



Reabilitação com prótese parcial removível obturadora de palato em paciente com fenda palatina

Rehabilitation with removable partial obturator palatal prosthesis in a patient with cleft palate

Rehabilitación con prótesis parcial removible obturadora de paladar en paciente con fisura palatina

Rennan Santos Bezerra¹, Amanda de Menezes Porto¹, Nicole Rabelo Lima¹, Nycollas Fernandes de Carvalho¹, Geany Ferreira Rodrigues¹, Wagner Araújo de Negreiros¹, Marcelo Barbosa Ramos¹, Vanara Florêncio Passos¹, Patricia Leal Dantas Lobo¹, Ana Cristina de Mello Fiallos¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de um paciente de 48 anos portador de fenda palatina congênita que buscou reabilitação protética por meio de Prótese Parcial Removível a grampos com obturador palatino (PPRGOP). **Detalhamento do caso:** O referido paciente fazia uso de uma prótese parcial removível provisória acrílica retida por fios ortodônticos (PPRP), durante o período de 1 ano. O paciente se queixava de dificuldades em mastigar e falar; além da insatisfação estética, o que comprometia sua qualidade de vida no âmbito funcional e social. A fim de torná-lo hábil para realizar a reabilitação protética, o paciente passou por completa adequação bucal, o qual foi previamente assistido nas clínicas de Cirurgia buco-dentária, Periodontia, Endodontia e Dentística. **Considerações finais:** Após adequação do meio bucal, o paciente retornou a Clínica de Prótese Parcial Removível para reabilitação por meio de uma PPRGOP. Essa reabilitação protética, por apresentar infraestrutura metálica, proporcionou maior retenção, estabilidade, estética e, conseqüentemente, recuperou significativamente a mastigação e a fonética por obliterar adequadamente a fenda palatina. Assim, foi possível melhorar a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chaves: Fissuras palatinas, Próteses parciais removíveis, Obliterador palatino, Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a 48-year-old patient with congenital cleft palate who sought prosthetic rehabilitation using a clasp-assisted removable partial denture with palatal obturator (PPRGOP). **Case details:** The patient specifically used a temporary acrylic removable partial denture retained by orthodontic wires (PPRP) for a period of 1 year. The patient complained of difficulties in chewing and speaking; in addition to aesthetic dissatisfaction, which compromised his quality of life in the functional and social spheres. In order to make him suitable for prosthetic rehabilitation, the patient underwent complete oral adaptation, which was previously attended to in the Oral Surgery, Periodontics, Endodontics and Dentistry clinics. **Final considerations:** After adaptation to the oral environment, the patient returned to the Removable Partial Denture Clinic for rehabilitation using a PPRGOP. This prosthetic rehabilitation, by presenting a metal infrastructure, provided greater prevention, stability, aesthetics and, consequently, significantly recovered chewing and phonetics by specifically obliterating the cleft palate. In this way, it was possible to improve the patient's quality of life.

Keywords: Cleft Palate, Denture Partial Removable, Prosthetic Rehabilitation, Palatal obturator

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de un paciente de 48 años, con paladar hendido congénito, que buscó rehabilitación protésica mediante una prótesis parcial removible asistida por grapas con obturador palatino

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará.

(PPRGOP). **Detalles del caso:** El paciente utilizó específicamente una prótesis parcial removible acrílica temporal retenida por alambres de ortodoncia (PPRP) por un período de 1 año. El paciente se quejaba de dificultades para masticar y hablar; además de la insatisfacción estética, que comprometió su calidad de vida en el ámbito funcional y social. Para adecuarlo a la rehabilitación protésica, el paciente fue sometido a una adaptación bucal completa, que previamente fue atendida en las clínicas de Cirugía Bucal, Periodoncia, Endodoncia y Odontología. **Consideraciones finales:** Luego de adaptar el ambiente bucal, el paciente regresó a la Clínica de Prótesis Parcial Removible para rehabilitación utilizando un PPRGOP. Esta rehabilitación protésica, al presentar una infraestructura metálica, proporcionó mayor prevención, estabilidad, estética y, en consecuencia, recuperó significativamente la masticación y la fonética al obliterar específicamente el paladar hendido. De esta manera, fue posible mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Paladar Hendido, Prótesis Parcial Removible, Rehabilitación Protésica, Obliterador palatino.

