

CARLOS EDUARDO BERTIER

**Avaliação estética do lábio nos
portadores de fissura pré-forame
incisivo unilateral completa,
submetidos a queiloplastia
primária com a técnica de Spina**

**Botucatu
2001**

CARLOS EDUARDO BERTIER

**Avaliação estética do lábio nos
portadores de fissura pré-forame
incisivo unilateral completa,
submetidos a queiloplastia
primária com a técnica de Spina**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, da Universidade
Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Bases Gerais da Cirurgia
e Cirurgia Experimental.

Orientador: Prof. Dr. Fausto Viterbo

Botucatu
2001

Bertier, Carlos Eduardo

Avaliação estética do lábio nos portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa, submetidos a queiloplastia primária com a técnica de Spina.. Carlos Eduardo Bertier. Botucatu, 2001.

Dissertação - Mestrado - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

1. Fissura Labial; 2 Queiloplastia.; 3. Avaliação Estética Facial

CDD – 617.95

À DEUS,

... pela presença constante em minha vida

... pela força para enfrentar as dificuldades

... pela quietude para alcançar a paz

Aos pacientes e seus familiares

... razão maior do nosso aprimoramento

... agradeço a todos que participaram desta pesquisa , sem os
quais não seria possível sua concretização

...o meu profundo muito obrigado pela disponibilidade

À minha mãe Therezinha, meus irmãos Cláudio e
Luiz Gonzaga

... pelo amor, paciência e compreensão,

pelos sacrifícios partilhados nos momentos de
ausência,

mas sobretudo pela inesgotável fonte de estímulo
para o meu aprimoramento

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Fausto Viterbo de Oliveira Neto, agradeço pela amizade, orientação, disponibilidade, paciência e compreensão no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, pela amizade, incentivos constantes e pelas valiosas contribuições nesta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Omar Gabriel da Silva Filho, pela amizade, experiência, disponibilidade e colaboração no desenvolvimento deste.

À Prof^a Dr^a Wilza Carla Spiri, pela amizade, apoio, incentivo e grande contribuição.

Ao Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris, pela amizade, dedicação na realização da análise estatística.

Ao Prof. Dr. Osmar Cavassan, pelas importantes sugestões.

Ao Prof. Dr. Luiz Ferreira Martins, pelas valiosas contribuições.

Ao Dr. Mauro Ribeiro Costa, pela amizade apoio e incentivo.

Ao Márcio Henrique Andrade, pela amizade, pela colaboração na organização deste.

À Tatiana, pelo carinho, apoio, incentivo e colaboração.

Ao Prof. Dr. Vitor Spina (in memorian) e ao Prof. Dr. Orlando Lodovici, agradeço pela grande contribuição com a técnica referida neste trabalho.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS,

A família Zambonato Freitas, Dr^a Sueli, Dr^a Patrícia, Dr. Rogério, Dr^a Priscila, Dr. Ricardo, pela amizade, apoio e incentivo.

Aos amigos cirurgiões do HRAC-USP, Dr. Eudes, Dr. Sérgio, Dr. Marcos Lupércio, Dr^a Telma, Dr. Garla, Dr. Ricardo Duarte, Dr. Monteiro, Dr. Ricardo Mondelli, Dr. Zanini e Ao Prof. Dr. Marcos Virmond, pela convivência e colaboração.

A equipe de anesthesiologists, enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Ao Prof. Dr. Roberto Macoto Suguimoto, pela amizade, incentivo e colaboração.

Ao Dr. Carlos Alberto Aiello, pela amizade, apoio, incentivo e contribuição.

À Ana Grigoli, Denise, Jane, Ana Regina, Poliana, pela contribuição na organização bibliográfica.

À Dr^a. Ana Paula Campagna Motta Ribas, pela colaboração.

À Dr^a. Gisele da Silva Dalben, pela contribuição.

Aos amigos Sérgio, João e Wagner, pelo apoio e incentivo.

Ao setor de fotografia do HRAC-USP.

À todos os profissionais e funcionários do HRAC-USP e todos aqueles que colaboraram de forma direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE QUADROS.....	
LISTA DE ABREVIATURAS.....	
1 INTRODUÇÃO	
1.1 Considerações gerais.....	
1.2 Classificação das fissuras lábio-palatais.....	
1.3 Considerações terapêuticas.....	
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	
2.1 Avaliação do processo reabilitador.....	
2.2 Histórico das técnicas cirúrgicas de fissuras labiais.....	
2.3 Idade da queiloplastia primária.....	
2.4 Zetaplastia.....	
2.5 Avaliação objetiva e subjetiva da queiloplastia.....	
2.6 Efeito da queiloplastia a longo prazo.....	
3 OBJETIVO.....	
4 METODOLOGIA.....	
4.1 Local do estudo.....	
4.2 População/ Amostra.....	
4.3 Procedimento de coleta de dados.....	
4.4 Análise estatística.....	

5	RESULTADO.....	
5.1	Qualificação estatística da amostra.....	
5.2	Avaliação subjetiva.....	
5.3	Avaliação objetiva.....	
5.4	Avaliação subjetiva X avaliação objetiva.....	
6	DISCUSSÃO.....	
7	CONCLUSÃO.....	
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	Apêndice	
	Resumo.....	
	Abstract.....	
	Autorização para reprodução.....	

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Ilustração esquemática comparando a anatomia e embriologia do lábio superior e palato, fundamento para a classificação de SPINA et al (1972).....
- Figura 2 – Quadro esquemático geral dos três principais grupos de fissura, segundo a classificação de Spina et al (1972): pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós forame incisivo.....
- Figura 3 – Fissuras do grupo I (pré-forame incisivo): unilateral incompleta (A,B), unilateral completa (C,D), bilateral incompleta (E,F), bilateral completa (G,H), mediana incompleta (I,J) e mediana completa (K,L).....
- Figura 4 – Fissuras do grupo II (transforame incisivo): unilateral (A, B), bilateral (C, D), mediana (E, F).....
- Figura 5 – Fissuras do grupo III (pós-forame incisivo): completa (A) e incompleta (B).....
- Figura 6 – Fissuras do grupo IV (raras da face): buco-ocular (A), macrostomia bilateral (B), macrostomia e pedículo facial (C).....
- Figura 7 – Queiloplastia primária, realizada nos primeiros meses de vida, pela técnica de SPINA (Zetaplastia).....
- Figura 8 – Representação esquemática da técnica Z plastia proposta por SPINA, tanto para a queiloplastia realizada nas fissuras unilaterais pré forame incisivo como nas transforame incisivo. Cabe lembrar que no presente trabalho a avaliação restringiu-se às fissuras pré-forame unilateral completa.....
- Figura 9 – Representação da amostra utilizada na presente pesquisa: paciente com fissura pré-forame incisivo unilateral completa submetida à queiloplastia primária no HRAC-USP pela técnica de SPINA.....
- Figura 10 – Fotografias faciais de frente, dos 38 pacientes que compuseram a amostra do presente trabalho de pesquisa (fissura pré-forame incisivo unilateral completa).....

- Figura 11 – Fotografias de close do lábio, dos 38 pacientes que compuseram a amostra do presente trabalho de pesquisa (fissura pré-forame incisivo unilateral completa).....
- Figura 12 – Fotografia de close do lábio com os pontos anatômicos demarcados.....
- Figura 13 – Fotografia de close do lábio com as linhas representativas das grandezas utilizadas no método objetivo.....
- Figura 14 – Fotografia do ápice das narinas ao assoalho nasal para avaliação objetiva das narinas (Na).....
- Figura 15- Distribuição em dados percentuais da faixa etária na época da avaliação dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Figura 16- Dados percentuais da faixa etária operatória.....
- Figura 17- Distribuição percentual segundo o sexo dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Figura 18- Dados relativos a faixa etária e sexo dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Figura 19- Dados percentuais do lado da fissura dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Figura 20- Dados relativos ao sexo e lado da fissura dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Figura 21- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: columela à comissura (Clb-Cm) em milímetros.....
- Figura 22 – Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: arco de cupido à comissura (Cp-Cm) em milímetros.....
- Figura 23- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: asa nasal à comissura (An-Cm) em milímetros.....
- Figura 24- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: asa nasal – arco de cupido (An-Cp) em milímetros.....
- Figura 25- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: narina (Na) em milímetros.....

- Figura 26 – Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado Quanto a distância: assoalho nasal - arco de cupido (As - Cp) em milímetros.....
- Figura 27 – Exposição de pacientes representando 100% de aprovação, 70% de aprovação, 25% de aprovação e 15% de aprovação. A porcentagem de aprovação foi determinada pela porcentagem de satisfatório (S) atribuída pelos avaliadores, de acordo com a análise visual subjetiva.....

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Distribuição em dados absolutos e percentuais da faixa etária na época da avaliação dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Tabela 2- Dados relativos à média e desvio padrão da idade operatória, idade na época da avaliação e o tempo decorrido entre estas.....
- Tabela 3- Dados absolutos e percentuais da idade operatória.....
- Tabela 4- Distribuição de dados absolutos e percentuais segundo o sexo dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Tabela 5- Dados relacionando sexo e faixa etária na avaliação dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Tabela 6- Dados absolutos e percentuais do lado da fissura dos pacientes que compuseram a amostra.....
- Tabela 7- Dados da frequência quanto ao sexo e lado da fissura.....
- Tabela 8 – Porcentagem de concordâncias e valor de Kappa entre os examinadores de cada grupo para avaliação subjetiva dos pacientes.....
- Tabela 9 – Mostra a porcentagem e os valores de Kappa (“K”) representativo do nível de concordância inter-grupos.....
- Tabela 10 – Média, Desvio Padrão e Teste “t” pareado para comparação das medidas realizadas nos lados fissurado e não fissurado.....
- Tabela 11 – Média e desvio padrão da medida realizada da distância entre a columela (base) e arco de cupido (ponto médio).....
- Tabela 12- Coeficiente de correlação de Spearman (R) entre as diferenças (em valor absoluto) dos lados fissurado e não fissurado, e a classificação de julgamento dos avaliadores.....

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Resultado da avaliação subjetiva dos 38 pacientes executada por 20 avaliadores, sendo 5 de cada grupo (FONO, FISS, DFG e CIR) / S= satisfatório e I= insatisfatório e a classificação final dos grupos.....
- Quadro 2 – Resultado da avaliação por grupo de avaliadores, incluindo a moda para cada grupo.....

LISTA DE ABREVIATURAS

An = Asa nasal

As = Assoalho nasal

CIR = Cirurgões Plásticos

CL FIN = Classificação Final

Clb = Base da columela

Cm = Comissura

Cp = Arco de cupido (pontos laterais)

Cpm = Arco de cupido (ponto médio)

DFG = Cirurgões dentistas, Fisiologistas e Geneticista

Dp/dp = Desvio padrão

Fig = Figura

FISS = Pais e pacientes portadores de fissura

FONO = Fonoaudiólogas

HRAC-USP = Hospital de Reabilitação de Anomalias
Craniofaciais da Universidade de São Paulo

I/INSAT = Insatisfatório

K = Kappa

m = média

Na = Narinas

ns = Não significativa

R = Coeficiente de correlação de Spearman

S/SAT = Satisfatório

Z plastia = Zetaplastia

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

1.1- Considerações gerais

Entre as malformações que acometem o homem, as fissuras lábio-palatais representam as mais comuns, sendo exteriorizadas clinicamente pela ruptura do lábio e/ou palato. Surgem na vida pré-natal, durante a formação da face e sua alta prevalência é explicada pela complexidade do desenvolvimento embrionário humano, atribuída a fatores filogenéticos e ontogenéticos (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

Mais precisamente, as fissuras lábio-palatais aparecem no período embrionário ou no início do período fetal, quando se completam as formações do palato primário e palato secundário, respectivamente. A agenesia ou ausência de fusão na altura do palato primário redundam nas fissuras de lábio, que podem estender-se até a região do forame incisivo, limite anatômico demarcatório entre o que foi o palato primário e secundário na vida pré natal. A ausência de fusão do palato secundário reflete-se na fissura de palato, com extensões que agravam-se a partir da úvula em direção ao forame incisivo. Como guardam certa independência na sua gênese, as fissuras podem acometer um ou ambos os palatos. Isto quer dizer que a interrupção no processo formativo do palato primário

não implica em fissura no palato secundário. Assim como a integridade do palato primário não garante integridade do palato secundário.

A incidência mundial para as fissuras lábio-palatais oscila entre 1 e 2 para cada 1000 indivíduos. No Brasil, os poucos dados epidemiológicos são bastante discrepantes, o que levou o HRAC a adotar os dados levantados na região de Bauru que mostra a presença de uma criança portadora de fissura a cada 650 escolares, sendo esta uma incidência compatível com os dados mundiais (NAGEM FILHO & MORAES & ROCHA 1968).

Quanto à sua etiologia, a literatura é bastante controversa e ainda não se conseguiu isolar um fator causal específico. A teoria que resulta dos conhecimentos recentes é a origem multifatorial, onde acredita-se que as interações entre as variantes genéticas e os fatores teratogênicos (ambientais) extragenéticos determinariam a presença da fissura (BROSCO, 1978; BONAITI et al., 1982).

A hereditariedade, epilepsia na mãe e ingestão de anti-inflamatório pela gestante foram considerados fatores de risco para as fissuras labiais ou lábio-palatais, enquanto a hereditariedade e a poluição se tornaram fatores de risco para a fissura palatina (LOFFREDO et al., 1994). O risco de gerar uma criança com fissura é menor para as mães mais jovens (LOFFREDO & FREITAS & SOUZA, 1996).

Devido à sua própria origem multifatorial, torna-se fácil compreender que as fissuras acometem todos os grupos raciais e étnicos, independente de sexo e classe econômica. Porém, alguns fatores interferem na estatística desta malformação. Os estudos epidemiológicos demonstram maior predileção para as fissuras que acometem o lábio e o palato (fissura transforame incisivo unilateral) do lado esquerdo, no sexo masculino, tendo o amarelo, especificamente o japonês, como raça de maior suscetibilidade (FRASER, 1970; FONSECA & REZENDE, 1971; CAPELOZA FILHO et al., 1987).

1.2- Classificação das fissuras lábio-palatais

Por apresentar diversidade morfológica, as fissuras lábio-palatais obedecem protocolos diferentes de reabilitação, mais abrangentes quanto maior a extensão da fissura, bem como prognósticos diferentes de recuperação. Sendo assim, a localização e extensão do defeito anatômico tornam-se fundamentais na determinação dos diferentes protocolos de tratamento. Para o melhor entendimento sobre o tema da presente pesquisa cabe ao leitor diferenciar os limites anatômicos das fissuras de lábio e de palato. Neste intuito farei uma breve explanação sobre a anatomia do problema, considerando a classificação das fissuras lábio-palatais.

Dentre a diversidade de sistemas de classificação existentes, a de SPINA et al. (1972) é a utilizada pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), da Universidade de São Paulo (USP), por ser simples, objetiva e principalmente por ter coerência morfológica ao mesmo tempo que respeita os padrões embriológicos de fusão do palato primário e secundário. Essa classificação toma como ponto de referência anatômica o forame incisivo, vestígio pós-natal da junção do palato primário com o palato secundário. A mesma é subdividida em três grupos principais, conforme esquematizado nas figuras 1 e 2.

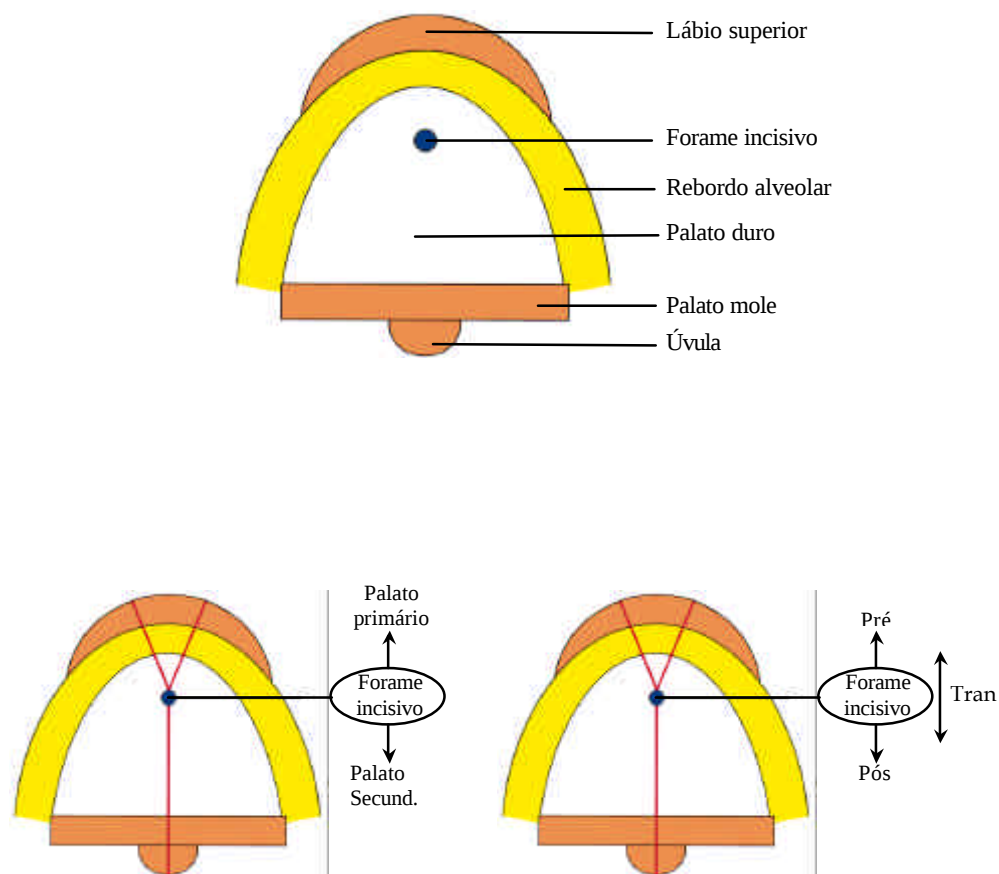


Figura 1 - Ilustração esquemática comparando a anatomia e embriologia do lábio superior e palato, fundamento para a classificação de SPINA et al. (1972).
 Fonte: AIELLO, C. A., SILVA FILHO, O. G., FREITAS, J. A. de S. Fissuras lábiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000. 262p. p. 111-39.

As fissuras do grupo I, compreendem as fissuras do palato primário. São denominadas fissuras pré-forame incisivo por localizarem-se a frente do forame incisivo. De acordo com o lado podem ser subdivididas em: unilateral, bilateral e mediana e, ainda, de acordo com a extensão, em completa e incompleta, segundo atinja ou não o rebordo alveolar (figuras 2 e 3).

As fissuras do grupo II, referem-se às fissuras que atingem simultaneamente palato primário e palato secundário. São denominadas fissuras transforame incisivo. Envolvem sempre lábio e palato, podendo ser unilateral, bilateral ou mediana (figuras 2 e 4).

As fissuras do grupo III, correspondem às fissuras do palato secundário. São denominadas fissuras pós-forame incisivo por localizarem-se atrás do forame incisivo. De acordo com sua extensão, podem ser subdivididas em completa e incompleta, quando alcançam ou não o forame incisivo (figuras 2 e 5).

