



Tratamento primário da deformidade labial e nasal nas fissuras labiais e labiopalatinas unilaterais

Primary treatment of lip and nasal deformity in unilateral cleft lip or cleft lip and palate

LEONARDO SANTOS DE BARROS
SPENCER^{1,2,3*}
CELSO LUIZ BUZZO^{1,2,4}

RESUMO

Introdução: A fissura labiopalatina é a deformidade congênita mais frequente dentre as malformações craniofaciais, afetando principalmente o lábio superior, nariz e palato. A realização da queiloplastia associada à rinoplastia primária em tempo único é uma tendência. Avaliamos a correlação entre a gravidade da fissura, a idade cirúrgica e a qualidade estética do resultado pós-operatório. **Métodos:** Foram avaliados 26 pacientes com fissuras labiais ou labiopalatinas unilaterais, com idades entre 3 e 12 meses, operados pela técnica de queilorrinoplastia de Göteborg/McComb. Foi feita uma avaliação fotográfica do pré e pós-operatório por cinco cirurgiões plásticos separadamente e os dados analisados. **Resultados:** A idade média de realização do procedimento foi de $6,5 \pm 3,15$ meses, sendo que somente sete pacientes (26,9%) foram operados na idade de 3 meses preconizada pelo protocolo. Foi encontrada correlação entre a gravidade da fissura e a qualidade dos resultados, ao mesmo tempo em que não foi encontrada associação entre a idade da cirurgia e os resultados. Todos os casos do estudo foram considerados ótimos ou satisfatórios. **Conclusões:** A utilização de uma técnica de queiloplastia que seja de fácil reprodutibilidade, com bons resultados estéticos, e que possa ser utilizada em conjunto com outras técnicas de tratamento primário do nariz é uma boa opção a ser adotada por centros de tratamentos deste tipo de paciente. A gravidade da fissura é um fator importante na qualidade dos resultados. Quanto mais grave a fissura os resultados tendem ser piores. A idade da cirurgia, neste estudo, não teve correlação com a qualidade nos resultados.

Descritores: Fenda labial; Lábio/cirurgia; Anormalidades da boca; Nariz/anormalidades; Nariz/cirurgia.

Instituição: Hospital Pediátrico Professor Heriberto Bezerra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Artigo submetido: 6/8/2015.
Artigo aceito: 11/11/2015.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0006

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, São Paulo, SP, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Hospital SOBAPAR - Crânio e Face, Campinas, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and palate, the most frequent congenital craniofacial deformity, mainly affects the upper lip, nose, and palate. One possible treatment is single-stage lip repair with primary rhinoplasty. Here we assessed the correlations among cleft severity, surgical age, and aesthetic results. **Methods:** A total of 26 patients with unilateral cleft lip or cleft lip and palate aged 3-12 months underwent surgical lip repair associated with the Göteborg/McComb rhinoplasty technique. Steps before and after surgery were separately evaluated by five plastic surgeons using pictures and the data were analyzed. **Results:** The average patient age at surgery was 6.5 ± 3.15 months, and only seven patients (26.9%) underwent surgery at 3 months of age as recommended by the protocol. Cleft severity and results quality were associated, whereas surgical age and aesthetic results were not correlated. Results in all cases were considered optimal or satisfactory. **Conclusions:** The lip repair technique, which presents good reproducibility and aesthetic results and can be used with other primary treatment techniques for the nose, should be adopted by treatment centers managing cleft lip and palate. Cleft severity is an important factor in results quality; the greater the severity, the worse the results. In the present study, surgical age was not correlated with results quality.

Keywords: Cleft lip; Lip/surgery; Mouth abnormalities; Nose/abnormalities; Nose/surgery.

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina é a deformidade congênita mais frequente dentre as malformações craniofaciais, com apresentações extremamente variadas, afetando principalmente o lábio superior, nariz e palato. Como tal, precisa de tratamento adequado e de forma integral, sendo hoje preconizada a multidisciplinaridade, realizada por equipe de cirurgiões plásticos, dentistas e fonoaudiólogos, entre outros profissionais¹.

No Brasil, poucos trabalhos avaliaram a incidência desta malformação na população em geral. Nestes, a incidência variou de 0,88:1000 nascidos vivos² a 1:1000 nascidos vivos^{3,4}.

No Estado do Rio Grande do Norte, o Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra (HOSPED), pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), possuía, até 2013, um programa de anomalias craniofaciais e era referência estadual para o tratamento dos pacientes fissurados.

