

**CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA  
REABILITAÇÃO DE UM PACIENTE COM FISSURA PALATINA:  
RELATO DE CASO**

THAYSA CRISTINA BATISTA DE MATTOS



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA  
REABILITAÇÃO DE UM PACIENTE COM FISSURA PALATINA:  
RELATO DE CASO**

THAYSA CRISTINA BATISTA DE MATTOS

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de Relato de caso clínico, apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Brigitte Nichthouser

Co-orientador: Prof. MSc. Francisco Pantoja Braga

MANAUS – AM

2019



**Universidade do Estado do Amazonas  
Escola Superior de Ciências da Saúde  
Curso de Odontologia**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

A Ac. **Thaysa Cristina Batista de Mattos** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: *Confecção de prótese parcial removível para reabilitação de um paciente com fissura palatina: relato de caso*, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dra. Brigitte Nichthausser (Orientadora)**

---

**Profa. Dra. Cristiane Maria Brasil Leal**

---

**Prof. Dr. Jonas Alves de Oliveira**

**Manaus, 12 de junho de 2019.**

*Dedico este trabalho a minha mãe Monica, meu irmão Jhyago, minha avó  
Arlene e meus amados e eternos animais, Jatá, Luke e Jeka, por todo amor  
dado e pelo que representam na minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a minha mãe, por ser essa mulher guerreira, que sempre nos deu o que tinha e o que não tinha, sem medir esforços, sempre com muito amor, dedicação, carinho e força, mesmo nas horas difíceis e distante, falando palavras motivacionais e de calma, sempre depositando tempo na criação e educação de seus filhos. Agradeço ao meu irmão Thyago, por todo o empenho, carinho, companheirismo e paciência que teve e tem comigo, principalmente nos dias mais difíceis. A minha avó Arlene, por todos os puxões de orelha, castigos revertidos em orações na frente do oratório, remédios caseiros com plantas e ensinamentos. A minha irmã, pelo carinho, entusiasmo e positivismo sobre alguns aspectos. Ao meu pai, que mesmo com nossas diferenças e desentendimentos, depositou carinho, ajuda e esforço na nossa criação. A minha família, por ter feito parte da construção da minha individualidade, amo vocês.

Meu muito obrigada aos céus, natureza e energias da terra e do universo, que sempre me inspiram e me motivam, me trazendo paz de espírito e por me fazer existir. Aos meus amados e eternos animais, Tatá, que já se foi, mas mora no meu coração, Luke e Teka, que dia após dia, me ensinam o verdadeiro significado do amor puro e verdadeiro. Agradeço também a minha companheira, Bárbara Carvalho, por todo tempo doado a me ajudar, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, sempre me motivando e torcendo para eu alcançar os meus objetivos, obrigada também pela paciência, amor, carinho, dedicação em tudo que faz, garra, companheirismo e amizade, espero de coração verdinho e roxinho, que nossa relação dure anos afins. Amo vocês.

Agradeço imensamente as minhas amigas, começando pela mais antiga, Viviane Melo, que mesmo com todas as diferenças, distância e correria do dia a dia, ainda tira tempo para cultivar a nossa amizade. A minha amiga Liz, por toda a amizade, apoio, torcida, companheirismo, dedicação, carinho, puxões de orelha, por estar sempre do meu lado na

felicidade e na tristeza, me abrigar nas horas difíceis, me fazer rir e me aceitar. A minha eterna dupla Sahmara, por toda ajuda no âmbito profissional e pessoal, pelo carinho, companheirismo e amizade. A Raquel Lima, pela amizade, risadas e conversas. Agradeço as amigadas que a LAPROBT me deu, Eduarda Fortes e Brena Pinheiro, pelo grande apoio, companheirismo, amizade, profissionalismo e dedicação. Amo vocês.

Aos MSc. Renato Repilla e a profa. MSc. Rosana Santos, obrigada por todo apoio que me deram nos dois anos de monitoria e um ano de Paic, por todo carinho, amizade, puxões de orelha e ensinamentos. A todos os outros professores por me transmitirem seus conhecimentos, a coordenação, os profissionais da policlínica odontológica da UEA e pacientes, pois vocês fazem parte da minha construção profissional.

Agradeço imensamente a minha orientadora do TCC e da Extensão, profa. Dra. Brigitte Nichthausen, por ter me proporcionado a oportunidade de conhecer e trabalhar com pacientes do NAOPE, na clínica de Prótese Bucomaxilofacial, pelo seu apoio profissional e pessoal, pelas palavras fornecidas em momentos alegres e tristes, pelos ensinamentos, força, carinho, entusiasmo e paciência comigo. Ao meu Coorientador, prof. Dr. Pantoja Braga, por toda a ajuda em diversos trabalhos que foram realizados no NAOPE, principalmente o meu caso do TCC, sempre se mostrando disposto em ajudar e por todos os ensinamentos e carinho. A coordenadora da LAPROBT, profa. Dra. Cristiane Leal, por ser essa profissional incrível, sempre nos ensinando e puxando nossas orelhas, por todo apoio, paciência, carinho, amizade e ensinamentos, obrigada por nos orientar e nos guiar nessa jornada profissional. As professoras Dra. Shirley e a Dra. Sybilla por todo carinho, ensinamentos, calma e apoio. Agradeço também a todos os membros da LAPROBT, por todo apoio e garra no trabalho e ao senhor Davidson, por todos os ensinamentos, ajuda e amor pelo que faz.

Obrigada a todas as pessoas que me ajudaram e fizeram parte da minha vida de alguma forma, pois fizeram parte da minha construção e evolução, pessoal e profissional.

*“Existem corações leais;  
Existem espíritos corajosos;  
Existem almas que são puras  
e verdadeiras;  
Portanto, dê ao mundo o melhor de si,  
e o melhor virá até você.”*

*- Madeline Bridges*

## RESUMO

As fissuras labiopalatais, são malformações congênitas faciais, também conhecidas como defeitos do desenvolvimento e possuem alterações genéticas multifatoriais, caracterizadas por um espaço anormal ou fenda na região óssea ou mucosa da abobada palatina, podendo acometer lábios, rebordo alveolar e palato, causando transtornos estéticos, funcionais e psicossociais. Essas malformações estão presentes durante a vida intrauterina e conseqüentemente ao nascimento, apresentando algumas variações de complexidade e divisões, geralmente devido a extensão. O paciente fissurado pode ter cicatrizes no lábio, deformidades nasais, ausências dentárias, diastemas, má oclusão em maxila retruída, voz anasalada, ou uma combinação desses fenômenos. O tratamento reabilitador para o vedamento da comunicação buco sinusal existente, pode ser realizado através da utilização de próteses parciais removíveis modificadas e/ou cirurgias. Esse trabalho é um relato de caso de paciente do gênero masculino, 25 anos, portador de fissura palatina que procurou o Centro de Especialidades Odontológicas da UEA (CEO-UEA), para realização de uma reabilitação de sua condição bucal. Foi confeccionada uma prótese parcial removível com modificação para o vedamento da comunicação existente na região anterior, mediana e posterior do palato, conseqüentemente acometendo palato duro e mole, devido a fissura palatina. A melhora da estética foi planejada através da utilização de um dente de estoque na prótese e restauração com resina composta em um elemento dentário, para fechamento de diastema. A abordagem proposta restabeleceu melhorias na deglutição e fonação, estéticas e psicossociais, proporcionando o resgate da funcionalidade das estruturas alteradas pela anomalia em questão, além da melhora da autoestima pela satisfação em termos de estética proporcionada ao paciente. Apesar da melhora na deglutição e fala do paciente, para melhores resultados, o paciente foi encaminhado para um fonoaudiólogo. Foi possível verificar a efetividade do trabalho, tanto no quesito funcional, quanto estético.