O grupo IV, diz respeito às fissuras raras da face, do qual fazem parte as fissuras que envolvem estruturas faciais outras, além do lábio e palato. Não envolvem, portanto, o palato primário e ou secundário (figura 6).

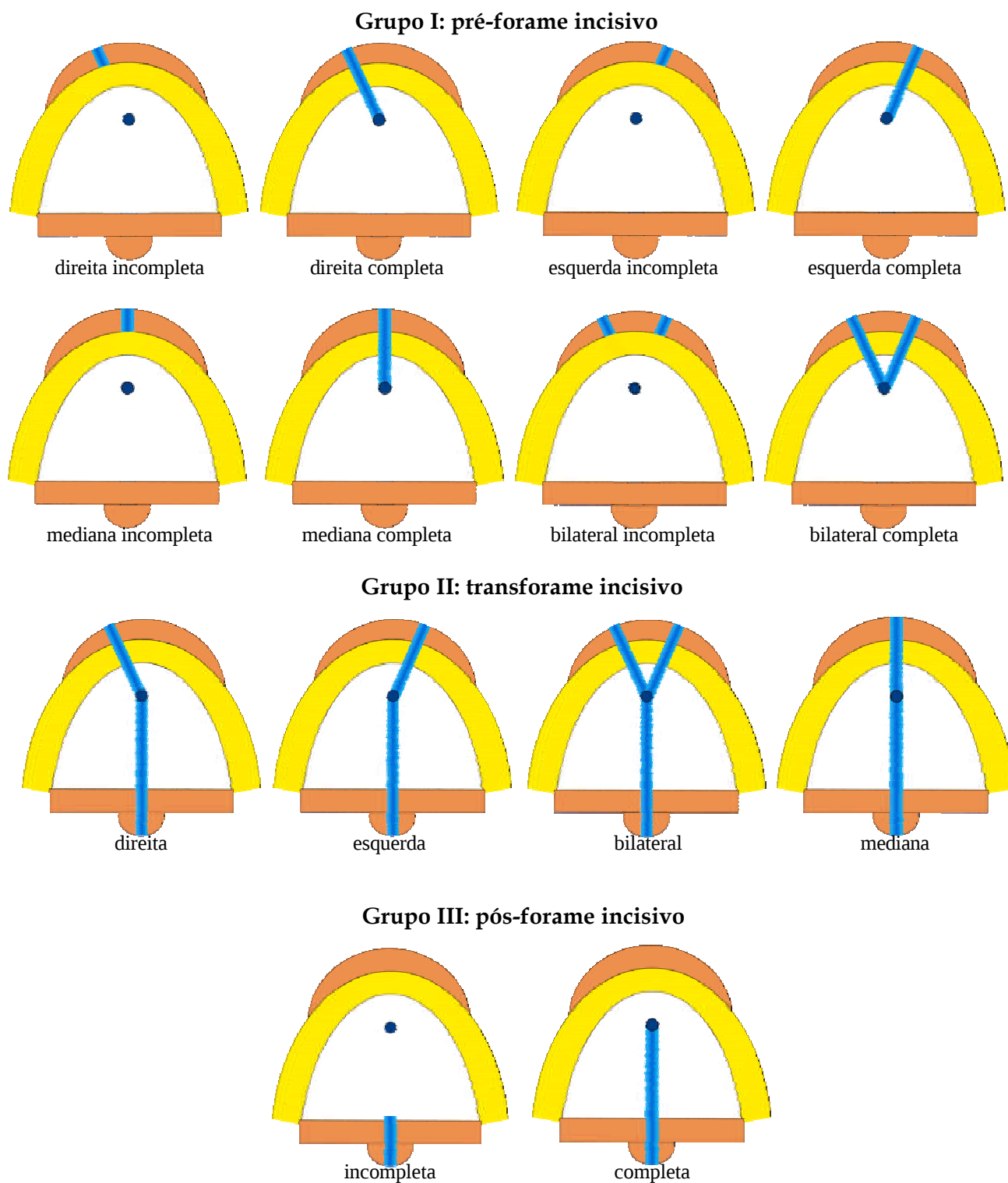


Figura 2- Quadro esquemático geral dos três principais grupos de fissura, segundo a classificação de Spina et al. (1972): pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós forame incisivo. Fonte: AIELLO, C. A., SILVA FILHO, O. G., FREITAS, J. A. de S. Fissuras lábiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000. 262p. p. 111-39.

Grupo I (Fissura pré-forame incisivo)

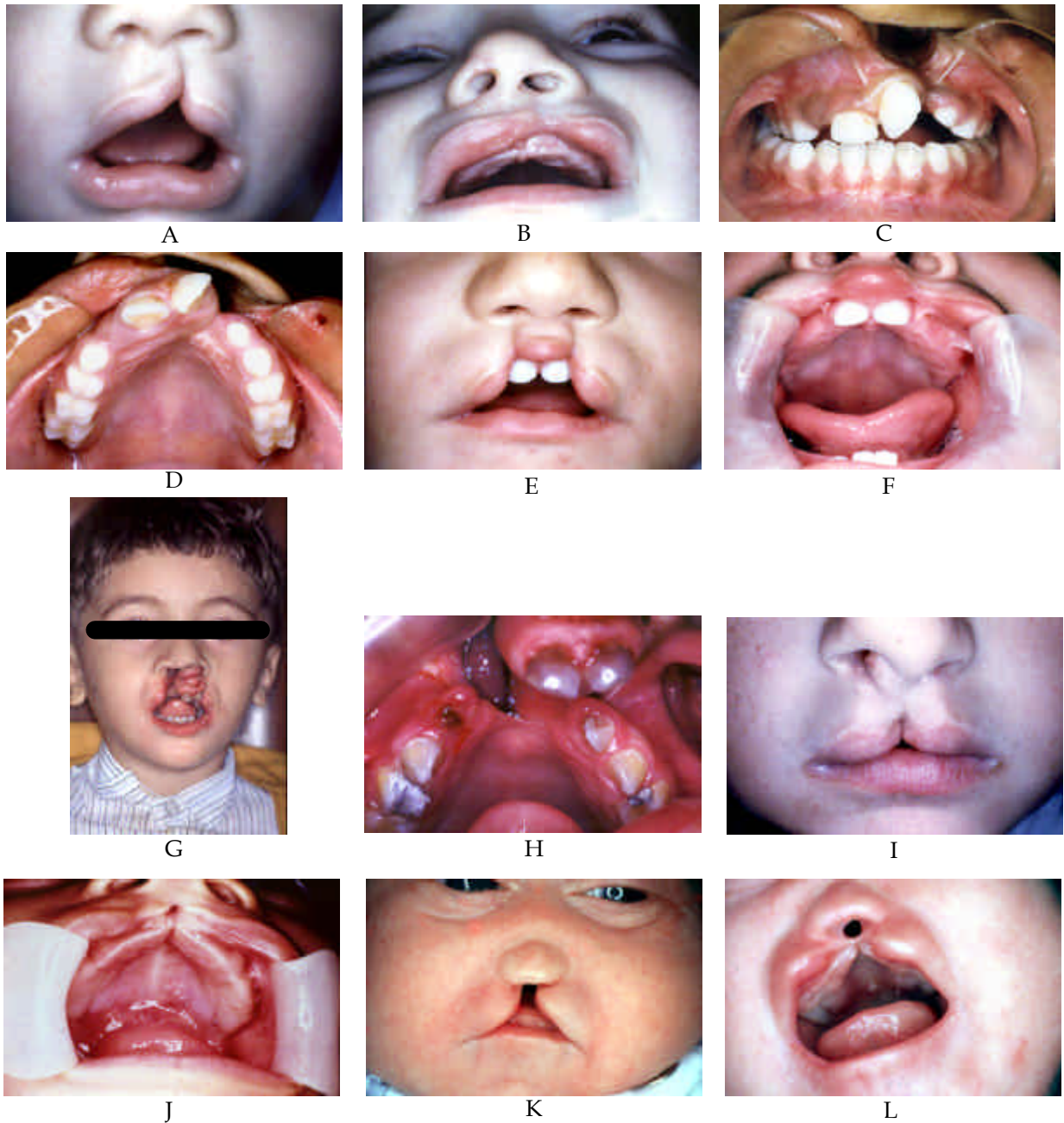


Figura 3 - Fissuras do grupo I (pré-forame incisivo): unilateral incompleta (A,B), unilateral completa (C,D), bilateral incompleta (E,F), bilateral completa (G,H), mediana incompleta (I,J) e mediana completa (K,L). Fonte: AIELLO, C. A., SILVA FILHO, O. G., FREITAS, J. A. de S. Fissuras lábiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000. 262p. p. 111-39.

Grupo II (Fissuras transforame incisivo)



Figura 4 - Fissuras do grupo II (transforame incisivo): unilateral (A, B), bilateral (C, D), mediana (E, F). Fonte: AIELLO, C. A., SILVA FILHO, O. G., FREITAS, J. A. de S. Fissuras lábiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000. 262p. p. 111-39.

Grupo III (Fissuras pós-forame incisivo)



Figura 5 - Fissuras do grupo III (pós-forame incisivo): completa (A) e incompleta (B). Fonte: AIELLO, C. A., SILVA FILHO, O. G., FREITAS, J. A. de S. Fissuras lábiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000. 262p. p. 111-39.

Grupo IV (Fissuras raras da face)



Figura 6 - Fissuras do grupo IV (raras da face): buco-ocular (A), macrostomia bilateral (B), macrostomia e pedículo facial (C). Fonte: AIELLO, C. A., SILVA FILHO, O. G., FREITAS, J. A. de S. Fissuras lábiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: MUGAYAR, L. R. F. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo: Pancast, 2000. 262p. p. 111-39.

1.3- Considerações terapêuticas.

Muito embora a fissura não possa ser prevenida, seus efeitos podem ser minimizados, desde que o portador de fissura lábio-palatal seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar especializada, constituída por profissionais de enfermagem, nutrição, medicina, fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social e pedagogia. A abordagem em equipe deve ser acompanhada de muita disciplina e da correta definição das funções de cada profissional no complexo processo de reabilitação. Este princípio norteia o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da USP, desde a sua fundação.

Todos os membros da equipe têm grande importância neste processo, porém o diagnóstico e o protocolo da reabilitação é definido pelos profissionais que são a base da reabilitação: cirurgião plástico, fonoaudiólogo e ortodontista.

As cirurgias plásticas reparadoras constituem as primeiras etapas terapêuticas e são realizadas na infância, sendo a queiloplastia efetuada a partir dos três meses e a palatoplastia a partir de um ano de idade. Essas cirurgias, ditas primárias, reconstroem o defeito anatômico, propiciando o desenvolvimento de funções normais e recompondo a estética facial. No caso das fissuras labiais unilaterais (fissuras pré-forame incisivo unilateral), a cirurgia reparadora (queiloplastia primária) desempenha papel relevante na morfologia labial, além de devolver a harmonia da face, tendo como função primordial a estética (BERTIER & MACHADO NETO & MONTAGNOLLI, 1996). A técnica adequada, com manipulação precisa dos tecidos moles (mucosa, músculo e pele) e habilidade do cirurgião devolverá a anatomia do lábio.

Nas fissuras pré-forame incisivo unilateral completa a queiloplastia tem função dupla: a estética imediata do lábio e a remodelação a longo prazo, e sempre positiva, do processo alveolar segmentado pela fissura (SILVA FILHO & ROCHA & CAPELOZZA FILHO, 1989). O efeito da queiloplastia ao longo do crescimento facial difere entre as fissuras pré-forame e transforame.

Se para as fissuras pré-forame a remodelação morfológica pós-cirúrgica é sempre positiva, o mesmo não ocorre para as fissuras transforame incisivo unilateral, (CAPELOZZA FILHO et al., 1987; SILVA FILHO & LAURIS & CAVASSAN, 1990). Nas fissuras transforame incisivo unilateral, dada a segmentação completa da maxila, a queiloplastia tem efeito deletério na restrição do crescimento maxilar nas três dimensões espaciais, mas com significância clínica maior no sentido sagital, quando imprime no terço médio da face o retromaxilismo típico do paciente adulto com fissura transforame incisivo unilateral operado na infância. É oportuno lembrar que nas fissuras pré-forame incisivo unilateral o efeito da queiloplastia restringe-se à remodelação dento-alveolar (SILVA FILHO & ROCHA & CAPELOZZA FILHO, 1989).

A queiloplastia primária, realizada preferencialmente na primeira infância, tem valor inestimável ao restabelecer a integridade anatômica labial inacabada na vida pré-natal (figura. 7). No entanto, o que se constata na avaliação de rotina é que os indivíduos fissurados apresentam respostas estéticas diversificadas e inconstantes frente a mesma técnica cirúrgica. Porém não há uma definição se esta variação nos resultados obtidos com uma mesma técnica cirúrgica ocorre devido às repetidas manipulações cirúrgicas, à habilidade individual do cirurgião, ou aos fatores individuais como raciais, formato anatômico da região da fissura ou amplitude da fissura, dentre outros.

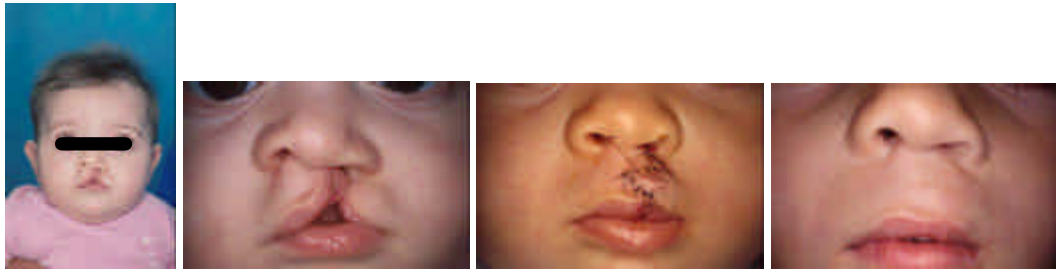


Figura 7 – Queiloplastia primária, realizada nos primeiros meses de vida, pela técnica de SPINA (Zetaplastia).

REVISÃO DE LITERATURA

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Avaliação do processo reabilitador

Reabilitar o paciente fissurado constitui tarefa difícil devido às implicações morfológicas, funcionais e psicológicas que o defeito anatômico acarreta. Isto reafirma a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para o êxito terapêutico. Nenhuma terapia se basta, todas se complementam no processo reabilitador, para tentar integrar psicossocialmente o portador de fissura lábio-palatal na sociedade em que vive. A literatura pertinente mostra que é difícil alcançar as expectativas do paciente, como fica claro nos trabalhos expostos a seguir.

Procurando avaliar a reabilitação de adultos portadores de fissura de lábio e/ou palato, BIRCH & LINDSAY (1971) estudaram 28 meninas de 15 anos e 36 meninos de 17 anos através de questionários e avaliação clínica. Concluíram que os pacientes acharam que obteriam melhores resultados após a rinoplastia.

Procurando avaliar o perfil psicológico dos fissurados quanto à realização pessoal, satisfação com a aparência e com o tratamento e as percepções da influência da fissura, CLIFFORD & CROCKER & POPE (1972) avaliaram 98 pacientes adultos portadores de fissura lábio-palatal, sendo 60 do gênero masculino e 38 do feminino, que foram operados pelo mesmo cirurgião há pelo menos 22 anos atrás. Por

meio de entrevistas e questionários, concluíram que os adultos estavam satisfeitos com si próprios, com sua aparência, seu corpo e com o tratamento recebido. A fissura teve pouquíssima influência na vida pessoal. Dentre as insatisfações, a ordem ascendente de insatisfação foi: dentes, fala, comunicação, nariz e lábios. Porém, 65% da amostra não recebeu tratamento ortodôntico ou fonoaudiológico.

Preocupado em verificar a influência, isolada ou conjunta, da cirurgia de lábio e/ou palato sobre o crescimento do terço médio da face e suas consequências sob o ponto de vista estético-psico-fono-pedagógico-social, BROSCO (1978) comparou 36 pacientes portadores de fissura transforame incisivo unilateral, 10 dos quais não haviam sido operados, 14 operados precocemente de lábio e palato e 12 operados somente de lábio. Para a avaliação estética foram tomadas fotos de frente, perfil e “close” do lábio ampliada três vezes e o método utilizado para a avaliação foi o subjetivo, realizado por dois profissionais. Os analistas eram obrigados a chegar a um consenso único quanto ao número e grau de deformidades associadas. Concluíram que os operados de lábio e palato apresentaram maior número de deformidades associadas, seguidos dos operados de lábio e dos não operados. As deformidades associadas apresentaram a seguinte ordenação quanto à frequência: nasais, maxilo-mandibulares, dento-alveolares, labiais e arcos alveolares.

Preocupado com crianças fissuradas, KAPP (1979), comparou o auto conceito das mesmas com o de crianças normais analisando 34 pacientes com fissura de lábio e/ou palato com 34 não fissurados. A pareação foi realizada baseada no sexo, idade, graduação, raça, classe sócio-econômica e estado civil dos pais. Todas as crianças responderam o “The Piers-Harris Self Concept Scale” que é uma escala diversificada que consiste de 80 sentenças declarativas para as quais as crianças respondem “sim” ou “não”. As crianças fissuradas mostraram maior insatisfação com a aparência física que as não fissuradas. As crianças fissuradas do sexo feminino também mostraram que é significativamente maior a ansiedade, menor o sucesso escolar e são mais infelizes e insatisfeitas.

HELLER & TIDMARSH & PLESS (1981) realizaram estudo de acompanhamento de adultos jovens nascidos com fissura de lábio e/ou palato para determinar os ajustes psicossociais e avaliar os serviços oferecidos. Foi utilizado um questionário, aplicado através de ligações telefônicas, abrangendo 96 adultos jovens, sendo que as perguntas e respostas ocupavam aproximadamente 30 minutos de diálogo. As entrevistas, focadas na realização profissional, estabilidade no trabalho e integração social, mostraram que 33% dos adolescentes têm desajuste social decorrente de alta insatisfação com a aparência, audição, fala, dentes e vida social. Os autores sugerem que o programa de

tratamento deve continuar durante o período da adolescência até o início da vida adulta.

Interessado em comparar adolescentes fissurados com e sem problemas de ajuste psicossocial, RICHMAN (1983) entrevistou 30 indivíduos com idade variando de 15 a 18 anos. Observou que a introversão social dos pacientes fissurados parece ser mais devido à aparência facial do que o problema de fala no período da adolescência.

Procurando comparar a percepção da aparência facial e as condutas de adolescentes portadores de fissura de lábio e palato, RICHMAN & HOLMES & ELIASON (1985) estudaram dois grupos, dividindo-os em bem ajustados ($n = 19$) e pobremente ajustados ($n = 17$). Utilizaram questionários e basearam-se nas avaliações feitas pelos próprios pais sobre a conduta e personalidade e a aparência facial pelos professores. Os resultados deste estudo sugeriram que os adolescentes portadores de fissura de lábio e palato pertencentes ao grupo de bem ajustados, tendem a ter uma percepção real da sua aparência facial e as suas condutas são similares à dos seus pais. O grupo de adolescentes pobremente ajustados tiveram uma percepção irreal de suas aparências faciais e as suas condutas foram mais socialmente aceitas que a dos seus pais.