O programa tinha como base o “tripé” de profissionais para este tratamento: cirurgia plástica, fonoaudiologia e ortodontia (com ênfase na ortopedia funcional dos maxilares), além de utilizar toda a estrutura da UFRN e seus outros profissionais de apoio

à terapêutica (serviço social, enfermagem, pediatria, otorrinolaringologia, neuropediatria, genética, entre outros).

No tratamento destes pacientes o trabalho interdisciplinar busca, cada vez mais, técnicas e táticas cirúrgicas para um melhor resultado estético-funcional, sabendo que cada caso terá alterações anatômicas distintas, com necessidades individualizadas⁵. O HOSPED utilizava como protocolo para a correção labial a técnica de Göteborg⁶, descrita por Buzzo em 2010. Esta técnica foi desenvolvida graças a um convênio científico-cultural estabelecido entre a Universidade de Gotemburgo (Suécia) e a Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial (SOBRAPAR), Campinas, São Paulo, que ocorreu em 1995, coordenado pelo Prof. Dr. Cássio M. Raposo do Amaral, Dr. Bengt Johanson e Dr. Jan Ljla^{6,7}.

Fazendo um breve histórico no desenvolvimento das técnicas de queiloplastia, podemos afirmar que as primeiras descrições de tentativa de fechamento de fendas labiais datam de 390 a.C. na China⁸. Já no século XVI, mais precisamente em 1564, Ambroise Paré descreveu uma técnica com uso de agulhas para aproximar as vertentes labiais fissuradas em linha reta

com posterior ancoramento destas vertentes com fios em volta das agulhas na forma de “8”⁹.

Mirault (1844) e Giralde (1866) descreveram queiloplastias baseadas em retalhos triangulares. Em 1892, Hagedorn já se preocupava em reconstruir o arco do cupido. William Rose (1891) e James Thompson (1912) descreveram técnicas com cicatrizes anguladas, gerando um alongamento do lábio, diminuindo os entalhes de vermelhão, comuns à época⁹.

Notamos, a partir daí, um cuidado em fazer cicatrizes anguladas ou não retilíneas, para minimizar as retrações cicatriciais, comuns em cicatrizes retas. Em 1949, Le Mesurier descreve técnica com retalhos quadrangulares, baseado na técnica de Hagedorn¹⁰. Charles Tennison, em 1954, ressalta a importância do reposicionamento do músculo orbicular da boca, mantendo o arco do cupido e usando retalhos triangulares¹¹. Técnica esta modificada por Randall em 1959, melhorando a posição dos retalhos^{12,13}. Em 1968, Spina preconiza a zetaplastia dos retalhos da vertente medial do lábio, assim como Perseu Lemos na mesma época descreve técnica semelhante, como demonstrado por Anger em 2005¹⁴.

Ralph Millard Jr, se tornaria o grande nome da queiloplastia a partir da publicação de sua técnica em 1957⁹, sendo provavelmente a técnica mais usada atualmente, tendo sofrido algumas alterações com o passar dos tempos por ele mesmo e por outros autores, como Mohler¹⁵.

Devemos levar em consideração também a deformidade nasal, que é um dos maiores desafios aos cirurgiões afeitos a este tipo de cirurgia. O posicionamento das asas nasais, do “triângulo mole”, assim como a simetria, difícil de ser alcançada de forma satisfatória.

Pelos estudos de Harold McComb (1985 e 1986) e Keneth Salyer (1986), pudemos observar que a rinoplastia primária, realizada em mesmo tempo cirúrgico que a queiloplastia, não gerou alteração no crescimento e desenvolvimento das cartilagens nasais^{9,16,17}, encorajando a maioria dos cirurgiões, atualmente, a realizar a cirurgia primária envolvendo o lábio e nariz em tempo único.

OBJETIVO

Procuramos fazer uma correlação entre a gravidade pré-operatória da fissura, a idade do paciente em que a cirurgia foi realizada e a qualidade estética do resultado pós-operatório, sempre com o mesmo cirurgião e utilizando a mesma técnica cirúrgica.

