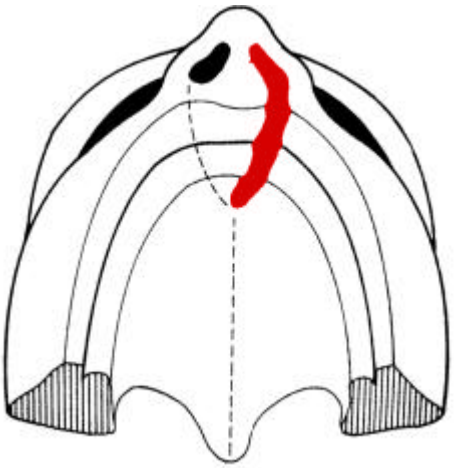
Grupo I - Fissuras pré-forame incisivo

- unilateral direita ou esquerda, incompleta (Figuras – 1e 2) ou completa (Figuras - 3 e 4)
- bilateral incompleta ou completa (Figuras – 5 e 6)
- mediana completa ou incompleta



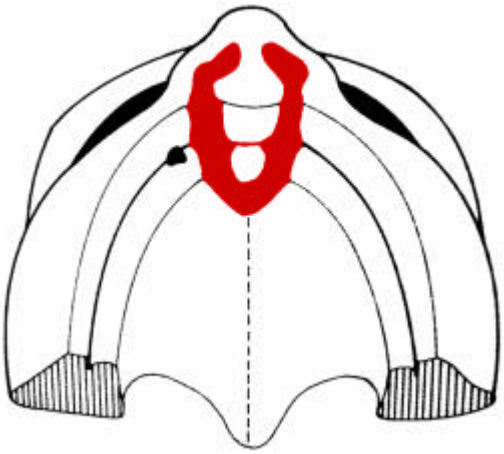


FIGURAS 1e 2: Fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda incompleta.





FIGURAS 3 e 4: Fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda completa.



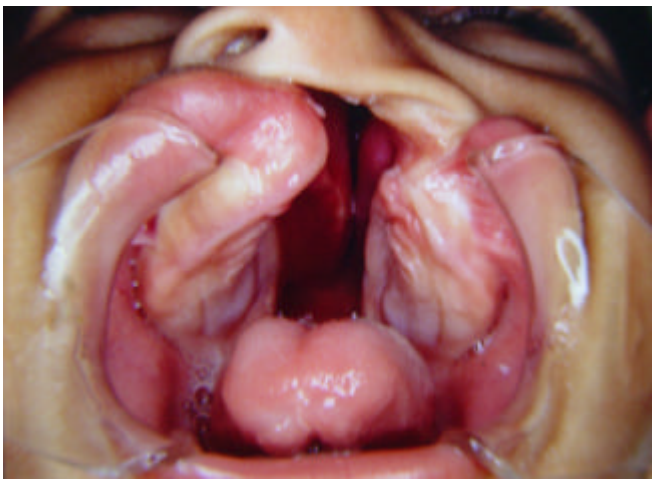


FIGURAS 5 e 6: Fissura pré-forame incisivo bilateral completa

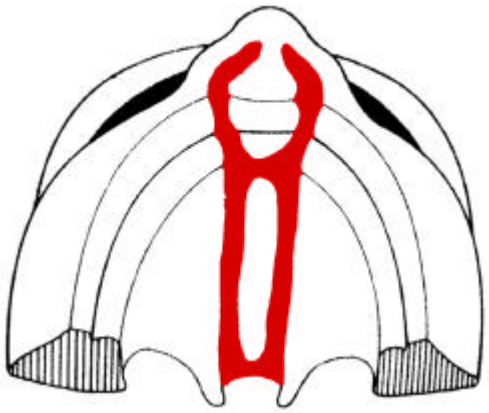
Grupo II – Fissuras transforame incisivo

- unilateral direita ou esquerda (Figuras - 7 e 8)
- bilateral (Figuras – 9 e 10)
- mediana





FIGURAS 7 e 8: Fissura transforame incisivo unilateral esquerda

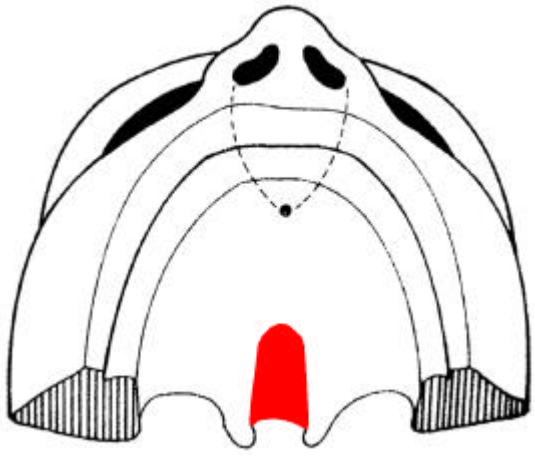




FIGURAS 9 e 10: Fissura transforame incisivo bilateral

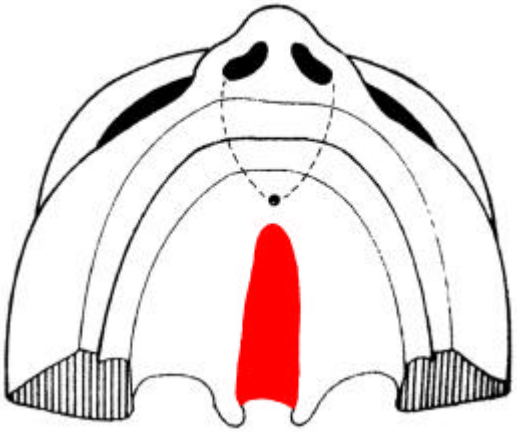
Grupo III – Fissuras pós-forame incisivo

- incompleta (Figuras 11 e 12)
- completa (Figuras – 13 e 14)





FIGURAS 11 e 12: Fissura pós-forame incisivo incompleta





FIGURAS 13 e 14: Fissura pós-forame incisivo completa

Grupo IV – Fissuras raras da face (Figuras – 15 e 16)



FIGURA 15



FIGURA 16

Além dos tipos de fissuras incluídos na classificação de Spina et al[68], modificada por Silva Filho et al[66], o HRAC utiliza o termo "Formas Combinadas de Fissura"[69], para os casos onde os pacientes apresentam ao mesmo tempo dois tipos de fissura. Fazem parte do grupo das fissuras combinadas:

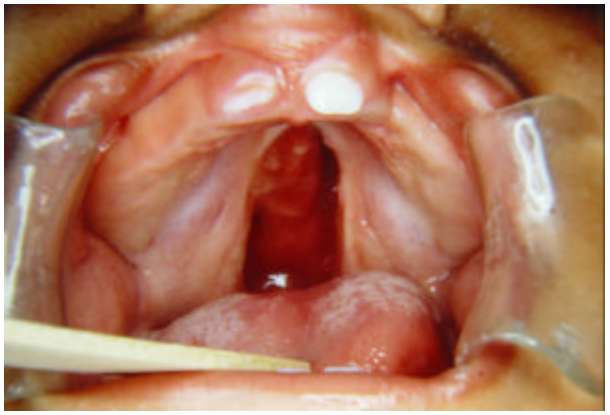
- Fissura pré-forame unilateral + Fissura transforame unilateral (Figuras – 17 e 18)

- Fissura pré-forame unilateral ou bilateral + Fissura pós-forame completa ou incompleta (Figuras – 19 e 20).





FIGURAS 17 e 18: Fissura pré-forame incisivo + Fissura transforame incisivo.





FIGURAS 19 e 20: Fissura pré-forame incisivo + Fissura pós-forame incisivo.

3 – Variáveis de Estudo

De posse dessa listagem emitida pelo CPD com os números dos registros dos pacientes (RG), iniciamos a análise dos prontuários. O prontuário clínico (Figuras 21,22 e 23) armazena todas as informações e procedimentos realizados na área médica, na

fonoaudiologia, fisioterapia, fisiologia, genética, serviço social e também na área odontológica, desde o ingresso do paciente no Hospital até os últimos agendamentos.



FIGURAS 21, 22 e 23: Prontuário clínico do HRAC e seus respectivos RGs.

Foram analisados 1035 prontuários, desse total foram descartados 364 prontuários, que corresponderam a pacientes provenientes de outros países, pacientes que não apresentavam fissuras orofaciais, pacientes que realizaram apenas avaliação de algum dente no Setor de Endodontia, pacientes submetidos à cirurgia parendodôntica e ainda, pacientes que receberam algum tipo de tratamento conservador da polpa dental, pois, contabilizamos apenas os tratamentos endodônticos radicais.

Através do estudo desses prontuários, os seguintes dados foram coletados e anotados em uma ficha exemplificada a seguir.

Ficha de Avaliação

1 – Identificação _ _ _ _

2 – Gênero _ (M) Masculino (F) Feminino

3 – Região _ Região Norte (N) Região Sudeste (SE)
Região Centro Oeste (CO) Região Sul (S)
Região Nordeste (NE)

4 – Estado _ _
Acre (AC)
Alagoas (AL)
Amapá (AP)
Amazonas (AM)
Bahia (BA)
Ceará (CE)
Distrito Federal (DF)
Espírito Santo (ES)
Goiás (GO)
Maranhão (MA)
Mato Grosso (MT)
Mato Grosso do Sul (MS)
Minas Gerais (MG)
Pará (PA)
Paraíba (PB)
Paraná (PR)
Pernambuco (PE)
Piauí (PI)
Rio de Janeiro (RJ)
Rio Grande do Norte (RN)
Rio Grande do Sul (RS)
Rondônia (RO)
Roraima (RR)
Santa Catarina (SC)
São Paulo (SP)
Sergipe (SE)
Tocantins (TO)

5 – Tipo de Fissura _ _
Pré-forame Incisivo (1)
Transforame Incisivo (2)
Pós-forame Incisivo (3)
Combinadas (4)

6 – Número de dentes com tratamento endodôntico _ _

7 – Na área da fissura (AF): número de dentes com tratamento endodôntico _ _

8 – Fora da área da fissura (FF): número de dentes com trat. endodôntico _ _

9 – a) Dente _ _ b)Término da Endo _ _ _ _

c) Tratamento : _ (B) Biopulpectomia (N) Necropulpectomia
(R) Retratamento

d) Indicação : _ (C) Cárie (P) Finalidade protética
(T) Trauma (C+P) Cárie + Final. Prot.
(PE) Comp. periodontal

e) Dente : _ (M) Mantido (E) Extraído

f) Data da Exodontia : _ (1) Menos de 1 ano do tratamento endodôntico
(2) De 1 a 3 anos
(3) De 3 a 5 anos
(4) De 5 a 10 anos
(5) Mais de 10 anos

g) Causa da Exodontia : _ (C) Cárie (R) Reabsorção
(F) Fratura (AP) Alteração de planejamento
(PE) Comp. periodontal

Foram examinados 671 prontuários, totalizando 1377 dentes tratados endodonticamente. Concluída a coleta de informações, os dados foram lançados em uma tabela no Programa Excel, utilizando para cada dado, as siglas que se encontram entre parênteses, para serem posteriormente submetidos à análise estatística. O quadro 1 demonstra um exemplo dessa tabela.

QUADRO 1. Exemplo da distribuição dos dados coletados que foram agrupados em uma tabela elaborada no Programa Excel.