BRODER & SMITH & STRAUSS (1994) avaliaram, através da aplicação de questionário, a satisfação com a aparência e o ajuste

psicossocial entre os escolares com defeitos visíveis (fissura de lábio), invisíveis (fissura de palato) e com mal posicionamento dentário. Os resultados revelaram que os escolares com defeito visível expressaram maior insatisfação com sua aparência e menor independência social.

No Brasil, mais especificamente no HRAC-USP, GARCIA (1997) em estudo para verificar a auto-imagem dos portadores de fissura lábio-palatal, analisando 20 pacientes adultos jovens, entre 18 e 30 anos de idade, de ambos os sexos, concluiu que a maioria dos pacientes apresentam auto-imagem desfavorável com dificuldades nos contatos sociais e elevado índice de dependência emocional. A conclusão deste trabalho reforça a idéia que a reabilitação cirúrgica exclusivamente não garante uma reestruturação de auto-imagem, sendo necessária uma atenção psicossocial.

PEREIRA (2000), em estudo prospectivo com grupos de portadores de fissura lábio-palatal, verificou que em relação ao auto-conceito os indivíduos operados precocemente (antes de dois anos de idade) têm auto percepções mais positivas do que os operados com idade superior a 10 anos e quanto a auto-estima, apesar de todos apresentarem resultado mediano, os indivíduos com fissura labial, apresentam escores de auto-estima mais altos que os indivíduos com fissura palatina.

Procurando avaliar a satisfação de pacientes com fissura de lábio e/ou palato em relação à aparência facial, tendo como base que a

satisfação se altera com a idade e que existe relação entre a satisfação a aparência e o ajuste psicossocial, THOMAS et al. (1997) aplicaram questionário contendo quatro itens da aparência: dentes, lábio, nariz e perfil, em 111 pacientes fissurados. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o tipo de fissura e idade. Concluíram que a auto-satisfação com a aparência foi maior em faixas etárias elevadas, sendo que em todas elas a insatisfação foi com o nariz.

2.2- Histórico das técnicas cirúrgicas de fissuras labiais

Quanto à cirurgia, as primeiras tentativas de correção do lábio fissurado remonta ao século IV. As técnicas iniciais eram simples e pretendia-se apenas o fechamento do defeito após o reavivamento das bordas da fissura.

PARÉ (1575) foi um dos primeiros a realizar e divulgar a técnica da queiloplastia. Abriu os bordos do lábio fissurado e aproximou-os com agulhas, unindo-os com fios de arame em forma de figura de 8. Verifica-se, desde então, a preocupação em se obter um lábio de tamanho igual ao normal. A partir do século XIX vários são os nomes que fizeram a história deste tipo de cirurgia. VON GRAEFFE (1825); MALGAIGNÉ (1861), sugeriram incisões curvas e MIRAULT (1844) idealizou operações para alongar o lábio, a qual foi modificada por BLAIR & BROWN (1930); BROWN & McDOWELL (1945).

Ao mesmo tempo outras formas de alongamento surgiram e os nomes de HAGEDORN (1884); ROSE (1891); LE MESURIER (1949) merecem também serem lembrados. Posteriormente, novos avanços foram lançados com LE MESURIER (1952); TENNISON (1952); MARCKS & TREVASKIS & COSTA (1953); MILLARD JUNIOR (1954); LE MESURIER (1955); HAGERTY (1958); MILLARD JUNIOR (1958); SPINA & LODOVICI (1959); LE MESURIER (1960); WYNN (1960, 1965); RANDALL (1971), os quais se preocuparam tanto com a estética quanto com a função labial.

Os conceitos modernos de queiloplastia buscam sempre como objetivo o aproveitamento das estruturas presentes no lábio fissurado, com ressecção mínima de tecido, buscando um comprimento normal do lábio e conservação do “arco de cupido” (KASSIS, 1972).

2.3- Idade da queiloplastia primária

A época mais adequada para a cirurgia do lábio tem sido preocupação de vários autores. O consenso é para cirurgias nos primeiros meses de vida, muito embora alguns cirurgiões realizam a queiloplastia logo após o nascimento (BLAIR & BROWN, 1930; BROWM & McDOWELL, 1945; STARK, 1962; LEWIN, 1964; CANNON, 1967).

BLAIR & BROWN (1930) relatam que a fissura labial deve ser corrigida o mais rápido possível, o que pode ser feito nas primeiras 24 horas de vida. Referem que durante os primeiros dias de vida existe,

provavelmente, um trauma associado ao processo do nascimento. A técnica cirúrgica nessa idade é difícil devido as estruturas anatômicas serem muito pequenas, porém há vantagens no aspecto psicossocial para a criança e para a mãe que mais rapidamente superam o trauma ocorrido após o nascimento.

BROWN & McDOWELL (1945) são de opinião que as fissuras labiais podem ser reparadas em qualquer época, mas dão preferência para que sejam efetuadas logo após o nascimento. Segundo eles, o reparo precoce facilita a alimentação e elimina as tensões dos pais. Por outro lado a pressão elástica do lábio tende a estreitar a porção anterior de qualquer fissura palatal associada. Durante o primeiro mês de vida todo o recém-nascido em boas condições tolera a cirurgia e o reparo pode ser feito nas primeiras sete horas. Referem que essa cirurgia não é de emergência e não deve ser feita se não em condições favoráveis. Entretanto, há ainda dúvidas se esses pacientes atingirão melhor desenvolvimento facial se o lábio e palato forem fechados precocemente ou somente na puberdade.

BAUER & TRUSLER & GALNZ (1953) preferem realizar a cirurgia entre duas e seis semanas de idade. O peso de sete libras (3,182g) é geralmente considerado como sendo o mínimo, mas em crianças sadias a operação pode ser feita com menor peso.

A cirurgia abaixo de cinco anos, como aconselha a maioria das escolas, sobretudo nos processos de maior amplitude patológica, é decepcionante se cuidados complementares extra-cirúrgicos não forem adotados em tempo oportuno. Por outro lado, a cirurgia precoce, realizada com técnicas atraumáticas e aceitando o cirurgião a premissa de reparar as fissuras lábio-palatais em múltiplos estágios operatórios de pequeno vulto, apresenta inúmeras vantagens (SPINA, 1965a).

Segundo ELY (1965), nos casos mais simples e com bom estado geral é possível operar desde o dia do nascimento, porém a execução técnica é mais difícil, exigindo rigor na coaptação.

Segundo RANDALL (1971), não existem virtualmente dados concretos que comparem os resultados das cirurgias realizadas em diferentes idades e, se existissem, seriam insuficientes para detectar as possíveis diferenças no crescimento. Este é o motivo pelo qual várias opiniões são enunciadas quanto à idade mais apropriada para a cirurgia, considerando-se a obtenção de resultados melhores e mais seguros. Parece haver, para o autor, pouca razão para que a cirurgia seja realizada como um procedimento de emergência, dentro de 24 a 48 horas após o nascimento. Embora o recém-nascido apresente em geral anticorpos maternos e níveis altos de hemoglobina, ao mesmo tempo está desidratado e exausto, podendo ter outras anomalias congênitas não perceptíveis nos primeiros dias de vida. O nível de hemoglobina e de

anticorpos permanece por diversas semanas, podendo-se então esperar que a criança fique descansada e hidratada, realizando-se a cirurgia após as duas primeiras semanas e, em alguns casos, até aos 3 meses.

MILLARD JUNIOR (1971) defende a regra de “acima de dez “ para a realização do ato cirúrgico, ou seja, quando o recém-nascido tem mais de dez semanas de vida, com peso acima de dez libras e hemoglobina acima de dez gramas por 100 ml. Além dessas vantagens, os tecidos do nariz e do lábio já estão mais desenvolvidos, o que facilita a cirurgia. Portanto, a idade de tres meses seria a época mais favorável para a cirurgia primária do lábio.

HOTZ & GNOINSKI (1976) preconizam, para casos de fissuras transforame incisivo unilateral, a idade de cinco a seis meses, tendo sido realizado previamente tratamento ortopédico, através da utilização de placa de acrílico colocada 24 ou 48 horas após o nascimento, mantida até o momento cirúrgico e recolocada após a cirurgia de lábio.

ABYHOLM & BORCHGREVINK & ESKELAND (1981) relataram o tratamento cirúrgico de pacientes com fissura de lábio e/ou palato em Oslo no período compreendido entre 1954 e 1975. Foram matriculados 1555 pacientes e observaram que os cuidados no planejamento e tempo de cirurgia, cirurgia primária conservadora e atraumática e uma boa cooperação do paciente e de seus familiares são importantes fatores para a contribuição de um resultado final ótimo.

Baseados na experiência dos autores, a queiloplastia primária para as fissuras unilaterais é realizada aos três meses de idade com a técnica de Millard.

2.4- Zetaplastia

Dentro da literatura nacional, os trabalhos de CARDOSO (1952, 1953) e LEMOS (1956) recomendaram as incisões em “Z” em todos os planos e profundidade do lábio (cutâneo, muscular e mucoso) e, quando os retalhos reparados resultavam em cicatriz cutânea irregular, preconizaram incisões em zigue-zague para evitar a retração cicatricial secundária (SPINA 1965b).

SPINA & LODOVICI (1959) descreveram nova técnica onde realizavam a reconstrução do lábio nos planos cutâneo, muscular e mucoso. A sutura do plano cutâneo iniciava-se ao nível do vestíbulo nasal e a seguir dava-se outro ponto ao nível da linha cutâneo-mucosa. A distância entre este último ponto e o colocado no vestíbulo nasal constituía a linha central da plástica em Z (zetaplastia) apenas no plano cutâneo, conforme o alongamento que se desejava, prevenindo a retração secundária. Esta técnica mostrou resultado satisfatório sob o ponto de vista estético e funcional.

Mais tarde KASSIS (1972) realiza modificações táticas na técnica de Spina, introduzindo um “Z” no plano cutâneo, iniciando na

linha cutâneo-mucosa. O comprimento do ramo central do Z deve ser igual a uma vez e meia a diferença de altura verificada entre o lado normal e o lado fissurado.

2.5- Avaliação objetiva e subjetiva da queiloplastia

KAPLAN (1978) avaliou em 112 pacientes as discrepâncias no crescimento do lábio após a realização da queiloplastia e observou que o lábio fica longo após alguns meses ou anos da correção com as técnicas de LeMesurier, Tennison ou Asensio e torna-se mais curto após a correção com a técnica de Millard. Utilizou neste estudo medidas vertical e transversal do lado fissurado e não fissurado enquanto o lábio não havia sido reparado. Este estudo concluiu que a fissura de lábio tem maior crescimento, em torno de 10 a 20%, na direção transversal, paralela ao músculo orbicular, do que perpendicular ao mesmo, levando a aceitar que as técnicas de LeMesurier, Tennison ou Asensio, que transpõem o tecido, levam a um excessivo crescimento vertical.

ENEMARK et al. (1993) compararam 60 pacientes com fissura de lábio e palato unilateral, sendo 48 do gênero masculino e 12 do feminino, quanto a aparência de lábio e nariz, através de fotografias de frente e posição mento-naso em idades variando de sete a dez anos, utilizando método objetivo através de medidas nas fotografias. Cada grupo foi composto por 15 pacientes tratados por protocolos diferentes.

Muitas similaridades foram encontradas como: altura do lábio curto do lado fissurado, inclinação da linha cutâneo-mucosa, assimetria do nariz e retroposição da narina do lado fissurado.

LAZARUS et al. (1997) compararam cinco técnicas de reparo da fissura pré-forame incisivo completa unilateral (Davies, Millard, Fernandes-Hudson, Tenninson-Randall, Nakajima-Yoshimura) em 72 crianças sendo que 45 eram meninos e 27 meninas. A análise realizada foi subjetiva e objetiva, realizada no mínimo nove meses após a intervenção cirúrgica. A distância utilizada para a avaliação objetiva foi do ponto médio do assoalho nasal até o ápice do arco de cupido, de ambos os lados, fissurado e o não fissurado. A análise subjetiva realizou-se a partir da avaliação do resultado da cirurgia considerando os fatores de simetria do arco de cupido, qualidade da cicatriz, alinhamento cutâneo-mucoso, espessura do vermelhão e o filtro labial. Os resultados subjetivos foram: simétricos para arco de cupido; satisfatório para qualidade da cicatriz; bem alinhado para o alinhamento cutâneo-mucoso; homogêneo para a espessura do lábio e filtro labial e no resultado objetivo: 65 dos 72 reparos avaliados (90 %) foram considerados de extensão aceitável, quando comparados ao lado não fissurado, e sete (10 %) reparos apresentaram medidas muito curtas. Os resultados subjetivos e objetivos apresentaram concordância e concluíram que todos os métodos de reparo avaliados tiveram resultados semelhantes.

Segundo BRUSSÉ et al. (1997) existem discussões quanto às vantagens e desvantagens da correção cirúrgica precoce do reparo nasal juntamente à cirurgia primária de lábio. Estes autores realizaram estudo em 38 pacientes, sendo 26 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, para avaliação da simetria e morbidade em pacientes com fissura pré-forame unilateral completa, corrigidas com ou sem aumento de columela. A simetria foi avaliada a partir de fotografias padronizadas usando computador com áreas de sistema de mensuração e a morbidade pelo número de procedimentos revisionais no vermelhão, lábio e ou nariz. Esta avaliação envolveu um grupo de correção nasal primária, grupo de não correção nasal primária e, após comparados entre si, foi realizada a comparação com um grupo controle de não portadores de fissura. Os resultados mostraram diferença não significativa em simetria entre os grupos de correção nasal primária e os de não correção nasal primária, porém ambos quando comparados ao grupo controle mostraram uma significativa assimetria.

DE SANTIS & SAVÓIA (1997) avaliaram 70 pacientes, sendo 20 portadores de fissura pré-forame unilateral completa e 50 pacientes com fissura transforame incisivo unilateral completa. Salientaram a importância do músculo naso-labial lateral na correção cirúrgica primária com a técnica de Millard, assegurando a manutenção do lábio superior e a narina em um comprimento vertical correto da região

lábio-nasal no lado da fissura. Reforçam a importância de manter livre a cartilagem alar para obtenção de uma menor retração cicatricial. Os resultados preliminares parecem ser particularmente promissores com follow up de sete anos e os mesmos não encontraram nenhuma indicação de possível interferência com o crescimento facial.

2.6- Efeito da queiloplastia a longo prazo

A reconstrução cirúrgica do lábio superior gera uma tensão contínua sobre as estruturas adjacentes tais como dentes, alvéolos e base maxilar. Essa tensão remodela em níveis proporcionalmente crescentes com a extensão e gravidade da fissura, ou seja quanto mais extensa e mais grave for a fissura, maior será a tensão e conseqüentemente a remodelagem. O efeito da queiloplastia a longo prazo reflete a influência morfológica desta força resultante da reconstrução cirúrgica.

BARDACH & EISBACH (1977) estudaram em 35 coelhos, o pressionamento do lábio exercido pelo reparo do mesmo durante um período de 20 semanas. Os coelhos foram divididos em quatro grupos: dois destes como controle, um grupo sem fissura e outro com fissura porém sem reparo e os outros dois submetidos a dois diferentes procedimentos cirúrgicos corretivos para o reparo do lábio utilizando as técnicas de Millard e Bardach. Em três grupos foi realizada a cirurgia para induzir a formação de fissura de lábio, alvéolo e palato. Os resultados

mostraram que há uma redução do pressionamento do lábio resultante da fissura induzida, sendo que houve um aumento substancial no pressionamento do lábio em ambos os grupos nos quais a queiloplastia foi realizada.

SILVA FILHO & ROCHA & CAPELOZZA FILHO (1989)

avaliaram cefalometricamente o padrão facial inerente à fissura e as alterações decorrentes da queiloplastia (cirurgia reparadora de lábio), no complexo craniofacial de indivíduos portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa. Foram avaliados, através da cefalometria em norma lateral, 82 pacientes portadores deste tipo de fissura, sendo 36 do sexo masculino e 46 do sexo feminino. Esses pacientes compuseram dois grupos, segundo a época em que a cirurgia foi executada. Foram considerados operados tardiamente aqueles indivíduos nos quais a cirurgia se deu após os 12 anos de idade para o sexo feminino e após os 14 anos para o sexo masculino, e operados precocemente aqueles nos quais a cirurgia foi realizada até os três anos de idade para ambos os sexos. Para a comparação dos resultados obtidos foi utilizado um grupo controle composto de 42 indivíduos com oclusão normal e perfil harmônico. Pela análise dos resultados conclui-se que a fissura de lábio e rebordo imprime, na face, alterações cefalométricas maiores na área da fenda e alterações desprezíveis clinicamente em áreas mais distantes a ela, e que os efeitos da

cirurgia precoce limitam-se à maxila e ao lábio, aproximando-os do normal.

SILVA FILHO & LAURIS & CAVASSAN (1990) avaliaram a morfologia facial, por meio de telerradiografia em norma lateral, de 41 pacientes adultos portadores de fissura transforame incisivo unilateral, operados precocemente de lábio e não operados de palato. A morfologia facial desses pacientes foi comparada com a morfologia facial de indivíduos não fissurados com oclusão aceitável e de pacientes adultos portadores de fissura transforame incisivo unilateral operados de lábio e palato. A comparação com o grupo normal evidenciou alterações semelhantes ao paciente operado de lábio e palato, redução no comprimento das bases apicais e aumento da altura facial ântero-inferior. A comparação do grupo operado somente de lábio com pacientes adultos operados precocemente de lábio e palato mostrou que a palatoplastia exacerba a deficiência sagital da maxila, sendo cumulativo o efeito das cirurgias de lábio e palato.

SILVA FILHO & OKADA & PEREIRA (1991), avaliaram 38 modelos do arco dentário superior de pacientes adultos portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa. O mérito principal do referido trabalho, sem precedentes na literatura especializada, deve-se ao fato desses 38 pacientes não terem recebido nenhum tratamento prévio para fissura. Assim, a amostra é constituída por 38 pacientes adultos não

operados, sendo representativa do padrão morfológico do arco dentário superior de pacientes com fissura pré-forame incisivo unilateral completa, não operados. Isto torna possível aquilatar o grau de influência isolada que a ruptura do lábio e rebordo alveolar acarreta para o arco dentário superior. A presença da fissura, com consequente ausência da contenção labial, interferiu na morfologia do arco dentário, o qual apresentou-se mais longo, devido à projeção do segmento alveolar para vestibular. Este resultado comprova o efeito nefasto, com importante impacto anti-social e odontológico, da fissura sobre a forma do arco dentário superior, ao mesmo tempo que justifica a queiloplastia primária na primeira infância.

GOMIDE & ABDO (1996) analisaram o crescimento maxilar de 30 pacientes portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral incompleta. A avaliação foi feita no sentido transversal e ântero-posterior, desde a fase pré-cirúrgica até a de dentadura decídua completa, tendo encontrado valores semelhantes aos de crianças não fissuradas. Os resultados demonstraram que a cirurgia de lábio não influenciou o crescimento do arco dentário superior destes pacientes. Isto quer dizer que, quanto menor for o envolvimento ósseo na fissura pré-forame incisivo, menor será o efeito morfológico a longo prazo atribuído a cinta muscular criada com a queiloplastia.