MÉTODOS

Foram incluídos nesse estudo retrospectivo ocorrido de julho de 2008 a outubro de 2013, 26 pacientes,

com idade variando de 3 a 12 meses. Destes, 17 eram do sexo masculino e nove do sexo feminino, todos submetidos à queiloplastia pela técnica de Göteborg, e rinoplastia à McComb. Os procedimentos cirúrgicos foram realizados no HOSPED/UFRN, pelo mesmo cirurgião, sob anestesia geral inalatória, intubação orotraqueal, ventilação espontânea e devidamente monitorizados.

O projeto de pesquisa seguiu os trâmites legais determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos e de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque.

Foram excluídos do estudo os pacientes que não apresentavam documentação fotográfica adequada, os sindrômicos, os com fissuras raras de face, os que tenham sido operados com mais de 1 ano de idade, bem como aqueles cuja técnica de queiloplastia tenha sido diferente da de Göteborg.

Segundo o protocolo do serviço, a idade considerada ideal para a realização da queiloplastia primária é a de 3 meses, seguindo a “regra dos 10” (10 semanas de vida - aproximadamente 3 meses; 10 mg/dL de hemoglobina; 10 libras de peso - aproximadamente 4,5 kg).

Após a indução anestésica, o paciente era posicionado em decúbito dorsal horizontal, com leve hiperextensão cervical, utilizando um pequeno coxim nos ombros e rodilha em região occipital, para estabilizar a cabeça. A marcação era então realizada como preconizada pela técnica de Göteborg e descrita por Buzzo em 2010, com azul de metileno, tanto para casos de fissuras completas como incompletas (Figuras 1 e 2). Importante manobra é a tatuagem dos principais pontos, utilizando-se uma agulha de insulina e o azul de metileno, pois durante a cirurgia, devido à manipulação dos tecidos, perdem-se com frequência estas marcações sobre a pele e mucosa.

Após a marcação, faz-se bloqueio dos ramos infraorbitários do nervo trigêmeo com solução de xilocaína a 2% com vasoconstrictor na concentração de 1:200.000 (na dose máxima de 5 mg/kg) e ropivacaína 7,5 mg/dL (na dose máxima de 3 mg/kg), com mínima infiltração em lábio superior e nariz, evitando distorções anatômicas que interfiram no julgamento do cirurgião.

A cirurgia tem início pelo preparo do lábio no lado fissurado, incisando a pele com bisturi de lâmina fria nº 11 em plano total, confeccionando os retalhos cutâneos angulados e seguindo a incisão na porção do sulco gengivolabial cerca de 2 mm acima do sulco para facilitar o fechamento. Esta incisão prolonga-se o quanto necessário para que o retalho lateral alcance a porção medial não fissurada.



Figura 1. Fissura labiopalatina incompleta - Marcação de Göteborg.



Figura 3. Retalho labial do lado fissurado preparado.

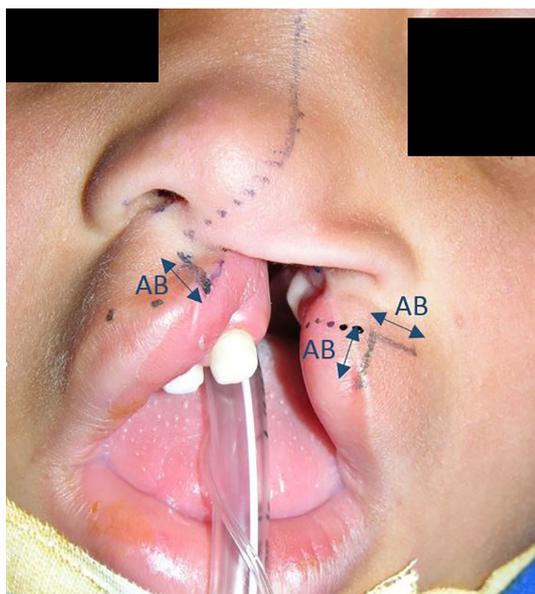


Figura 2. Fissura labiopalatina completa com detalhe da marcação de Göteborg e da medida AB.

Após este momento, realiza-se a dissecação da porção fissurada do lábio com ajuda de um descolador de Freer ou Aesculap, descolando-o da maxila, até o correspondente à fossa piriforme, liberando bem a base da asa nasal. Isola-se o músculo orbicular da boca, liberando somente o necessário para a sutura deste ao músculo contralateral. Deve-se ter cuidado para nunca liberar em excesso este músculo, principalmente na porção fissurada, ou pode-se ocasionar um entalhe visível no lábio após o fechamento (Figura 3).