PAC	GEN	CID/REG	EST	T.Fissura	Local.	Tipo Trat	IND. TRAT	Mant/Ext	Causa Exo	Data Exo
1	M	SE	SP	1	FF	N	C	E	R	2
	M	SE	SP	1	FF	N	C	E	AP	2
2	M	SE	SP	2	AF	R	P	E	C	2
	M	SE	SP	2	FF	N	C	E	F	1
	M	SE	SP	2	FF	B	C	M		
3	F	SE	SP	2	FF	N	C	M		
	F	SE	SP	2	FF	N	C+P	E	F	2
	F	SE	SP	2	AF	B	C	M		
	F	SE	SP	2	FF	N	C	M		
	F	SE	SP	2	FF	B	C	E	PE	2
	F	SE	SP	2	FF	N	C	E	F	1
	F	SE	SP	2	FF	N	C	M		
	F	SE	SP	2	FF	N	C	E	F	2
4	F	SE	SP	1	FF	B	C	M		
	F	SE	SP	1	FF	N	C	M		
	F	SE	SP	1	FF	N	C+P	M		
	F	SE	SP	1	FF	N	C	E	PE	5
5	M	SE	SP	1	AF	N	C	M		
6	M	SE	SP	1	FF	N	C	M		
7	M	SE	MG	2	FF	R	I	M		
	M	SE	MG	2	AF	N	C	M		
8	M	SE	SP	4	FF	B	C	M		
	M	SE	SP	4	FF	N	C	M		
9	F	SE	SP	4	FF	R	P	M		
	F	SE	SP	4	FF	N	C+P	M		

4 – Planejamento Estatístico

Os diversos dados foram organizados sob a forma de Tabela de Contingência. Foram utilizados dois testes estatísticos para a análise de associação entre as variáveis: o teste de Fisher-Freeman-Halton para as tabelas que apresentaram células com freqüências esperadas menor que 1 e o teste Qui-Quadrado (x^2) com correção de Yattes para as demais.

O teste de Fisher-Freeman-Halton foi realizado no programa estatístico StatXact (Cytel Software Corporation) e o teste Qui-Quadrado, no software Minitab Release 14 (Minitab Incorporation).

Foram consideradas significantes todas as associações com $p<0,05$.

Resultados

Resultados

Dos dados obtidos no trabalho, foram realizadas as seguintes associações consideradas significantes:

- Gênero do paciente X Tipo de fissura
- Indicação do tratamento endodôntico X Tipo de tratamento endodôntico
- Tipo de tratamento endodôntico X Tipo de fissura
- Indicação do tratamento endodôntico X Tipo de fissura
- Dentes da área da fissura X Tipo de fissura
- Indicação do tratamento endodôntico X Dente mantido ou extraído
- Tipo de tratamento endodôntico X Dente mantido ou extraído
- Indicação do tratamento endodôntico X Causa da exodontia
- Dentes da área da fissura X Causas da exodontia.

Os resultados foram expressos através de estatística descritiva, por meio de tabelas e gráficos, referentes às variáveis estudadas.

A Tabela 1 representa o total de pacientes que fizeram parte desta pesquisa e sua divisão quanto ao gênero.

TABELA 1: Distribuição dos pacientes que foram atendidos no Setor de Endodontia de acordo com o gênero. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
Feminino	323	48,14
Masculino	348	51,86
Total	671	100

Os resultados obtidos da associação gênero do paciente e tipo de fissura estão representados na Tabela 2 e na Figura 1.

TABELA 2: Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero e o tipo de fissura. Os dados entre parênteses representam as freqüências relativas das observações em porcentagem.

	Pré-Forame	**Transforame**	**Pós-Forame**	**Combinadas**	**Total**
Feminino	65 (9,69)	186 (27,72)	58 (8,64)	14 (2,09)	323 (48,14)
Masculino	46 (6,86)	233 (34,72)	29 (4,32)	40 (5,96)	348 (51,86)
Total	111 (16,54)	419 (62,44)	87 (12,97)	54 (8,05)	671 (100)

$\chi 2=29,82$; DF = 3; p = 0,00

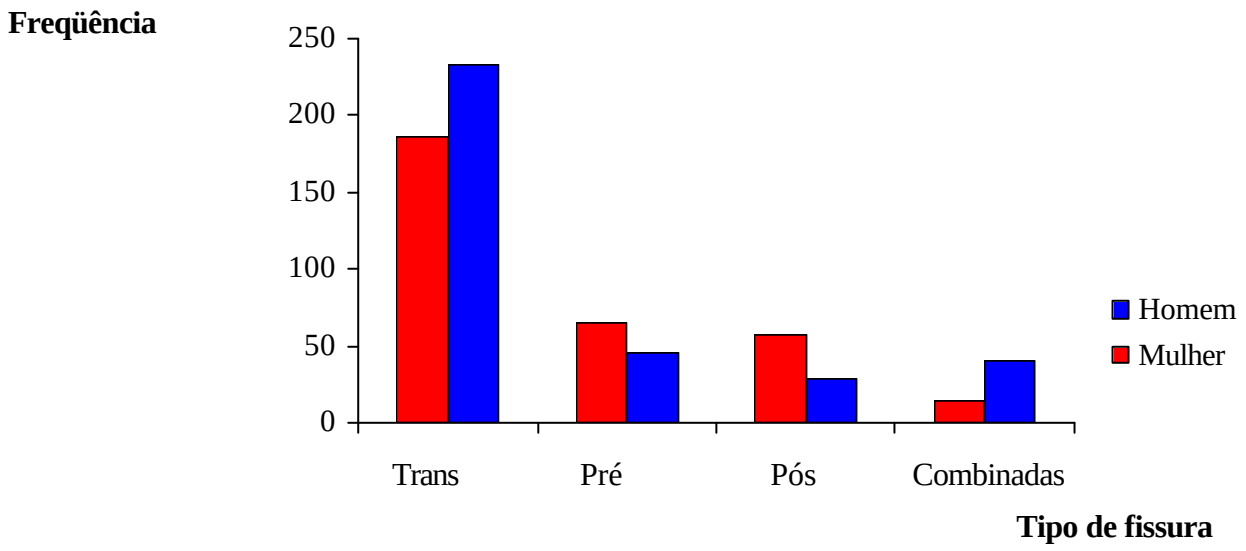


FIGURA 1: Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero e o tipo de fissura.

A Tabela 3 e a Figura 2 demonstram o total de dentes tratados endodonticamente e a distribuição dos mesmos em relação ao tipo de tratamento realizado.

TABELA 3: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com o tipo de tratamento. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
Biopulpectomia	504	36,60
Necropulpectomia	707	51,34
Retratamento	166	12,06
Total	1377	100

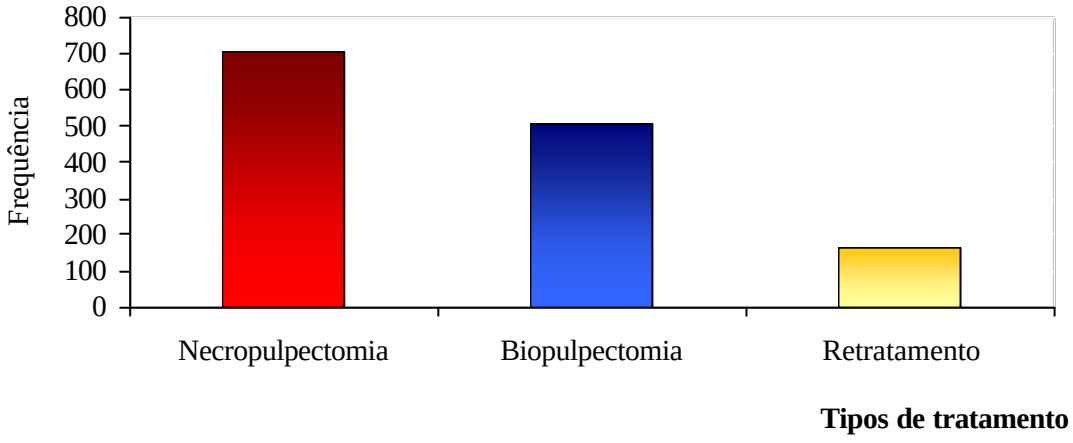


FIGURA 2: Freqüência dos tipos de tratamento endodôntico realizados nos 1377 dentes avaliados.

Os resultados da associação gênero dos pacientes e região do Brasil estão representados na Tabela 4 e na Figura 3.

TABELA 4: Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero e a região do Brasil. Os dados entre parênteses representam as freqüências relativas das observações em porcentagem.

	CO*	**N**	**NE**	**S**	**SE**	**Total**
Feminino	39	20	10	39	215	323
	(5,81)	(2,98)	(1,49)	(5,81)	(32,04)	(48,14)
Masculino	24	12	7	65	240	348
	(3,58)	(1,79)	(1,04)	(9,69)	(35,77)	(51,86)
Total	63	32	17	104	455	671
	(9,39)	(4,77)	(2,53)	(15,50)	(67,81)	(100)

*CO – Centro-Oeste, N – Norte, NE – Nordeste, S – Sul, SE – Sudeste

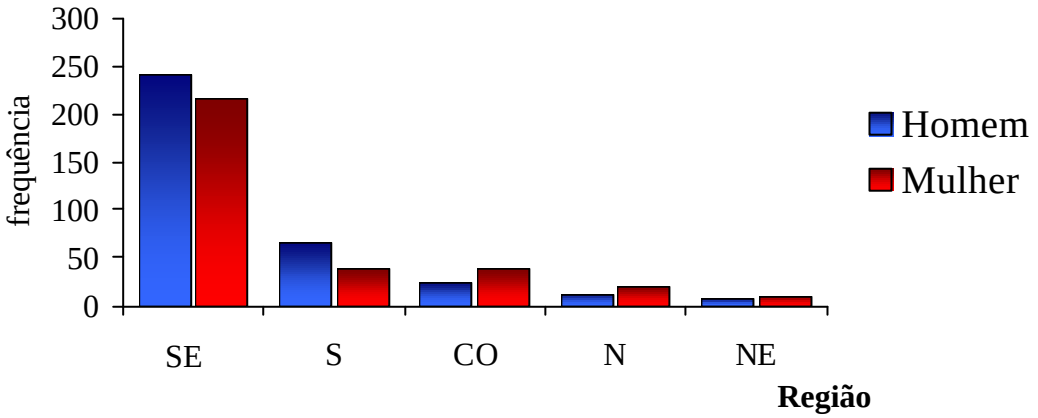


FIGURA 3: Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero e a região do Brasil.

Os resultados da associação gênero dos pacientes e o estado brasileiro do qual estes pacientes são provenientes, estão expressos na Tabela 5.

TABELA 5: Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero e o estado brasileiro. Os dados entre parênteses representam as freqüências relativas das observações em porcentagem.