OBJETIVO

3 - OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivos:

- Avaliar subjetivamente o resultado estético da queiloplastia primária;
- Avaliar quantitativamente o resultado da queiloplastia primária, e
- Correlacionar a avaliação estética subjetiva com as mensurações objetivas.

METODOLOGIA

4 - METODOLOGIA

4.1- Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) em Bauru, referência do Ministério da Saúde para o atendimento de portadores de dismorfias craniofaciais, cuja finalidade é reabilitar o portador de anomalia craniofacial, independentemente de sua condição socio- econômica, cultural, religiosa e racial, visando sua inserção na sociedade.

O Hospital realiza aproximadamente 250 atendimentos diários, com uma média de 10 casos novos por dia. Possui 114 leitos destinados à internação iminentemente cirúrgica, com uma média de 25 cirurgias/dia.

4.2- População/Amostra

A amostra utilizada neste trabalho foi constituída de 38 pacientes portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa, regularmente matriculados no HRAC-USP. Dos 38 pacientes, 21 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com faixa etária variando de quatro a 14 anos no momento da avaliação, e idade média de 8 anos e 8 meses.

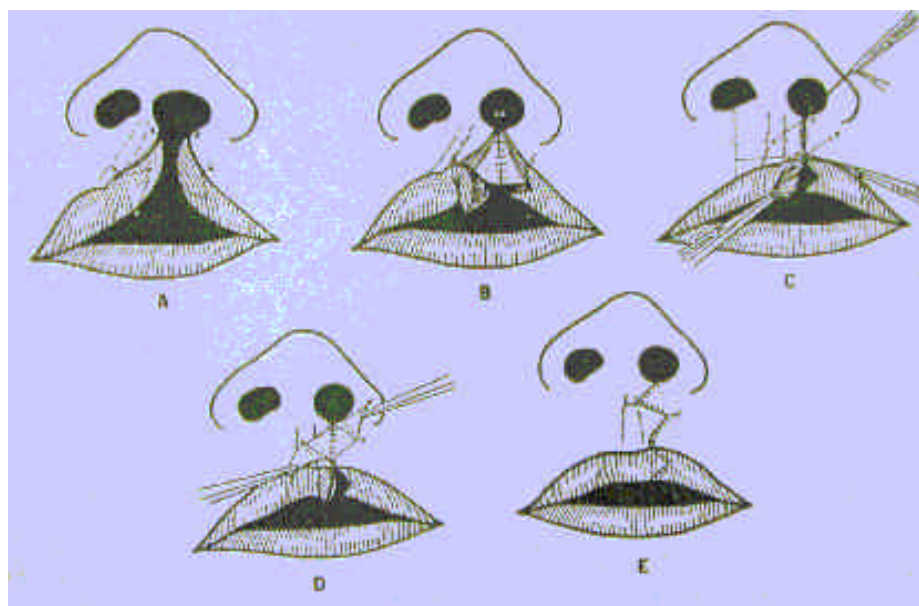


Figura 8 - Representação esquemática da técnica Zetaplastia proposta por SPINA. A Zetaplastia é usada tanto para a queiloplastia nas fissuras unilaterais pré forame incisivo como nas fissuras unilaterais transforame incisivo. Cabe lembrar que no presente trabalho a avaliação restringiu-se às fissuras pré-forame unilateral completa, como ilustrado na figura 9. Fonte: SPINA, V. Fissuras congênicas lábio-palatinas: técnica cirúrgica. In: CORRÊA NETTO, A. *Clínica cirúrgica*. São Paulo: Prociex, 1965. p. 316-30.

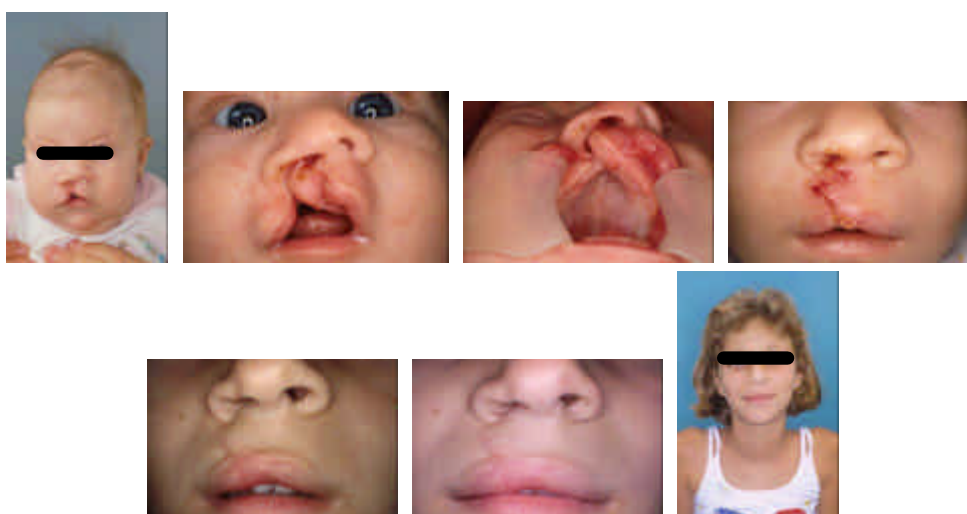


Figura 9 - Representação da amostra utilizada na presente pesquisa: paciente com fissura pré-forame incisivo unilateral completa submetida à queiloplastia primária no HRAC-USP pela técnica Zetaplastia de SPINA.

Todos os pacientes submeteram-se à queiloplastia primária pela técnica de Spina, entre três meses e dois anos de idade, com idade média de 11 meses, realizada pela equipe cirúrgica do HRAC (figura 8 e 9).

A seleção da amostra baseou-se nos seguintes critérios:

- portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa (SPINA et al., 1972), com ausência de bandeleto de Simonart;
- ausência de qualquer outro tipo de malformação congênita associada ou síndromes;
- matriculados no HRAC-USP sem terem recebido nenhum tipo de tratamento cirúrgico para a fissura;
- pacientes que tiveram a reconstrução labial pela técnica de SPINA (zetaplastia), entre 3 meses e 2 anos de idade;
- pacientes que não foram submetidos a nenhum tipo de cirurgia secundária;
- oriundos do Estado de São Paulo e com disponibilidade para retorno ao HRAC para cumprimento do protocolo de pesquisa.

Todos os pacientes do Hospital que preenchiam tais requisitos fizeram parte da amostra, perfazendo 38 pacientes.

4.3- Procedimento de coleta de dados.

A avaliação estética do lábio nos portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa, submetido à queiloplastia primária foi realizada por dois métodos, um subjetivo e outro objetivo.

- AVALIAÇÃO SUBJETIVA

Para a avaliação subjetiva foram tomados *slides* faciais de frente (figura 10) e de “close” do lábio (figura 11), utilizando-se uma câmera fotográfica DENTAL EYE III (Yashica) com uma distância da mesma para com o paciente de 1,20m (frente) e 0,40m (close), utilizando-se filme Kodak EKTACHROME, asa 64, de 135 mm.



Figura 10 – Fotografias faciais de frente, dos 38 pacientes que compuseram a amostra do presente trabalho de pesquisa (fissura pré-forame incisivo unilateral completa).



Figura 11 – Fotografias de close do lábio, dos 38 pacientes que compuseram a amostra do presente trabalho de pesquisa (fissura pré-forame incisivo unilateral completa).

A avaliação subjetiva consistiu na análise dos *slides* faciais e de close do lábio por juízes, agrupados em quatro grupos de avaliadores , sendo que cada grupo era composto de cinco avaliadores. Os quatro grupos de avaliadores foram:

Grupo 1 - Fonoaudiólogas (FONO) ;

Grupo 2 - Pais e pacientes portadores de fissura (FISS) ;

Grupo 3 - Cirurgiões dentistas, fisiologistas e geneticista (DFG) ;

Grupo 4 - Cirurgiões plásticos (CIR).

Os quatro grupos de examinadores foram constituídos por pessoas com vivência da fissura incluindo pais e pacientes portadores de fissura e profissionais do HRAC, por terem experiência visual com a fissura. Dentre os profissionais foram selecionados cirurgiões plásticos, por executarem o procedimento cirúrgico, fonoaudiólogas e cirurgiões dentistas pela acuidade desenvolvida no atendimento rotineiro para a percepção estética da queiloplastia e, finalmente, fisiologistas e geneticista, profissionais relacionados com as condições orgânicas gerais.

A avaliação realizou-se com os referidos grupos em dia previamente agendado, após esclarecimento do objetivo do estudo, possibilidade de livre participação e garantia do anonimato dos mesmos.

A avaliação subjetiva obedeceu a seguinte rotina, que se repetiu para cada grupo de avaliadores:

- 1- Os avaliadores permaneceram em sala propícia para projeção dos *slides*;
- 2- Foi entregue um impresso a cada um dos avaliadores, contendo um quadro composto por três colunas. A primeira destinava-se à identificação dos pacientes, numerados de um a 38; a segunda representava a legenda “satisfatório” (S) e a terceira a legenda “insatisfatório” (I);
- 3- A projeção dos *slides* foi feita simultaneamente por dois projetores. O primeiro (da esquerda) projetava os *slides* faciais de frente (Fig. 10) e, o segundo, os *slides* de "close labial" (Fig. 11). Para cada sequência pareada estabeleceu-se o tempo de 1 minuto.
- 4- O avaliador, imediatamente após a verificação dos *slides*, anotava no impresso sua percepção do resultado global, classificando-o como satisfatório (S) ou insatisfatório (I) para cada um dos 38 pacientes selecionados.

- AVALIAÇÃO OBJETIVA

A avaliação objetiva consistiu em mensurar diretamente no paciente o resultado cirúrgico. Para aplicação do método objetivo houve necessidade de demarcar no lábio do paciente pontos de referência

anatômica, localizados na base do nariz, lábio superior e narinas, para determinação das grandezas lineares (figura 12).

Esses pontos anatômicos, identificados por letras, são:

Clb - Base da columela; Cm - Comissura; Cp - Arco de cupido (pontos laterais); Cpm - Arco de cupido (ponto médio); An - Asa nasal; As - Assoalho nasal.

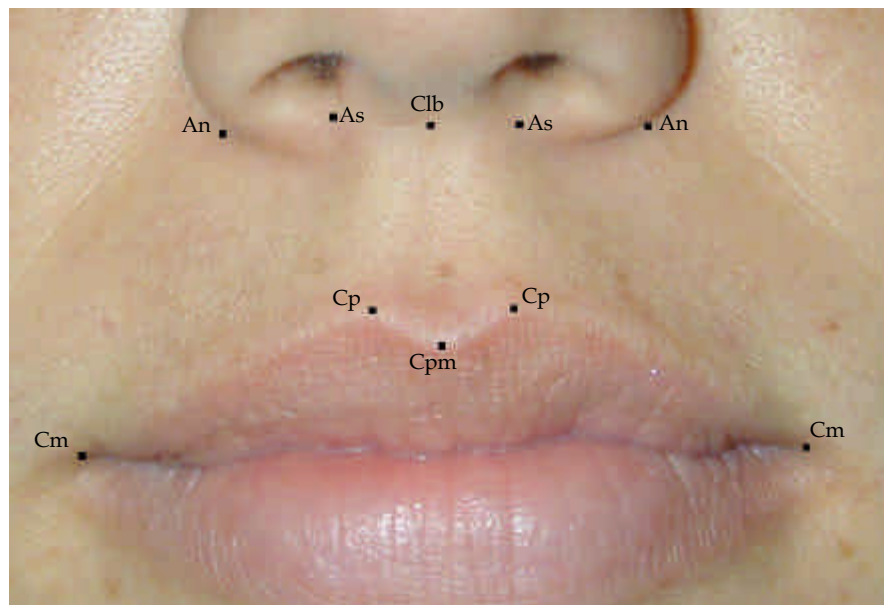


Figura 12 – Fotografia de close do lábio com os pontos anatômicos demarcados.

Utilizando-se dos pontos anatômicos de referência, as seguintes grandezas lineares foram mensuradas diretamente no lábio de cada um dos 38 pacientes da amostra (figura 13):

Base da columela - comissura (lado fissurado) Clb-Cm;
Base da columela - comissura (lado não fissurado) Clb-Cm; Arco de cupido - comissura (lado fissurado) Cp-Cm; Arco de cupido - comissura (lado não fissurado) Cp-Cm; Asa nasal - comissura (lado fissurado) An-Cm; Asa nasal - comissura (lado não fissurado) An-Cm; Asa nasal - arco de cupido (lado fissurado) An-Cp; Asa nasal - arco de cupido (lado não fissurado) An-Cp; Altura do lábio Clb-Cpm; Assoalho nasal - arco de cupido (lado fissurado) As-Cp; Assoalho nasal - arco de cupido (lado não fissurado) As-Cp.

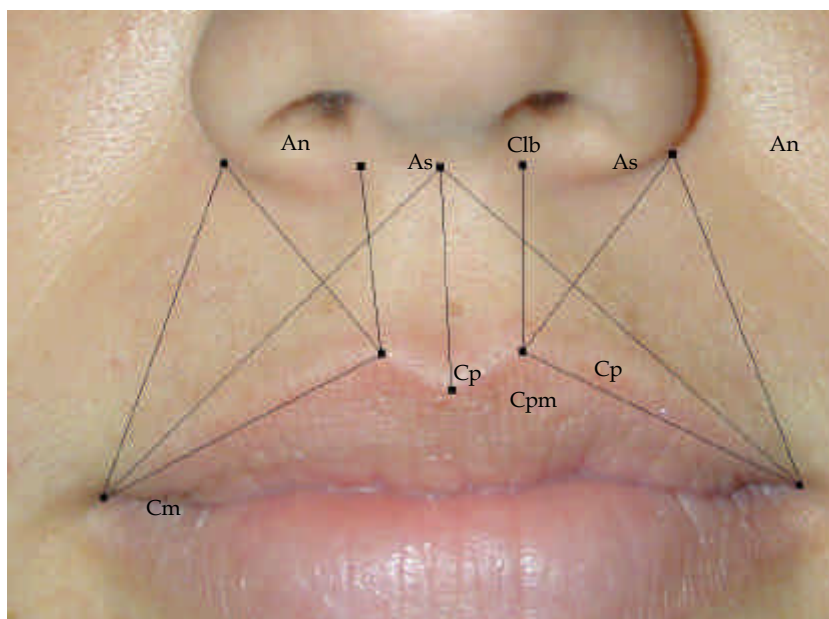
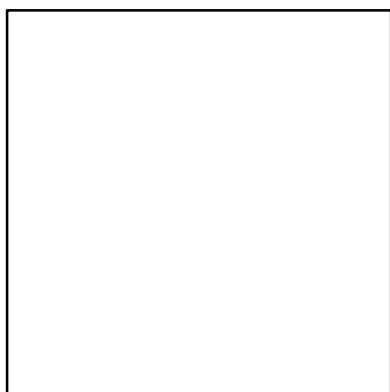


Figura 13 - Fotografia de close do lábio com as linhas representativas das grandezas utilizadas no método objetivo.

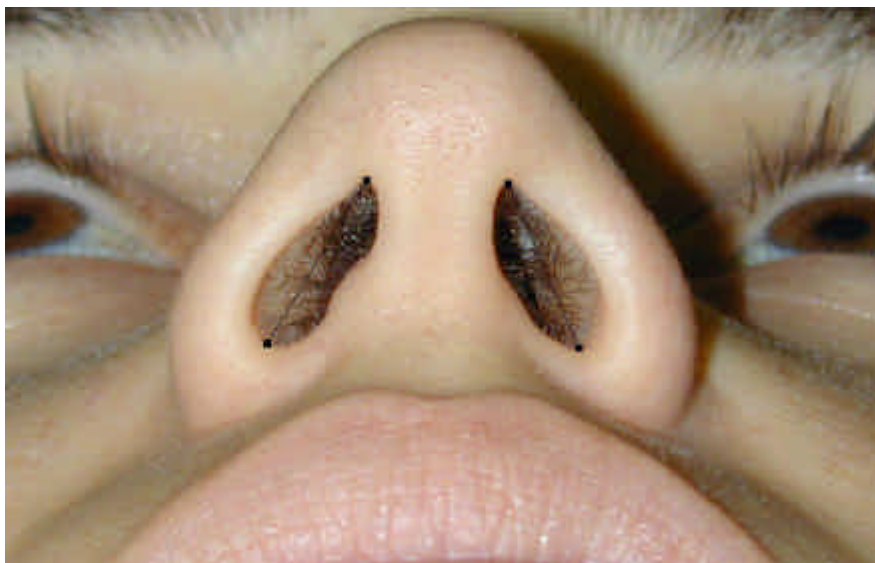


Figura 14 – Fotografia do ápice das narinas ao assoalho nasal para avaliação objetiva das narinas (Na).

Além das mensurações realizadas na região labial, utilizou-se também na avaliação objetiva uma medida que estendia-se desde o ápice das narinas até o assoalho nasal, para determinação do comprimento das narinas (Na), dos lados fissurado e não fissurado. Essa mensuração, assim como as demais, foi realizada diretamente no paciente. Essa distância está ilustrada na figura 14.

As medidas foram realizadas com compasso de pontas secas que determinavam as respectivas distâncias, mensuradas com um paquímetro em milímetros e anotadas em impresso específico para essa finalidade.

Posteriormente estes dados foram submetidos a tratamento estatístico.

4.4- Análise estatística.

Para análise dos resultados utilizou-se estatística descritiva por meio de tabelas, gráficos, parâmetros de média e desvio padrão e valores de frequência absoluta e relativa.

Para avaliar o grau de concordância entre os examinadores utilizou-se o teste estatístico de Kappa (K).

Para comparação das distâncias entre os lados fissurado e não fissurado utilizou-se o teste “t” pareado.

Para verificar a correlação entre o método subjetivo e o objetivo de avaliação utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (R).

Na análise estatística adotou-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

5 - RESULTADOS

Os resultados apresentados consideram duas perspectivas: a identificação dos pacientes em relação à faixa etária (na época da avaliação e idade operatória), sexo e lado acometido pela fissura e as avaliações subjetiva e objetiva do resultado estético.

5.1- Qualificação estatística da amostra.

A tabela 1 e a figura 15 demonstram que há equilíbrio na faixa etária da amostra estudada na época da avaliação, com leve predominância para a faixa etária de oito a dez anos, onde o percentual foi de 36,84 %.