Feito isto, passa-se ao lado não fissurado, incidando novamente a pele em plano total com bisturi de lâmina

fria nº 11, confeccionando os retalhos cutâneos, liberando o sulco gengivolabial, inclusive com o frênulo labial (manobra que possibilita um bom movimento desta vertente labial no encontro da porção fissurada), isolando também o músculo orbicular da boca deste lado, cerca de 2-3 mm de descolamento apenas.

A partir deste ponto, inicia-se o descolamento da cartilagem alar do lado fissurado tanto na porção vestibular quanto na porção externa com uma tesoura de Íris. Este descolamento subcutâneo se estende amplamente por todo o dorso nasal do lado fissurado, conforme preconiza McComb (Figura 4).

Inicia-se o fechamento da mucosa labial do lado fissurado com PDS ou Vicryl 4-0, trazendo o lábio medialmente até o último ponto desta vertente, ponto este fixado na maxila do lado não fissurado. Completa-se a sutura do retalho medial, corrigindo o frênulo labial e seguindo no sulco até encontrar o retalho lateral, já fixado na maxila.

Realiza-se a síntese do músculo orbicular da boca com fio inabsorvível (náilon 4-0), utilizando de 3-5 pontos, a depender do volume muscular. Os retalhos cutâneos são enfim rodados, avançados e suturados com náilon 6-0. Resseca-se o excesso de mucosa do vermelhão, tendo extremo cuidado no alinhamento da transição cutâneo-mucosa do lábio, e sutura-se o vermelhão com PDS ou Vicryl 4-0.

Como protocolo do serviço, é realizada a técnica de McComb para a rinoplastia primária, passando-se um ponto que une a região domal da cartilagem alar fissurada até um ponto acima da cartilagem triangular ipsilateral, ponto este passado através de uma agulha 40/12 e fixado fora da pele, sendo captonado em anteparo confeccionado do invólucro do soro ou sonda nasogástrica estéreis.

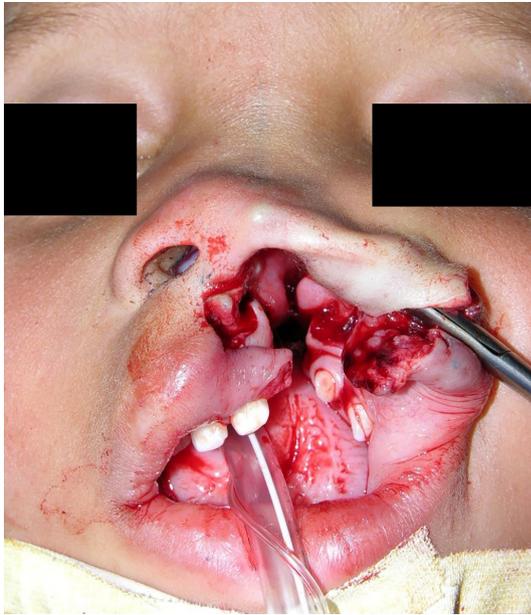


Figura 4. Detalhe da dissecação nasal.

Seguindo o mesmo princípio, realizam-se os pontos do contorno da asa nasal do lado fissurado, podendo variar de 3 a 5 pontos, conforme cada caso.

Os pacientes permaneceram internados, em média, 24h. Os pontos captonados e os pontos de náilon 6-0 da pele foram retirados no primeiro retorno, com 7 dias de pós-operatório. A alimentação foi mantida líquido-pastosa por 1 semana, até o primeiro retorno, sendo evoluída para leve e livre até o fim do primeiro mês de pós-operatório. Chupetas e mamadeiras devem ser evitadas até duas semanas de pós-operatório. Os retornos se deram com 7, 14 e 30 dias, 3 e 6 meses de pós-operatório. A fonoterapia é liberada após 15 dias e ortodontia após 30 dias da cirurgia.

A análise dos resultados foi feita pela documentação fotográfica na posição frontal e basal. Estas fotos foram avaliadas por cinco colegas cirurgiões plásticos separadamente. Foram avaliados dois momentos: um pré-operatório, categorizando a fissura como leve, moderada ou grave; e um pós-operatório, avaliando o aspecto estético do resultado cirúrgico como ruim, satisfatório ou ótimo.

No quesito pós-operatório, foi solicitado aos colegas que atentassem para a qualidade e posicionamento da cicatriz labial, o nivelamento da linha cutâneo-mucosa, a simetria entre as narinas e o posicionamento da columela.