	AC	**AL**	**AM**	**BA**	**CE**	**DF**	**ES**
Feminino	0 (0)	1 (0,15)	4 (0,60)	2 (0,30)	2 (0,30)	8 (1,19)	5 (0,74)
Masculino	2 (0,30)	0 (0)	2 (0,29)	1 (0,15)	4 (0,60)	4 (0,60)	3 (0,45)
Total	2 (0,30)	1 (0,15)	6 (0,89)	3 (0,45)	6 (0,89)	12 (1,79)	8 (1,19)

	GO	**MA**	**MG**	**MS**	**MT**	**PA**	**PB**
Feminino	14 (2,09)	1 (0,15)	26 (3,87)	10 (1,49)	8 (1,19)	7 (1,04)	2 (0,30)
Masculino	8 (1,19)	1 (0,15)	33 (4,92)	4 (0,60)	8 (1,19)	2 (0,30)	0 (0)
Total	22 (3,28)	2 (0,30)	59 (8,79)	14 (2,09)	16 (2,38)	9 (1,34)	2 (0,30)

	PE	**PI**	**PR**	**RJ**	**RN**	**RO**	**RR**
Feminino	0 (0)	1 (0,15)	28 (4,17)	9 (1,34)	1 (0,15)	4 (0,60)	0 (0)
Masculino	1 (0,15)	1 (0,15)	46 (6,86)	14 (2,09)	1 (0,15)	3 (0,45)	1 (0,15)
Total	1 (0,15)	2 (0,30)	74 (11,03)	23 (3,43)	2 (0,30)	7 (1,04)	1 (0,15)

	RS	**SC**	**SE**	**SP**	**TO**	**Total**
Feminino	3 (0,45)	7 (1,04)	1 (0,15)	175 (26,08)	4 (0,60)	323 (48,14)
Masculino	6 (0,89)	13 (1,94)	0 (0)	190 (28,32)	0 (0)	348 (51,86)
Total	9 (1,34)	20 (2,98)	1 (0,15)	365 (54,40)	4 (0,60)	671 (100)

A localização dos dentes analisados em relação à área da fissura está representada na Tabela 6 e na Figura 4.

TABELA 6: Distribuição do total de dentes tratados endodonticamente quanto a sua localização. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
Área da fissura	361	26,22
Fora da área da fissura	1016	73,78
Total	1377	100

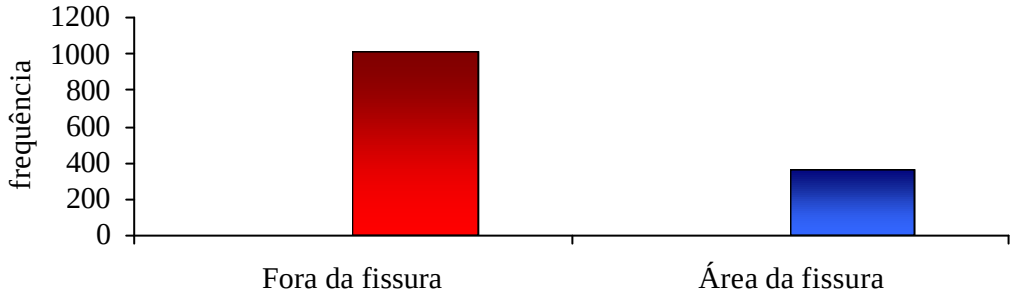


FIGURA 4: Distribuição dos dentes tratados endodonticamente quanto a sua localização.

As indicações encontradas neste trabalho para realização do tratamento endodôntico estão ordenadas na Tabela 7 e Figura 5.

TABELA 7: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a indicação para o tratamento endodôntico. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
Cárie	773	56,14
Cárie+Finalidade protética	191	13,87
Insucesso	75	5,45
Finalidade protética	261	18,95
Comprometimento periodontal	5	0,36
Reabsorção	19	1,38
Trauma	53	3,85
Total	1377	100

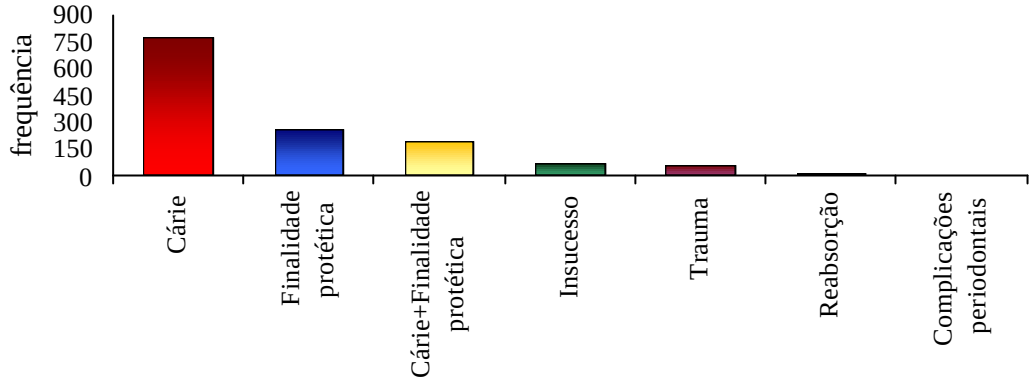


FIGURA 5: Distribuição dos dentes analisados de acordo com a indicação para o tratamento endodôntico.

As indicações para o tratamento endodôntico dos dentes analisados e a relação dos mesmos com a área da fissura, estão representados através da Tabela 8.

TABELA 8: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a indicação do tratamento e a área da fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Área da fissura	Fora da área da fissura	**Total**
Cárie	158 (11,47)	615 (44,66)	**773** **(56,14)**
Cárie+Finalidade protética	45 (3,27)	146 (10,60)	**191** **(13,87)**
Insucesso	15 (1,09)	60 (4,36)	**75** **(5,45)**
Finalidade protética	105 (7,63)	156 (11,33)	**261** **(18,95)**
Comprometimento periodontal	0 (0)	5 (0,36)	**5** **(0,36)**
Reabsorção	12 (0,87)	7 (0,51)	**19** **(1,38)**
Trauma	26 (1,89)	27 (1,96)	**53** **(3,85)**
Total	**361** **(26,22)**	**1016** **(73,78)**	**1377** **(100)**

$\chi 2 = 71{,}50$, DF = 6, p = 0,00

O tipo de tratamento endodôntico realizado nos 1377 dentes da amostra e a relação dos mesmos com a área da fissura estão demonstrados na Tabela 9.

TABELA 9: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com o tipo de tratamento e a área da fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Área da fissura	Fora da área da fissura	**Total**
Biopulpectomia	131 (9,51)	373 (27,09)	**504 (36,60)**
Necropulpectomia	192 (13,94)	515 (37,40)	**707 (51,34)**
Retratamento	38 (2,76)	128 (9,30)	**166 (12,06)**
Total	**361 (26,22)**	**1016 (73,78)**	**1377 (100)**

$\chi 2=1,29$; DF = 2; p = 0,53

Os dados que representam o total de dentes analisados quanto ao tipo de tratamento endodôntico que os mesmos receberam e o tipo de fissura que os pacientes apresentavam estão relacionados na Tabela 10.

TABELA 10: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com o tipo de tratamento e o tipo da fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Pré-forame	Trans forame	Pós-forame	Combinadas	**Total**
Biopulpectomia	90 (6,54)	320 (23,24)	49 (3,56)	45 (3,27)	**504 (36,60)**
Necropulpectomia	119 (8,64)	445 (32,32)	87 (6,32)	56 (4,07)	**707 (51,34)**
Retratamento	16 (1,16)	107 (7,77)	31 (2,25)	12 (0,87)	**166 (12,06)**
Total	**225 (16,34)**	**872 (63,33)**	**167 (12,13)**	**113 (8,21)**	**1377 (100)**

$\chi 2=14,30$; DF = 6; p = 0,03

Os resultados encontrados da associação, indicação do tratamento endodôntico e o tipo de fissura que os pacientes apresentavam estão descritos a seguir na Tabela 11.

TABELA 11: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a indicação de tratamento e o tipo da fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Pré-forame	Transforame	Pós-forame	Combinadas	**Total**
Cárie	147	486	74	66	**773**
	(10,68)	(35,29)	(5,37)	(4,79)	**(56,14)**
Cárie+Finalidade	25	115	34	17	**191**
protética	(1,82)	(8,35)	(2,47)	(1,23)	**(13,87)**
Insucesso	7	50	14	4	**75**
	(0,51)	(3,63)	(1,02)	(0,29)	**(5,45)**
Finalidade	35	174	31	21	**261**
protética	(2,54)	(12,64)	(2,25)	(1,53)	**(18,85)**
Comprometiment	0	2	2	1	**5**
o periodontal	(0)	(0,15)	(0,15)	(0,07)	**(0,36)**
Reabsorção	2	13	2	2	**19**
	(0,15)	(0,94)	(0,15)	(0,15)	**(1,38)**
Trauma	9	32	10	2	**53**
	(0,65)	(2,32)	(0,73)	(0,15)	**(3,85)**
Total	**225**	**872**	**167**	**113**	**1377**
	(16,34)	**(63,33)**	**(12,13)**	**(8,21)**	**(100)**

Fisher = 30,25; DF = 18, p = 0,035

A Tabela 12 demonstra a distribuição dos dentes analisados na pesquisa com o tipo de fissura que os pacientes apresentavam, observando a relação desses dentes com a área da fissura.

TABELA 12: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a área da fissura e o tipo de fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Pré-forame	Trans forame	Pós-forame	Combinadas	**Total**
Área da fissura	46 (3,34)	281 (20,41)	0 (0)	33 (2,40)	**361 (26,22)**
Fora da área da fissura	179 (13,00)	591 (42,92)	167 (12,06)	80 (5,81)	**1016 (73,78)**
Total	**225 (16,34)**	**872 (63,33)**	**167 (12,13)**	**113 (8,21)**	**1377 (100)**

$\chi 2$=77,33; DF = 3; p = 0,00

As indicações para o tratamento endodôntico e o tipo de tratamento realizado nos dentes estudados estão representados na Tabela 13.

TABELA 13: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a indicação para o tratamento endodôntico e o tipo de tratamento empregado. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Biopulpectomia	Necropulpectomia	Retratamento	**Total**
Cárie	240 (17,43)	532 (38,63)	1 (0,07)	**773 (56,14)**
Cárie+Finalidade protética	82 (5,95)	108 (7,84)	1 (0,07)	**191 (13,87)**
Insucesso	0 (0)	0 (0)	75 (5,45)	**75 (5,45)**
Finalidade protética	163 (11,84)	10 (0,73)	88 (6,39)	**261 (18,95)**
Comprometimento periodontal	1 (0,07)	4 (0,29)	0 (0)	**5 (0,36)**
Reabsorção	7 (0,51)	11 (0,080)	1 (0,07)	**19 (1,38)**
Trauma	11 (0,80)	42 (3,05)	0 (0)	**53 (3,85)**
Total	**504 (36,60)**	**707 (51,34)**	**166 (12,06)**	**1377 (100)**

Fisher = 890,3, DF = 12, p = 0,00

A Tabela 14 e a Figura 6 expressam quantos dentes foram mantidos e quantos foram extraídos após o tratamento endodôntico.

TABELA 14: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a manutenção ou extração pós tratamento endodôntico. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
Extração	190	13,80
Manutenção	1187	86,20
Total	1377	100

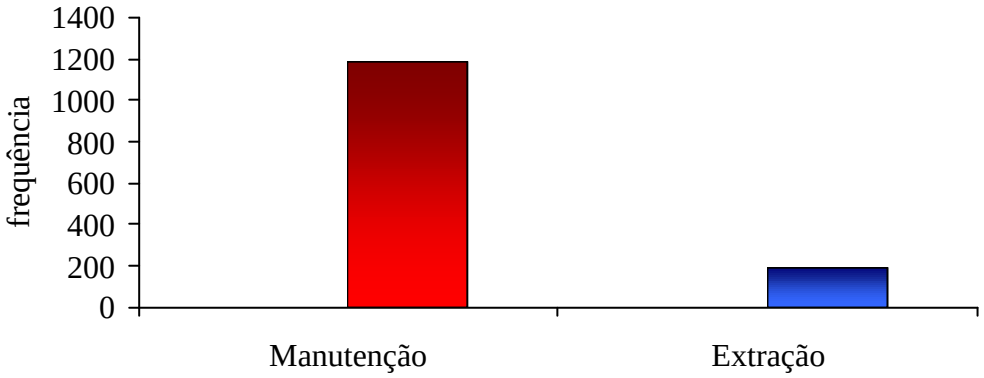


FIGURA 6: Representação gráfica dos dentes mantidos e extraídos pós tratamento endodôntico.

