

# **PREVALÊNCIA DAS FISSURAS LABIOPALATINAS NA ASSOCIAÇÃO DE FISSURADOS LABIOPALATINOS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/S.P.**

## **PREVALENCE OF CLEFT LIP AND PALATE AT THE “ASSOCIAÇÃO DE FISSURADOS LÁBIO PALATINOS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/S.P.”**

**Ana Christina Claro Neves**

Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté

**Andréa Moreira Monteiro**

**Helena Giwa Ng**

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba

### **RESUMO**

As fissuras labiopalatinas estão entre as malformações congênicas mais frequentes, apresentando graus diferentes de severidade. Embora facilmente reconhecíveis, essas anomalias exigem uma abordagem complexa, multidisciplinar. Com o objetivo de relacionar o tipo de fissura com o sexo, mês de nascimento do paciente, hereditariedade e uni ou bilateralidade delas, foram estudados dados coletados de fichas clínicas de pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos na Associação de Fissurados Labiopalatinos (AFLAP) de São José dos Campos/S.P. A fissura transforame mostrou maior incidência que a pré-forame e a pós-forame. Não foi evidenciada relação estatística significativa entre os tipos de fissura e o sexo dos pacientes e entre os tipos de fissura e a variável hereditariedade. Relação estatística significativa foi evidenciada entre os tipos de fissura e a uni ou bilateralidade destas e, entre os tipos de fissura e o mês de nascimento dos pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fissuras de lábio, fissuras de palato, prevalência.

### **INTRODUÇÃO**

As fissuras do lábio e palato são malformações do terço médio da face, que se devem a falta de fusão dos processos maxilares e palatinos. Parecem ocorrer entre a terceira e sétima semana de vida intra-uterina e como as demais malformações da face só encontram explicação para seu mecanismo de formação através da embriologia.

Constituem problema médico-odonto-social, ocupando lugar de destaque dentre os demais processos patológicos da mesma natureza. Situam-se entre o 3º e 4º defeito congênito mais frequente, sendo que no Brasil, parecem ocorrer na ordem de grandeza de 1 para 650 nascimentos e, estimativa superficial, sugere a existência de aproximadamente 180.000 fissurados no Brasil (SOUZA FREITAS, 1973).

Seus portadores, além de grave problema estético, apresentam distúrbios funcionais, desde alimentação até fonação. Conseqüentemente, se esta deformidade não for tratada convenientemente e a tempo, causará também problemas de ordem psicológica ao portador (REZENDE, 1997).

Clinicamente, estas fissuras podem apresentar graus variados de gravidade de acordo com sua extensão, podendo ser uni ou bilaterais, completas ou incompletas.

Segundo Kernahan (1973), as fissuras labiopalatinas podem ser:

- a) pré-forame incisivo: quando acometem, total ou parcialmente, desde o palato primário até o forame incisivo; assim na forma mais grave encontram-se fendido o lábio, a arcada alveolar e o assoalho nasal.
- b) transforame incisivo: quando comprometem tanto o palato primário quanto o secundário, podendo ser uni ou bilaterais.
- c) pós-forame incisivo: aquelas exclusivamente palatinas, comprometendo desde o forame incisivo até a úvula. Na forma incompleta se encontra fendido apenas o palato mole.

O aumento na incidência dessas malformações, observado nos últimos 20 anos, encontra justificativa no baixo índice de mortalidade pós-natal, não sendo porém, esta a única explicação. O progresso da técnica cirúrgica e dos cuidados extracirúrgicos tem possibilitado melhor êxito estético-funcional, tornando os portadores destas deformidades mais integrados à sociedade; possibilitando que se casem e transmitam estas deformidades, uma vez que a hereditariedade é responsável pelo seu aparecimento, em 30 % dos casos (SOUZA FREITAS, 1973).

A incidência cresce com a presença de familiares fissurados, nas seguintes proporções:

- pais normais: 0,1% de chance de ter um filho fissurado.
- pais normais e um filho fissurado: 4,5% de chance de ter outro filho fissurado.
- um dos pais e um filho fissurado: 15 % de chance de ter outro filho fissurado (SOUZA FREITAS, 1973).

Tudo leva a crer que, quando na presença de predisposição hereditária, a conjugação de fatores ambientais pode precipitar o aparecimento da anomalia.

Com relação aos fatores ambientais, os mesmos podem ser classificados de acordo com Rezende (1977) em:

- nutricionais: as ovo e embriopatias podem ser induzidas pela deficiência, na dieta materna, durante a organogênese, de sais minerais (zinco, cobre, iodo, mangânes, flúor) e vitaminas (A, riboflavina, ácido fólico e outras);
- químicos: representados pela utilização pela gestante de drogas, fumo, álcool e medicamentos sem orientação médica;
- endócrinos: dentre as substâncias endócrinas, a cortisona é um teratôgeno experimental bem estabelecido, produzindo fissuras de lábio e palato em quase 100% de certas linhagens de camundongos;
- atômicos: o efeito nocivo das radiações sobre o feto é indiscutível, podendo destruir ou alterar a capacidade de multiplicação e diferenciação das células;
- infecciosos: o contato da mãe, no primeiro trimestre de gestação, com doenças, tais como: sífilis, rubéola, e outras, tem sido objeto de estudos diversos como fator teratogênico.