Análise Estatística

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio-padrão e os dados categóricos por contagens e percentuais.

Para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas entre si (escore de gravidade da fissura

no pré-operatório, resultado estético pós-operatório e idade da realização da cirurgia), utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson, com sua significância determinada pelo teste t de Student.

Para a comparação das médias dos resultados estéticos pós-operatórios entre as categorias de gravidade da fissura no pré-operatório, usamos a análise de variância (ANOVA), seguida do teste de post-hoc de Tukey.

A significância adotada no estudo foi de $\alpha = 0,05$.

Os dados foram analisados com o programa SPSS versão 22.0.

RESULTADOS

Dos 26 pacientes do estudo, 17 eram do sexo masculino (65,4%) e nove do sexo feminino (34,6%); 11 (42,3%) possuíam fissura labial e 15 (57,7%) fissura labiopalatina; 19 (73,1%) eram do lado esquerdo e sete (26,9%) do direito.

A idade média de realização do procedimento foi de $6,5 \pm 3,15$ meses, sendo que somente sete pacientes (26,9%) foram operados na idade de 3 meses preconizada pelo protocolo.

Quanto ao resultado das análises estatísticas, partimos de dois questionamentos: se há correlação entre a gravidade da fissura pré-operatória e a qualidade estética do resultado pós-operatório e, em seguida, entre a idade da realização da cirurgia e a qualidade do resultado.

No tocante à correlação entre a gravidade da fissura e a qualidade do resultado, comparando os dois grupos, podemos dizer que há correlação e que, quanto maior a gravidade da fissura, pior o resultado ($p = 0,025$).

Analisamos, então, os grupos de gravidade entre si (leve, moderado e grave), e a única correlação estatisticamente significativa foi entre os grupos leve e grave. Entre estes grupos, há tendência de pior resultado para as fissuras graves e melhor para as leves ($p = 0,005$ e $r = 0,53$) (Figura 5).

Partimos, portanto, para o segundo questionamento, sobre a correlação entre a idade da cirurgia e a qualidade do resultado. A análise mostrou que não há associação entre estes grupos com significância estatística. Avaliamos, então, a correlação entre a idade cirúrgica e a gravidade da fissura, para descartar uma possível "contaminação" do grupo da idade por uma concentração de gravidade específica, visto que são todos casos que chegaram ao serviço por demanda espontânea (e.g., todos os pacientes de uma determinada idade serem da mesma gravidade). Neste caso também não foi encontrada correlação com significância estatística, o que legitima o primeiro teste, fazendo-nos concluir que, neste estudo, não foi

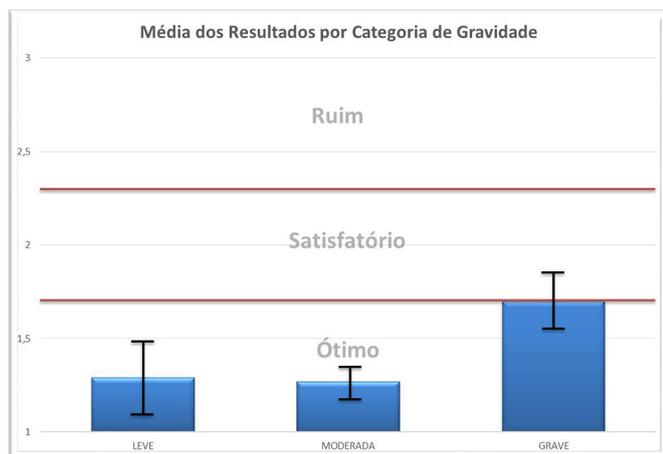


Figura 5. A média dos resultados se encontra toda dentro das categorias ótimo ou satisfatório, independentemente do tipo de gravidade ($p = 0,005$ e $r = 0,53$).

encontrada correlação estatisticamente significativa entre a idade da cirurgia e a qualidade do resultado.

A média de pontuação das três categorias de gravidade pré-operatória, em relação às categorias de resultado, foram muito gratificantes, tendo as categorias de gravidade leve e moderada ficado com médias dentro dos resultados considerados ótimos, e a categoria grave no *borderline* entre ótimos/satisfatórios.

Quanto aos índices de complicações, tivemos somente um caso nesta amostragem, o que é equivalente a 3,8%. Este paciente apresentou um hematoma facial de grau moderado, que foi tratado conservadoramente e evoluiu bem.