INTRODUÇÃO

As fissuras palatinas representam uma malformação congênita, que resulta de falhas na fusão dos processos faciais embrionários (CHEN J, et al., 2022). Essa condição se manifesta durante o desenvolvimento fetal, especificamente quando os tecidos destinados a formar o palato e/ou o lábio não se fundem de maneira apropriada, culminando em uma divisão anômala na face (JESUS RVR, et al., 2022). A fissura palatina pode apresentar uma variação considerável em seu tamanho, e a gravidade desta condição depende diretamente da complexidade do caso individual. Em algumas situações, a fissura pode afetar apenas a mucosa, enquanto em outros casos pode se estender ao osso alveolar e palatino (CHEN J, et al., 2022).

Além das alterações anatômicas, é importante destacar o comprometimento funcional associado às fissuras palatinas, uma vez que essa condição afeta diretamente a fonação, a respiração e, sobretudo, a alimentação. Essa dificuldade em realizar a pressão negativa de sucção pode levar a deficiências nutricionais e comprometer significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados (WORLEY M, et al., 2018). Como justificativa para a ocorrência dessa condição, destacam-se fatores genéticos, por meio de uma relação hereditária, bem como, majoritariamente, fatores ambientais, que possuem características teratogênicas. Entre os fatores ambientais, podem ser citados o fumo, o consumo exagerado de álcool, a diabetes gestacional e as deficiências nutricionais, como a falta de proteínas, ácido fólico e vitaminas B6 e B12 (SAMPAIO LO, et al., 2018). Além disso, essa anomalia congênita pode estar associada a condições sindrômicas, tais como a Síndrome de Pierre Robin e a Síndrome Velocardiofacial (TAIB B, et al., 2015).

Embriologicamente, o desenvolvimento da face tem início na 4ª semana de vida intrauterina, por meio de cinco principais proeminências que delimitam a cavidade oral primitiva: a proeminência frontonasal, um par de proeminências maxilares e um par de proeminências mandibulares. Inicialmente, há uma fusão das proeminências maxilares com o processo frontonasal, resultando em um espessamento significativo nessa região. A partir desse espessamento, surgem os placóides nasais, que apresentam uma face mesial e uma face lateral. No desenvolvimento normal, os placóides nasais mediais se unem para formar a estrutura do nariz e o lábio superior (SAMPAIO LO, et al., 2018). O desenvolvimento do palato secundário começa aproximadamente na 6ª ou 7ª semana de gestação, quando ocorre o rebaixamento da língua, o que promove a fusão das cristas palatinas (SPINA V, et al., 2008). Durante esse período crítico, há uma intensa atividade de diferenciação celular e formação dos tecidos faciais, tornando-os altamente sensíveis a estímulos teratogênicos. Esses estímulos podem ocasionar erros na fusão dos processos embrionários mencionados, levando à formação de fendas faciais (CHEN J, et al., 2022). Esse processo complexo e delicado é crucial para o desenvolvimento adequado da face e quaisquer interrupções ou anomalias podem resultar em malformações significativas.

Dentre as variadas classificações existentes, as fissuras lábio-palatinas podem ser compreendidas utilizando o forame incisivo como ponto de referência. Essas fissuras podem ser classificadas como pré-forame, pós-forame ou transforame. As fissuras pré-forame envolvem o lábio e/ou o rebordo alveolar, sem ultrapassar a demarcação do forame incisivo. Já as fissuras pós-forame acometem apenas o palato, mantendo o lábio e os dentes íntegros. As fissuras transforame, por sua vez, envolvem total e

simultaneamente o lábio, o palato primário, o palato secundário e a úvula (GOYAL J, et al., 2014). Além dessa classificação, as fissuras lábio-palatinas podem ser descritas como unilaterais ou bilaterais, e ainda como completas ou incompletas, dependendo da extensão e da simetria das mesmas (JESUS RVR, et al., 2022).