Os períodos referentes às extrações dos dentes tratados endodonticamente estão demonstrados abaixo, na Tabela 15 e na Figura 7.

TABELA 15: Distribuição do total de dentes extraídos pós tratamento endodôntico de acordo com o período em que ocorreu a exodontia. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
<1 ano	58	30,53
1-3 anos	69	36,32
3-5 anos	20	10,53
5-10 anos	18	9,47
>10 anos	25	13,16
Total	190	100

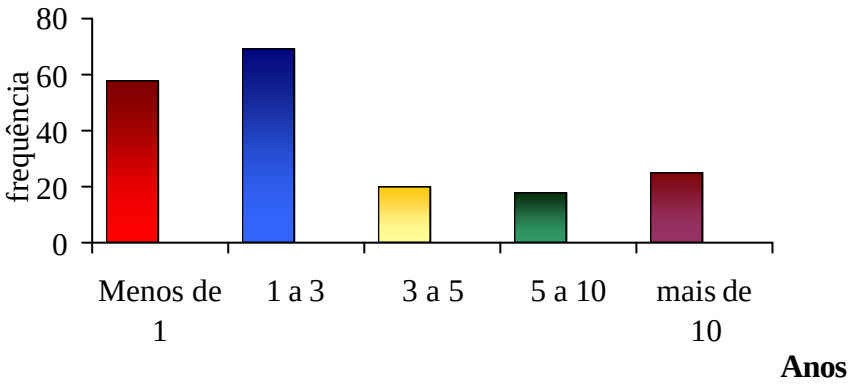


FIGURA 7: Representação gráfica do período em que ocorreram as exodontias dos dentes tratados endodonticamente.

A Tabela 16 e a Figura 8 expressam o total de dentes extraídos e as causas para exodontia dos mesmos.

TABELA 16: Distribuição do total de dentes extraídos analisados de acordo com a causa da exodontia. Os dados representam as freqüências observadas (fobs) e relativas (frel).

	fobs	**frel (%)**
Cárie	88	46,32
Fratura	27	14,21
Alteração do planejamento	22	11,58
Reabsorção	13	6,84
Comprometimento periodontal	40	21,05
Total	190	100

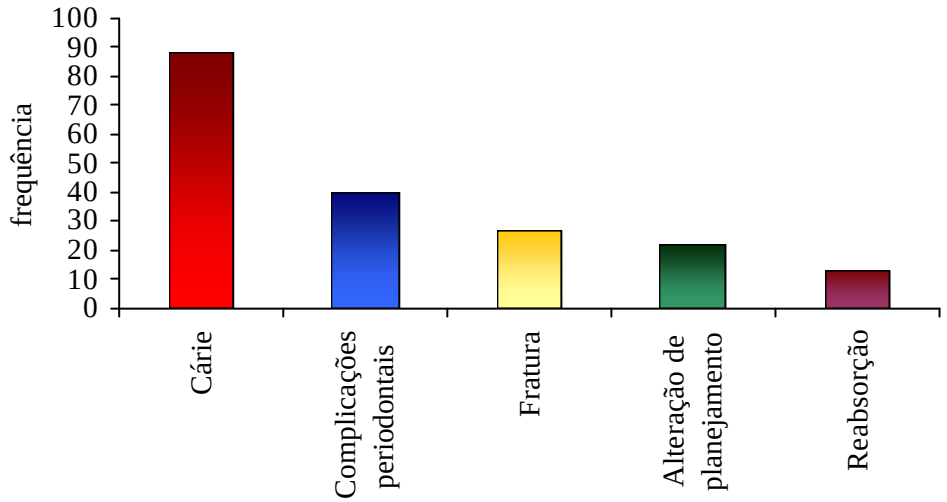


FIGURA 8: Representação gráfica das causas das exodontias dos dentes tratados endodonticamente.

Os dados referentes à indicação do tratamento endodôntico e causa da exodontia dos 190 dentes que foram extraídos pós tratamento endodôntico estão descritos na Tabela 17.

TABELA 17: Distribuição do total de dentes extraídos analisados de acordo com a indicação do tratamento e a causa da exodontia. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Alteração planejamento	Cárie	Fratura	Comprometimento periodontal	Reabsorção	**Total**
Cárie	11 (5,79)	55 (28,95)	16 (8,42)	27 (14,21)	3 (1,58)	**112 (58,95)**
Cárie+ Finalidade Protética	5 (2,63)	21 (11,05)	7 (3,68)	6 (3,16)	0 (0)	**39 (20,53)**
Insucesso	1 (0,53)	1 (0,53)	1 (0,53)	1 (0,53)	0 (0)	**4 (2,11)**
Finalidade protética	4 (2,11)	11 (5,79)	2 (1,05)	5 (2,63)	1 (0,53)	**23 (12,11)**
Comprometimento periodontal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	**0 (0)**
Reabsorção	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (3,16)	**6 (3,16)**
Trauma	1 (0,53)	0 (0)	1 (0,53)	1 (0,53)	3 (1,58)	**6 (3,16)**
Total	**22 (11,58)**	**88 (46,32)**	**27 (14,21)**	**40 (21,05)**	**13 (6,84)**	**190 (100)**

Fisher = 53,35, DF = 20, p = 0,0

A Tabela 18 representa o total de dentes analisados quanto ao tipo de tratamento endodôntico recebido e destes, quantos foram mantidos ou extraídos.

TABELA 18: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com o tipo de tratamento e a manutenção ou não do dente. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Extração	Manutenção	**Total**
Biopulpectomia	75 (5,45)	429 (31,15)	**504 (36,60)**
Necropulpectomia	102 (7,41)	605 (43,94)	**707 (51,34)**
Retratamento	13 (0,94)	153 (11,11)	**166 (12,06)**
Total	**190 (13,80)**	**1187 (86,20)**	**1377 (100)**

$\chi 2$=5,70; DF = 2; p = 0,06

A Tabela 19 demonstra o total de dentes extraídos pós tratamento endodôntico relacionando a causa da exodontia desses dentes com o tipo de fissura que os pacientes apresentavam.

TABELA 19: Distribuição dos dentes extraídos de acordo com a causa da exodontia e o tipo de fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Pré-forame	Trans forame	Pós-forame	Combinadas	**Total**
Alteração de planejamento	3 (1,58)	17 (8,95)	1 (0,53)	1 (0,53)	**22 (11,58)**
Cárie	11 (5,79)	64 (33,68)	5 (2,63)	8 (4,21)	**88 (46,32)**
Fratura	4 (2,11)	16 (8,42)	4 (2,11)	3 (1,58)	**27 (14,21)**
Comprometimento periodontal	11 (5,79)	25 (13,16)	3 (1,58)	1 (0,53)	**40 (21,05)**
Reabsorção	3 (1,58)	10 (5,26)	0 (0)	0 (0)	**13 (6,84)**
Total	**32 (16,84)**	**132 (69,47)**	**13 (6,84)**	**13 (6,84)**	**190 (100)**

Fisher = 10,83, DF = 12, p = 0,54

Os dados da Tabela 20 representam o total de dentes analisados de acordo com a indicação do tratamento endodôntico e a manutenção ou exodontia desses dentes.

TABELA 20: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a indicação do tratamento e a manutenção ou não do dente. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Extração	Manutenção	**Total**
Cárie	112	661	**773**
	(8,13)	(48)	**(56,14)**
Cárie+ Finalidade Protética	39	152	**191**
	(2,83)	(11,04)	**(13,87)**
Insucesso	4	71	**75**
	(0,29)	(5,16)	**(5,45)**
Finalidade protética	23	238	**261**
	(1,67)	(17,28)	**(18,95)**
Comprometimento periodontal	0	5	**5**
	(0)	(0,36)	**(0,36)**
Reabsorção	6	13	**19**
	(0,44)	(0,94)	**(1,38)**
Trauma	6	47	**53**
	(0,44)	(3,41)	**(3,85)**
Total	**190**	**1187**	**1377**
	(13,80)	**(86,20)**	**(100)**

Fisher = 22,45, DF = 20, p = 0,001

Em relação aos dentes extraídos, o resultado da associação tipo de tratamento endodôntico realizado e a causa da exodontia, estão descritos na Tabela 21.

TABELA 21: Distribuição do total de dentes extraídos analisados de acordo com o tipo de tratamento e a causa da exodontia. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Alteração planejamento	Cárie	Fratura	Comprometimento periodontal	Reabsorção	**Total**
Biopulpectomia	8 (4,21)	41 (21,58)	8 (4,21)	13 (6,84)	5 (2,63)	**75 (39,47)**
Necropulpec.	13 (6,84)	41 (21,58)	17 (8,95)	23 (12,11)	8 (4,21)	**102 (53,68)**
Retratamento	1 (0,53)	6 (3,16)	2 (1,05)	4 (2,11)	0 (0)	**13 (6,84)**
Total	**22 (11,58)**	**88 (46,32)**	**27 (14,21)**	**40 (21,05)**	**13 (6,84)**	**190 (100)**

Fisher = 5,14, DF = 8, p = 0,74

A relação entre localização dos dentes tratados endodonticamente (área da fissura ou fora da área da fissura) e a manutenção ou extração dos mesmos, está representada abaixo na Tabela 22.

TABELA 22: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a área da fissura e a manutenção ou não do dente, Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Extração	Manutenção	**Total**
Área da fissura	43 (3,12)	318 (23,09)	**361 (26,22)**
Fora da área da fissura	147 (10,68)	869 (63,11)	**1016 (73,78)**
Total	**190 (13,80)**	**1187 (86,20)**	**1377 (100)**

$\chi 2$=1,46; DF = 1; p = 0,23

A Tabela 23 demonstra a associação causa da exodontia dos 190 dentes extraídos pós tratamento endodôntico e a localização desses dentes em relação a área da fissura.

TABELA 23: Distribuição dos dentes extraídos de acordo com a área da fissura e a causa da exodontia. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Alteração planejamento	Cárie	Fratura	Comprometimento periodontal	Reabsorção	**Total**
Área da fissura	6 (3,16)	15 (7,89)	6 (3,16)	6 (3,16)	10 (5,26)	**43 (22,63)**
Fora da área da fissura	16 (8,42)	73 (38,42)	21 (11,05)	34 (17,89)	3 (1,58)	**147 (77,37)**
Total	**22 (11,58)**	**88 (46,32)**	**27 (14,21)**	**40 (21,05)**	**13 (6,84)**	**190 (100)**

$\chi 2=25,06$; DF = 4; p = 0,00

Os resultados do total de dentes analisados e quantos desses dentes foram mantidos ou extraídos em relação ao tipo de fissura que os pacientes apresentavam, estão expressos a seguir na Tabela 24.

TABELA 24: Distribuição do total de dentes analisados de acordo com a manutenção ou não do dente e o tipo de fissura. Os dados representam as freqüências observadas e entre parênteses as freqüências relativas (em porcentagem).