DISCUSSÃO

A gravidade da fissura e a idade da realização da cirurgia primária são extremamente importantes na qualidade do resultado do procedimento. Como demonstraram Buzzo^{6,7} e Raposo-do-Amaral¹⁸, a possibilidade de conseguirmos operar pacientes fissurados na idade correta e com boa condição nutricional é baixa, ainda mais por se tratar de um serviço público, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde, onde a maioria absoluta dos pacientes apresentam baixos índices socioeconômicos.

A desinformação sobre a doença, a demora em ser encaminhado ao centro de referência, a dificuldade de conseguir transporte para ir até o centro de tratamento (por vezes com grandes deslocamentos intermunicipais), as baixas condições socioeconômicas locais, as deficiências nutricionais, as anemias, são os principais motivos deste atraso no tratamento da maioria dos pacientes¹⁹.

Justamente por conter tantas variáveis socioeconômicas, culturais, étnicas e relacionadas à própria fissura, com suas inúmeras formas de apresentação, este é um as-

sunto extremamente desafiador. A busca pelo tratamento que mais se adequa a cada serviço, objetivando sempre o melhor resultado estético-funcional, deve ser incessante.

Neste período estudado (julho de 2008 a outubro de 2013), na realidade, foram operados 66 pacientes de queilorrinoplastia unilateral à Göteborg/McComb, sendo que, infelizmente, a maioria deles não conseguiu se enquadrar neste trabalho, entrando nos critérios de exclusão, principalmente quanto à idade, visto que todos os pacientes operados acima de 1 ano de idade foram excluídos, por estarem totalmente fora do preconizado pelo protocolo do serviço, que é de 3 meses.

Devido ao grande número de pacientes operados tardiamente, é de interesse do autor a realização de novo estudo, realizando uma comparação dos resultados dos pacientes operados à idade protocolar e os tardios, analisando os reais danos ou sequelas que porventura existam neste atraso cronológico da queilorrinoplastia primária.

Somente 26,9% dos pacientes do estudo conseguiram ser operados na idade preconizada, devido principalmente às anemias por desnutrição e má-alimentação. Devemos levar em consideração tratar-se de um estado pobre como o Rio Grande do Norte, onde as condições socioeconômicas da maioria da população são muito baixas^{6,7,18,19}. Segundo o protocolo, o paciente precisava de uma hemoglobina mínima de 10 mg/dL, o que terminava postergando a data cirúrgica ideal, até a adequação deste parâmetro.

Outro entrave importante é a falta de transporte para que estes pacientes tenham aderência ao tratamento, visto que, em alguns momentos, as consultas com a fonoaudiologia e a ortodontia chegam a ser semanais.

Quanto ao tipo e localização da fissura temos que 57,7% dos casos eram de fissuras labiopalatinas, e 73,1% estavam do lado esquerdo, o que se assemelha ao encontrado na literatura^{20,21}.

A técnica de Göteborg utilizada neste estudo pode ser aplicada facilmente, é de boa reprodutibilidade (não tem distâncias ou angulações variáveis), pois tem sua marcação a partir de uma medida padrão, que é a distância da porção mais proeminente do lado não fissurado (A) até a projeção da crista filtral na linha cutâneo-mucosa (B) (Figura 2).

Com esta medida (AB), realizamos o restante da marcação de ambos os lados labiais. Dentre os pontos positivos desta técnica, podemos destacar um vermelhão de tamanho adequado, com bom comprimento da porção referente à crista filtral do lado fissurado (graças aos retalhos, que simulam uma zetaplastia), ao mesmo tempo que reposiciona anatomicamente o músculo orbicular da boca e deixa um sulco gengivolabial com boa profundidade.

Levando em conta inúmeros estudos, tais como Brown e McDowell, Millard (1982), Salyer (1986),

Bardach (1987), McComb (1984), que demonstram que não há restrições ao crescimento nasal quando se aborda o nariz em tempo único com a cirurgia labial, cremos que não há justificativa para que a cirurgia primária não deva, obrigatoriamente, envolver o lábio e o nariz^{20,22}.

O nariz é um dos grandes estigmas do paciente fissurado (um desafio para o cirurgião), principalmente pelo desabamento da asa nasal do lado fissurado, somado aos desvios e assimetrias que variam de caso a caso. Com a abordagem conjunta do lábio e nariz na cirurgia primária, podemos reduzir muitas destas alterações, além de minimizar futuras intervenções no nariz do fissurado, fazendo com que tenha uma infância mais tranquila, com menos estigmas e preconceitos.