Palavras chave: Fissura palatina, prótese parcial removível, reabilitação bucal, estética dentária.



## **ABSTRACT**

The cleft lip and palate are facial congenital malformations. They are also known as developmental defects and have multifactorial genetic alterations characterized by an abnormal space or cleft in the bony or mucosal region of the palatine vault, which may involve lips, alveolar ridge and palate, causing aesthetic disorders, functional and psychosocial aspects. These malformations are present during intrauterine life and consequently at birth, presenting some variations of complexity and divisions, usually due to extension. The fissured patient may have scars on the lip, nasal deformities, dental absences, diastema, malocclusion in a retracted maxilla, nasal voice, or a combination of these phenomena. The rehabilitation treatment for the sealing of existing oroantral communication can be performed using modified removable partial denture and / or surgeries. This article is a case report of a 25-year-old male patient with a cleft palate who sought the UEA's Center for Dental Specialties (CEO-UEA) to perform a rehabilitation of his oral condition. A removable partial denture was made with modification to seal the existing communication in the anterior, medial and posterior palate, consequently affecting hard and soft palate due to cleft palate. Improvement of aesthetics was planned using an artificial tooth in the denture and restoration with resin composite in a teeth, for a closing of diastema. The proposed approach reestablished improvements in swallowing and phonation, aesthetic and psychosocial, providing the retrieval of the functionality of the structures altered by the anomaly in question, in addition to improving self-esteem due to the aesthetic satisfaction provided to the patient. Despite the patient's improvement in swallowing and speech, for better results the patient was referred to a speech therapist. It was possible to verify the effectiveness of the work, both in functional and aesthetic aspects.

**Key words:** Cleft palate, modified removable partial denture, oral rehabilitation, dental aesthetics.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Aspecto facial inicial, vista frontal.....	23
Figura 2. Aspecto facial inicial, vista lateral.....	23
Figura 3. Aspecto intra oral inicial com leve abertura bucal.....	24
Figura 4. Aspecto intra oral inicial em oclusão.....	24
Figura 5. Aspecto intra oral inicial, contendo fissura palatina pós forame incisivo bilateral completa.....	25
Figura 6. Modelo da arcada superior e confeccionado em gesso especial IV.....	25
Figura 7. Modelo da arcada inferior e confeccionado em gesso especial IV.....	25
Figura 8. Desgaste em resina acrílica autopolimerizável na região da cela, adaptando à altura do conector maior.....	26
Figura 9. Desgaste em resina acrílica autopolimerizável, na região posterior.....	26
Figura 10. Prova inicial da armação com a base acrílica.....	26
Figura 11. Aspecto da base após ajuste.....	27
Figura 12. Paciente com a cera aquecida após realizar movimentos de deglutição e fala com intuito de moldagem .....	27
Figura 13. Ppr modificada com resina, ceras e dente artificial, em uma vista superior.....	28
Figura 14. Ppr modificada acrilizada, contendo bolhas internas, em uma vista interna.....	29
Figura 15. Ppr modificada acrilizada, contendo bolhas internas, em uma vista externa.....	29
Figura 16. Remoção das bolhas da ppr modificada.....	29
Figura 17. Pressurizador contendo ppr modificada em seu interior.....	29
Figura 18. Área lesionada pelo uso da ppr.....	31

Figura 19. Aspecto inicial do elemento dentário 11, no qual podemos observar diastema existente.....	32
Figura 20. Condicionamento ácido, com ácido fosfórico 37% após realização do bisel.....	32
Figura 21. Secagem e aplicação do Bond.....	32
Figura 22. Aplicação de resina composta, cor A2, através de pequenos incrementos.....	33
Figura 23. Aspecto do elemento 11 após restauração, com fechamento do diastema.....	33
Figura 24. Aspecto intra-bucal final em oclusão.....	34
Figura 25. Aspecto intra-bucal final com abertura bucal leve.....	34
Figura 26. Aspecto intra-bucal final contendo comunicação vedada com ppr modificada, região posterior.....	35
Figura 27. Aspecto intra-bucal final contendo comunicação vedada com ppr modificada, região anterior.....	35
Figura 28. Aspecto facial final do paciente .....	35

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
	2.1 Objetivos gerais.....	15
	2.2 Objetivos específicos.....	15
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>RELATO DE CASO.....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As fissuras palatinas também podem ser chamadas de defeitos do desenvolvimento, tendo como significado fendas ou aberturas, as quais são conhecidas como malformações de cunho genético que envolvem qualquer região da face e do crânio, devido a alguns fatores. Esses fatores que levam à fissura podem ser hereditários, possíveis alterações (interações) ambientais ou anormalidades congênitas. As fissuras palatinas são caracterizadas por um espaço anormal ou fenda na região óssea ou mucosa da abóbada palatina, podendo acometer o palato, alvéolo e/ou lábio, atingindo estruturas da face como nariz, gengiva e dentes. Podem ser unilaterais ou bilaterais, completas ou parciais. Cada uma com uma diferenciação e com divisões de classificação.<sup>1</sup>

As fissuras palatinas estão presentes ao nascimento devido à falta de fusão dos processos maxilares e palatinos, que ocorre entre a terceira e a sétima semana de vida intrauterina. Elas apresentam algumas variantes no grau de complexidade, geralmente devido a extensão, podendo ser unilaterais ou bilaterais, completas ou incompletas. O palato primário encontra-se como uma massa mesenquimal, onde se forma a parte pré-maxilar da maxila, já o palato secundário é composto por partes duras e moles do palato, tendo o seu desenvolvimento a partir de duas projeções mesenquimais.<sup>2</sup>

A malformação congênita, acarreta uma fenda palatina, ou seja, a falta de fusão ou a fusão incompleta dos processos laterais do palato, tendo como menor gravidade apenas o palato secundário, sendo observado ao exame clínico, a úvula bífida bem visível.<sup>4</sup>

As fissuras labiopalatinas podem ser classificadas em três grandes grupos: as fissuras pré-forame incisivo, as fissuras pós-forame incisivo e as fissuras transforame incisivo. Em todas as três pode ser feito o tratamento cirúrgico. Diversos fatores devem ser analisados na hora de verificar se realmente é possível realizar a cirurgia. Caso não seja

necessário realizar a mesma, o cirurgião-dentista poderá realizar a prótese modificada ou obturadora de palato, podendo haver modificações adequadas para cada tipo de fissura.<sup>6</sup>

As fissuras labiopalatinas possuem uma predileção por maxila, ossos e cartilagens nasais, além do lábio e palato, podendo acarretar alguns problemas de cunho funcional, estético e psicológico. Essas fissuras podem ser alterações na arcada dentária, no desenvolvimento da maxila, dificuldades na fonação e acúmulo de líquido no ouvido médio.<sup>7</sup>