Diferença de raça e sexo afetam as estatísticas. A ocorrência em uma criança branca é de aproximadamente 1 para 700 nascimentos, enquanto para a população negra é de 1:2000. As fissuras do lábio e do lábio e palato são mais frequentes no sexo masculino, enquanto aquelas somente de palato ocorrem mais frequentemente no sexo feminino (ANDRÉ, 1982).

Ainda não estamos capacitados para prevenir ou limitar a ocorrência das fissuras labiopalatais, ficando o alerta de um bom acompanhamento médico pré-natal, em particular, durante o primeiro trimestre de gestação.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foram avaliadas 123 fichas clínicas de pacientes de ambos os sexos e idade variável, com fendas labiopalatinas, atendidas na Associação de Fissurados Labiopalatinos de São José dos Campos, S.P., entre 1992 e 2000.

As informações referentes à identificação geral dos pacientes, sexo e mês de nascimento, tipo de fissura, uni ou bilateralidade destas e hereditariedade, foram coletadas das fichas clínicas e anotados em ficha informatizada elaborada para este fim.

Foram consideradas os tipos de fenda: pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós-forame incisivo (KERNAHAN, 1973).

Após a coleta dos dados e transcrição para uma folha de codificação, análise estatística (Qui-quadrado) foi realizada, através da frequência em número e porcentagem das variáveis propostas, procurando verificar a

relação entre o tipo de fissura com o sexo e mês de nascimento do paciente, uni ou bilateralidade das fissuras e hereditariedade.

## RESULTADOS

A partir da avaliação de 123 fichas clínicas de pacientes portadores de fendas labiopalatinas atendidos na Associação de Fissurados Labiopalatinos de São José dos Campos/S.P., foi possível observar que as fissuras do tipo transforame incidiram com maior frequência (51,22%), seguidas pelas pós-forame (32,52%) e pré-forame (16,26%) (Tabela 1).

Com relação a frequência das fissuras labiopalatinas segundo o sexo, as do tipo transforame e pós-forame incidiram com maior frequência nos indivíduos do sexo masculino, respectivamente 34,95% e 17,07% e as pré-forame incidiram com a mesma frequência em ambos os sexos com 8.13% (Tabela 1).

Com relação a hereditariedade, observa-se na Tabela 2 que houve predomínio de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sem antecedentes familiares (61.78%) sobre aquelas que possuíam algum antecedente fissurado (38.21%).

Na tabela 3, pode-se observar que as fissuras unilaterais incidiram mais frequentemente (74.80%) que as bilaterais (25.20%) (Tabela 3).

Com relação ao mês de nascimento das crianças portadoras de fendas labiopalatinas, podemos observar na Tabela 4, maior incidência de nascimentos nos meses de julho-agosto (20.32%) e setembro-outubro (19.51%), e menor incidência nos meses de março-abril (9.75%).

**Tabela 1-** Frequência em número e porcentagem do agrupamento tipo de fissura labiopalatina x sexo e teste Qui-quadrado

Fator	Nível	Frequência	Tipo de Fissura				Qui-quadrado	
			Pré-Forame	Trans-Forame	Pós-Forame	Total	Valor	Signif. (%)
Sexo	Masc	n.o	10	43	21	74	3.56	0.05
		%	8.13	34.95	17.07	60.15		
	Fem.	n.o	10	20	19	49		
		%	8.13	16.26	15.44	39.83		
Total		n.o	20	63	41	123		
		%	16.26	51.22	32.52	100		

$\chi^2_{\text{calculado}} = 3,56$ ;  $\chi^2_{\text{tabelado}} = 5,99$ ; Não existe diferença significativa entre as variáveis no nível de 5%

**Tabela 2-** Frequência em número e porcentagem do agrupamento tipo de fissura labiopalatina x hereditariedade e teste Qui-quadrado

Fator	Nível	Frequência	Tipo de Fissura			Qui-quadrado		
			Pré-Forame	Trans-Forame	Pós-Forame	Total	Valor	Signif. (%)
Hereditariedade	C. A.	n.o	6	22	19	47	2,31	0.05
		%	4.88	17.88	15.45	38.21		
	S. A.	n.o	14	41	21	76		
		%	11.38	33.33	17.07	61.78		
Total	n.o	20	63	40	123			
	%	16.26	51.22	32.52	100			

c.a.- com antecedentes familiares; s.a.- sem antecedentes familiares;  
 $x^2_{\text{calculado}} = 2,31$ ;  $x^2_{\text{tabelado}} = 5,99$ ; Não existe diferença significativa entre as variáveis no nível de 5%