	Pré-forame	Trans forame	Pós-forame	Combinadas	**Total**
Extração	32 (2,32)	132 (9,59)	13 (0,94)	13 (0,94)	**190 (13,80)**
Manutenção	193 (14,02)	740 (53,74)	154 (11,18)	100 (7,26)	**1187 (86,20)**
Total	**225 (16,34)**	**872 (63,33)**	**167 (12,13)**	**113 (8,21)**	**1377 (100)**

$\chi 2=6,93$; DF = 3; p = 0,074

Discussão

Discussão

De todas as fissuras que acometem a face humana, as lábiopalatinas são as mais freqüentes[24]. São malformações congênitas estudadas por vários especialistas de diferentes áreas; mas, lamentavelmente, os conhecimentos da ciência ainda não atingiram os níveis necessários para detectar as causas determinantes do aparecimento das fissuras.

Há uma concordância na literatura quanto ao fato de que tanto a fissura de lábio como a fissura de palato, são causadas por defeitos primários na fusão dos processos craniofaciais que formam o palato primário e o secundário no primeiro trimestre de desenvolvimento intra-uterino[12,23,24]. Portanto, a embriogênese normal pode ser alterada pela ação deletéria de fatores químicos, físicos ou biológicos. A combinação destes agentes ou a intensificação da atividade de um deles, pode acarretar modificações estruturais irreversíveis em uma parte ou em todo o organismo que se encontra em desenvolvimento[53].

A literatura é bastante controversa quanto à etiologia das fissuras, pois até hoje não foi possível determinar um fator causal específico. Em função disso, muitos autores acreditam que o mecanismo etiopatogênico das fissuras esteja relacionado a uma herança multifatorial, através da associação de fatores genéticos e fatores ambientais[04,11,13,55].

Dentre os fatores genéticos, a hereditariedade parece ser o mais relevante, pois pais fissurados apresentam uma grande possibilidade de gerarem uma criança também fissurada[44,54]. O risco de recorrência de fissura de lábio em uma família onde a mãe já teve uma criança do gênero masculino afetada e sendo o pai não fissurado, é de 4%, isto é, 43 vezes maior do que o restante da população. Nos casos de história familiar positiva, tem-se observado que o número de parentes afetados parece diminuir à medida que o grau de parentesco se distancia[3].

Muitos dos fatores ambientais citados na literatura e associados à ocorrência dessa deformidade foram identificados por meio da informação dos familiares dos pacientes fissurados[53]. Tais fatores são: diabetes, hipotiroidismo, infecções, deficiência de ácido fólico, alcoolismo, tabagismo, medicamentos como salicilatos, corticosteróides e talidomida[04,13,26,53]. O momento da administração de teratogênicos parece ser significativo no caso das fissuras palatinas, principalmente no período de fechamento e fusão das estruturas orofaciais. Indubitavelmente, a ingestão de drogas neste período pode causar alterações no desenvolvimento; a ação combinada de outros fatores, como, estado fisiológico e patológico da gestante, aumentam a incidência dessa má formação[53].

Como existem diferentes formas clínicas para os defeitos congênitos que acometem a face humana, variando dentro do espectro das fissuras labiopalatinas mais comuns e estendendo-se até as lesões extraordinárias da face e crânio representadas pelas fissuras raras e medianas, essa grande variedade morfológica dificulta a elaboração de um único sistema de classificação para todos os defeitos congênitos, ocasionando várias classificações para as fissuras[66].

Neste estudo, adotamos a classificação de Spina et al[68], modificada por Silva Filho et al[66], pois é aplicada a todos os pacientes matriculados no HRAC e tem se mostrado suficientemente prática para ser dirigida aos clínicos de uma equipe multidisciplinar. Esta classificação é formada por quatro grupos: Pré-forame incisivo, Transforame incisivo, Pós-forame incisivo e Fissuras raras da face. Cada um desses grupos pode gerar vários subgrupos, pois, as fissuras podem ser unilaterais ou bilaterais, completas ou incompletas. Optamos por classificar as fissuras apenas nos quatro grupos principais, pois a nossa amostra de 671 pacientes seria muito pequena para dividirmos nos subgrupos, que totalizam 18 tipos diferentes de fissuras. Incluímos na classificação um outro grupo formado por "Formas Combinadas de Fissura"[69], termo este que o HRAC vêm utilizando para enquadrar os

pacientes que são acometidos por dois tipos de fissura, por exemplo: Pré-forame incisivo + Pós-forame incisivo.

Pelos transtornos que as fissuras acarretam, estes pacientes necessitam de um tratamento complexo e extenso, normalmente proveniente de uma equipe multidisciplinar formada por: cirurgião plástico, ortodontista, cirurgião buco-maxilo, odontopediatra, endodontista, fonoaudiólogo e outros.

Após o reparo cirúrgico da fissura, um tratamento oral de longa duração é dispensado a estes pacientes, devido à presença de cárie dentária, mal-oclusões, hipoplasias e gengivites. Estudos têm demonstrado, que em alguns casos, a prevalência dessas condições é maior em pacientes fissurados que em pacientes não afetados.

Buscando a reabilitação oral dos pacientes fissurados de lábio e/ou palato e de pacientes com outros tipos de anomalias craniofaciais, o HRAC construiu um Centro Odontológico que abrange todas as especialidades da Odontologia, dentre elas, o Setor de Endodontia.

No Setor de Endodontia são atendidos cerca de 100 pacientes por mês, onde são realizados todos os tratamentos incluídos nessa especialidade. Como até hoje não havia sido feito um levantamento sobre as necessidades, o planejamento do tratamento endodôntico nesses pacientes e o prognóstico dos dentes tratados endodonticamente, nos propusemos a realizar este estudo.

Realizamos uma análise dos prontuários dos pacientes de 7 a 65 anos que foram atendidos no Setor de Endodontia. Foram analisados 1035 prontuários, destes, foram incluídos na nossa amostra apenas os pacientes que apresentavam fissura de lábio e/ou palato, que fossem de nacionalidade brasileira e que foram submetidos ao tratamento endodôntico radical, totalizando 671 prontuários.

Para o tipo de estudo proposto, o prontuário como fonte de dados mostrou-se o mais adequado e preciso, pois, o relato oral do paciente, além de gerar informações dispersas, não ofereceria todos os dados necessários para a realização do trabalho.

Para que pudéssemos conhecer o perfil dos pacientes fissurados atendidos no Setor de Endodontia, buscamos saber o gênero dos mesmos, de que região e estado do Brasil são provenientes, por quais tipos de fissura são acometidos, quantos dentes foram tratados endodonticamente, qual o tipo de tratamento endodôntico mais realizado, bem como, as indicações para esses tratamentos. Achamos relevante estudar também a localização desses dentes que foram tratados endodonticamente em relação à área da fissura. Para finalizar, analisamos o prognóstico desses dentes, observando quantos foram mantidos, quantos foram extraídos, em que período de tempo ocorreram as exodontias e quais as causas para a extração desses dentes.

Os resultados obtidos neste trabalho demonstraram que da amostra de 671 pacientes atendidos no Setor de Endodontia, houve uma pequena prevalência do gênero masculino (51,86%) sobre o gênero feminino (48,14%); dado este que pode ser observado na Tabela 1.

Quanto aos tipos de fissura, a fissura Transforame incisivo foi a mais encontrada, contabilizando 62,44% dos casos analisados; destes, 34,72% no gênero masculino e 27,72% no gênero feminino. A prevalência desse tipo de fissura também foi encontrada em um trabalho publicado por Silva Filho et al[66] em 1992. A fissura Pré-forame incisivo, observada em 16,54% dos casos acometeu um maior número de mulheres (9,69%) que de homens (6,86%). O mesmo aconteceu na fissura Pós-forame incisivo, totalizando 8,64% para o gênero feminino e 4,32% para o gênero masculino. Estes resultados, expressos na Tabela 2, conferem com os encontrados por Gorlin et al[30] em 1990, onde os autores observaram uma incidência maior de fissura pós-forame incisivo no gênero feminino. As Formas Combinadas

de fissura foram mais freqüentes no gênero masculino (5,96%) que no gênero feminino (2,09%). Portanto, a fissura Transforame incisivo, que por sua abrangência é a fissura mais severa, acometeu mais os homens que as mulheres. Esse dado coincide com a observação de Gorlin et al em 1990, reforçando que quanto mais grave o defeito, mais o gênero masculino é atingido. Uma possível explicação para o fato, seria que o limiar gênico faz com que essa anomalia afete mais os homens que as mulheres.

Quanto à região do Brasil, a maioria dos pacientes foi proveniente da região sudeste, mais precisamente do estado de São Paulo (Tabela5). A região do Brasil menos representativa em número de pacientes atendidos foi a região nordeste (Tabela 4). Esses fatores podem ser facilmente explicados pela localização do Hospital no estado de São Paulo, o que possibilita um afluxo maior de pacientes vindos da região sudeste, dificultando, no entanto, a vinda de pacientes do norte e nordeste pela própria localização geográfica, pois a distância demanda tempo e disponibilidade financeira desses pacientes.

Após a análise dos 671 prontuários que foram incluídos na amostra, contabilizamos 1377 dentes tratados endodonticamente. Destes, 73,78% estavam situados fora da área da fissura e 26,22% na área da fissura. Este resultado, exposto na Tabela 6, pode ser explicado pelo fato da área da fissura estar situada na maxila e abranger um menor número de dentes, ou seja, apenas de canino a canino. Quando nos referimos a dentes fora da área da fissura, incluímos no contexto todos os dentes da mandíbula e os pré-molares e molares da maxila, portanto, uma quantidade superior aos dentes que se encontram na área da fissura, conseqüentemente, mais dentes foram tratados fora da área da fissura.

Dos tipos de tratamento endodôntico, o mais realizado tanto nos dentes incluídos na área da fissura como para os dentes fora da área da fissura, de acordo com a Tabela 3, foi a necropulpectomia, responsável por 51,34% dos casos, seguida pela biopulpectomia (36,60%) e pelo retratamento endodôntico (12,06%). O mesmo aconteceu

quando relacionamos o tipo das fissuras (Pré, Trans, Pós e Combinadas), com o tipo de tratamento endodôntico; o tratamento mais realizado, independente do tipo da fissura, foi a necropulpectomia (Tabela 10). A maior porcentagem de necropulpectomia pode ser explicada pela falta de atendimento odontológico a maioria destes pacientes, gerando em alguns casos, como extensão do processo carioso, infecção e inflamação dos tecidos pulpar e periapical. A necrose pode ser uma resposta dos tecidos a cárie dentária ou a traumas como fratura, luxação, abrasão ou preparos cavitários profundos. A indicação mais freqüente para a terapia endodôntica foi a cárie dentária, observada em 56,14% dos casos, conforme Tabela 7. Essa alta incidência de cárie dentária em pacientes fissurados foi constatada por vários autores e estaria relacionada às características de suas estruturas bucais, como presença de anomalias dentárias de número, posição e forma, fibrose cicatricial do lábio e ausência de sulco vestibular na região operada, que podem dificultar a autolimpeza e a higienização. Medidas devem ser tomadas para evitar a cárie nesses pacientes, seja através do estabelecimento de uma dieta adequada ou por métodos adicionais de prevenção, como a utilização de flúor e a aplicação de selantes, que devem ser enfatizados principalmente nas crianças, pois as mesmas necessitam dos dentes em boas condições para que possam usar os aparelhos indicados e alcançar uma boa relação maxilo-mandibular[2].