Quando ocorrem problemas de funcionamento inadequado na funcionalidade das estruturas do mecanismo velofaríngeo, acarreta um espaço entre elas. Esse espaço é denominado abertura velofaríngea, cuja presença se caracteriza por uma disfunção velofaríngea, que ocorre devido à falta de tecido do palato mole. Esse funcionamento inadequado, denominado insuficiência velofaríngea, gera alterações, sendo de curta extensão. Algumas são as formas corretivas de funcionalidade da cavidade bucal, sendo elas através de cirurgia corretiva ou o uso de próteses obturadoras, seguidos de fonoterapia. Já a incompetência velofaríngea é devido à falha no movimento das estruturas velofaríngeas por deficiência fisiológica ou neuromotora, sendo que nesse caso poderá ser eliminada a fonoterapia.<sup>9</sup>

Esse tipo de prótese obturadora, melhora a deglutição, fonação e a estética do paciente, através do vedamento da comunicação existente entre a cavidade nasal e oral, juntamente com a questão psicológica, que muitas vezes abala o indivíduo, sendo o tratamento multidisciplinar o de melhor escolha, englobando diversos tipos de profissionais, realizando o acompanhamento desde a gestação da mãe, que carrega um filho fissurado, até a vida adulta.<sup>18</sup>

É de extrema importância que, logo após a reabilitação protética, seja realizado um tratamento com o fonoaudiólogo para melhorar os movimentos da deglutição e da fonação.

Este trabalho tem como finalidade relatar a confecção de uma prótese parcial removível modificada para o vedamento de uma fissura palatina pós-forame incisivo mediana completa, em um paciente jovem para melhora da fonação, estética e deglutição.

O presente trabalho tem importância e relevância por abordar aspectos de diferenciação na formação genética, devido a diversos fatores, dentre eles hereditários e com possível interferência ambiental e transtornos gerados ao decorrer do crescimento de pessoas com fissura palatina.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Relatar a confecção de prótese parcial removível para a reabilitação de um paciente com fissura palatina, no Centro de Especialidades Odontológicas da UEA (CEO-UEA).

### 2.2 Objetivos específicos

- Realizar procedimentos clínicos e laboratoriais para a confecção da prótese parcial removível modificada;
- Avaliar a deglutição e fonética do paciente, antes e após tratamento;
- Realizar restauração para fins estéticos no elemento dentário 11.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As fissuras labiopalatinas (FLP), também conhecidas como defeitos do desenvolvimento, são malformações genéticas devido a anormalidades congênitas caracterizadas por um espaço anormal ou fenda na região óssea ou mucosa da abóbada palatina, podendo acometer o palato, alvéolo e/ou lábio, atingindo estruturas da face como nariz, gengiva e dentes.<sup>1</sup>

O período com maior ocorrência de malformação é geralmente entre a sexta semana e o início da nona semana. O início do desenvolvimento do palato ocorre no final da quinta semana e não se completa antes da décima segunda semana. Esse desenvolvimento ocorre em duas etapas: primário e secundário. No desenvolvimento, o palato primário encontra-se como uma massa mesenquimal em forma de cunha entre as superfícies internas das saliências maxilares, onde se forma a parte pré-maxilar da maxila. O palato secundário é composto por partes duras e moles do palato, tendo o seu desenvolvimento a partir de duas projeções mesenquimais que fisiologicamente se estendem das faces internas das saliências maxilares. No desenvolvimento da mandíbula ocorre o deslocamento da língua, fazendo com que a mesma ocupe uma posição inferior na boca. Logo após ocorre o alongamento dos processos palatinos laterais, que vão para uma posição superior horizontal a que a língua ocupa.<sup>2</sup>

A fenda na região do processo alveolar pode passar entre incisivos central e lateral superior, incisivo lateral e canino e distal de canino. Esta situação está intimamente relacionada à formação da lâmina dentária, pois a fusão dos processos faciais leva ao desenvolvimento dos brotos dentários em qualquer posição em relação à fenda gerada.<sup>3</sup>

A fenda palatina acarreta a falta de fusão ou a fusão incompleta dos processos laterais do palato, tendo como menor gravidade apenas o palato secundário, deixando ao exame clínico a úvula bífida bem visível.<sup>4</sup>

As fissuras labiopalatinas podem ser unilaterais ou bilaterais, completas ou incompletas, cada uma com uma diferenciação com divisões de classificação. Essas malformações são identificadas pela presença de uma fenda gerada pela falta da fusão do palato, que se inicia durante o período intra-uterino. As malformações congênitas, que geralmente acometem o terço médio da face, são causadas pela falta de fusão dos processos maxilares e palatinos que ocorrem entre a terceira e a sétima semana de vida intrauterina. Conseqüentemente estão presentes ao nascimento, apresentando algumas variantes no grau de complexidade, geralmente devido a extensão, podendo ser unilateral ou bilateral, completas ou incompletas, assim interferindo na capacidade natural de serem adequadamente alimentadas, como também em seu crescimento e desenvolvimento.<sup>5</sup>

As fissuras labiopalatinas podem ser classificadas em três grandes grupos: primeiro, fissura pré-forame incisivo, quando o indivíduo possui uma abertura medial, unilateral (direita/esquerda) ou bilateral do lábio superior, no qual pode ser completa (quando o rebordo alveolar e lábio são acometidos) ou incompleta (quando somente o lábio é acometido); segundo, fissura pós-forame incisivo, quando há abertura palatina, sendo dividida em completa (quando os palatos duro e mole são acometidos) ou incompleta (quando atinge o palato de forma parcial); e terceiro, fissura transforame incisivo, quando as estruturas afetadas são lábio superior e palato, tendo como classificação uma forma unilateral (quando apenas um dos lados é acometido) ou bilateral (quando os dois lados são acometidos).<sup>6</sup>

Segundo Barcellos<sup>7</sup> (1990), as fissuras labiopalatinas atingem várias regiões da face, sendo a predileção por maxila, ossos e cartilagens nasais, além do lábio e palato. Elas podem gerar alguns problemas de ordem funcional, estética e psicológica, como algumas alterações na arcada dentária, no desenvolvimento da maxila, dificuldades de fonação e acúmulo de líquido no ouvido médio.<sup>7</sup>

As alterações genéticas que geralmente levam a malformações na região da maxila acarretam um grave defeito na fala e na deglutição dos pacientes, gerando alterações funcionais, estéticas e, algumas vezes, psicológicas com repercussões negativas sociais e emocionais. A reabilitação protética obturadora é uma escolha muito viável para esses pacientes, que devolve o bem-estar físico e mental a esses indivíduos, restabelecendo a estética, a fala e principalmente a função, pela retomada da mastigação e deglutição, melhorando também no âmbito psicológico.<sup>8</sup>