A técnica de McComb se adapta perfeitamente à de Göteborg, que gera uma boa apresentação das estruturas para o amplo descolamento nasal preconizado, além de acrescer no total da cirurgia cerca de 15 minutos (descolamento no fim da confecção dos retalhos labiais e pontos captados ao fim da cirurgia, já com o lábio suturado). Estas duas técnicas em conjunto tornam-se sinérgicas para o alcance de um bom resultado (Figuras 6 a 9).



Figura 7. Caso 2 - Fissura labial esquerda.



Figura 6. Caso 1 - Fissura labial esquerda.

A partir dos resultados analisados, podemos afirmar que, neste estudo, encontramos uma correlação entre a gravidade da fissura e a qualidade do resultado estético pós-operatório, sendo este pior quanto maior for a gravidade da fenda.

Interessante também ressaltar que, apesar desta tendência ao pior resultado nas fissuras graves, todos os pacientes do estudo ficaram dentro das categorias ótimas e satisfatórias, no tocante à qualidade dos resultados estéticos pós-operatórios. Isto posto, apesar da tendência



Figura 8. Caso 3 - Fissura labiopalatina esquerda.

a um resultado pior, nenhum deles foi considerado como um resultado ruim (Figura 10 e Figura 5).

Nos frustrou um pouco a falta de correlação entre a idade cirúrgica e a qualidade no resultado desta amostra



Figura 9. Caso 4 - Fissura labiopalatina direita.

(Figura 11). Por outro lado, nos tranquiliza um pouco, pois o fato dos resultados serem bons, independentes da idade cirúrgica é um alento, visto que no Nordeste do Brasil, devido aos problemas já explicitados, o atraso na idade cirúrgica é uma constante. Imaginamos que isto possa ter se dado devido ao n não tão numeroso, ao critério de exclusão da idade cirúrgica máxima de 1 ano (o que diminuiu bastante a casuística) ou até mesmo a um seguimento não tão prolongado, visto que as fotos analisadas tinham de 6 meses a 2 anos de pós-operatório.

CONCLUSÕES

No tratamento do paciente com fissuras labiais e labiopalatinas unilaterais, a utilização de uma técnica de queiloplastia que seja de fácil reprodutibilidade, com bons resultados estéticos, que possa ser utilizada em conjunto com outras técnicas de tratamento primário do nariz, sem dúvida é uma boa opção a ser adotada por centros de tratamentos deste tipo de paciente.

Todos os casos do estudo foram categorizados como resultados ótimos ou satisfatórios.

A gravidade da fissura é um fator importante na qualidade dos resultados. Quanto mais grave a fissura, os resultados tendem ser piores.

A idade da cirurgia, neste estudo, não teve correlação com a qualidade nos resultados.

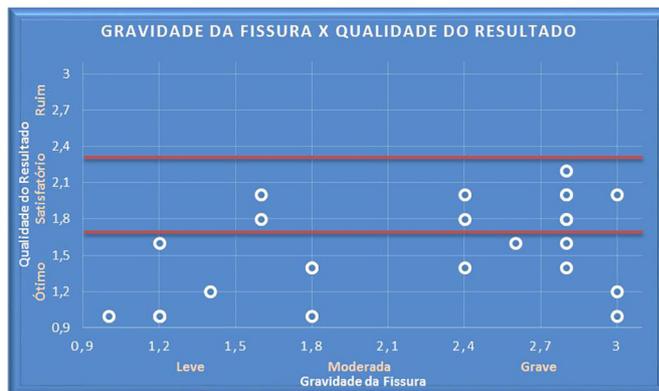


Figura 10. A gravidade da fissura tende a piorar os resultados ($p = 0,025$).

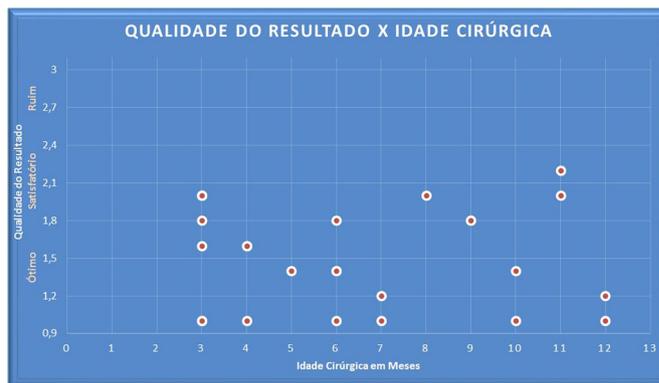


Figura 11. A idade cirúrgica não teve, neste estudo, correlação com a qualidade dos resultados ($p > 0,05$).