Não são apenas as crianças que apresentam os dentes acometidos pela cárie, muitos pacientes ingressam no HRAC para serem submetidos ao protocolo cirúrgico, sem nunca terem realizado algum tipo de tratamento dentário apresentando os dentes cariados e com perda substancial de estrutura dentária, implicando em uma reabilitação oral extensa. Este fato pode ser explicado de uma forma generalizada pelo fator econômico, pela distância dos centros especializados e também porque muitos profissionais se recusam a tratar de pacientes fissurados e quando o fazem, revelam uma certa insegurança e desconhecimento, principalmente quando o dente que necessita de tratamento está localizado ao redor da área da

fissura. Portanto, a incidência de cárie e de trabalhos protéticos é bastante alta; conseqüentemente, uma intervenção endodôntica faz-se necessária nesses casos. Neste trabalho, a segunda indicação mais encontrada para o tratamento endodôntico foi a finalidade protética (18,95%), de acordo com a Tabela 7. Mazaheri[50] em 1962, afirmou que em aproximadamente 95% dos casos onde a fissura envolve o osso alveolar, os pacientes necessitam de prótese fixa ou removível e em torno de 60% necessitam de algum tipo de prótese quando alcançam os 30 anos de idade. Discorrendo sobre a reabilitação oral do paciente fissurado o mesmo autor[51] em 1979, ressaltou a importância do tratamento endodôntico, pois, no preparo protético dos dentes de suporte, as anomalias de forma e de posição da coroa dos dentes próximos à fissura podem levar ao tratamento endodôntico prévio aos desgastes operatórios.

Por todos os relatos encontrados na literatura, concluímos que a necessidade de tratamento odontológico a estes pacientes parece ser indiscutível. Todos os esforços devem ser voltados para a preservação dos dentes e dos tecidos periodontais, principalmente dos dentes localizados na área da fissura, onde há pouca estrutura de suporte e a perda adicional de tecidos duro e mole pode dificultar a reabilitação protética.

Em relação às indicações do tratamento endodôntico nos dentes situados na área da fissura, a maior indicação foi a cárie dentária, seguida pela finalidade protética (Tabela 8). Observamos também, que nenhum dente foi tratado endodonticamente por comprometimento periodontal. Quando os pacientes apresentaram problemas periodontais na área da fissura, os mesmos foram sanados sem a necessidade de uma intervenção endodôntica. A reabsorção dentinária acometeu mais os dentes situados na área da fissura que os dentes fora da área da fissura. Uma explicação para alguns casos de reabsorções nos dentes encontrados na área da fissura e que foi relatada na literatura, se refere à combinação do tratamento ortodôntico com o tratamento cirúrgico, mais precisamente as cirurgias de enxerto

ósseo que são realizadas na área envolvida pela fissura[18]. Quanto aos dentes localizados fora da área da fissura, a cárie dentária e a finalidade protética foram as indicações mais freqüentes para realização do tratamento endodôntico. Como os pacientes apresentam uma maior incidência de cárie e muitos não procuram ou não tem acesso ao tratamento odontológico, o processo carioso evolui, com isso as paredes dentinárias podem se tornar socavadas, friáveis e virem a se fraturar, necessitando em alguns casos de uma reabilitação protética.

Quando associamos os tipos de fissura às indicações para o tratamento endodôntico, notamos de acordo com a Tabela 11, que a cárie dentária foi preponderante nos pacientes, não dependendo dos tipos de fissura apresentados pelos mesmos. Outro dado que nos chamou a atenção foi que dos 1377 dentes, apenas 5 foram tratados endodonticamente por comprometimento periodontal e destes, nenhum pertencia a pacientes com fissura pré-forame incisivo. Como a maioria dos pacientes atendidos no Setor de Endodontia apresentava fissura transforame incisivo, todas as indicações para tratamento endodôntico foram maiores em quantidade nesse grupo que nos outros tipos de fissura.

Quando os dentes foram analisados de acordo com a área da fissura e o tipo de fissura que os pacientes apresentavam, observamos que independente do tipo de fissura, a maior parte dos dentes tratados endodonticamente se encontrava fora da área da fissura, pelo fato que o número de dentes compreendidos na área da fissura é restrito. Ao cruzarmos os pacientes que apresentavam fissura pós-forame incisivo com os dentes da área da fissura, obtivemos um resultado nulo, obviamente porque esse tipo de fissura não envolve dentes nem rebordo alveolar (Tabela 12).

Analisando os 1377 dentes de acordo com a indicação para o tratamento endodôntico e o tipo de tratamento empregado, verificamos na Tabela 13, que a cárie foi a maior indicação para os tratamentos de biopulpectomia (240 dentes) e necropulpectomia (532 dentes). A segunda maior indicação para o tratamento de biopulpectomia foi a finalidade

protética (163 dentes). Observamos também que dos 5 dentes que foram indicados para tratamento endodôntico por comprometimento periodontal, 4 deles estavam necrosados, por apresentarem lesões endo-periodontais. Nas indicações cárie + finalidade protética, reabsorção dentinária e trauma, constatamos que o tratamento mais realizado foi a necropulpectomia. Quanto ao retratamento endodôntico, a maior parte dos dentes foi retratada por finalidade protética, quando a obturação do canal não se encontrava satisfatória, mas não havia a presença de alterações periapicais, nem nenhum sinal ou sintoma clínico. Outra indicação bastante comum para o retratamento foi o insucesso endodôntico, caracterizado pela presença de alterações periapicais, acompanhadas ou não de sinais e sintomas clínicos, que indicassem a necessidade de uma nova intervenção. Notamos que apenas 1 dente foi retratado devido a uma reabsorção dentinária externa, onde, na tentativa de estabilizar a reabsorção, a remoção do material obturador e posterior medicação com pasta de hidróxido de cálcio foi a terapia de escolha para o caso.

Infelizmente, nem todos os dentes que receberam tratamento endodôntico foram mantidos em função. Dos 1377 dentes analisados, 190, ou seja, 13,80% foram extraídos (Tabela 14). Resultado semelhante foi encontrado por Nishiyama et al[58] em 1993, quando os autores analisaram 1153 dentes tratados endodonticamente em pacientes fissurados de lábio e/ou palato; desse total, 113 dentes foram extraídos, o que correspondeu a 9,9% da amostra estudada.

Quanto ao período de tempo em que as exodontias aconteceram, 36,52% ocorreram no período compreendido de 1 a 3 anos e 30,53% em menos de 1 ano (Tabela 15).

Esses períodos de "sobrevida" para os dentes tratados endodonticamente são extremamente curtos, por isso, buscamos conhecer as principais razões para as extrações desses dentes (Tabela 16). A cárie dentária foi a causa mais freqüente, ocorrendo em 46,32% dos casos. Em seguida, em ordem decrescente, o comprometimento periodontal (21,05%), a

fratura dos dentes (14,21%), alterações de planejamento (11,58%) e as reabsorções com o menor índice (6,84%). Houve uma concordância com os resultados encontrados por Nishiyama et al[58] quanto as principais causas que levaram a exodontia dos dentes tratados endodonticamente, pois a causa principal foi a cárie dentária (66,4%) e as causas que seguiram em prevalência de incidência foram a razão periodontal (9,7%) e a fratura dos dentes (8,0%).

Observamos, portanto, que as causas principais que levaram a exodontia desses elementos dentários, se deveram mais a fatores externos, do que a fatores relacionados à terapia endodôntica propriamente dita, sendo a cárie dentária um fator de relevância.

Uma explicação para esses dentes cariados após o tratamento endodôntico é que nem sempre conseguimos realizar a restauração do dente logo após a conclusão da endodontia, sendo necessário agendar um retorno, ou, dependendo da distância, solicitar que o paciente faça a restauração em sua cidade de origem. Em alguns casos, quando o paciente regressa ao Hospital para realizar a restauração, o selamento temporário se encontra deteriorado, quando não ausente. Há, portanto, uma necessidade de que o tratamento restaurador seja realizado em tempo hábil, pois os materiais restauradores temporários apresentam propriedades mecânicas e seladoras reduzidas, permitindo a instalação de um processo carioso, tanto pela sua degradação como por não promover um selamento adequado. Em função dessas condições, temos buscado nos últimos anos conciliar o término do tratamento endodôntico com a restauração do dente na mesma sessão e quando não há essa possibilidade, optamos pela restauração provisória da cavidade com um cimento de ionômero de vidro, por possuir propriedades seladoras melhores que os cimentos temporários convencionais[59].

No entanto, quando há a necessidade de uma reabilitação protética nesses dentes, com instalação de provisórios com pinos intra-radiculares, há também uma chance de

que boa parte deles venha a se cariar até a instalação do trabalho definitivo. Analisando as anotações nos prontuários verificamos os fatores que podem contribuir para essa situação: uma higiene bucal inadequada, a dificuldade de retorno de determinados pacientes que faz com que alguns provisórios se soltem, deixando as obturações dos canais radiculares expostas ao meio bucal. Nos relatos constatamos que alguns pacientes chegaram a ter até 10 provisórios confeccionados antes da instalação da peça definitiva. Por essas razões, temos buscado atualmente, em conjunto com os outros setores do Centro Odontológico, dependendo da higiene oral dos pacientes e da impossibilidade de retornos freqüentes, uma simplificação dos tratamentos.

Dos dentes extraídos devido ao comprometimento periodontal, alguns apresentaram impossibilidade de repor distância biológica, bolsas profundas, ou ainda, cárie comprometendo a região de furca dos dentes molares, daí a indicação para as exodontias.

A fratura foi um fator indicativo para as exodontias quando ocorria na coroa, a nível subgengival, impedindo reposição da distância biológica, ou na raiz impossibilitando a manutenção do dente.

Quanto às alterações de planejamento que levaram as exodontias dos dentes tratados endodonticamente, vale ressaltar que o tratamento global dos pacientes fissurados possui algumas particularidades que induzem à modificação dos planejamentos convencionais. A maior parte das alterações de planejamento foi realizada pela ortodontia; isso pode ser explicado pelo fato de em algumas vezes realizarmos o tratamento endodôntico em dentes que situados na área da fissura, embora não tenham condições de serem restaurados adequadamente, deverão ser mantidos apenas para preservar o pouco osso existente na região, para que no futuro, o paciente possa ser reabilitado se necessário pela instalação de um implante ou outro tipo de trabalho protético.

Dos dentes extraídos pela reabsorção, notamos que a reabsorção externa foi a mais comum e estava relacionada a casos que já apresentavam um foco de reabsorção antes do tratamento endodôntico ou uma predisposição para iniciar o processo, como nos dentes traumatizados. Nesses casos, realizamos uma terapia com trocas mensais de pasta de hidróxido de cálcio, devido ao alto pH e propriedades antibacterianas[43,67] que esse material possui, por um período de 6 meses a 1 ano ou até que se observasse a completa reparação óssea e cementária das áreas lesadas, quando então concluímos os casos, obturando os canais com cimentos biológicos. No entanto, em algumas situações não logramos êxito e a reabsorção avançou a ponto de impossibilitar a manutenção desses dentes.

Quando cruzamos as indicações para o tratamento endodôntico com as causas das exodontias, verificamos na Tabela 17, que quando a indicação para tratamento foi a cárie dentária, as causas mais freqüentes para as exodontias foram a cárie e o comprometimento periodontal. Observamos também que de 6 dentes cuja indicação para tratamento endodôntico foi o trauma, 3 foram extraídos por reabsorção.