Quando ocorrem problemas de funcionamento inadequado na funcionalidade das estruturas do mecanismo velofaríngeo, acarreta um espaço entre elas, denominada de abertura velofaríngea, cuja presença caracteriza uma disfunção velofaríngea. A abertura velofaríngea acaba ocorrendo devido à falta de tecido do palato mole, acarretando alterações, sendo de curta extensão, no qual a denominação para a mesma é insuficiência velofaríngea. Algumas são as formas corretivas de funcionalidade da cavidade bucal. Essas são através de cirurgia corretiva ou o uso de próteses obturadoras, seguidas de fonoterapia. Já a incompetência velofaríngea ocorre devido à falha no movimento das estruturas velofaríngeas, por deficiência fisiológica ou neuromotora. Nesse caso, a fonoterapia poderá ser eliminada.<sup>9</sup>

Pacientes que apresentam defeitos maxilares unilaterais ou bilaterais acabam gerando um colapso facial, com dificuldade funcional na mastigação, deglutição e fatores que acabam gerando uma exclusão social. A reabilitação protética ideal para pacientes dessa conformação consiste no fechamento da comunicação entre a boca e o nariz, buco sinusal, para permitir melhora na deglutição e fala.<sup>10</sup>

Por outro lado, se ocorrer, por consequência da presença de articulações compensatórias ou outros erros de aprendizagem de fala, não refletindo alterações físicas ou neuromusculares, terão indicação para fonoterapia.<sup>11,12</sup>

A palavra “fissura” remete a significado de fenda ou abertura, cuja manifestação engloba qualquer região da face e do crânio, porém geralmente são usuais no lábio e/ou no palato. Logo a sua designação permanece como fissuras labiopalatinas. O acompanhamento com um cirurgião-dentista é indispensável e deve ser periódico para se ter uma boa saúde bucal, principalmente em indivíduos com fissura. O processo reabilitador dos pacientes com fissura labiopalatinas é variado, sendo os recursos odontológicos utilizados de forma simples ou complexa, dependendo das necessidades de cada caso. Logo, a reabilitação odontológica é individual e de extrema importância para o resultado final do tratamento.<sup>13</sup>

Através de uma equipe multidisciplinar pode-se avaliar esses casos de fissurados desde o início. Pode-se também preparar melhor os pais e lhes oferecer escolhas de tratamentos prévios para a melhora da condição de vida do seu filho.<sup>14</sup>

A atuação fonoaudiológica no contexto interdisciplinar é de grande importância para a evolução de melhora da condição de vida do paciente, uma vez que a prevenção, o diagnóstico precoce dessas alterações e o planejamento terapêutico adequado fornecem subsídios para que o desenvolvimento da comunicação oral ocorra de forma satisfatória.<sup>15</sup>

A terapia intensiva pode ser um módulo inicial da terapia convencional, pois com o decorrer do tempo o paciente poderá observar uma melhora de cunho mais rápido na sua fala, passando a ter mais envolvimento e comprometimento com a terapia.<sup>15,16</sup>

O acoplamento indesejável entre as cavidades oral e nasal reduz a pressão aérea intraoral durante a produção da fala, causando imprecisão articulatória, fala hipernasal, emissão de ar nasal e redução do volume vocal. Um dos principais problemas enfrentados é o comprometimento da inteligibilidade da fala, que interfere na qualidade de vida, no qual em alguns casos as reconstruções cirúrgicas não são a melhor escolha. Quando esta é descartada, o tratamento reabilitador proposto é a confecção de próteses obturadoras, que acarretará no fechamento da comunicação existente entre as cavidades oral, nasal e orbital,

esta última em raros casos. Isso permitirá o restabelecimento da integralidade da fala, da socialização, melhora da mastigação e deglutição do paciente.<sup>17</sup>

A equipe de fonoaudiologia, tem grande relevância no papel final reabilitador de pacientes com fissura palatina, atestando assim a importância de se ter um atendimento multidisciplinar.<sup>18</sup>

O fonoaudiólogo tem grande importância no tratamento de pacientes com fissura palatina, juntamente com o cirurgião dentista no qual, confecciona a placa obturadora para selamento do palato e junto com o fonoaudiólogo, analisam o reflexo de sucção do paciente. Com a descontinuidade do palato, não há a pressão suficiente para que seja realizada a sucção, trazendo desde muito novo, problemas nutricionais e sociais para o indivíduo.<sup>19</sup>

A reabilitação protética destes pacientes consiste no vedamento da comunicação existente entre as cavidades oral e nasal, fazendo com que haja uma correção através de uma prótese obturadora. Dessa forma são corrigidas disfunções na mastigação, deglutição e fonética. O acompanhamento deve ser realizado desde a vida intra-uterina e por uma equipe multidisciplinar formada por ginecologista-obstetra, geneticista, cirurgião plástico, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, odontólogo.<sup>20</sup>

Os indivíduos que utilizam Próteses Parciais Removíveis (PPR) são os que provavelmente apresentam uma maior variedade de respostas perante a reabilitação oral, já que possuem uma maior diversidade de situações e casos clínicos, no caso, a perda dentária de poucos ou de muitos elementos dentários, necessitando de prótese, e os fatores que estão associados a aceitação da PPR, são eles os biológicos, mecânicos, estéticos e psicológicos, e conseqüentemente, com o sucesso do tratamento.<sup>21</sup>

A reabilitação oral de pacientes em áreas isoladas edêntulas, torna-se um desafio grande para os Cirurgiões-Dentistas, oferecendo diversas alternativas e algumas opções, sendo estabelecida a que melhor se adapte ao perfil e qualidade de vida do paciente. O

grande sucesso de uma Prótese Parcial Removível depende de diversos fatores, dentre eles um bom planejamento, rigoroso e cuidadoso, e depois da prótese instalada, reforçar a orientação da importância da higienização da prótese, para ele estar ciente das suas responsabilidades e realizar retornos periódicos, para uma manutenção periódica, assim alcançando um resultado mais prolongado e satisfatório.<sup>22</sup>

O paciente fissurado pode ter uma cicatriz no lábio, uma deformidade nasal, ausência dentária, má oclusão em maxila retruída, voz anasalada, ou uma combinação desses fenômenos. Todas estas alterações devem ser consideradas na avaliação final. A estética, principalmente facial, parece ser um aspecto muito importante para o estado geral do indivíduo, especialmente entre as idades de 18 e 30 anos. Uma das medidas mais relevantes do sucesso do tratamento para uma fenda labial e palatina é trabalhar a aparência facial do indivíduo. Fenda labial e palatina variam muito em termos de largura da fenda e outras características. As modalidades de tratamento também diferem, dependendo da data da cirurgia e da técnica de reconstrução.<sup>23</sup>

Diastema define-se como um espaço ou ausência de contato entre dois ou mais dentes contíguos, são mais frequentes na região anterossuperior, causando uma discrepância entre o tamanho dos elementos dentários. A etiologia dos diastemas é multifatorial, sendo necessário e de fundamental importância realizar uma avaliação correta de sua origem, afim que seja proposto um tratamento adequado e com sucesso, restabelecendo características estéticas faciais adequadas.<sup>24</sup>

Com a busca de novas técnicas e procedimentos para atender as expectativas dos pacientes, foram criadas novas técnicas de restauração direta com resina composta para o fechamento de diastemas pequenos, nesse caso tendo como principais vantagens: a preservação da estrutura dental e redução do tempo clínico necessário, com isso, alcançando resultados estéticos com maior excelência e satisfação.<sup>25</sup>