Tabela 1- Distribuição em dados absolutos e percentuais da faixa etária na época da avaliação dos pacientes que compuseram a amostra

Faixa etária	Frequência	Percentual	Freq. Cumulativa
04 - 07 anos	12	31,58 %	31,58 %
08 - 10 anos	14	36,84 %	68,42 %
11 - 14 anos	12	31,58 %	100 %
Total	38	100 %	

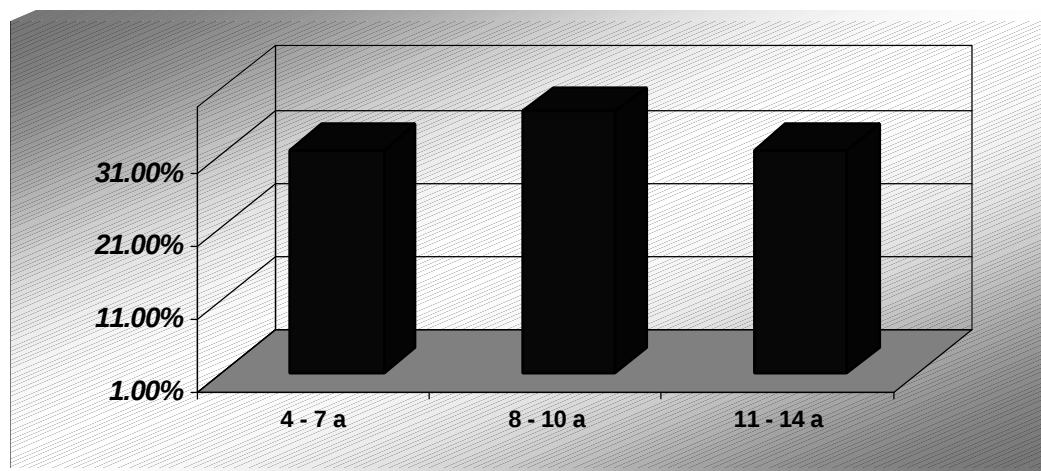


Figura 15- Distribuição em dados percentuais da faixa etária na época da avaliação dos pacientes que compuseram a amostra.

Em relação à idade cirúrgica, idade na época da avaliação e o tempo decorrido entre estas, a tabela 2 demonstra que a média foi de 11 meses, oito anos e oito meses e sete anos e nove meses respectivamente, com desvio padrão de seis meses, dois anos e nove meses e dois anos e oito meses para cada uma das variáveis citadas.

Tabela 2- Dados relativos à média e desvio padrão da idade operatória, idade na época da avaliação e o tempo decorrido entre estas

	Média	Dp
Idade cirúrgica	11m	6m
Idade da avaliação	8 a 8m	2 a 9m
Tempo decorrido	7 a 9m	2 a 8m

Em relação aos dados da faixa etária operatória, 50% ocorreram de três a 11 meses e 50 % acima de um ano de idade (tabela 3 e figura 16).

Tabela 3- Dados absolutos e percentuais da idade operatória

Faixa etária operat.	Frequência	Percentual	Freq. Cumulativa
3m - 11 m	19	50 %	50 %
Acima de 1 ano	19	50 %	100 %
Total	38	100 %	

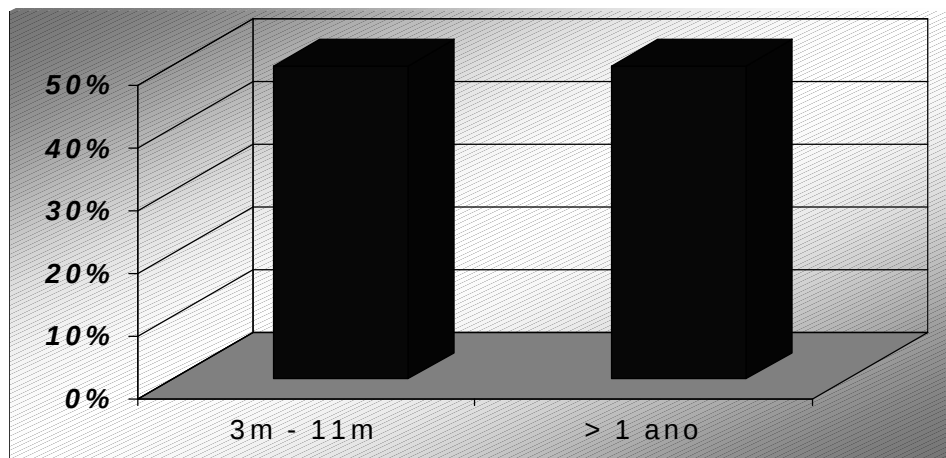


Figura 16 - Dados percentuais da faixa etária operatória.

Quanto ao sexo, 55,26% dos pacientes são do sexo masculino e 44,74 % pertencem ao feminino (tabela 4 e figura 17).

Tabela 4- Distribuição de dados absolutos e percentuais segundo o sexo dos pacientes que compuseram a amostra

Sexo	Frequência	Percentual	Freq. Cumulativa
Feminino	17	44,74 %	44,74 %
Masculino	21	55,26 %	100 %
Total	38	100 %	

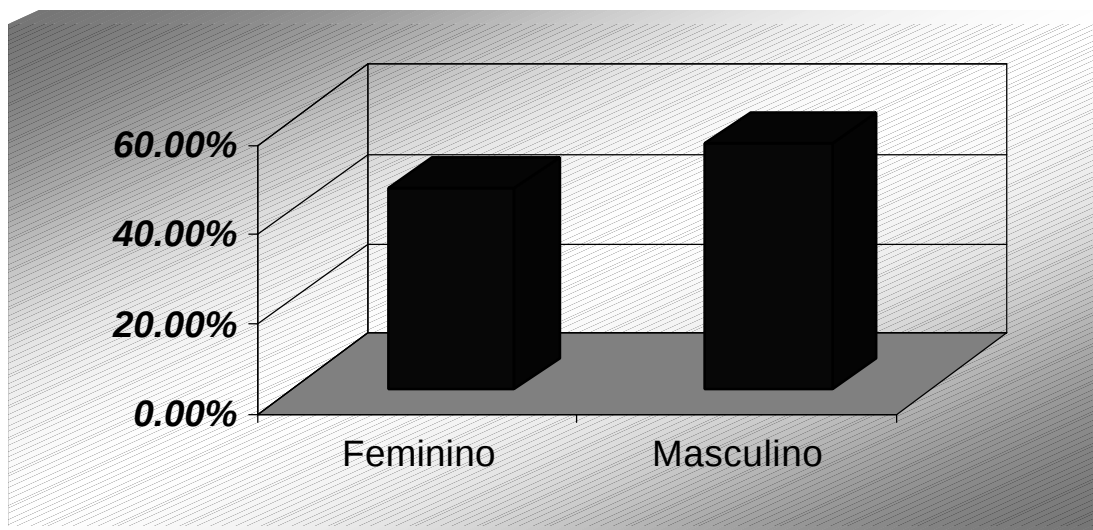


Figura 17- Distribuição percentual segundo o sexo dos pacientes que compuseram a amostra.

A tabela 5 demonstra que relacionando a faixa etária dos pacientes na época da avaliação e o sexo, de quatro a sete anos, cinco pertencem ao sexo feminino e sete ao sexo masculino; de oito a dez anos, cinco são do sexo feminino e nove do masculino e na faixa etária de 11 a 14 anos, sete pertencem ao sexo feminino e cinco ao masculino. Verifica-se que há predominância do sexo masculino em duas faixas etárias (figura 18).

Tabela 5 - Dados relacionando sexo e faixa etária na época da avaliação dos pacientes que compuseram a amostra

Faixa etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
4 - 7 anos	5	7	12
8 - 10 anos	5	9	14
11 - 14 anos	7	5	12
Total	17	21	38

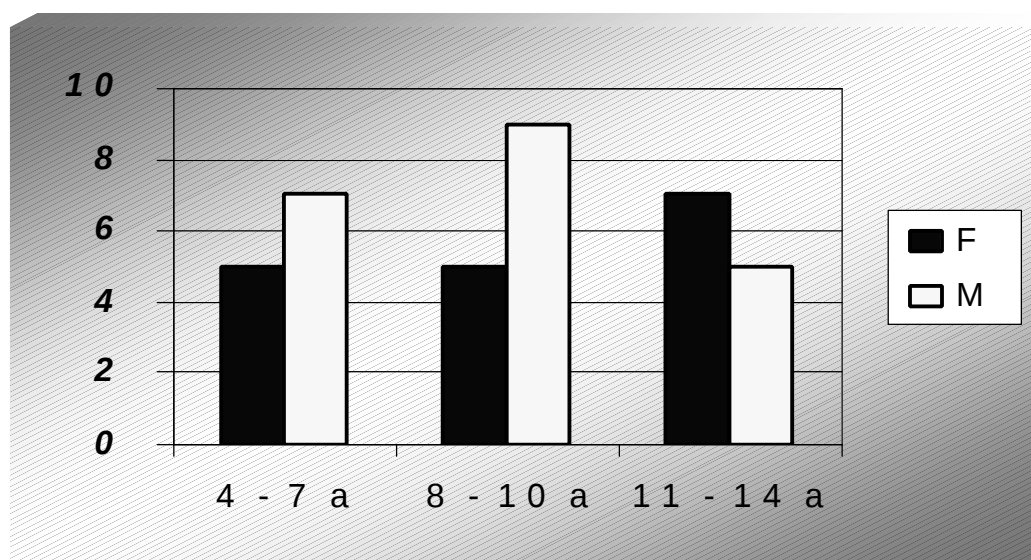


Figura 18 - Dados relativos a faixa etária e sexo dos pacientes que compuseram a amostra.

Quanto ao lado da fissura, existe predominância do lado esquerdo, correspondendo a 68,42 % da amostra (tabela 6 e figura 19).

Tabela 6- Dados absolutos e percentuais do lado da fissura dos pacientes que compuseram a amostra

Lado da fissura	Frequência	Percentual
Direito	12	31,58 %
Esquerda	26	68,42 %
Total	38	100 %

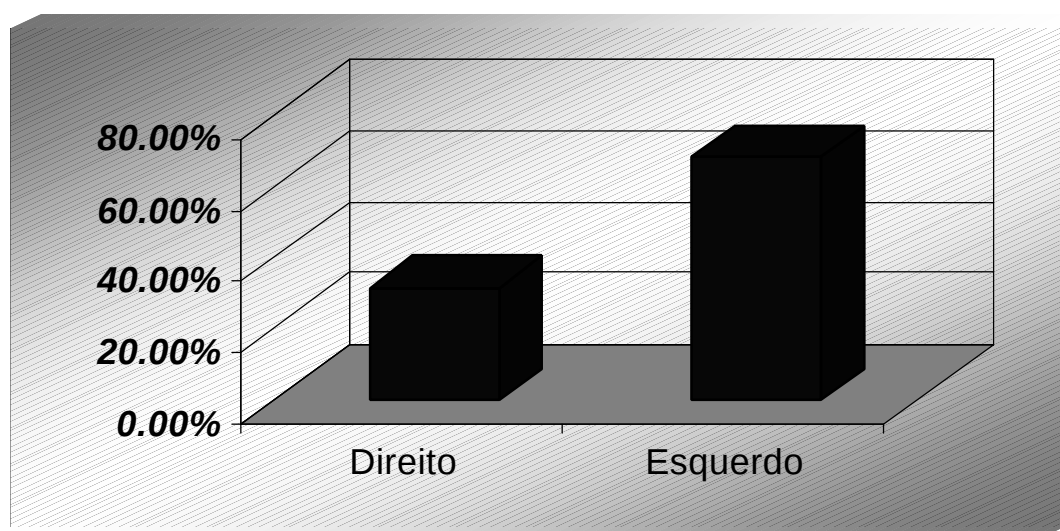


Figura 19 - Dados percentuais do lado da fissura dos pacientes que compuseram a amostra.

Quando se relaciona o lado da fissura com o sexo, observa-se que no sexo feminino a maioria apresenta-se com o lado esquerdo afetado e quanto ao masculino há um equilíbrio pois 10 possuem o lado direito afetado e 11 o esquerdo (tabela 7 e figura 20).

Tabela 7 - Dados da frequência quanto ao sexo e lado da fissura

Sexo	Lado da fissura		Total
	Direito	Esquerdo	
Feminino	2	15	17
Masculino	10	11	21
Total	12	26	38

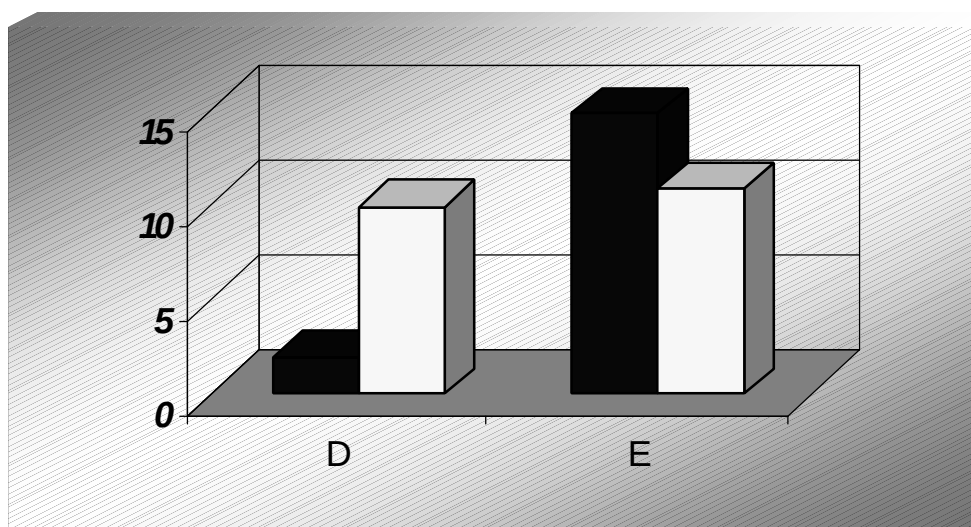


Figura 20 - Dados relativos ao sexo e lado da fissura dos pacientes que compuseram a amostra.

5.2- Avaliação subjetiva.

Os resultados da avaliação subjetiva estão expressos nos quadros 1 e 2, e nas tabelas 8 e 9.

O quadro 1 expõe um amplo painel do resultado total da avaliação subjetiva feita pelos 20 avaliadores (cinco avaliadores para cada grupo). Nesta tabela é possível identificar o total de escores satisfatório (S) e insatisfatório (I) por paciente e por avaliador, além da porcentagem de satisfatório que cada paciente recebeu computando-se os 20 avaliadores. A porcentagem de satisfatório que cada paciente recebeu serviu para classificar os pacientes por ordem decrescente de qualidade cirúrgica, segundo a percepção subjetiva dos 20 juízes. Essa classificação estética encontra-se na última coluna do quadro 1 (CL FIN).

Quadro 1- Resultado da avaliação subjetiva dos 38 pacientes executada pelos 20 avaliadores, sendo 5 de cada grupo (FONO, FISS, DFG E CIR) / S= SATISFATÓRIO / I=INSATISFATÓRIO e a classificação final dos grupos

PAC	FONO					FISS					DFG					CIR					SAT	IN SAT	% SAT	CL FIN
	F1	F2	F3	F4	F5	FIS 1	FIS 2	FIS 3	FIS 4	FIS 5	DFG1	DFG2	DFG3	DFG4	DFG5	CIR1	CIR2	CIR3	CIR4	CIR5				
1	S	S	S	S	S	S	S	S	I	I	I	S	I	S	I	I	I	I	S	S	12	8	60,0	9
2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
3	S	S	S	S	S	I	I	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	16	4	80,0	5
4	I	I	I	I	I	I	S	I	I	I	I	I	S	I	I	S	I	I	I	I	3	17	15,0	15
5	S	I	S	I	I	I	S	S	I	I	I	S	S	S	S	S	I	I	I	S	10	10	50,0	11
6	I	I	S	I	I	S	S	S	I	I	I	I	S	I	S	S	I	S	I	S	9	11	45,0	12
7	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	I	I	S	S	16	4	80,0	5
8	I	I	I	I	I	S	S	I	I	I	I	S	S	I	S	S	S	I	I	I	7	13	35,0	13
9	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	0	100,0	1
10	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
11	I	I	I	S	S	I	S	I	I	S	I	S	I	I	S	S	S	S	S	I	10	10	50,0	11
12	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
13	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	0	100,0	1
14	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
15	S	S	S	S	S	I	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	18	2	90,0	3
16	S	S	S	I	S	S	S	S	I	I	I	S	S	S	I	I	S	S	I	S	13	7	65,0	8
17	I	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	17	3	85,0	4
18	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
19	I	I	S	S	S	I	I	I	S	S	I	I	S	I	S	S	S	I	S	S	11	9	55,0	10
20	S	S	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	S	I	S	S	I	I	I	5	15	25,0	14
21	I	I	S	I	S	I	S	I	I	S	I	S	S	I	I	S	S	S	S	S	11	9	55,0	10
22	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	19	1	95,0	2
23	S	S	S	S	I	I	S	S	S	S	I	I	S	S	S	S	S	I	S	S	15	5	75,0	6
24	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
25	S	S	I	I	I	I	I	S	I	S	I	S	S	S	S	S	S	S	I	S	12	8	60,0	9
26	S	I	S	I	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	17	3	85,0	4
27	S	S	S	S	S	I	S	S	S	I	S	S	S	I	I	I	S	I	S	I	13	7	65,0	8
28	S	I	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	I	S	S	S	S	S	S	17	3	85,0	4
29	S	S	S	I	I	S	S	S	I	S	S	S	S	I	S	S	I	I	S	S	14	6	70,0	7
30	S	S	I	I	S	I	S	I	S	S	S	I	I	S	I	S	S	I	S	S	12	8	60,0	9
31	I	I	I	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	I	S	S	S	S	S	S	15	5	75,0	6
32	S	S	S	S	I	I	S	I	I	S	S	S	S	S	I	S	S	I	S	S	14	6	70,0	7
33	I	I	I	S	S	I	S	S	I	I	I	I	I	I	S	S	S	I	I	I	7	13	35,0	13
34	I	I	S	S	S	S	I	I	S	S	S	S	S	I	S	S	I	S	S	S	14	6	70,0	7
35	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	S	S	S	19	1	95,0	2
36	S	S	I	S	I	I	S	I	I	S	S	I	I	S	I	S	I	I	S	I	9	11	45,0	12
37	S	S	S	I	I	I	I	S	I	S	S	S	S	I	S	S	I	S	I	S	12	8	60,0	9
38	S	S	I	S	S	S	S	S	I	S	I	I	S	S	S	S	S	I	S	I	13	7	65,0	8
SAT	28	24	28	26	27	20	31	26	22	27	22	28	31	22	28	35	29	22	28	30	14,1	5,95	70,3	m.
INSAT	10	14	10	12	11	18	7	12	16	11	16	10	7	16	10	3	9	16	10	8	4,48	4,48	22,4	Dp

Legenda: FONO – Fonoaudiólogas

FISS – Pais e pacientes portadores de fissura

DFG – Cirurgiões dentistas, fisiologistas e geneticista

CIR – Cirurgiões Plásticos

SAT - Satisfatório

IN SAT - Insatisfatório

CL FIN – Classificação Final

O quadro 2 - mostra a frequência de satisfatórios e insatisfatórios por grupo de avaliadores (FONO, FISS, DFG e CIR) e a moda de cada uma delas que serviu para determinar a classificação do paciente por cada categoria. Os quatro grupos de avaliadores foram dispostos da seguinte maneira:

FONO = Fonoaudiólogas (grupo 1);

FISS = Pais e pacientes portadores de fissura (grupo 2);

DFG = Cirurgiões dentistas, fisiologistas e geneticista (grupo 3);

CIR = Cirurgiões Plásticos (grupo 4).