**Tabela 3-** Frequência em número e porcentagem do agrupamento tipo de fissura labiopalatina x uni/bilateralidade e teste Qui-quadrado

Fator	Nível	Frequência	Tipo de Fissura			Qui-quadrado		
			Pré-Forame	Trans-Forame	Pós-Forame	Total	Valor	Signif. (%)
Lado	Bilateral	n.o	3	28	0	31	76,67	0.05
		%	2.44	22.76	0	25.20		
	Unilateral	n.o	17	35	40	92		
		%	13.82	28.46	32.52	74.80		
Total	n.o	20	63	40	123			
	%	16.26	51.22	32.52	100			

$x^2_{\text{calculado}} = 76,67$ ;  $x^2_{\text{tabelado}} = 5,99$ ; Existe diferença significativa entre as variáveis no nível de 5%

**Tabela 4-** Frequência em número e porcentagem do agrupamento tipo de fissura labiopalatina x mês de nascimento e teste Qui-quadrado

Fator	Nível	Frequência	Tipo de Fissura			Qui-quadrado		
			Pré-Forame	Trans-Forame	Pós-Forame	Total	Valor	Signif. (%)
Mês de nascimento	Jan./Fev.	n.o	5	7	6	18	77.88	0.05
		%	4.07	5.69	4.88	14.64		
	Mar./Abr.	n.o	5	6	1	12		
		%	4.07	4.88	0.80	9.75		
	Maio/Jun.	n.o	3	11	7	21		
		%	2.44	8.94	5.69	17.07		
	Jul./Ago.	n.o	2	14	9	25		
		%	1.62	11.38	7.32	20.32		
	Set./Out.	n.o	2	11	11	24		
		%	1.63	8.94	8.94	19.51		
	Nov./Dez.	n.o	3	14	6	23		
		%	2.44	11.38	4.88	18.70		
	Total	n.o	20	63	40	123		
		%	16.26	51.22	32.52	100		

$\chi^2_{\text{calculado}} = 77.88$ ;  $\chi^2_{\text{tabelado}} = 0.05$ ; Existe diferença significativa entre as variáveis no nível de 5%

## DISCUSSÃO

Com relação ao tipo de fissura labiopalatina, podemos observar na Tabela 1, maior predominância da fenda transforame (51,22%), seguida pelo tipo pós-forame (32,52%) e pré-forame (16,26%). Estes dados estão de acordo com aqueles encontrados por autores como Jensen et al. (1998), que em 678 pacientes examinados encontraram maior incidência de fissuras transforame (39%), seguidas pelas pré (34%) e pós-forame (27%) respectivamente; Chuangsuwanish et al. (1998), que observaram predomínio da fissura transforame (48%) sobre as pré-forame (26%) e pós-forame (25%), em 593 pacientes examinados; Wang et al. (1989), que encontraram fissura transforame em 43,88% dos 1755 pacientes examinados e Taher (1992), em 79 pacientes avaliados encontrou também incidência de fissura transforame no valor de 56,96%.

Em discordância com os dados encontrados, estão os observados por Iregbulem (1982), que em 21.624 pacientes encontrou maior incidência de fendas pré-forame (49%) e Garcia-Godoy (1980), que verificou número superior de fissuras pré-forame (36,41%) sobre a transforame (32,1%) e pós-forame (32,1%), após a análise de 439 pacientes.

Os dados observados na Tabela 1, evidenciando maior incidência de fissuras labiopalatinas no sexo masculino (60,15%) que no feminino (39,83%), são concordes com os encontrados por todos autores estudados. Jensen et al. (1988), em 678 pacientes, observaram 61% das fissuras no sexo masculino e Garcia-Godoy (1980) evidenciou em 439 pacientes maior número de fissuras no sexo masculino (53,5%) do que no sexo feminino (46,5%).

Com relação à hereditariedade, observa-se na Tabela 2 predomínio de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sem antecedentes familiares (61,78%) para todos os tipos de fissuras estudados. Baseados nesses resultados e na revisão da literatura, podemos inferir que a hereditariedade não é a única causa da incidência de

fissuras labiopalatinas, estando também associados, fatores ambientais, infecções, uso de medicamentos durante a gestação e a idade da mãe entre outros.

Com relação a uni ou bilateralidade das fendas labiopalatinas, foi observado predomínio de fissuras unilaterais (74,80%) sobre as bilaterais (25,20%) para todos os tipos de fendas estudados (Tabela 3). De acordo com os dados encontrados estão os de Shapira et al. (1999), que, após a análise de 278 pacientes, encontrou predomínio de fissuras unilaterais sobre as bilaterais na proporção de 3:1 e Garcia-Godoy (1980), que em 439 pacientes examinados observou relação de fissura unilateral para bilateral na ordem de 5:4.