As anomalias dentárias podem interferir na harmonia do sorriso e estão associadas com alterações no tamanho, posição, forma, cor e textura em dentes ântero-superiores. O mal posicionamento dentário não somente comprometem a forma do arco, como também na proporção relativa aparente dos dentes. Os conceitos atuais da estética facial estão voltados para o equilíbrio entre a beleza e harmonização dentária, referente a restauração da forma e da função dos dentes, tendo capacidade de criar um sorriso que se adeque e adapte ao perfil e estilo de vida do paciente. A Estética, voltada para a área da Dentística restauradora é definida como a arte de reproduzir, criar, copiar e harmonizar estruturas dentais e anatômicas circunvizinhas com restaurações com resina composta.<sup>26</sup>

#### 4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de 25 anos, gênero masculino, procurou o Centro de Especialidades Odontológicas da UEA (CEO-UEA), para realização de tratamento odontológico para sua condição bucal. Após consulta inicial e tomadas fotográficas de frente e de perfil, onde se pode observar o aspecto facial do paciente (Figura 1 e 2) e o aspecto inicial intra oral (Figura 3, 4 e 5), foi encaminhado para realização de procedimentos de raspagem supra gengival de boca toda, tratamento endodôntico no elemento 14 e restaurações nos elementos 14 e 13. Após esses procedimentos o paciente foi reencaminhado para os profissionais de Prótese Bucomaxilofacial do mesmo estabelecimento para confecção de uma prótese que vedasse a comunicação buco sinusal existente, devido à má formação congênita durante o período embrionário, gerando uma fissura palatina pós forame mediana completa.



Figura 1. Aspecto facial inicial, vista frontal.



Figura 2. Aspecto facial inicial, vista lateral.





Figura 3. Aspecto intra oral inicial com leve abertura bucal.



Figura 4. Aspecto intra oral inicial em oclusão.



Figura 5. Aspecto intra oral inicial, contendo fissura palatina pós forame incisivo bilateral completa.

No retorno com os especialistas em Prótese Bucomaxilofacial e com a acadêmica, foi realizado um complemento da anamnese do paciente e do exame clínico. Em consultas posteriores foi realizado procedimentos de preparo de boca II, para acomodação de nichos da prótese parcial removível (ppr) na arcada superior do paciente, sendo realizado o preparo nos elementos dentários: 16,15,13,11,25 e 26.

Uma semana depois o paciente retornou para sua consulta onde foram realizadas moldagens das arcadas superior e inferior com moldeiras perfuradas, sendo as mesmas individualizadas com cera utilidade e algodão. Após o procedimento de moldagem, o molde foi vazado com gesso especial do tipo IV e foram obtidos os modelos de gesso superior (Figura 6) e inferior (Figura 7). Em seguida foi realizado o delineamento dos grampos no modelo superior e levado ao laboratório para a confecção da armação metálica.



Figura 6. Modelo da arcada superior confeccionado em gesso especial IV.

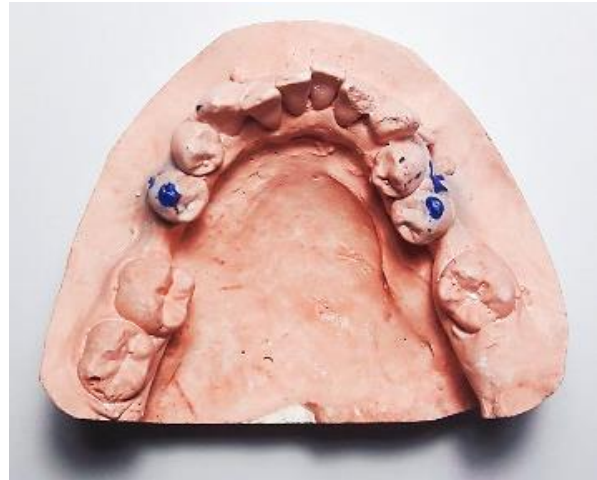


Figura 7. Modelo da arcada inferior confeccionado em gesso especial IV.

Na consulta seguinte o paciente retornou para a prova da armação metálica superior, confeccionada com grampos circunferenciais geminados nos elementos dentários 15, 16 e 25, 26 e MDL modificado no 13 e 11. Foram realizados a prova e ajustes na armação, utilizando brocas esféricas 1012 e 1014, após marcação do carbono, também foi realizado ajustes oclusais nos dentes inferiores, utilizando broca cônica 2082, broca 3216 e taças de borracha para polimento.

Em seguida foi manipulada resina acrílica autopolimerizável incolor pó e líquido, em um pote paladon, com espátula 36, para confecção de uma modificação/ extensão na região da fissura. A resina foi inserida na superfície da grade (conector maior) da armação metálica, região do palato, na fase plástica com extensão para a área posterior da armação, sem pressão, de maneira que pudesse ser removida posteriormente sem dificuldade na fase laboratorial. Foram feitos os desgastes e acabamento da resina utilizando broca maxicute e tiras de lixa tanto nas áreas do conector maior quanto na região posterior (Figuras 8 e 9).



Figura 8. Desgaste da resina acrílica autopolimerizável na região da sela, adaptando à altura do conector maior.



Figura 9. Desgaste da resina acrílica autopolimerizável, na região posterior.

A armação metálica com a base acrílica, foi encaixada nos dentes pilares, para prova e ajustes. Foi necessário realizar diminuição da extensão posterior com resina, para uma melhor moldagem da região, tornando o procedimento mais confortável (Figuras 10 e 11). A moldagem na região tonsilares (laterais) e parede posterior da faringe foi necessária para maior adaptação da prótese, sendo utilizada cera 7 vermelha aquecida. Também foi realizado a escolha e fixação do elemento dentário 12, com dente artificial da marca Biolux, cor 67 que foi desgastado e adaptado na armação com cera 7 branca. Foi necessário também realizar desgaste na armação metálica na região do elemento 12, através de peça reta e disco para metal, para melhor ajuste do dente selecionado.



Figura 10. Prova inicial da armação com a base acrílica.



Figura 11. Aspecto da base após ajustes.

Com a fixação do elemento 12, realizou-se a uniformização das ceras na região do elemento 12 e na região posterior do palato mole, sobre a resina acrílica, utilizando uma espátula 36 e lamparina a álcool. Posteriormente a cera vermelha foi aquecida até adquirir consistência plástica, porém, suportável à mucosa e tomando-se o cuidado com a região do elemento 12. A ppr modificada foi posicionada na cavidade bucal, adaptando os grampos aos elementos dentais e realizando movimentação de deglutição e fala, com intuito de se reproduzir mais fidedignamente a região dos pilares tonsilares e parede posterior da faringe. (Figura 12)



Figura 12. Paciente com a cera aquecida após realizar movimentos de deglutição e fala com intuito de moldagem.

Pode-se observar a prótese modificada, através de uma vista superior, após a moldagem com cera 7 na região posterior, pronta para ser processada laboratorialmente. (Figura 13)



Figura 13. Ppr modificada com resina, ceras e dente artificial, em uma vista superior.