Ao analisarmos os tipos de tratamento endodôntico realizados nos 1377 dentes da amostra, notamos na Tabela 18, que o tratamento mais realizado foi a necropulpectomia, aplicada em 707 dentes; destes, 605 foram mantidos e 102 extraídos. Quanto a biopulpectomia, dos 504 dentes, 429 foram mantidos e 75 extraídos. Em relação ao retratamento endodôntico, 153 dentes foram mantidos e apenas 13 extraídos; esse resultado em particular demonstra a viabilidade desse tratamento. Independente do tipo de tratamento que os dentes receberam, a maior causa de exodontia foi a cárie dentária, seguida pelo comprometimento periodontal.

De acordo com a Tabela 19, dos 190 dentes extraídos, 69,47% eram de pacientes que apresentavam fissura transforame incisivo e destes, 33,68% foram extraídos devido à cárie dentária. O mesmo aconteceu com os pacientes que apresentavam fissura pré-

forame incisivo. Nos pacientes acometidos por fissura pós-forame incisivo ou por tipos combinados de fissura, nenhum dente foi extraído por reabsorção.

Quando analisamos a indicação do tratamento endodôntico nos 1377 dentes e a manutenção ou exodontia dos mesmos, observamos que dos 75 dentes cuja indicação para tratamento foi o insucesso e a terapia empregada foi o retratamento endodôntico, 71 dentes foram mantidos e apenas 4 extraídos. Mais uma vez esse resultado vem a confirmar que o retratamento endodôntico é uma opção viável de tratamento evitando intervenções mais radicais. Notamos também que dos 5 dentes que receberam tratamento endodôntico por comprometimento periodontal, nenhum dente foi extraído. Embora 5 dentes seja uma amostragem muito pequena, podemos dizer que a combinação dos tratamento endodôntico e periodontal é crucial para a manutenção dos dentes que apresentam lesões endo-periodontais (Tabela 20).

Ainda discorrendo sobre as exodontias dos dentes tratados endodonticamente, a maior parte dos dentes extraídos era de pacientes que apresentavam fissura transforame incisivo, por ser este o tipo de fissura mais comum em nossa amostra (Tabela 24). Quanto à localização dos dentes extraídos, a maior parte deles se situava fora da área da fissura (Tabela 22). Quando relacionamos a área da fissura com as causas das exodontias, notamos que para os dentes localizados fora da área da fissura, as principais causas para as exodontias foram a cárie dentária e o comprometimento periodontal. Já para os dentes situados na área da fissura, as causas mais freqüentes para as exodontias foram a cárie dentária e a reabsorção (Tabela 23). O suposto motivo para uma maior incidência de reabsorção nos dentes que se encontram na área da fissura já foi comentado anteriormente.

Entendemos que esses dados aqui relatados nos ajudam a conhecer o perfil dos pacientes fissurados de lábio e/ou palato que são atendidos no Setor de Endodontia e que de posse desses resultados, buscaremos alternativas para melhorar ainda mais o atendimento

realizado em nosso Setor, em conjunto com as outras especialidades do Centro Odontológico, contribuindo dessa forma, para a saúde bucal dos nossos pacientes.

Conclusões

Conclusões

Baseado nos resultados desta pesquisa, pode-se concluir que:

- Em relação à demanda de pacientes fissurados de lábio e/ou palato atendidos no Setor de Endodontia, o gênero masculino foi prevalente. Mais da metade dos pacientes incluídos na amostra é proveniente da região sudeste, a maioria vindo do estado de São Paulo.

- Em ordem decrescente, o tipo de fissura mais encontrado nesses pacientes foi a Transforame Incisivo, sendo o gênero masculino mais acometido. Em seguida, fissura Pré-forame Incisivo e Pós-forame Incisivo, ambas foram mais prevalentes nas mulheres; por fim, os tipos Combinados de fissura que foi o menos encontrado e acometeu mais os homens que as mulheres.

- Dos dentes tratados endodonticamente, a maioria se localizava fora da área da fissura. O tipo de tratamento endodôntico mais realizado foi a necropulpectomia e as causas mais freqüentes que levaram a realização da terapia endodôntica foram a cárie dentária, seguida da finalidade protética. A necessidade de tratamento endodôntico está diretamente relacionada à alta incidência de cárie nesses pacientes e a reabilitação protética de alguns dentes.

- Em relação ao volume da amostra, poucos foram os dentes extraídos pós tratamento endodôntico, a maioria das exodontias aconteceu no período compreendido entre 1 e 3

anos após a conclusão da terapia endodôntica; a causa mais freqüente das extrações foi novamente a cárie dentária. A maior parte dos dentes extraídos estava localizada fora da área da fissura. Essa pequena porcentagem de exodontia demonstra que o planejamento endodôntico, bem como o planejamento em equipe, envolvendo outras áreas da odontologia, tem sido efetivo.

- O prognóstico dos dentes tratados endodonticamente em pacientes fissurados de lábio e/ou palato é bastante favorável, haja visto a porcentagem de dentes que foram mantidos em função após a referida terapia.

Referências

Referências*

01. ABRAMOWICZ, S. et al Demographic and prenatal factors of patients with cleft lip and cleft palate. A pilot study. **J. Am. Dent. Assoc**., Chicago, v.134, n.10, p.1371-1376, 2003.

02. ANDRÉ, M. et al Tratamento Odontopediátrico. In: ALTMANN, E.B.C. **Fissuras Labiopalatinas**, Carapicuíba, Rev. Ampl. Atual., Pró fono departamento editorial, p.237-248, 1997.

03. BARBOSA NETO, J.G. Genética das fissuras labiopalatinas. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S.A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**, Ed. Revinter, p. 31-34, 1981.

04. BAROUDI, R. Embriologia da face. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S.A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**, Ed. Revinter, p. 19-24, 1981.

05. BATHIA, S.N. Genetics of cleft lip and palate. **Br. Dent. J**., London, v.132, p.95, 1972.

06. BATRA, P.; DUGGAL, R.; PARKASH, H. Genetics of cleft lip and palate revisited. Review. **J. Clin. Pediatr. Dent**., Birmingham, v.27, n.4, p.311-320, 2003.

07 BOKHOUT et al. Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. **Caries Res**.,New York, v.31, p.8-12, 1997.

08. BONAITI, C. et al. An epidemiological and genetic study of facial clefting in France. I- Epidemiology and frequency in relatives. **J. Med. Genet**., London, v.19, p. 8-15, 1982.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR6023**: informação e documentação-referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.24p.

09. BRANTLEY, H.J.; CLIFFORD, E. Cognitive, self concept and body image measure to normal, cleft palate and obses adolescents. **Cleft Palate J**., Baltimore, v.1, p.177-182, 1979.

10. BZOCH, K.R.; WILLIAMS, W.N. Introduction, rationale, principles and related basic embryology and anatomy. In: BZOCH, K.R. **Comunicative disorders related to cleft lip and palate.** Boston, Little Brown, 1979.

11. CAPELOZZA FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatinas. **Rev. Bras. Cir**. , Rio de Janeiro, v.77, p.223-230, 1987.

12. CAPELOZZA FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras lábio-palatinas. **Rev. Bras. Cir** , Rio de Janeiro, v. 78, p.233-240, 1988.

13. CAPELOZZA - FILHO, L.; SILVA FILHO, O.G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia**. São Paulo: Ed. Lovise, 1994 p.197-239.

14. CHAPMAN, J. H.; BIRCH, D.A. Orthodontic and otolaringological review of thirty four cleft lip and cleft palate patients**. Br. J. Surg.**, Bristol, v. 52, p. 646-50, 1965.

15. CHAPPLE, J.R.; NUNN, J.H. The oral health of children with clefts of the lip, palate or both. **Cleft Palate Craniofac. J**., Pittsburgh, v.38, n.5, sep., p.525-528, 2001.

16. DAMANTE, J.H.; FREITAS, J.A.S.; MOARES, N. Anomalias dentárias de número na área da fenda em portadores de malformação congênita lábio-palatal. **Estomatol. Cult.** Bauru, v.7, n.2, p.88-97, jul/dez, 1973.

17. DAVIS, J.S. & RITCHIE, H.P. Classification of congenital clefts of the lip and the palate. **J. Am. Med. Ass**., Chicago, v.79, p.1323-1332, 1922.

18. DE MOOR, R.J. et al Clinical root resorption in two patients with unilateral complete cleft of the lip and palate. **Cleft Palate Craniofac.J**., v.39, n.5, sep.,p.541-545, 2002.

19. DIXON, D.A. Defects of structure and formation of teeth in persons with cleft palate and the effect of reparative surgery on the dental tissues. **J. Oral Surg**., Chicago, v.25, p.435-446, 1968.

20. ETTINGER, R.L. Use of teeth with a poor prognosis in cleft palate prosthodontics. **J. Am. Dent. Assoc**., Chicago, v.94, p.910-914, 1977.

21. FISHMAN, L.S. Factors related to tooth number, eruption, time and tooth position in cleft palate individuals. **J. Dent. Child**, Fulton, v.37, n.4, p.303-306, july/aug, 1970.

22. FOGH-ANDERSEN, P. **Inheritance of harelip and cleft palate**. Thesis. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, Copenhagen, 1942.

23. FOGH-ANDERSEN, P. Genetic and non genetic factors in the etiology of facial clefts. **Scand. J. Plast. Reconstr. Surg**., Stockholm, v.1, p.22-29, 1967.

24. FOGH-ANDERSEN, P. Epidemiology and etiology of clefts. **Birth Defects Orig. Artic. Ser**., New York, v. 7, p. 50-53, 1971.

25. FONSECA, E.P.& REZENDE, J.R.V. Incidência das malformações do lábio e do palato. **Rev.Fac.Odont.Univ.S.Paulo**, São Paulo,v.9,p.45-58, 1971.

26. FRASER, F.C. The genetics of cleft lip and palate. **Am. J. Hum. Genet**., Baltimore, v.22, p.336-52, 1970.

27. FREITAS, J.A.S.; GRACIANO, M.I.G.; CUSTÓDIO, S.A.M. Vídeo institucional: uma visão integral do paciente, quem somos, quanto somos e o que fazemos; In: **Curso de Malformações Congênitas Labiopalatais**, 2000., Bauru. Resumos e bibliografias básicas... Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2000. 42p., p.1-5.

28. GAGGL, A.; SCHULTES, G.; KARCHER, H. Aesthetic and functional outcome of surgical and orthodontic correction of bilateral clefts of lip, palate and alveolus. **Cleft Palate Craniofac. J**. , Pittsburgh, v.36, p.407-412, 1999.

29. GOLLOP, T.R. Genética Craniofacial. In: ALTMANN, E.B.C. **Fissuras Labiopalatinas**, Carapicuíba, Rev. Ampl. Atual., Pró fono departamento editorial, p.39, 1997.

30. GORLIN, R.J.; COHEN, M.M.Jr.; LEVIN, L.S. **Syndromes of the head and neck**. New York / Oxford: Oxford Press, p.693-700, 1990.

31. HARKINS, C.S.; BERLIN, A.; HARDING, R.L. et al. A classification of cleft lip and cleft palate. **Plast. Reconstr. Surg**., Baltimore, v.29, p.31-39, 1962.

32. HARRIS, E.F.; HULLINGS, J.G. Delayed dental development in children with isolated cleft lip and palate. **Arch. Oral Biol.,** New York, v.35, p.469-473, 1990.

33. HELLQUIST, R. et al Dental abnormalities in patients with alveolar cleft, operated upon with or without primary perioplasty. **Eur. J. Orthod**., v.1, p.169-180, 1979.