Como principais formas de tratamento para as fissuras lábio-palatinas, destacam-se os procedimentos cirúrgicos primários, considerados o padrão-ouro. Entre esses procedimentos, a queiloplastia e a palatoplastia são particularmente relevantes. A queiloplastia consiste na reconstrução do lábio, enquanto a palatoplastia envolve a reconstrução do palato. O principal objetivo desses procedimentos é tornar os lábios e o nariz simétricos, com mínimas cicatrizes, além de restaurar as funções palatinas essenciais (AZEVEDO KV, et al., 2020). Além dos procedimentos cirúrgicos, existem tratamentos conservadores, como o uso de próteses obturadoras do palato. Essas próteses interrompem a comunicação entre a cavidade bucal e a nasal, sendo aconselhadas principalmente para pacientes que não tiveram acesso à cirurgia na juventude e, na fase adulta, optam por evitar procedimentos invasivos (TAIB B, et al., 2015). Embora esses tratamentos conservadores possam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, eles são geralmente considerados menos eficazes do que as intervenções cirúrgicas primárias.

Os dispositivos protéticos obturadores de palato são extensões de acrílico posicionadas na região palatina. Esses dispositivos são fixados por meio de grampos em dentes naturais no caso de pacientes parcialmente desdentados, ou na mucosa em pacientes totalmente desdentados. O principal objetivo desses obturadores é interromper o vazamento de líquidos e alimentos entre as cavidades oral, nasal e faríngea (TAIB B, et al., 2015).

A reconstrução protética bem-sucedida de um defeito congênito é um procedimento desafiador que exige uma abordagem multidisciplinar para alcançar resultados funcionais e estéticos aceitáveis. O planejamento da prótese deve incluir exames clínicos e radiográficos detalhados, bem como análises minuciosas dos modelos dentários. Esses passos são essenciais para assegurar o sucesso na reabilitação do paciente (JESUS RVR, et al., 2022).

Dessa maneira, objetiva-se relatar a reabilitação oral com prótese removível com obturador palatino como forma de tratamento para paciente com fissura palatina pós-forame.

DETALHAMENTO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 48 anos, brasileiro, vigilante e melanoderma, foi encaminhado à Clínica de Prótese Dental da Universidade para tratamento reabilitador protético odontológico. Durante a minuciosa anamnese, cujo objetivo principal era avaliar o histórico familiar, a saúde pregressa e traçar um perfil detalhado do paciente, verificou-se que ele não apresentava doenças sistêmicas e não possuía hábitos prejudiciais à saúde.

A principal queixa do paciente era a necessidade de interromper a comunicação buco-nasal, que estava dificultando suas funções fonética e de deglutição. O paciente já utilizava uma prótese parcial removível convencional; no entanto, essa prótese não conseguia interromper a comunicação buco-nasal devido à fenda palatina existente.

À oroscopia verificou-se extensa fenda palatina que comprometia região de palato mole e palato duro, que, sob classificação, comporta-se como fenda pós-forame incompleta, ou seja, iniciava-se pós-forame incisivo e findava antes da úvula (**Figura 1**). O paciente havia realizado anteriormente um acompanhamento nas clínicas de cirurgia buco-dentária, para exodontia de raízes residuais; clínica de periodontia, para realizar raspagem supragengival, subgengival e profilaxia; e clínica de endodontia, para realização de tratamento endodôntico no elemento 13; a fim de realizar a completa adequação do meio bucal e torná-lo hábil a receber o dispositivo protético definitivo. Sob exame clínico, além da extensa fenda palatina, verificou-se a ausência dos dentes 11, 12, 16, 21, 25, 26, 36, 37, 46 e 47. Constatou-se também que os dentes presentes estavam sem cárie e as gengivas e mucosas saudáveis, mas com perda de suporte gengival e reabsorção óssea em áreas desdentadas posteriores (**Figura 2**).

Figura 1 - Vista intraoral, o qual percebe-se fenda palatina que acomete região de palato duro e palato mole, ocasionando uma comunicação buco-nasal.



Fonte: Santos RS, et al., 2024.