Após esses procedimentos a ppr modificada com resina, ceras e dente artificial foi entregue ao laboratório para realização de seu processamento de acrilização. Uma semana depois, o paciente retornou para realizar a instalação, com a ppr já acrilizada. Toda a estrutura que continha resina acrílica autopolimerizável e ceras, foi substituída por resina acrílica termopolimerizável. Contudo, ao fazer a inspeção visual da ppr, observou-se a presença de bolhas na sua parte externa, passíveis de reparo. (Figuras 14 e 15)

Foi verificada a adaptação da ppr na cavidade bucal e feita a prova funcional e estética. Em seguida, como havia sido detectada a presença de bolhas na superfície da prótese, realizou-se um procedimento laboratorial, de remoção destas bolhas, utilizando



broca maxicute e peça reta (Figura 16), com posterior incremento de resina acrílica autopolimerizável e acrilização em pressurizador a frio (água gelada), com pressão de 23 psi (Figura 17). A ppr permaneceu sob pressão por 30 minutos e depois foram feitos os acabamentos e polimentos convencionais com brocas, discos e feltro.



Figura 14. Ppr modificada acrilizada, contendo bolhas internas, em uma vista interna.



Figura 15. Ppr modificada acrilizada, contendo bolhas internas, em uma vista externa.



Figura 16. Remoção das bolhas da ppr modificada.



Figura 17. Pressurizador contendo ppr modificada em seu interior.

Com a prótese pronta e acabada o paciente foi agendado para sua instalação. Uma inserção inicial muito cuidadosa foi realizada, evitando-se que eventuais áreas sobre estendidas pudessem ferir qualquer região da mucosa. Foi solicitado que o paciente fizesse movimentos de deglutição e fala utilizando a ppr modificada e realizados os desgastes nas regiões da prótese que eventualmente causassem desconforto em contato com a mucosa. Devido a movimentação da mucosa durante essas atividades funcionais, a prótese pressionava a região pela fricção constante. Após os devidos desgastes foram feitos polimento e instalação da ppr. O paciente também foi devidamente orientado quanto aos cuidados de uso e higienização.

Na semana seguinte o paciente retornou e foi realizada a primeira proervação da ppr, com ajustes na região lateral que continha resina acrílica em contato com a mucosa, gerando desconforto ao se alimentar.

Além dos procedimentos clínicos e laboratoriais realizados, avaliamos a condição de possível melhora na deglutição e na fala. Mesmo com a ppr modificada o paciente relatou que uma pequena parte de alimentos líquidos ainda passavam para a cavidade nasal, porém os desgastes na lateral tiveram que se realizados devido ao desconforto sentido pelo mesmo ao deglutir e falar. Foi observado uma melhora significativa na fonação do paciente utilizando a prótese.

Após mais uma semana, foi realizada a segunda proervação, na qual, foi observada uma lesão traumática medindo 2 mm, na região da junção da armação metálica com a resina do lado direito. Podemos observar a região onde se apresentou essa lesão, através de uma bola azul claro (Figura 18). Foi feito ajuste da ppr, desgastando com broca maxicute e peça reta a região de acrílico e para a armação metálica, foram utilizadas brocas diamantadas esféricas em alta rotação. Posteriormente aos ajustes a ppr foi polida utilizando disco de feltro com pasta de polimento.



Figura 18. Área lesionada pelo uso da PPR.

Na terceira proervação, após mais uma semana, foi realizado um pequeno ajuste na prótese, porém, a lesão que continha na mucosa na semana anterior, já havia sumido. O paciente relatou que estava começando a se adaptar melhor com a prótese, porém ainda sentia que um pouco de líquido refluía para a cavidade nasal, porém, não foi possível realizar a completa adaptação da modificação com acrílico na região posterior, pois o paciente sentia incomodo durante a deglutição e fala, no qual foi necessário realizar ajustes nessas regões.. Relatou também que havia percebido um pouco de melhora na sua fonação.

O paciente foi encaminhado para realizar restauração estética no elemento 11, pois não estava satisfeito com o diastema existente entre o elemento 11 e o 23. (Figura 19). Foi planejado o fechamento do diastema. Realizou-se um bisel na região vestibular mesial do elemento 11, como se fosse realizar uma restauração de classe IV, com a utilização de alta rotação e broca 3216 e após esse desgaste superficial, foi feito o condicionamento ácido na região (Figura 20), com posterior secagem e aplicação do Bond (Figura 21). Posteriormente foi feita a aplicação de resina composta, cor A2, através de pequenos incrementos (Figura 22), fotopolimerização e acabamento com brocas 3216 F, discos e Feltro. Pode-se observar o aspecto final da restauração, contendo fechamento do diastema



e tendo ponto de contato, entre o elemento 11 e 23. (Figura 23). Infelizmente não foi possível realizar isolamento absoluto, devido a falta de recursos que o estabelecimento possuía na época.



Figura 19. Aspecto inicial do elemento dentário 11, no qual podemos observar diastema existente.



Figura 20. Condicionamento ácido, com ácido fosfórico 37%, após realização do bisel.



Figura 21. Secagem e aplicação do Bond.



Figura 22. Aplicação de resina composta, cor A2, através de pequenos incrementos.



Figura 23. Aspecto do elemento 11 após restauração, com fechamento do diastema.

Por sugestão dos profissionais, o paciente retornou ao CEO - UEA para realizar o procedimento de troca do dente de estoque 12 da ppr modificada, pois estava um pouco mais escuro que a os outros elementos dentários, o que era um dos fatores que contribuíam para uma diminuição da estética do sorriso.

A troca foi feita através da mudança do dente de estoque (12) da Biolux de cor 67, por um dente de estoque (12) da Biolux da cor 62, no qual foram feitos desgastes na face palatina e cervical para melhor acomodamento do mesmo na armação metálica.

Após o procedimento de desgaste, foi manipulada a resina acrílica autopolimerizável pó e líquido (cor 62), em um pote dappen, em pouca quantidade e na

fase plástica foi introduzida no espaço referente a cela anterior da ppr e feita a adaptação e acomodação do dente 12. A prótese foi recolocada na cavidade bucal e feita a verificação da angulação do dente perante os outros elementos dentários. Após o material tomar presa inicial, foi levada ao pressurizador para a presa final, com posterior acabamento e polimento em todas as faces de dente de estoque. Para o acabamento foram utilizadas brocas cônicas, em forma de chama e discos. Já para o polimento, foram utilizadas borrachas e feltro para peça reta, com pasta de polimento.

Na última consulta de proervação, pode-se observar a adaptação do paciente e sua satisfação com o tratamento. Por nossa recomendação e por interesse do próprio, o paciente também foi encaminhado para tratamento fonoaudiológico. Foram realizadas as tomadas fotográficas finais (Figuras 24, 25, 26, 27 e 28). A resseção gengival existente no elemento 31 pela vestibular, não era devido a trauma oclusão e sim a problema periodontal.



Figura 24. Aspecto intra-bucal final em oclusão.



Figura 25. Aspecto intra-bucal final com abertura bucal leve.



Figura 26. Aspecto intra-bucal final contendo comunicação vedada com ppr modificada, região posterior.



Figura 27. Aspecto intra-bucal final contendo comunicação vedada com ppr modificada, região anterior.