Com relação ao mês de nascimento dos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas (Tabela 4), encontramos maior incidência de nascidos com fendas pré-forame nos meses de janeiro-fevereiro e março-abril (4,07%). As fendas transforame incidiram mais freqüentemente nos meses de julho-agosto e novembro-dezembro (11,38%), enquanto as pós-forame evidenciaram maior freqüência nos meses de setembro-outubro (8,94%). Coupland e Coupland (1988) evidenciaram maior incidência de crianças nascidas com fissuras entre os meses de agosto e setembro, e menor incidência nos meses de março, abril e maio e Wang et al. (1989) observaram incidência superior nos meses de agosto e outubro.

## CONCLUSÕES

1. As fissuras labiopalatinas incidiram com maior freqüência no sexo masculino (60,15%) do que no feminino (39,83%), entretanto não foi evidenciada relação estatística significativa entre os tipos de fissura e o sexo dos pacientes;
2. A fissura pré-forame (16,26%) mostrou menor incidência seguida pela pós-forame (32,52%) e transforame (51,22%), respectivamente;
3. Foi constatada maior incidência de pacientes portadores de fissuras labiopalatinas sem antecedentes familiares (61,28%) do que com antecedentes familiares (38,21%), entretanto não foi evidenciada relação estatística significativa entre os tipos de fissura e a variável hereditariedade;
4. Foi observado maior incidência de fissuras unilaterais (74,80%) do que bilaterais (25,20%) e relação estatística significativa foi evidenciada entre os tipos de fissura e a uni ou bilateralidade delas;
5. As fissuras ocorreram mais freqüentemente nas crianças nascidas nos meses de julho/agosto (20,32%), e menor incidência foi observada nos meses de março/abril (9,75%), sendo evidenciada relação estatística significativa entre os tipos de fissura e o mês de nascimento dos pacientes.

## ABSTRACT

The cleft lip and palate is among the most frequent congenital malformation with different degrees of severity. Although they are easily recognizable, these anomalies demand a complex, multidisciplinary treatment. The aim of this study was to relate the kinds of clefts with the patient sex and the month of the birth of the patient, as well as heritability and their unilaterality or bilaterality. The data of clinical records of patients with cleft lip and palate assisted at the "Associação de Fissurados Lábio Palatinos de São José dos Campos/S.P." were studied, and the transforamen cleft showed higher incidence than the pre-foramen and the pos-foramen clefts. Any statistical evidences related to the kind of cleft and the patient sex or heritability were found. It was found a significant statistical related to the kinds of clefts and unilaterality or bilaterality of them, as well as, between the kinds of clefts and the months of birth of the patients.

KEY-WORDS: cleft lip; cleft palate; prevalence.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRE, M. *Prevalência dos tipos de fendas de lábio e palato em relação ao sexo, ao mês de nascimento e à idade do país*. 1982. 124 f. Dissertação (Mestrado em Clínicas Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

- CHUANGSUWANISH, A. et al. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. *Ann. Plast. Surg.*, v. 41, n. 1, p. 7-10, July 1998.
- COUPLAND, M.A., COUPLAND A. L. Seasonality, incidence, and sex distribution of cleft lip and palate births in Trent Region, 1973-1982. *Cleft Palate J.*, v. 25, n. 1, p. 33-37, 1988.
- GARCIA-GODOY, F. Cleft lip and cleft palate in Santo Domingo. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 89, Apr. 1980.
- IREGBULEM, L. M. The incidence of cleft lip and palate in Nigeria. *Cleft Palate J.*, v. 19, n. 3, p.201-215, July 1982.
- JENSEN, B. L. et. al. Cleft lip palate in Demark, 1976-81: epidemiology variability, and early somatic development. *Cleft Palate J.*, v. 25, n. 3, p. 258-265, July 1988.
- KERNAHAN, D. A. On cleft lip and palate classification. *Plast Reconstr Surg.*, v. 51, n. 5, p. 578, May 1973.
- REZENDE, J. R.V. *Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 23.
- SOUZA FREITAS, J. A. Centro de pesquisa e reabilitação de lesões labiopalatais. Bauru: FOB, 1973.
- TAHER, A. A. Cleft lip and palate in Tehran. *Cleft palate Craniofac J.*,v. 29, n. 1, p. 15-16, Jan. 1992.
- WANG, S. L. et al. Cleft lip and palate in the craniofacial center, Chang Gung Memorial Hospital: incidence, sex, seasonality and topographic distribution. *Chang Keng I. Hsueh Tsa Chih*, v. 20, n. 4, p. 215-224. Dec. 1989.