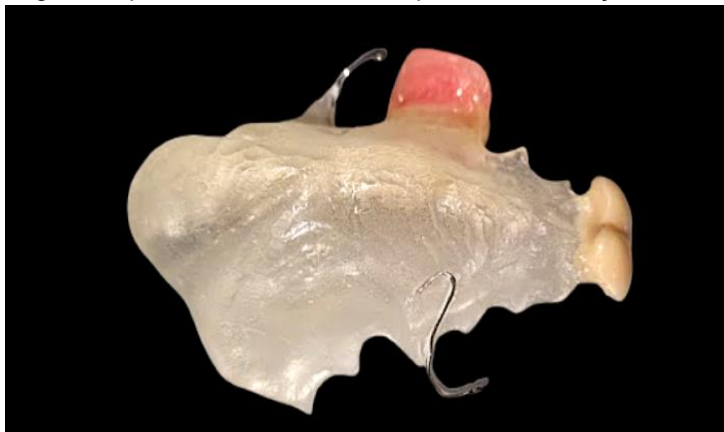
Figura 2 - Vista anterior, demonstrando aspectos intraorais. Percebe-se ausência de elementos dentais anteriores (incisivos) e posteriores (molares).



Fonte: Santos RS, et al., 2024.

O paciente, que estava sendo acompanhado na Universidade há 1 ano, recebeu dispositivo protético provisório, com objetivo de interromper, momentaneamente, a comunicação existente e possibilitar realizar atividades em seu cotidiano. A prótese provisória possui extensão de acrílico na região palatina e retida aos dentes com fios ortodônticos, fato que compromete os princípios biomecânicos de retenção, suporte e estabilidade (**Figura 3**). No entanto, por ser fixada aos dentes por material pouco retentivo, sob exame funcional, observou-se instabilidade ao rebordo ósseo, existindo movimentos de báscula durante a fala e mastigação. Quanto à obliteração da fenda, o paciente relatou que cessou a entrada de líquidos durante a alimentação e melhora significativa em sua fala.

Figura 3 - Prótese provisória retida a fios ortodônticos, com extensão em acrílico em região de palato, a fim de interromper a comunicação buco-nasal



Fonte: Santos RS, et al., 2024.

Como características oclusais, o paciente possuía morfologia de rebordo paralelo ao plano oclusal, o que favorecia a correta distribuição das forças mastigatórias, uma vez que sua reabilitação seria por meio de uma prótese dentomucossuportada. A classificação de Kennedy, que corresponde a uma divisão topográfica e estuda a distribuição espacial dos dentes, possui o objetivo de facilitar o planejamento da PPR, além de facilitar a comunicação entre dentista e laboratório. No referido caso, após considerar a ausência dos elementos dentários, pode-se concluir que trata-se de um paciente Classe II, Modificação 1 em maxila, ou seja, desdentado posterior unilateral; e Classe II, Modificação 1 em mandíbula, ou seja, desdentado intercalar com presença de pilar posterior. Tal classificação é essencial para o correto planejamento da prótese parcial removível.

Após realizar a completa anamnese, traçar todas as características clínicas e imaginológicas do paciente, partiu-se para elaboração do plano de tratamento, que consistiu em 6 sessões, que serão detalhadas a seguir.

Em uma primeira sessão, partiu-se para moldagem de maxila e de mandíbula, com escolha do alginato, um hidrocolóide irreversível, por apresentar boas propriedades hidrofílicas e um baixo escoamento. Essa etapa contou com individualização da moldeira, com adição de cera periférica, a fim de garantir a moldagem de todo fundo de sulco. Ao final, realizou-se a desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% durante 10 minutos em um recipiente fechado. O molde foi vazado com gesso pedra tipo III.

Em posse dos modelos de estudo, partiu-se para etapa de delineamento, o qual utilizou o paralelômetro a fim de determinar a correta direção de inserção e retirada da prótese, equador protético e visualizar áreas retentivas e expulsivas. Usou-se as pontas calibradoras (0,25mm), facas, mandril e grafite, para garantir que a prótese possuísse princípios biomecânicos adequados. Também definiu-se os nichos, áreas destinadas a receber o apoio do grampo, bem como os planos-guias e slices; conferindo um planejamento completo.