Figura 28. Aspecto facial final do paciente.

O vedamento da cavidade bucal com a ppr modificada, a restauração no elemento 11, juntamente com a troca do dente de estoque utilizado inicialmente na ppr, foi de extrema importância para a melhora da condição de vida do paciente sob diversos aspectos: psicológico, social, estético e funcional com a melhora na deglutição e fonação do paciente. Apesar do vedamento não ter se dado por completo, ainda permitindo a passagem de alguns poucos fluidos para a região nasal do paciente, foram necessários os desgastes na região lateral da ppr devido ao incômodo e ferimento na mucosa. Acreditamos que com o tratamento fonoaudiológico para trabalhar fala e deglutição, aspectos que já haviam sido melhorados possam ser mais bem desenvolvidos com esse profissional.

## 5 DISCUSSÃO

Somos concordes que o conhecimento prévio das malformações congênitas tem grande importância para os estudos de casos de pacientes que possuam fissura palatina.<sup>1,2,4,5</sup>

A migração das células da crista neural se dá a partir do tecido conectivo e o esqueleto da face por volta da terceira semana de desenvolvimento intrauterina, gerando nesse período um maior índice de malformações congênitas.<sup>1,4,5</sup> Esta afirmativa não corrobora com o livro de Embriologia Clínica, que relata que o período com maior ocorrência de malformação é geralmente entre a sexta semana e o início da nona semana.<sup>2</sup>

O conhecimento prévio dessas malformações congênitas, pode ser de cunho genético ou ambiental, sendo as de caráter genético mais frequentes, e ele tem grande importância para o diagnóstico correto, com posterior formas de tratamento mais condizentes a cada situação, gerando assim um maior cuidado da família e procura de tratamentos especializados reabilitadores desde criança.<sup>3,5,6</sup>

Pacientes com fissura palatina quando bebês, tem grande dificuldade na amamentação, pois a comunicação buco sinusal existente, gera desvio do alimento para a cavidade nasal, ela também dificulta que exista uma pressão intra bucal ideal, para a realização do movimento de sucção, assim acarretando transtornos nutricionais e estresse ao bebê, sendo necessário a busca de maneiras diferenciadas de formas de amamentação.<sup>5</sup> Encontramos concordância com o artigo, pois durante a anamnese foi relatado pelo paciente problemas durante a sua amamentação, havendo necessidade de interferência profissional na busca de alternativas para melhorar sua amamentação e valor nutricional.

As fissuras labiopalatinas se iniciam durante o período intra-uterino e podem ser classificadas em três grandes grupos pela extensão: fissura pré-forame incisivo, quando o indivíduo possui uma abertura medial, unilateral (direita/esquerda) ou bilateral do lábio superior, na qual pode ser completa (quando o rebordo alveolar e lábio são acometidos) ou incompleta (quando somente o lábio é acometido), fissura pós-forame incisivo, quando há abertura palatina, sendo dividida em completa (quando os palatos duro e mole são acometidos) ou incompleta (quando atinge o palato de forma parcial) e fissura transforame incisivo, quando as estruturas afetadas são lábio superior e palato, unilateral (quando apenas um dos lados é acometido) ou bilateral (quando os dois lados são acometidos). Essas definições são recorrentes nos artigos utilizados nesse trabalho<sup>1,2,4,5,6</sup>, mas por outro lado diferem quando se trata da classificação quanto ao funcionamento: a insuficiência velofaríngea, que ocorre devido à falta de tecido do palato mole, sendo o paciente encaminhado para o fonoaudiologista e a incompetência velofaríngea, que ocorre devido à falha no movimento das estruturas velofaríngeas, por deficiência fisiológica ou neuromotora e nesse caso o encaminhamento para o fonoaudiologista é descartado.<sup>9</sup>

É condizente com nosso trabalho que a reabilitação de pacientes acometidos de deformações faciais, sendo por traumas, tumores ou malformações congênitas, é um grande desafio, pois precisa ser trabalhada cuidadosamente diante da imensa repercussão estética, funcional (deglutição e fala) e psicológica, imposta pelas deformações e verificar quais são as melhores formas de tratamento.<sup>3,7,8</sup>

Pacientes que apresentam defeitos maxilares unilaterais ou bilaterais devido a fissuras palatinas, acabam possuindo um colapso facial, com dificuldade funcional na mastigação, deglutição, fala, estética e fatores que acabam gerando uma exclusão social, sendo necessário reabilitação odontológica com posterior acompanhamento fonoaudiológico.<sup>10,11,12</sup> Pudemos observar durante a execução deste trabalho que a

comunicação buco sinusal interferia bastante na fala e deglutição do paciente, tendo o mesmo vindo de outro estado à procura de tratamento profissional especializado na área, para melhora da sua deglutição, fala e estética facial.

Autores relatam que o acompanhamento com um cirurgião-dentista é indispensável, sendo a reabilitação odontológica individual, específica e de extrema importância para o resultado do tratamento reabilitador de um paciente fissurado, como pode ser avaliado nesse caso, além da equipe de fonoaudiologia ter grande relevância no papel final reabilitador de pacientes com fissura palatina, atestando assim a importância de se ter um atendimento multidisciplinar.<sup>13,14,15,16</sup>

A equipe de fonoaudiologia, juntamente com os cirurgiões dentistas tem grande relevância no papel final reabilitador de pacientes com fissura palatina, ajudando na utilização de uma prótese para vedamento da comunicação existente no palato e a melhora da sucção e fala.<sup>19,20</sup> O paciente foi encaminhado para realizar acompanhamento com um fonoaudiólogo para complementação de seu tratamento.

Quando não é possível realizar correção cirúrgica ou até mesmo o paciente não deseja realizá-la, a reabilitação protética é o tratamento de escolha e que consiste no vedamento da comunicação existente entre as cavidades oral e nasal, sendo assim corrigidas disfunções na mastigação, deglutição, fonética e estética. Essa reabilitação em pacientes fissurados palatinos torna-se um desafio grande para os cirurgiões-dentistas e, dependendo do tipo de fissura, procedimentos e próteses diferenciadas serão realizadas.<sup>17,18,21,22</sup> Todas estas observações foram constatadas durante nosso trabalho, pois a escolha da reabilitação de um paciente fissurado, cuja prótese parcial removível (ppr) modificada foi o tratamento de escolha para o vedamento da fissura existente entre a cavidade bucal e a nasal, diminuindo a comunicação entre essas duas cavidades, obteve



melhora na qualidade de vida do paciente, tanto no âmbito social, como também melhora da fonação, deglutição e estética.

Concordamos com Lima et al. (2017) e Sinko et al (2005), que para se alcançar o sucesso do tratamento, utilizando uma prótese parcial removível (ppr) modificada é necessário focar em diversos fatores, dentre eles um bom planejamento, rigoroso e cuidadoso e depois da prótese instalada, reforçar a orientação da importância da higienização da prótese e realizar retornos periódicos.<sup>22,23</sup> Como o paciente não morava no estado do Amazonas, e sim em Roraima, foi instruído a procurar um cirurgião-dentista especialista em prótese do seu estado para realizar essas avaliações periódicas.