COLABORAÇÕES

- LSBS** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- CLB** Aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Franco D, Eyler AD. Cirurgia de fissurados: detalhes que facilitam. Rev Bras Cir Plást. 2003;18(1):55-69.
2. Cândido TT. Epidemiologia das fendas de lábio e/ou palato: estudo de recém-nascidos em dois hospitais de Porto Alegre, no período de 1970 a 1974 [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1978.
3. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. Rev Fac Odontol. (São Paulo). 1968;6(2):111-28.
4. Souza JMP, Buchalla CM, Laurenti R. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. III - Anomalias congênitas em nascidos vivos. Rev Saúde Pública. 1987;21(1):5-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000100002>

5. Anger J, Sertorio CB. Avaliação das medidas do alongamento do lábio nas queiloplastias com plástica em Z no tratamento das fissuras labiopalatinas unilaterais. *Rev Bras Cir Plást.* 2006;21(3):133-9.
6. Buzzo CL. Tratamento cirúrgico da fissura labial pela técnica de Göteborg: seguimento de 7 anos. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):251-9.
7. Buzzo CL, Franco D, Nóbrega ESS, Silva-Freitas R, Amaral CAAR, Carone DR. Avaliação do uso do modelador nasal em pacientes portadores de fissura labial unilateral operados pela técnica de Göteborg. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):541-7.
8. Boo-Chai K. An ancient Chinese text on a cleft lip. *Plast Reconstr Surg.* 1966;38(2):89-91. PMID: 5330449 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196608000-00001>
9. Millard DR. Cleft Craft. The evolution of its surgery. Vol. I. The unilateral deformity. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1976.
10. LeMesurier AB. A method of cutting and suturing lip in the treatment of complete unilateral clefts. *Plast Reconstr Surg* (1946). 1949;4(1):1-12.
11. Tennison CW. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method. *Plast Reconstr Surg.* 1952;9(2):115-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-195202000-00005>
12. Randall P. A triangular flap operation for the primary repair of unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg.* 1959;23(4):331-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-195904000-00003>
13. Saunders DE, Malek A, Karandy E. Growth of the cleft lip following a triangular flap repair. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(2):227-38. PMID: 3945686 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198602000-00009>
14. Anger J. Prof. Perseu Castro de Lemos e Prof. Victor Spina: A História da Plástica em Z na Queiloplastia Para a Correção das Fissuras Lábio-Palatinas Unilaterais. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(4):245-7.
15. Mohler LR. Unilateral cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80(4):511-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198710000-00005>
16. Bonato Jr A. Fissura labiopalatal unilateral. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia plástica fundamentos e arte - cirurgia reparadora de cabeça e pescoço.* Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.126-39.
17. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(6):791-9. PMID: 4001197 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198506000-00003>
18. Raposo-do-Amaral CE. Avaliação do percentual de assimetria labial e nasal em pacientes com fissura lábio-palatina submetidos a queiloplastia primária. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(1):38-48.
19. Luna ICG, Coutinho AL, Pereira R, Salgado I, Cardozo K, Albuquerque RW. Deiscência em cirurgia de fissura labiopalatina: perfil clínico-epidemiológico. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(3supl):41.
20. McCarthy GJ, Cutting CB, Hogan VM. Introduction to facial clefts. In: McCarthy JG, ed. *Plastic surgery: cleft lip & palate and craniofacial anomalies.* Philadelphia: W.B. Saunders; 1990. p.2437-50.
21. Ronche-Ferreira JC, Minami E. Introdução ao estudo das fissuras labiopalatais. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte - cirurgia reparadora de cabeça e pescoço.* Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 3-7.
22. Figueiredo JCA, Freitas AG. Fissuras labiais. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia plástica fundamentos e arte - cirurgia reparadora de cabeça e pescoço.* Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 89-109.

*Autor correspondente:

Leonardo Santos de Barros Spencer

Av. Borges de Medeiros, 3160, Apto 401 - Praia de Belas - Porto Alegre, RS, Brasil

CEP 90110-150

E-mail: contato@drleonardospencer.med.br