Quadro 2 - Resultado da avaliação por grupo de avaliadores, incluindo a moda para cada grupo.

PACIENTES	SAT / FONO	INSAT/ FONO	MODA/ FONO	SAT/FISS	INSAT/FISS	MODA/ FISS	SAT/DFG	INSAT/DFG	MODA/ DFG	SAT/CIR	INSAT/CIR	MODA/CIR
1	5	0	S	3	2	S	2	3	I	2	3	I
2	5	0	S	5	0	S	4	1	S	5	0	S
3	5	0	S	2	3	I	5	0	S	4	1	S
4	0	5	I	1	4	I	1	4	I	1	4	I
5	2	3	I	2	3	I	4	1	S	2	3	I
6	1	4	I	3	2	S	2	3	I	3	2	S
7	5	0	S	4	1	S	4	1	S	3	2	S
8	0	5	I	2	3	I	3	2	S	2	3	I
9	5	0	S	5	0	S	5	0	S	5	0	S
10	5	0	S	4	1	S	5	0	S	5	0	S
11	2	3	I	2	3	I	2	3	I	4	1	S
12	5	0	S	5	0	S	4	1	S	5	0	S
13	5	0	S	5	0	S	5	0	S	5	0	S
14	5	0	S	4	1	S	5	0	S	5	0	S
15	5	0	S	3	2	S	5	0	S	5	0	S
16	4	1	S	3	2	S	3	2	S	3	2	S
17	3	2	S	5	0	S	4	1	S	5	0	S
18	5	0	S	4	1	S	5	0	S	5	0	S
19	3	2	S	2	3	I	2	3	I	4	1	S
20	2	3	I	0	5	I	1	4	I	2	3	I
21	2	3	I	2	3	I	2	3	I	5	0	S
22	5	0	S	5	0	S	5	0	S	4	1	S
23	4	1	S	4	1	S	3	2	S	4	1	S
24	4	1	S	5	0	S	5	0	S	5	0	S
25	2	3	I	2	3	I	4	1	S	4	1	S
26	3	2	S	4	1	S	5	0	S	5	0	S
27	5	0	S	3	2	S	3	2	S	2	3	I
28	4	1	S	5	0	S	3	2	S	5	0	S
29	3	2	S	4	1	S	4	1	S	3	2	S
30	3	2	S	3	2	S	2	3	I	4	1	S
31	2	3	I	5	0	S	3	2	S	5	0	S
32	4	1	S	2	3	I	4	1	S	4	1	S
33	2	3	I	2	3	I	1	4	I	2	3	I
34	3	2	S	3	2	S	4	1	S	4	1	S
35	5	0	S	5	0	S	4	1	S	5	0	S
36	3	2	S	2	3	I	2	3	I	2	3	I
37	3	2	S	2	3	I	4	1	S	3	2	S
38	4	1	S	4	1	S	2	3	I	3	2	S
FONO= 28 SAT (S) / 10 INSAT (I)				FISS= 25 SAT (S) / 13 INSAT (I)			DFG= 27 SAT (S) / 11 INSAT (I)			CIR= 30 SAT (S) / 8 INSAT (I)		

Legenda: FONO – Fonoaudiólogas

FISS – Pais e pacientes portadores de fissura

DFG – Cirurgiões dentistas, fisiologistas e geneticista

CIR – Cirurgiões Plásticos

SAT - Satisfatório

IN SAT - Insatisfatório

A tabela 8 mostra os valores de Kappa ("K") representativos do nível de concordância inter-examinadores para cada grupo de avaliadores. Os resultados, com o valor "K" variando de 0,154 a 0,261, mostram que a concordância entre a maioria destes é muito pequena.

Pela média das concordâncias nas categorias, verificamos que os grupos FONO e CIR, apresentaram melhores resultados (68,97 %), muito embora o valor de Kappa oscilou entre esses dois grupos de 0,261, para FONO, a 0,154, para CIR.

Tabela 8 - Porcentagem de concordâncias e valor de Kappa entre os examinadores de cada grupo para avaliação subjetiva dos pacientes

AVALIA	FONO		FISS		DFG		CIR	
DORES	%	k	%	k	%	k	%	k
1 X 2	89,5	0,76	60,5	0,18	68,4	0,32	73,8	0,05
1 X 3	73,7	0,32	68,4	0,36	65,8	0,24	60,5	0,09
1 X 4	63,2	0,11	63,2	0,26	63,2	0,24	71,1	0,04
1 X 5	60,5	0,01	55,3	0,08	57,9	0,09	76,3	0,08
2 X 3	63,2	0,16	65,8	0,11	81,6	0,47	65,8	0,25
2 X 4	63,2	0,18	55,3	0,00	52,6	- 0,02	71,1	0,23
2 X 5	55,3	0,00	63,2	0,00	68,4	0,19	65,8	0,02
3 X 4	68,4	0,23	63,2	0,22	50,0	- 0,11	57,9	0,09
3 X 5	71,1	0,28	55,3	- 0,01	76,3	0,32	73,7	0,42
4 X 5	81,6	0,56	71,1	0,38	47,4	- 0,14	73,7	0,27
MÉDIA	68,97	0,261	62,13	0,158	63,16	0,160	68,97	0,154
dp	10,36	0,239	5,57	0,146	11,23	0,200	6,19	0,131

Kappa:

≤ 0 = Pobre

0 - 0,20 = Muito pequena

0,21 - 0,40 = Pequena

0,41 - 0,60 = Moderada

0,61 - 0,80 = Bom

0,81 - 1,00 = Muito bom

Fonte: LANDIS, J. R., KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, v.33, p. 159-74, 1977.

Na tabela 9 pode-se verificar que a concordância entre os grupos é maior que a concordância individual (tabela 8). Neste caso, a concordância, em sua maioria, permaneceu no grau moderado com um Kappa médio de 0,43. O valor “K” variou entre os extremos de 0,37 a 0,57.

Tabela 9 - Porcentagem de concordâncias e o valor de Kappa (“K”) inter-grupos

CATEGORIAS	%	K
FONO X FISS	81,6	0,57
FONO X DFG	76,3	0,41
FONO X CIR	78,9	0,42
FISS X DFG	73,7	0,39
FISS X CIR	76,3	0,42
DFG X CIR	76,3	0,37
MÉDIA	77,18	0,43
Dp	2,72	0,07

5.3- Avaliação objetiva.

Os resultados da avaliação objetiva estão expressos nas tabelas 10 e 11. A tabela 10 mostra as médias, desvios padrão e teste “t” pareado entre os lados fissurado e não fissurado para as grandezas mensuradas.

Tabela 10 - Média, Desvio Padrão e Teste "t" pareado para comparação das medidas realizadas nos lados fissurado e não fissurado

MEDIDAS	LADO FISSURADO		LADO NÃO FISSURADO		DIFER.	Teste “t”	“p”
	Média	dp	Média	dp			
Clb-Cm	33,83	2,63	32,42	2,65	1,41	4,841	<0,001*
Cp-Cm	27,96	2,93	27,79	2,98	0,17	0,509	0,614 ns
An-Cm	27,17	3,44	28,03	3,65	- 0,86	2,673	0,011*
An-Cp	20,13	3,76	21,50	4,32	- 1,37	3,926	<0,001*
Na	11,08	2,41	09,25	1,83	1,83	5,445	<0,001*
As-Cp	13,74	2,89	14,43	2,95	- 0,69	3,065	0,004*

* - Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

ns - Diferença estatisticamente não significativa

Conforme ilustrado na tabela 10, exceto para a grandeza Cp-Cm (arco de cupido-comissura), todas as medidas exibiram diferença estatisticamente significativa entre os lados fissurado e não fissurado.

A tabela 11 mostra a média e o desvio-padrão da distância representativa da altura vertical do lábio (Clb-Cpm).

Tabela 11 - Média e desvio padrão da medida realizada da distância entre a columela (base) e arco de cupido (ponto médio)

MEDIDA	MÉDIA	Dp
Clb-Cpm	13,47	3,00

5.4- Avaliação subjetiva X avaliação objetiva.

Os resultados da comparação entre a avaliação subjetiva e a objetiva estão expressos na tabela 12. Esta mostra que não houve correlação estatisticamente significativa entre o julgamento subjetivo dos avaliadores (quadro 1) com as diferenças objetivas mensuradas entre os lados fissurado e o não fissurado.

Tabela 12- Coeficiente de correlação de Spearman (R) entre as diferenças (em valor absoluto) dos lados fissurado e não fissurado, e a classificação de julgamento dos avaliadores

MEDIDAS	R	"p"
Clb-Cm	0,116	0,486 ns
Cp-Cm	- 0,009	0,959 ns
An-Cm	0,191	0,252 ns
An-Cp	0,074	0,659 ns
Na	- 0,150	0,369 ns
As-Cp	- 0,184	0,268 ns

ns - correlação estatisticamente não significativa ($p > 0,05$)

Os gráficos sete a 12 mostram a distribuição dos 38 pacientes pela sua classificação subjetiva e cada uma das medidas objetivas avaliadas.

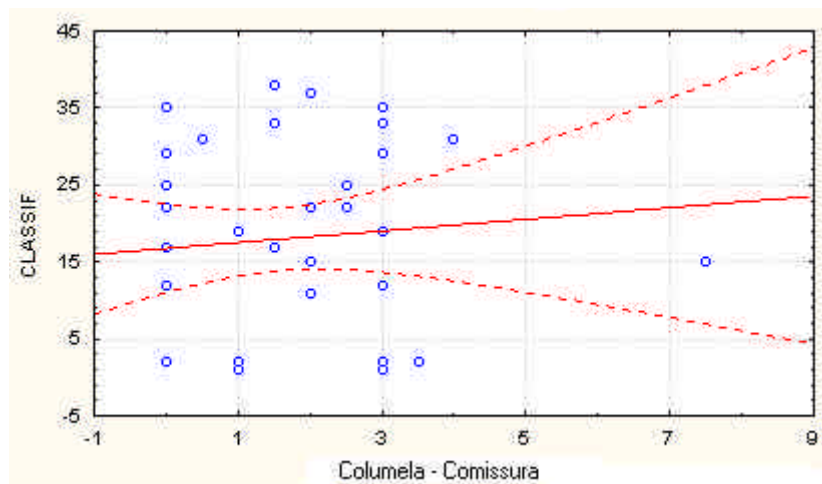


Figura 21- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: columela à comissura (Clb-Cm) em milímetros.

Clb-Cm lado fissurado - média 33,83 e desvio padrão 2,63

Clb-Cm lado não fissurado - média 32,42 e desvio padrão 2,65

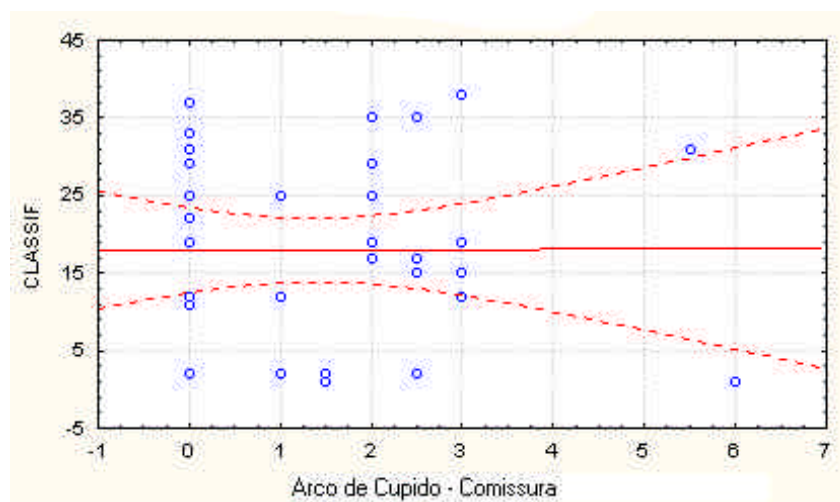


Figura 22 - Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: arco de cupido à comissura (Cp-Cm) em milímetros.

Cp-Cm lado fissurado - média 27,96 e desvio padrão 2,93

Cp-Cm lado não fissurado - média 27,79 e desvio padrão 2,98

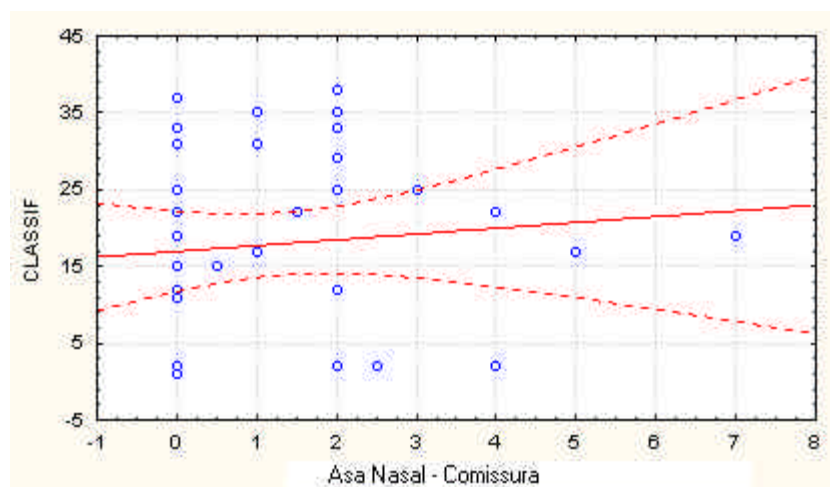


Figura 23- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: asa nasal à comissura (An-Cm) em milímetros.

An-Cm lado fissurado - média 27,17 e desvio padrão 3,44

An-Cm lado não fissurado - média 28,03 e desvio padrão 3,65

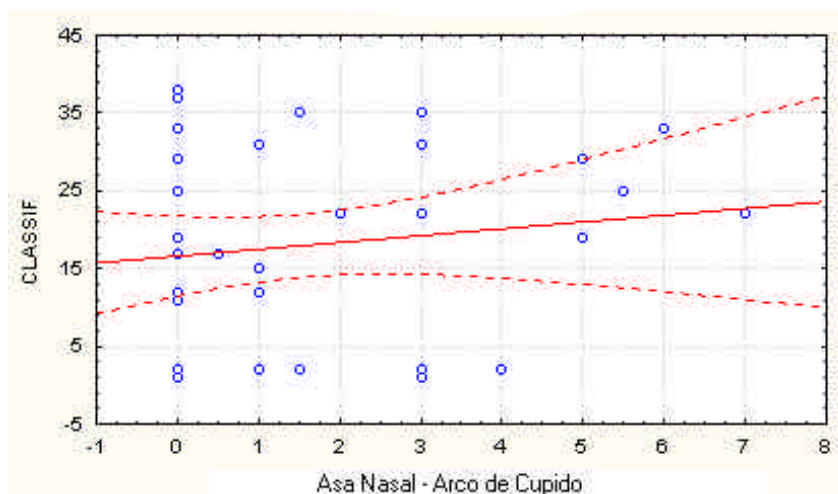


Figura 24- Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: asa nasal - arco de cupido (An-Cp) em milímetros.

An-Cp lado fissurado - média 20,13 e desvio padrão 3,76

An-Cp lado não fissurado - média 21,50 e desvio padrão 4,32

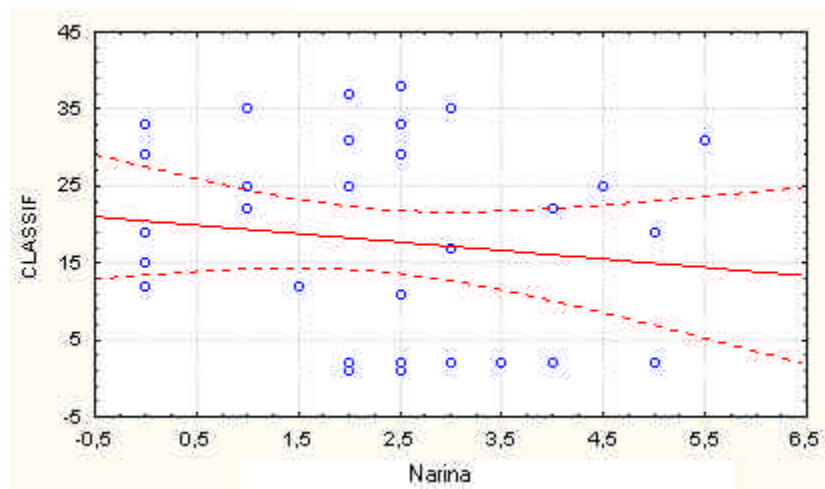


Figura 25 - Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: narina (Na) em milímetros.

Na lado fissurado - média 11,08 e desvio padrão 2,41

Na lado não fissurado - média 9,25 e desvio padrão 1,83

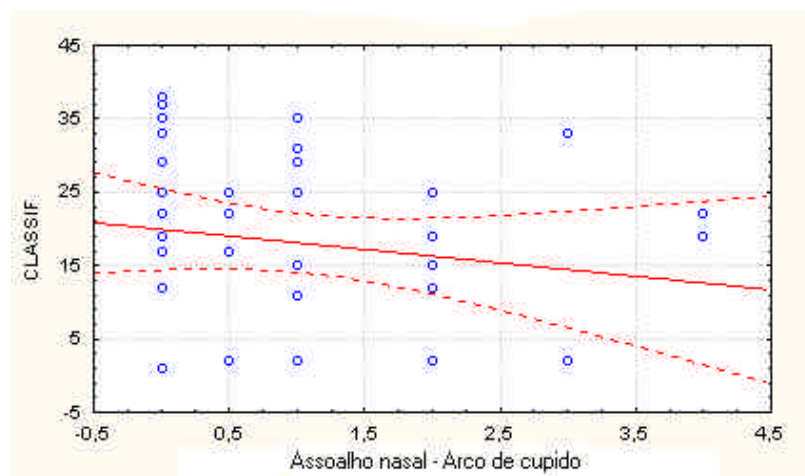


Figura 26 - Dispersão dos valores da classificação e as diferenças dos lados fissurado e não fissurado quanto a distância: assoalho nasal - arco de cupido (As - Cp) em milímetros

As-Cp lado fissurado - média 13,74 e desvio padrão 2,89

As-Cp lado não fissurado - média 14,43 e desvio padrão 2,95

DISCUSSÃO

6 - DISCUSSÃO

As fissuras de lábio e/ou palato são, das malformações craniofaciais, as mais frequentes, podendo constituir grave problema médico-odonto-psico-fono-social, na dependência da extensão do defeito.

Os estudos sobre a sua ocorrência têm sido realizados em todas as partes do mundo, visando contribuir para um melhor conhecimento dos fatores etiológicos prováveis e da eventual influência de raça, sexo, idade dos pais, condições sociais, ação de drogas, estresse, hereditariedade e outros. É evidente que essas variáveis não determinam o aparecimento das malformações, mas constituem fatores predisponentes que interferem nas estatísticas (SILVA, 1983).