A presença de diastemas na região anterior superior de incisivos é considerada um fator antiestético prejudicial do ponto de vista social, ainda mais em pacientes jovens, como no caso do paciente desse trabalho. Com o grande crescimento da informatização, os pacientes passaram a exigir soluções estéticas melhores para resgatar a naturalidade de uma condição inicial perdida ou corrigir alterações genéticas, concordando assim com a exigência e expectativa do paciente deste caso em obter um sorriso um pouco mais harmônico, dentro das limitações que sua condição apresentava.<sup>23,24</sup>

A opção do fechamento de diastemas com resinas compostas apresenta grandes vantagens: técnica rápida, segura e eficaz, menor custo em relação às cerâmicas e sem desgaste dental médio a elevado como em facetas e coroas, sendo assim havendo uma preservação da estrutural dental.<sup>25,26</sup> O mal posicionamento dentário não somente comprometem a forma do arco, como também na proporção relativa aparente dos dentes.<sup>26</sup> Pudemos observar o mal posicionamento dental do elemento 11, a agenesia do 21 e 22, atresia de maxila e um pequeno diastema entre os dentes 11 e 23. Nesse caso utilizamos resina composta fotopolimerizável para a restauração como tratamento reabilitador para o fechamento do diastema.

A estética em Prótese e Dentística é definida como a arte de criar, reproduzir, copiar e harmonizar espaços edêntulas ou restaurações com estruturas dentais e anatômicas circunvizinhas, de modo que o trabalho se torne belo, expressivo e imperceptível, em cada área. Entretanto, as expectativas do paciente devem ser consideradas já que o conceito de estética é bastante pessoal e varia de acordo com a região, época e cultura em que as pessoas vivem.<sup>22,23,24,25,26</sup> Nesse caso, além da prótese parcial removível modificada foi realizado o fechamento com resina composta do diastema entre os elementos 11 e 23, que estavam bem próximos, devido a condição bucal existente. Foi possível verificar melhora da estética, manifestada pelo paciente sua satisfação.

## 6 CONCLUSÃO

- O presente trabalho pode relatar a confecção de uma prótese parcial removível (ppr) modificada para paciente fissurado palatal;
- Os procedimentos clínicos e laboratoriais foram realizados com técnicas diferenciadas, de forma a obter o vedamento da comunicação através da realização da prótese parcial removível com modificação na região do palato duro e mole;
- Foi observada melhora significativa na deglutição do paciente, juntamente com a melhora da fonação, após instalação da prótese;
- A restauração realizada para fechamento de diastema, foi eficiente para uma melhora na condição estética do paciente.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev. Bra Prom Saúde*. 2005; 18(1): 31-40.
2. Moore KL, Persaud TV. *Embriologia clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. Cap. 10. 26 p.
3. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Cap. 8. 182 p.
4. Carlson BM. *Embriologia humana e biologia do desenvolvimento*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 279 p.
5. Batista LRV, Triches TC, Moreira EAM. Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal. *Revista Paulista de Pediatria*, 2011, 29.4: 674-679.
6. Spina V. A proposed modification for the classification of cleft lip and cleft palate. *Cleft Palate J*. 1973; 10: 2-251.
7. Barcellos J. Fissuras labiopalatinas. In: Zanini SA. *Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial*. Rio de Janeiro: Revinter; 1990. 287 p.
8. Filho HG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. *Rev Odontol Araçatuba*. 2006 jul/dez; 27(2): 06-101.
9. Silva DP, Dornelles S, Paniagua LM, Costa SS, Collares MV. Aspectos patofisiológicos do esfíncter velofaríngeo nas fissuras palatinas. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2008; 12(3): 35-426.
10. Miracca RA, Sobrinho JA, Tanaka EM. Magnetos na Retenção de Prótese Conjugada Óculo-palpebral e Obturador Palatino. *Rev Íbero-am Prótese Clín Lab*. 2004; 6(32): 75-365.
11. Trindade IE, Genaro KF, Yamashita RP, Miguel HC, Fukushiro AP. Proposta de classificação da função velofaríngea na avaliação perceptivo-auditiva da fala. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2005 mai/ago; 17(2): 62-259.
12. De MB; Van KL. Cleft palate speech and velopharyngeal dysfunction: the approach of the speech therapist. *B-ENT*. 2006; 2: 63-70.
13. Almeida TX, Graciano MI, Dutka JC. Caracterização social e demográfica de usuários de prótese de palato e recursos de apoio à reabilitação. *Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social*. 2015 jan/jul; 19(35): 29-307.
14. Marchesan IQ. Deglutição: diagnóstico e possibilidades terapêuticas. In: Marchesan IQ. *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 43 p.
15. Melo DP, Ramalho MS, Perillo VC, Rodrigues LC. Terapia fonoaudiológica intensiva e fissura de palato: relato de caso. *Rev CEFAC*. 2013 jul/ago; 15(4): 24-1019.

16. Lima MR, Leal FB, Araújo SV, Matos EF, Di Ninno CQ, Britto AT. Atendimento fonoaudiológico intensivo em pacientes operados de fissura labiopalatina: relato de casos. *Revi Soc Bras Fonoaudiol.* 2007; 12(3): 6-240.
17. Carvalho-Teles V, Pegoraro-Krook MI, Lauris JR. Speech evaluation with and without palatal obturator in patients submitted to maxillectomy. *J Appl Oral Sci.* 2006 Nov/Dec; 14(6): 6-421.
18. Sampaio LO, Silva FB, Oliveira KS, Sampaio JMA, Venâncio GN, Brasil SPA. Reabilitação protética em paciente com fissura palatina: relato de caso. *Revi Uningá,* 2018; 55(S3): 128-136.
19. Oliveira MF, Bandeira AMB. Procedimento terapêutico multiprofissional de pacientes com fissura labiopalatal: relato de experiência. DOI 10.24118/rev1806.9495.4.1.2019.487
20. Wieselmann-Penkner K, Arnetzl G, Mayer W, Bratschko R. Minimizing movement of an orbital prosthesis retained by an obturator prosthesis. *J Prosthet Dent.* 2004; 91(2): 90-188.
21. Moreira, GSA, Botéga DM, Mengatto CM, Hilgerte JB. Nível de satisfação e capacidade mastigatória em usuários de prótese parcial removível. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins,* 22.2: 27-35.
22. Lima JEC, Albuquerque CEG. Análise do grau de satisfação dos pacientes da unicatólica quanto ao uso de prótese parcial removível (ppr). *Mostra científica do curso de odontologia,* 2017, 1.1.
23. Sinko K, Jagsch R, Prechtl V, Watzinger F, Hollmann K, Baumann A. Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. *Cleft palate-cran J.* 2005; 42(4): 355-361.
24. Guerra MLPS, Venâncio GN, Augusto CR. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. *Revista da faculdade de odontologia de lins,* 2017. 27(1): 63-68.
25. Maciel M, Chimeli TBC, Souza TCPS, Pedreira PRV, Paula LMP, Garcia FCP. Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso. *Revista Dentística on line.* 2011 jan/mar; 54-57.
26. Oquendo A, Brea L, David S. Diastema: correction of excessive spaces in the esthetic zone. *Dental Clinics,* 2011, 55.2: 265-281.