34. HUSSNE, R.P.; ANZARDO, A.; NISHIYAMA, C.K. Tratamiento endodóntico convencional en dens invaginatus – relato de caso clínico. **Rev. Odontol. Dominicana**, Santo Domingo, v.8, p.34-37, 2002.

35. ISHIDA, R. et al. (1989) apud WONG, F.W.L.; KING, N.M. The oral health of children with clefts – A review. **Cleft Palate Craniofac. J**., Pittsburgh, v.5, p.248-254, 1998.

36. JOHNSEN, D.C.; DIXON, M. Dental caries of primary incisors in children with cleft lip and palate. **Cleft Palate J**., Baltimore, v.21, p.104-109, 1984.

37. JOHNSTON, M.C.; MILLICOVSKY, G. Normal and abnormal development of the lip and palate. **Clin. Plast. Surg**., Philadelphia, v.12, p.521-532, 1985.

38. JONES, M.C. Facial clefting. Etiology and developmental pathogenesis. **Clin. Plast. Surg**., Philadelphia, v.20, p.599-606, 1993.

39. JUNQUEIRA, L.C.U.; ZAGO, D. Fundamentos da embriologia humana. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,. 1977, 275p.

40. KERNAHAN, D.A.; STARK, R.B. A new classification for cleft lip and cleft palate. **Plast. Reconstr. Surg**., Baltimore, v.22, p.441, 1958.

41. KIRSCHNER, R.E.; LA ROSSA, D. Cleft lip and palate. Review. **Otolaryngol. Clin**. **North. Am**., Philadelphia, v.33, n.6, dec, p.1191-1215, 2000.

42. KRIENS, O.: LAHSHAL. A concise documentation system for cleft lip, alveolus and palate diagnosis. In: KRIENS, O. (ed): **What is a cleft lip and palate? A multidisciplinary**. Update , Stuttgart, Thieme, p.30-34, 1989.

43. LEONARDO, M.R.; LEAL, J.M. **Endodontia**: tratamento de canais radiculares. 3 ed. São Paulo, Panamericana, 1998, 902p.

44. LOFFREDO, L.C.M. et al. Fisuras labio-palatais: estudo caso controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.28, p.213-217, 1994.

45. LOFFREDO, L.C.M.; FREITAS, J.A.S.; SOUZA, J.M.P. The prevalence of oral clefts to maternal age. **J. Dent. Res.** (IADR Abstracts), v.75, p.337,1996.

46. LOPES, L.D. Embriologia Craniofacial. In: PSILLAKIS, J.M.; ZANINI, S.A.; MÉLEGA, J.M.; COSTA, E.A.; CRUZ, R.L. **Cirurgia Craniomaxilofacial: osteotomias da face**. MEDSI, Editora Médica e Científica Ltda., Rio de Janeiro, p.15-24, 1987.

47. LOURENÇO RIBEIRO, L. et al Dental anomalies of the permanent lateral incisors and prevalence of hypodontia outside the cleft area in complete unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac.J.** , v.40, n.2, mar, p.172-175, 2003.

48. MARQUES, R.M.F.; LOPES, L.D.; KHOURY, R.B.F. Embriologia. In: ALTMANN, E.B.C. **Fissuras Labiopalatinas**, Carapicuíba, Rev. Ampl. Atual., Pró fono departamento editorial, p.3-23, 1997.

49. MATTOS, B.S.C. et al Tratamento Protético. In: ALTMANN, E.B.C. **Fissuras Labiopalatinas**, Carapicuíba, Rev. Ampl. Atual., Pró fono departamento editorial, p.261-272, 1997.

50. MAZAHERI, M. Indications and contraindications for prosthetic speech appliances in cleft palate. **Plast. Reconstr. Surg**., Baltimore, v.30, n.6, p.663-669, dec, 1962.

51. MAZAHERI, M. **Prosthodontic care in 269 cleft lip: a team approach to clinical management and rehabilitation of the patient**. Philadelphia, Saunders, 1979, 578p.

52. MERCER, N. Cleft lip and cleft palate deformities in children. **Br. J. Oralmaxillofac. Surg**., Edinburgh, v.32, p.340, 1994.

53. MODOLIN, M.L.A. & CERQUEIRA, E.M.M. Etiopatogenia. In: ALTMANN, E.B.C. **Fissuras Labiopalatinas**, Carapicuíba, Rev. Ampl. Atual., Pró fono departamento editorial, p.25-30, 1997.

54. MOSSEY, P.A. **An investigation of heredity in aetiology and pathogenesis of cleft palate and of cleft lip and palate**. Glasgow, Scotland: University of Glasgow; 1994, Dissertation.

55. MURRAY, J.C. Face facts: genes, environment and clefts. **Am. J. Hum. Genet**., Baltimore, v.57, p.227-232, 1995.

56. NAGEM FILHO, H. et al. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Rev. Fac. Odont. Univ. S. Paulo**, São Paulo, v.6, p.111-128, 1968.

57. NEEL, J.H. A study of major congenital defects in japanese infants. **Am. J. Hum. Genet**., Baltimore, v.10, p.398-445, 1958.

58. NISHIYAMA, C.K. et al Análise crítica das principais causas de exodontia de dentes tratados endodonticamente em pacientes portadores de fissuras labiopalatais. **Rev. Fac.Odont. Lins**, Lins, v.6, n.1, p.15-19, 1993.

59. NOGUERA, A.P.; McDONALD, N.J. A comparative in vitro coronal study of new endodontic restorative materials. **J. Endod.,** Chicago, v.16, p.523-527, 1990.

60. OLIN, W.H. Dental anomalies in cleft lip and palate patients. **Angle Orthod**., Baltimore, v.34, n.2, p.119-129, apr, 1964.

61. ORTIZ-POSADAS, M.R.; VEJA-ALVARADO, L.; MAYA-BEHAR, J. A new approach to classify cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.** , Pittsburgh, v.38, n.6, p.545-550, nov, 2001.

62. PAYNTER, E.T.; WILSON, B.M.; JORDAN, W.J. Improved patient compliance with cleft palate team regimes. **Cleft Palate Craniofac. J**., Pittsburgh, v.30, p.292-301, 1993.

63. RANTA, R. The development of the permanent teeth in children with complete cleft lip and palate. **Proc. Finn. Dent. Soc**., v.68, p.7-27, 1972.

64. ROSS, B.B. &JOHNSTON, M.C. **Cleft lip and palate**. Baltimore, Williams & Wilkins, 1972, 319p.

65. SILVA DALBEN, G. et al Dental anesthetic procedures for cleft lip and palate patients. **J. Clin. Pediatr. Dent**., Birmingham, v.24, n.3, p.153-158, 2000.

66. SILVA FILHO, O.M. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev. Bras. Cir**., Rio de Janeiro, v.82, n.2, p.59-65, mar, 1992.

67. SIQUEIRA JR., J.F. **Tratamento das infecções endodônticas**. MEDSI, Editora Médica e Científica Ltda., p.13, 1997.

68. SPINA, V. et al. Classificação das fisuras labio-palatinas. Sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo**, São Paulo, v.27, n.1, p.5-6, 1972.

69. SUGUIMOTO, M.L.F.C.P. Análise da fala de indivíduos operados de palato entre 12 e 24 meses de idade: estudo retrospectivo. 2002. 125f. Dissertação de Mestrado, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP, Bauru.

70. VEAU, V. apud BOHN, A. Dental anomalies in harelip and cleft palate. **Acta Odontol. Scand**., Stockholm, v.21, n.38, p.1-109, 1931.

71. WATSON, R. & HADWICK, J. Hypodontia associated with cleft palate. A case record. **Br. Dent. J**., v.130, p.77-80, 1971.

HUSSNE, R. P. **Estudo das necessidades, planejamento e prognóstico endodôntico em pacientes com fissuras de lábio e/ou palato submetidos ao tratamento cirúrgico.** Araraquara, 2004. 100 p. Dissertação (Mestrado em Endodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

RESUMO

As fissuras de lábio e/ou palato são más-formações congênitas que acarretam como conseqüência uma série de alterações: comprometimento da estética, fala e da posição dos dentes. O cirurgião dentista tem um papel fundamental no tratamento do paciente fissurado, pois a maioria deles necessita de uma reabilitação oral caracterizada pela atuação de especialistas de várias áreas como ortodontia, dentística, endodontia, periodontia e prótese. O objetivo deste estudo foi conhecer a demanda de atendimento endodôntico em pacientes fissurados de lábio e/ou palato cadastrados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC). Buscamos estudar a associação entre o tipo de fissura oral e o comprometimento endodôntico, quantificar as causas do tratamento endodôntico, bem como o prognóstico desses dentes. Foram avaliados 671 prontuários de pacientes com idades entre 7 e 65 anos, que foram atendidos no Setor de Endodontia do HRAC, totalizando 1377 dentes que receberam tratamento endodôntico radical. Após a coleta de dados nos prontuários, os mesmos foram lançados em uma tabela no computador e submetidos à análise estatística. Os resultados demonstraram que a maior parte dos pacientes atendidos era do gênero masculino, proveniente da região sudeste do Brasil. O tipo de fissura mais comum foi a transforame incisivo. O tratamento endodôntico mais realizado foi a necropulpectomia, tendo como causas mais freqüentes a cárie dentária e a finalidade protética. Poucos foram os dentes extraídos pós tratamento endodôntico, sendo a cárie a causa mais comum para as exodontias. Concluímos, portanto, que a necessidade de tratamento endodôntico está diretamente relacionada à alta incidência de cárie nesses pacientes. A grande porcentagem de dentes mantidos demonstra que o prognóstico desses dentes é favorável, e, que tanto o planejamento endodôntico quanto o planejamento em equipe tem sido efetivos.

Palavras-Chave: Endodontia; Fissura Labial; Fissura Palatina.

HUSSNE, R. P. **Investigation of the endodontic needs, planning and prognosis in patients with cleft lip and/or palate submitted to surgical treatment.** Araraquara, 2004. 100 p. Dissertation (Master of Science in Endodontics) – Dental School, Sao Paulo State University.

ABSTRACT

Cleft lip and/or palate are congenital malformations that bring about several alterations, such as impairment in esthetics, speech and tooth positioning. The dental professional plays a fundamental role in the treatment of patients with clefts, since they need an oral rehabilitation characterized by the collaborative work of specialists of several fields such as Orthodontics, Restorative Dentistry, Endodontics, Periodontics and Prosthodontics. The aim of this study was to investigate the demand of endodontic treatment in patients with cleft lip and/or palate attending the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies (HRAC). An attempt was made to assess the association between the type of cleft and the endodontic disturbances, quantify the causes of endodontic treatment, as well as the prognosis of these teeth. A total of 671 records of patients aged 7 to 65 years assisted at the Sector of Endodontics of the HRAC were evaluated, adding up to 1,377 teeth submitted to endodontic treatment. Data were collected from the records, entered in a data sheet in the computer and submitted to statistical analysis. The results demonstrated that most patients assisted were of male gender and from Southeast Brazil; the most common type of cleft was the complete cleft lip and palate; the endodontic treatment most frequently provided was non-vital pulp therapy. Few teeth were extracted after the endodontic treatment, and caries was the most common reason for such extractions. Therefore, it was concluded that the need of endodontic treatment is directly related to the high caries incidence among these patients. The large percentage of teeth maintained demonstrates that the prognosis of these teeth is favorable, and that both the endodontic planning and the collaborative planning have been effective.

Keywords: Endodontics; Cleft lip; Cleft palate.