Segundo dados levantados na região de Bauru, Estado de São Paulo, a incidência de fissuras lábio palatais é de um indivíduo para cada 650 nascidos vivos (NAGEM FILHO & MORAES & ROCHA, 1968).

Embora não se possa ainda prevenir o nascimento de crianças fissuradas, é possível elaborar protocolos de tratamento que reabilitam o defeito congênito e amenizam as suas consequências. Os protocolos de tratamento devem ser iniciados precocemente, logo após o nascimento, o que não só irá evitar a alta percentagem de óbitos que ocorrem no primeiro ano de vida, como o aparecimento de deformidades

no desenvolvimento da oclusão, no crescimento dos ossos da face e problemas de fala (SILVA, 1983).

Apesar desta malformação ser tão antiga quanto a história do homem e outros países mais adiantados enfrentarem o problema com critério científico há várias décadas, em toda a América Latina, incluindo o Brasil, o problema nunca foi encarado do mesmo modo, mas visando apenas a solução estética e, mesmo assim, de modo incompleto e incorreto (SILVA, 1983).

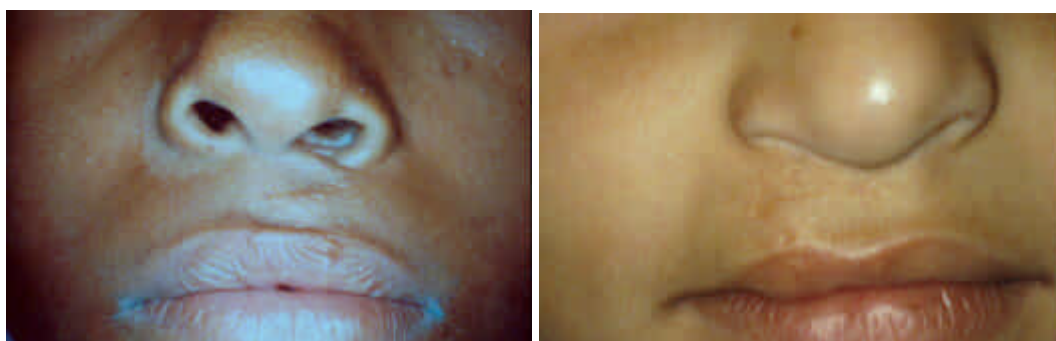
As cirurgias plásticas reparadoras desempenham papel relevante na reabilitação do paciente portador de fissura lábio-palatal e, por razões óbvias, constituem as primeiras etapas terapêuticas. A queiloplastia é realizada a partir dos três meses de idade e a palatoplastia a partir dos doze meses. Assim, essas cirurgias ditas primárias reparam o lábio e o palato, respectivamente, e oferecem condições para que as demais especialidades possam atuar de forma integrada, visando a reabilitação global do paciente e sua reintegração na sociedade (CLINICAL STANDARDS ADVISORY GROUP, 1998). Nas fissuras pré-forame incisivo, alvo da presente pesquisa, a queiloplastia consistiu a única cirurgia primária, visto que o palato encontra-se intacto.

No presente trabalho de pesquisa, a avaliação estética dos 38 pacientes selecionados foi efetuada por dois métodos: Subjetiva e Objetiva.

Avaliação subjetiva

A avaliação subjetiva consistiu em atribuir os escores satisfatório ou insatisfatório ao resultado estético da queiloplastia primária, levando-se em consideração somente a projeção simultânea dos *slides* de face (vista frontal) e de close do lábio de cada um dos 38 pacientes da amostra (figuras 10 e 11). Os 20 juízes, sendo cinco leigos, dez profissionais de saúde e cinco cirurgiões plásticos, tinham vivência com a fissura e este constituiu o critério de seleção dos mesmos.

De certa forma, a avaliação subjetiva é isenta de critérios metodológicos científicos onde prevalece mesmo o impacto estético da correção cirúrgica, provavelmente influenciando pela simetria entre os lados fissurado e não fissurado, pela reconstituição plena do arco de cupido, pela continuidade harmoniosa da linha representativa do vermelhão do lábio e, até mesmo, pela simetria nasal. Sem contar naturalmente, com a influência inevitável da beleza transcendental.



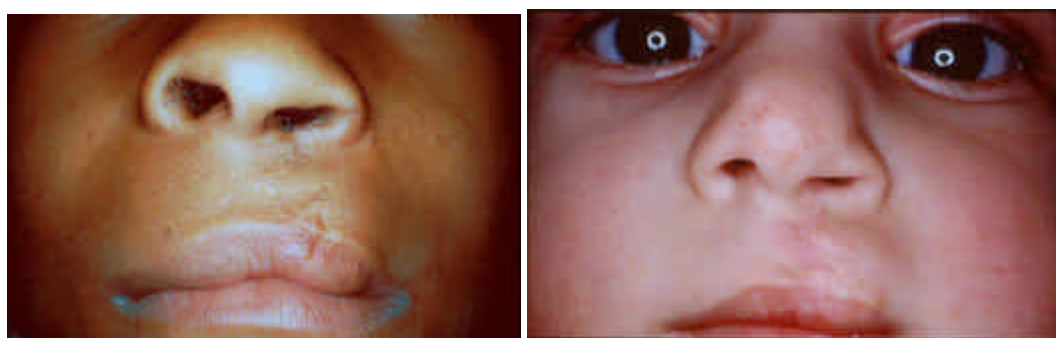
100% "S"

100% "S"



70% "S"

70% "S"



25% "S"

15% "S"

Figura 27 – Exposição de pacientes representando 100% de aprovação, 70% de aprovação, 25% de aprovação e 15% de aprovação. A porcentagem de aprovação foi determinada pela porcentagem de satisfatório (S) atribuída pelos avaliadores, de acordo com a análise visual subjetiva.

A figura 27 exemplifica a avaliação subjetiva com a exposição de seis pacientes que receberam porcentagens diferentes de “satisfatório” (S), de acordo com o quadro 1. Os dois primeiros pacientes representam, entre os 38 avaliados, os dois que receberam unanimidade (100 % de “S”). Os dois pacientes intermediários estão dentro da média encontrada para a porcentagem de satisfatório (70 % de “S”). E os dois últimos pacientes retratam as duas piores avaliações subjetivas (25% e 15% de “S”).

A avaliação subjetiva, ainda que isenta de critérios científicos objetivos, tem grande valor. No presente trabalho de pesquisa ela representou o índice de sucesso estético conferido pela queiloplastia primária. E o índice médio atribuído pelos 20 juizes foi bom, 70,3 % de aprovação (Quadro 1). Isto quer dizer que 70,3% dos pacientes apresentaram-se com uma estética facial e labial agradável. Aliás, o objetivo estético compreende a principal justificativa da queiloplastia.

A avaliação estética tem característica mais subjetiva que objetiva. Os critérios de beleza não são universais e sim individuais, tendo em vista os vários tipos de populações, cada uma com suas características faciais.

Isto justifica plenamente estes resultados, onde a avaliação subjetiva foi menos complexa, facilitando os avaliadores dentro dos seus critérios de análise, daí a variabilidade de seus resultados, em apenas 30%.

A tabela 9 mostra tendência para uma avaliação subjetiva mais crítica entre o grupo de pais e pacientes portadores de fissura (FISS), com valores intermediários para os grupos de fonoaudiólogos (FONO) e cirurgiões dentistas, fisiologistas e geneticista (DFG), e valores mais satisfatórios para o grupo de cirurgiões plásticos (CIR).

O grupo FISS alcançou 23 satisfatórios, enquanto o grupo CIR, 30. Esta diferença reflete a maior exigência dos pacientes no tocante a estética desenvolvida pela cirurgia e a maior condescendência dos cirurgiões plásticos frente às limitações dos resultados impostos pela anatomia e pela própria técnica cirúrgica.

Considera-se pela interpretação da tabela 8, que o nível de concordância entre a maioria dos examinadores para cada grupo de avaliadores foi considerado muito pequeno. Isso é facilmente justificável pelo alto grau de subjetividade da avaliação visual. Pela média verificou-se que a categoria de FONO apresentou melhor resultado que as demais, correspondendo a 68,97 % de concordância e valor Kappa de 0,261. No entanto, o valor de Kappa mostra uma correlação muito pequena, o que significa que os juízes não concordam necessariamente no tocante à avaliação do mesmo paciente.

A concordância que existiu entre as categorias foi de grau moderado, conforme o valor de Kappa, pois quando a avaliação é feita por um grupo de pessoas e se seleciona a moda para cada paciente, tende a

haver uma maior concordância entre o resultado final e o grupo de avaliadores.

Percebe-se que não houve correlação significativa entre o julgamento dos avaliadores com as diferenças entre os lados fissurado e o não fissurado. Isto significa que uma maior diferença entre os lados não implicou em julgamento mais insatisfatório pelos avaliadores.

LAZARUS et al. (1997) avaliaram subjetivamente e objetivamente comparando cinco técnicas de reparo da fissura pré-forame incisivo completa unilateral em 72 pacientes, e concluíram que os achados objetivos e as impressões subjetivas apresentaram concordâncias, ou seja, a diferença mínima no resultado foi independente da extensão da deformidade ou do tipo de reparo realizado, e sugeriram que todos os métodos utilizados de fissuras labiais avaliadas, se adequadamente executadas, produzem resultados semelhantes, deste modo os cirurgiões envolvidos nos tratamentos de pacientes portadores de fissura deveriam persistir com a técnica da qual os mesmos tem mais experiência e sentem-se mais a vontade. E também que os mesmos voltados para reabilitação de portadores de fissura continuamente avaliem seus próprios resultados e se esforcem para tornarem obsoletas as cirurgias secundárias.

Avaliação objetiva

A finalidade da queiloplastia primária é devolver logo nos primeiros meses de vida pós-natal a estética labial. Esse objetivo cirúrgico é de extrema importância principalmente na ótica dos pais dos pacientes, que aspiram pela sua realização psico-social. Na visão do reabilitador, a reconstrução labial durante a união cirúrgica das margens da fissura tem de recompor a anatomia normal, espelhando o lado não fissurado com simetria.

A anatomia do lábio superior, embora com particularidades que diferenciam um indivíduo do outro, é formada pelo filtro e tubérculo, na parte central, e pelo arco de cupido lateral e simétrico. A fissura labial interrompe a continuidade do lábio exatamente na crista marginal do filtro, que corresponde embriologicamente à região de coalescência entre o processo nasal medial (segmento intermaxilar) e o processo maxilar, e o defeito anatômico pode envolver graus diferentes de deficiência de tecido. A responsabilidade do cirurgião plástico é muito grande visto que é necessário, no ato cirúrgico, lançar mão da maior quantidade de tecido disponível para reconstruir com simetria a anatomia rompida congenitamente. Com este objetivo, inúmeras técnicas cirúrgicas foram idealizadas para a queiloplastia, desde a incisão simples e linear até, as técnicas envolvendo conjuntamente a correção da asa nasal, ao longo da evolução deste capítulo da cirurgia plástica.

A importância de todos os detalhes desta técnica é largamente reconhecida. Por este motivo a Zetaplastia desenvolvida por Spina continua sendo utilizada por todos os cirurgiões da instituição onde foi realizada a pesquisa (HRAC-USP-Bauru).

Segundo SPINA & LODOVICI (1959), as características que norteiam a reconstituição da fissura labial unilateral e que levaram a idealização do Zetaplastia são:

- simplicidade na demarcação prévia e na execução das incisões;
- preservação dos pormenores anatômicos, presentes no lábio fissurado, como cristas filtras e “arco de cupido”, visando um resultado mais próximo do normal;
- economia de tecido, com o propósito de obter um lábio sem tensão, de importância fundamental no aspecto estético, no resultado funcional e no futuro desenvolvimento da região alveolar;
- restabelecimento da continuidade do lábio nos três planos: cutâneo, muscular e mucoso, e finalmente
- cicatriz cutânea irregular, em zigue-zague, para prevenir possível retração cicatricial.

Para a avaliação objetiva do resultado da queiloplastia realizada pela técnica de Spina (Zetaplastia), utilizaram-se grandezas lineares do lábio (figura 13) e das narinas (figura 14). As do lábio visam

constatar a presença ou ausência de simetria, ou seja, a eficiência da Zetaplastia em restaurar com simetria a anatomia labial. A distância das narinas visam aquilatar o grau de deformidade imposto pela fissura e a influência da Zetaplastia na irregularidade nasal.

FARKAS & LINDSAY (1971) utilizaram uma metodologia em 29 pacientes com fissura transforame incisivo bilateral e compararam as distâncias: comprimento das narinas, comprimento entre as comissuras e altura do lábio dos lados direito e esquerdo. Obtiveram como resultado no comprimento das narinas e no comprimento entre as comissuras diferenças significantes, na altura do lábio não apresentou diferenças. KASSIS (1972) utilizou-se também mensurações no comprimento das narinas, hemicomissuras e altura do lábio, comparando os lados fissurado e não fissurado de 24 pacientes portadores de fissura transforame incisivo unilateral completa onde resultou em diferença não significativa para o comprimento das narinas e hemicomissuras, e significativa para a altura do lábio.

A tabela 10 contém os valores médios e desvios padrão para as grandezas estudadas (Clb-Cm, Cp-Cm, An-Cm, An-Cp, Na, As-Cp). A tabela 10 deixa claro que as grandezas bilaterais evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os lados fissurado e não fissurado, exceto a distância “Arco de cupido – Comissura” (Cp-Cm). Os resultados mostram a ineficiência da técnica cirúrgica em obter simetria.

O valor Cp-Cm reflete a distância mais horizontal do segmento lateral do lábio, não se evidenciando diferença significativa entre os lados fissurado e não fissurado. Provavelmente, a explicação deve-se ao caráter mais horizontal desta medida. Todas as outras grandezas estudadas têm conotação principalmente vertical. Esse resultado sugere que a Zetaplastia é adequada para devolver a simetria horizontal, o mesmo não ocorrendo em relação à simetria vertical.

Este resultado seria esperado, pois segundo LE MESURIER (1949) *“uma das coisas mais importantes e certamente uma das mais difíceis, é conseguir com o reparo cirúrgico que os dois lados do lábio sejam simétricos”*.

A assimetria resultante, não sendo muito pronunciada, não causa maiores preocupações, mesmo porque OFFERMAN & CLEALL & SUBTELNY (1964) verificaram que a perfeita simetria do lábio mesmo em indivíduos normais é extremamente difícil e constitui um ideal estético praticamente impossível.

A distância que registrou a maior diferença entre os lados fissurado e o não fissurado foi relativa às narinas. A narina no lado fissurado foi menor. Essa diferença deve ser atribuída à assimetria nasal, típica das fissuras unilaterais: o achatamento da asa nasal no lado fissurado com desvio do septo nasal para o lado não fissurado; o achatamento da cartilagem alar deve-se à anatomia do defeito e comprova

a ineficiência da queiloplastia primária em resolvê-lo. A deficiência da queiloplastia primária isolada em melhorar a assimetria nasal inerente tem levado cirurgiões a inovar ou modificar técnicas no afã de interferir precocemente na morfologia nasal.

As análises objetivas apresentaram dificuldades na avaliação, já que se basearam em medidas, diâmetros e outros índices matemáticos, válidos para experts da área em análises da técnica cirúrgica utilizada e não para a avaliação do complexo estético facial.

CONCLUSÕES

7- CONCLUSÕES

Com base na avaliação estética dos resultados da queiloplastia primária com a técnica de Spina, nos 38 pacientes estudados portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa, concluímos que:

- Na avaliação subjetiva dos examinadores, 70% dos resultados foram satisfatórios.
- As mensurações entre os lados fissurado e não fissurado foram diferentes.
- Não houve correlação entre as diferenças mensuradas e o julgamento dos avaliadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABYHOLM, F. E., BORCHGREVINK, H. C., ESKELAND, G. Cleft lip and palate un Norway. III. Surgical treatment of CLP patientes in Oslo 1954-75. *Scand J. Plast Reconstr Surg*, v.15, p. 15-28, 1981.
2. BARDACH, J., EISBACH, K.J. The influence of primary unilateral cleft lip repair on facial growth. *Cleft Palate J.*, v. 14, p. 88-97, 1977.
3. BAUER, T. B., TRUSLER, H. M., GLANZ, S. Repair of unilateral cleft lip: advantages of Le Mesurier technique use of mucous menbrane flaps in maxillary clefts. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.11, p. 56-68, 1953.
4. BERTIER, C. E., MACHADO NETO, J. S., MONTAGNOLLI, L. C. Tratamento cirúrgico da fissura labial unilateral. In: CARREIRÃO, S., LESSA, S., ZANINI, S. A. *Tratamento das fissuras labiopalatinas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 67-75.
5. BIRCH, J.R., LINDSAY, W.K. An evaluation of adults with repaired cleft lips and palates. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 48, p. 457-65, 1971.
6. BLAIR, V. B. , BROWN, J. B. Mirault operation for single harelip. *Surg. Gynecol. Obstet.*, v.51, p. 81 – 98, 1930.
7. BONAITI, C. et al. An epidemiological and genetic study of facial clefting in France. I. Epidemiology and frequency in relatives. *J.Med.Genet.*, v. 19, p. 8-15, 1982.
8. BRODER, H.L., SMITH, F.B., STRAUSS, R.P. Effects of visible and invisible orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender. *Cleft Palate Craniofac.J.*, v.31, p.429-36, 1994.
9. BROSCO, H.B. *Avaliação estética, psicológica, fonoaudiológica, pedagógica e social, de portadores de fenda transforame incisivo unilateral*. Bauru, 1978. 183p. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral) -Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

10. BROWN, J. B. , Mc DOWELL, F. Small triangular flap operation for the primary repair of single cleft lips. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.5, p.392-402, 1945.
11. BRUSSÉ, C. A. et al. Symmetry and morbidity assessment of unilateral complete cleft lip nose, corrected with or without columella lift. In : INTERNATIONAL CONGRESS ON CLEFT PALATE AND RELATED CRANIOFACIAL ANOMALIES, 8, 1997, Singapore. *Transactions...*Singapore: Stamford, 1997. p.37-44.
12. CANNON, B. Unilateral cleft lip. *New Engl. J. Med.*, v.277, p.583-91, 1967.
13. CAPELOZZA FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatinas. *Rev.Bras.Cir.*, v. 77, p. 223-30, 1987.
14. CAPELOZZA FILHO, L., SILVA FILHO, O.G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, E.(coord.) *Ortodontia para fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1992. p. 196-239.
15. CARDOSO, A. D. New technique for harelip. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.10, p. 92-5, 1952.
16. CARDOSO, A. D. Nova técnica para reparação do lábio leporino. *Rev. Paul.Med.*, v. 42, p.127-35, 1953.
17. CLIFFORD, E., CROCKER, E. C., POPE, B. A. Psychological findings in the adulthood of 98 cleft lip-palate children. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 50, p. 234-7, 1972.
18. CLINICAL STANDARDS ADVISORY GROUP. *Cleft lip and/ or palate*. London: s. n., 1998.
19. DE SANTIS, P., SAVOIA, A. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: importance of lateral labio-nasalis muscles. In : INTERNATIONAL CONGRESS ON CLEFT PALATE AND RELATED CRANIOFACIAL ANOMALIES, 8, 1997, Singapore. *Transactions...*Singapore: Stamford, 1997. p.318-21.
20. ELY, J. F. *Cirurgia plástica*. São Paulo: Prociex, 1965. p. 227-50.
21. ENEMARK, H. et al. Lip and nose morphology in patients with unilateral cleft lip and palate from four Scandinavian centres. *Scand. J. Plast. Reconstr. Hand. Surg.*, v.27, p. 41-7, 1993.

22. FARKAS, L. G., LINDSAY, W. K. Morphology of the adult face following repair of bilateral cleft lip and palate in childhood. *Plast. Reconst. Surg.* v.47, p.25-32, 1971.
23. FONSECA, E.P., REZENDE, J.R.V. Incidência das malformações do lábio e do palato. *Rev. Fac. Odontol. São Paulo*, v. 9, p. 45-58, 1971.
24. FRASER, F.C. The genetics of cleft lip and palate. *Am. J. Hum. Genet.*, v. 22, p. 336-52, 1970.
25. GARCIA, J.R.L. *Auto-imagem em pacientes adultos com fissura lábio-palatal: uma análise através do desenho da figura humana*. Bauru, 1997. 69 p. monografia (Especialização em Psicologia Clínica) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.
26. GOMIDE, M.R., ABDO, R.C.C. Análise do crescimento do arco maxilar superior em portadores de fissura pré-forame incisivo incompleta: estudo longitudinal (3 meses - 6 anos). *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, v.4, p. 41-5, 1996.
27. HAGEDORN, W. 1884. apud MUSGRAVE, R.H. General aspects of the unilateral cleft lip repair. In: GRABB, W. C., ROSENSTEIN, S. W., BZOCH, K.R. *Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects*. Boston: Little and Brown, 1971. p.175-94.
28. HAGERTY, R. Unilateral cleft lip repair. *Surg. Gynec. Obstet.*, v.106, p. 119-22, 1958.
29. HELLER, A., TIDMARSH, W., PLESS, I.B. A psychological functioning of young adults born with cleft lip or palate: a follow up study. *Clin.Pediatr.*, v.20, p.459-65, 1981.
30. HOTZ, M., GNOINSKI, W. Comprehensive care of cleft lip and palate children at Zurich University: a preliminary report. *Am. J. Orthod.*, v.70, p. 481-504, 1976.
31. KAPLAN, E.N. Growth of the unilateral cleft lip. *Cleft Palate J.*, v.15, p. 202-8, 1978.
32. KAPP, K. Self concept of the cleft lip and palate child. *Cleft Palate J.*, v. 16, p. 171-6, 1979.

33. KASSIS, W. *Correção do lábio leporino unilateral pela plástica em Z: contribuição táctica*. Bauru, 1972. 78p. Tese (Doutorado em Cirurgia Bucal) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
34. LAZARUS, D. et al. Repair of unilateral cleft lip: a comparison of five techniques. In INTERNATIONAL CONGRESS ON CLEFT PALATE AND RELATED CRANIOFACIAL ANOMALIES, 8, 1997, Singapore. *Transactions...* Singapore: Stamford, 1997. p. 427-30.
35. LE MESURIER, A. B. Complete unilateral cleft of the lip. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.25, p. 595-608, 1960.
36. LE MESURIER, A. B. A method of cutting and suturing the treatment of complete unilateral cleft. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.4, p.1-9, 1949.
37. LE MESURIER, A. B. The quadrilateral Mirault flap operation for harelip. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.16, p. 422-32, 1955.
38. LE MESURIER, A. B. The treatment of complete unilateral harelip. *Surg. Gynec. Obstet.*, v.95, p. 17-25, 1952.
39. LEMOS, P. C. Nova operação para lábio leporino simples. *Hospital*, v. 50, p. 173-7, 1956.
40. LEWIN, M. L. Management of cleft lip and palate in the United States and Canada: report of a summary. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.33, p. 383-90, 1964.
41. LOFFREDO, L. de C. M. et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. *Rev. Saúde Pública*, v.28, p. 213-7, 1994.
42. LOFFREDO, L.C.M., FREITAS, J.A.S., SOUZA, J.M.P. The prevalence of oral clefts to maternal age. *J. Dent. Res.*, v.75, p. 337, 1996. (IADR abstracts).
43. MALGAIGNÉ, J. F. 1861. apud MUSGRAVE, R. H. General aspects of unilateral cleft lip repair. In: GRABB, W. C., ROSENSTEIN, S. W., BZOCH, K.R. *Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects*. Boston: Little Brown, 1971. p. 175-94.
44. MARCKS, K. M., TREVASKIS, A. E., COSTA, A. da. Further observations in cleft lip repair. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.12, p. 392-402, 1953.

45. MILLARD JUNIOR, D. R. Radical rotation in single harelip. *Am. J. Surg.*, v.95, p. 318-25, 1958.
46. MILLARD JUNIOR, D. R. Refinements in rotation advancement cleft lip technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 33, p. 26-32, 1954.
47. MILLARD JUNIOR, D. R. Rotation- advancemente in the repair of unilateral cleft lip. In: GRABB, W. C., ROSENSTEIN, S. W., BZOCH, K.R. *Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects*. Boston: Little Brown, 1971. p 195- 203.
48. MIRAULT, G. Deux lettres sur l ' opération du bec-de-lièvre considéré dans ses divers etats de simplicité. *J. Chir.*, v. 2, p. 275, 1844.
49. NAGEM FILHO, H., MORAES, N., ROCHA, R. G. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev. Fac. Odontol. São Paulo*, v. 6, p. 111-28, 1968.
50. OFFERMAM, R. E., CLEALL, J. F., SUBTELNY, J. D. Symmetry of lip activity in repaired unilateral cleft of the lip. *Cleft Palate J*, v.1, p. 347-356, 1964.
51. PARÉ, A. 1575. apud WASHIO, H. History of cleft lip surgery. In: STARK, R. B. *Cleft palate: a multidiscipline approach*. New York: Harper Row, 1968. p.1-23
52. PEREIRA, A. C. M. M. *Auto-conceito e auto-estima em indivíduos com fissura lábio-palatina: influência do tipo de fissura e do tempo de convivência com a mesma*. Bauru, 2000. 131p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.
53. RANDALL, P. Triangular flap in the repair of unilateral cleft lip. In: GRABB, W. C., ROSENSTEIN, S. W., BZOCH, K.R. *Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects*. Boston: Little Brown, 1971. p. 204-14.
54. RICHMAN, L.C. Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate J.*, v.20, p.108-12, 1983.
55. RICHMAN, L.C., HOLMES, C.S., ELIASON, M. J. Adolescents with cleft lip and palate: self-perceptions of appearance and behavior related to personality adjustment. *Cleft Palate J.*, v.22, p. 93-6, 1985.

56. ROSE, W. *Harelip and cleft palate*. London: H. K. Lewis, 1891.
57. SILVA, M. L. N. *Equipe multidisciplinar para a reabilitação de lesões lábio-palatais*. Bauru, 1983. 75 p. Monografia (Especialização em Cirurgia Plástica) – Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo.
58. SILVA FILHO, O. G., LAURIS, R. C. M. C., CAVASSAN, A. O. Pacientes fissurados de lábio e palato: efeitos suscitados pela queiloplastia. *Ortodontia*, v. 23, p. 25-34, 1990.
59. SILVA FILHO, O. G., OKADA, T., PEREIRA, A. M. L. Avaliação morfológica e quantitativa do arco dentário superior de adultos portadores de fissura pré-forame completa, não operados. *Rev. Bras. Cir.*, v.81, p. 279-85, 1991.
60. SILVA FILHO, O.G., ROCHA, R., CAPELOZZA FILHO, L. Padrão facial do paciente portador de fissura pré-forame incisivo unilateral completa. *Rev. Bras. Cir.*, v. 79, p. 197-205, 1989.
61. SPINA, V. Fissuras congênicas lábio-palatinas. In: CORRÊA NETTO, A. *Clínica cirúrgica*. São Paulo: Prociex, 1965a. p. 253-62.
62. SPINA, V. Fissuras congênicas lábio-palatinas: técnica cirúrgica. In: CORRÊA NETTO, A. *Clínica cirúrgica*. São Paulo: Prociex, 1965b. p. 316-30.
63. SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, v.27, p.5-6, 1972.
64. SPINA, V., LODOVICI, O. Técnica conservadora para o tratamento do lábio leporino unilateral: reconstituição do tubérculo mediano. *Rev. Ass. Med. Bras.*, v.5, p. 325-30, 1959.
65. STARK, R. B. *Plastic surgery*. New York: Harper Row, 1962.
66. TENNISON, C. W. The repair of the unilateral cleft lip by stencil method. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.9, p. 115-20, 1952.
67. THOMAS, P.T. et al. Satisfaction with appearance among subjects affected by a cleft. *Cleft Palate Craniofac. J.*, v. 34, p. 226-31, 1997.
68. VON GRAEFFE, R. 1825. apud MUSGRAVE, R. H. General aspects of the unilateral cleft lip repair. In: GRABB, W. C., ROSENSTEIN, S. W., BZUCH, K.R. *Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects*. Boston: Little Brown, 1971. p. 175-94.

69. WYNN, S. K. Lateral flap cleft lip surgery technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 26, p. 509-611, 1960.
70. WYNN, S. K. Further advances in the lateral flap cleft lip. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 35, p. 613-20, 1965.

APÊNDICES

Apêndice A – Tabela utilizada na avaliação subjetiva

PACIENTES	SATISFATÓRIO	INSATISFATÓRIO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		

Paciente	Columela Comissura		Arco de Cupido – Com.		Asa Nasal – Com.		Asa Nasal – Arco de Cup.		Narinas		Arco de Cup. - Narinas		Filtro Labial	Idade da	Idade	Tempo	Sexo	Lado da Fissura
	L.O.	L.N	L.O.	L.N	L.O.	L.N	L.O.	L.N	L.O.	L.N	L.O.	L.N	Filtro	Avaliação	Operatória	Decorrido		
01	32	32	22,5	25	23	28	23,5	23,5	10	7	16	16,5	16,5	09a	08m	07a 04m	F	E
02	34	31	26	32	28	28	18	21	10,5	8	13	13	12	05a 04m	02a 01m	03a 03m	F	D
03	35	34	29,5	29,5	25,5	27,5	14,5	16	15	10	13	13,5	14	05a	05m	04a 07m	F	E
04	37	33,5	27	28,5	29,5	29,5	24	28	13,5	10	15	17	16,5	08a 09m	01a	07a 09m	M	E
05	33	33	29	29	23	25	21	24	9	7	13	15	11	11a	09m	10a 03m	M	D
06	29	26,5	24,5	24,5	21,5	20	12	14	8,5	7,5	8,5	9	9,5	06a	04m	05a 08m	M	D
07	35	32,5	28,5	28,5	34	31	24	24	13,5	9	16,5	14,5	14	04a	04m	03a 08m	F	E
08	34	32,5	24	24	21	21	13,5	13,5	6,5	9	13,5	13,5	11	09a	01a 02m	07a 10m	M	D
09	34,5	27	29	26,5	26	26,5	19	20	9,5	9,5	11,5	13,5	10	05a	01a 04m	03a 08m	M	D
10	35	32	25	25	26	28	22	28	11	11	15	18	17	13a	10m	12a 02m	M	E
11	29,5	28	24,5	21,5	24,5	26,5	23,5	23,5	10	7,5	15	15	12,5	04a 03m	03m	04a	F	E
12	33	33	30	31	27	27	23	23	12,5	8,5	10	11	11	08a	01a 04m	06a 08m	F	E
13	34	35	31	30	30	30	25	25	9	6	16	14	14	14a	02a	12a	F	E
14	33	33	26,5	29	29	31	22	25	6	9	13,5	14,5	13	11a	01a	10a	M	E
15	37	35	30	30	31	31	22	22	12	9,5	13	14	10	11a	05m	10a 07m	F	E
16	35	33,5	33	31	26	27	17	17,5	16	13	15	15	16	09a	01a 10m	07a 02m	M	E
17	35	34	27	27	32	32	23	23	12	10	15	15	15	10a	07m	09a 05m	F	E
18	36	36	29	28	32	30	27	27	13	13	16	16	15	13a	06m	12a 06m	F	D
19	33	31	30	27	24	24	19	20	10	10	13	14	14	09a	10m	08a 02m	M	D
20	32,5	30	24	26	24	27	21	21	10	9	13	13,5	11	05a 03m	08m	04a 07m	M	D
21	33	30	26,5	28,5	26	24	15,5	15,5	13	10,5	12,5	12,5	17	07a	01a 03m	05a 09m	M	D
22	33	32	29	26	27	27	22	22	13	8	15	15	14	11a	01a 08m	09a 04m	M	E
23	33	33	29	29	29	29	19	22	8	9	9	13	9	11a	08m	10a 04m	M	E
24	33	32	27,5	26	31	31	22	22	9	7	14	14	14	11a	01a 03m	09a 09m	F	E
25	26	26	20	20	20	22,5	15,5	16,5	12	9	8,5	10,5	12,5	05a	06m	04a 06m	F	E
26	33	33	27	27	28	30	22	27	13	13	15	16	13	12a	08m	11a 04m	F	E
27	40	37	32	32	31	28	22	27	16	11	15	19	15	11a	01a 04m	09a 08m	M	E
28	36	36	31	32	27	27	17,5	23	10	8	19	18	16,5	08a	01a 04m	06a 08m	M	E
29	35	33	29	29	28	32	20	27	14	10	13	13	11	08a	05m	07a 07m	M	D
30	37	37	32	32	29	29	22	23	12	12	11	11	9,5	11a	01a 03m	09a 09m	F	E
31	30	33	25	25	28	32	15	15	10	7,5	22	25	13	10a	01a	09a	F	E
32	31	30,5	30	24,5	22,5	21,5	17	14	12	6,5	7,5	8,5	9,5	05a	05m	04a 07m	M	D
33	36	35	30	32	30	30	25	25	12	12	16	18	14	10a	01a 04m	08a 08m	F	E
34	32,5	32,5	29	31,5	25	25	19	20	13	19,5	15	15,5	13,5	09a	05m	08a 07m	F	E
35	33	29	24,5	24,5	25	25	14,5	15,5	9	7	12	13	15	05a	05m	04a 07m	M	D
36	37	34	32	29	33	33	25	24	7,5	9	17	15	15	10a	01a	09a	M	D
37	32,5	32,5	29	27	26	28	15,5	15,5	10,5	9,5	11	11	12,5	06a	01a 01m	04a 11m	M	E
38	37	34	30	28	30	31	22,5	24	9,5	8,5	15	15	25	08a 06m	01a 11m	06a 07m	M	E

Apêndice A1 – Quadro demonstrativo das distâncias mensuradas, idade da avaliação, idade operatória, tempo decorrido, sexo e lado da fissura.

Apêndice B – Ficha utilizada na avaliação objetiva

Paciente _____ RG _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____ a. _____ m.

Pré-forame unilateral completa _____D _____E

Procedimentos Cirúrgicos:

Queiloplastia primária Data: ____/____/____ Id.: _____ a _____ m.

Cir.: _____

Técnica: _____

Intercorrências: _____

Base da columela - comissura direita _____

Base da columela - comissura esquerda _____

Arco de cupido - comissura direita _____

Arco de cupido - comissura esquerda _____

Asa nasal - comissura direita _____

Asa nasal - comissura esquerda _____

Asa nasal direita - arco de cupido _____

Asa nasal esquerda - arco de cupido _____

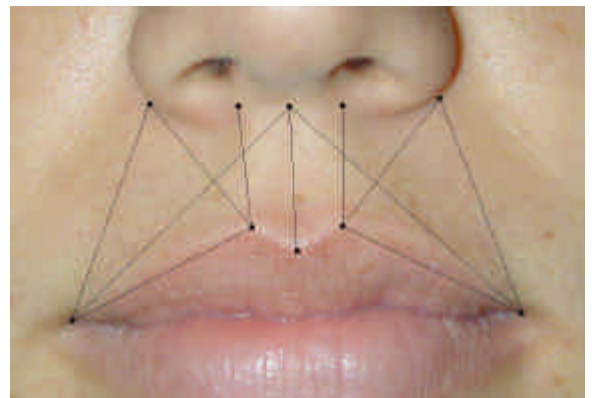
Narina direita _____

Narina esquerda _____

Filtro do lábio _____

Narina direita - arco de cupido _____

Narina esquerda - arco de cupido _____



RESUMO

BERTIER, C. E. *Avaliação estética do lábio nos portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa, submetidos a queiloplastia primária com a técnica de Spina* Botucatu, 2001. Dissertação (Mestrado em Bases Gerais da Cirurgia e Cirurgia Experimental) - Faculdade de Medicina Campus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

RESUMO

A proposição da presente pesquisa consiste em avaliar subjetivamente e objetivamente a estética do lábio de 38 pacientes, portadores de fissura pré-forame incisivo unilateral completa, sendo 21 do sexo masculino e 17 do sexo feminino com idade entre quatro e 14 anos, com média de oito anos e oito meses, submetidos à queiloplastia primária com a técnica de Spina, e correlacionar a avaliação estética subjetiva com as mensurações objetivas. A avaliação subjetiva foi realizada por 20 avaliadores provenientes de quatro grupos constituídos por: fonoaudiólogas; pais e pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato; cirurgiões dentistas, fisiologistas e geneticista; cirurgiões plásticos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo. A avaliação objetiva consistiu de mensurações no lábio superior dos lados fissurado e não fissurado realizadas pelo autor. Os resultados mostraram que as mensurações dos lados fissurado e não fissurado apresentaram-se diferentes e 70% das avaliações dos examinadores foram satisfatórias. Não houve correlação significativa entre o julgamento dos avaliadores e as diferenças mensuradas entre os lados fissurado e não fissurado.

Palavras Chave: fissura labial, queiloplastia, avaliação estética facial.

ABSTRACT

BERTIER, C. E. *Aesthetic evaluation of the lip in cleft lip patients with the lip repaired by the SPINA'S technique*. Botucatu, 2001. Dissertação (Mestrado em Bases Gerais da Cirurgia e Cirurgia Experimental) - Faculdade de Medicina Campus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista " Júlio de Mesquita Filho ".

ABSTRACT

The aim of the present study was to subjectively and objectively evaluate the aesthetics of the lip of 38 cleft lip patients, 21 males and 17 females, aging 4 to 14 years (mean eight years and eight months) who have undergone lip surgery by the SPINA'S technique, and to correlate both kinds of evaluations. Subjective evaluation was performed by 20 individuals among speech/language pathologists, cleft lip and palate patients, cleft lip and palate patients parents, dentists, physiologists, geneticist and plastic surgeons from the Hospital of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo. Objective evaluation consisted of measurements in the cleft and noncleft sides of the upper lip, which were performed by the author. The results have shown that there were differences in the measurements in both sides of the lip, and 70% of the subjective evaluations were considered satisfactory. No significant correlation was found between the subjective evaluation and the measurements obtained in the cleft and noncleft sides of the patients lips.

Keywords: cleft lip, Cheiloplasty, facial aesthetic evaluation.

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Botucatu, 18 de Maio de 2001.

Carlos Eduardo Bertier