Consoante ao planejamento específico de boca realizado em modelo, é essencial a correta escolha dos grampos, garantindo uma melhor estabilidade durante os movimentos funcionais e mastigatórios do paciente. Em dentes posteriores pilares diretos preconizou-se o uso do grampo circunferencial de Akers ou geminado, associado a um grampo do tipo ação ponta no dente adjacente ao espaço edêntulo. Em dentes anteriores, fez-se uso principalmente de grampos circunferências modificados, garantindo uma melhor estética. Em maxila, o conector maior foi do tipo duplo, associado a uma malha e uma extensão posterior em acrílico, visando interromper a comunicação buco-nasal do paciente. Já em mandíbula, fez-se uso do conector maior do tipo barra palatina.

Após planejamento em modelo de estudo, a moldagem definitiva seguiu os mesmos passos da etapa anterior, sendo enviado ao laboratório para confecção da estrutura metálica. Em uma terceira sessão, partiu-se para prova da infraestrutura, a fim de verificar os princípios básicos de retenção, suporte e estabilidade. Também ajustou-se o plano de cera, para estabelecer a altura e suporte adequado para receber os dentes

artificiais. Em seguida, houve a seleção da cor dos dentes e da gengiva do paciente, sendo encaminhado novamente ao laboratório, para confeccionar o dispositivo protético definitivo.

Portanto, na etapa de instalação e ajuste da prótese parcial removível obturadora de palato, verificou-se a presença de contatos prematuros, respeito aos princípios biomecânicos e interrupção da comunicação buco-nasal (**Figura 4**). Para tal, fez-se testes fonéticos e de deglutição no paciente. Ao instalar tal PPR, verificou-se o retorno dos aspectos estético e funcional. Também foram repassadas instruções e cuidados com a prótese do paciente, bem como prosseguiu-se as etapas de ajustes (**Figura 5**).

Figura 4 - Prótese parcial removível obturadora de palato definitiva, feita de estrutura metálica em cromo-cobalto e extensão palatina em acrílico.



Fonte: Santos RS, et al., 2024.

Figura 5 - Interrupção da comunicação buco-nasal, com completo vedamento da fenda palatina e reposição dos espaços dentários ausentes por meio de dentes artificiais.



Fonte: Santos RS, et al., 2024.

Por fim, destaca-se que todo o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o número de parecer 6.180.950 e CAAE 71004023.1.0000.5054. Além disso, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ser devidamente informado, tanto verbalmente quanto por escrito, sobre o uso das imagens e dos detalhes do caso. Todos os procedimentos seguiram rigorosamente os princípios morais e éticos, garantindo o respeito e a dignidade do paciente em todas as etapas da pesquisa.

DISCUSSÃO

O tratamento da fissura labiopalatina é um processo de longo prazo, devendo iniciar no período pós-natal até estabilizar o crescimento craniofacial. Existem formas de viabilizar um melhor prognóstico ao paciente, indo desde enxertos ósseos alveolares, associar tratamentos ortodônticos, ou estabelecer uma reabilitação protética. Quanto ao método de escolha, necessita-se de uma abordagem individualizada, sendo essencial uma equipe multidisciplinar para estabelecê-lo. Como principais resultados esperados, tem-se o fechamento velofaríngeo, possibilitando a deglutição, inteligibilidade da fala e prevenir o vazamento de alimentos (GÜMÜŞ HO e TUNA SH, 2009).

As próteses obturadoras bloqueiam fendas do palato duro e comandam os mesmos princípios das próteses convencionais, promovem estabilidade, retenção e suporte. A reabilitação oral com recurso a próteses obturadoras pode ser de caráter temporário ou definitivo (SILVA LD, et al., 2015).

Embora o uso de prótese não seja o tratamento de primeira escolha para paciente com fenda palatina, visto que o essencial corresponde ao tratamento cirúrgico por meio da queiloplastia ou da palatoplastia, o uso das próteses obturadoras mostra-se como benéficos diante de alguns casos (JESUS RVR, et al., 2022). Como vantagens, destacam-se: substituir dentes ausentes, compensar a falta de osso alveolar, interromper comunicações oronasais, reabilitar o palato, restaurar a oclusão, proporcionar estética através de contornos faciais mais harmoniosos e devolver a função mastigatória. Em termos psicológicos, após o tratamento reabilitador, o paciente sente-se mais confiante e com uma qualidade de vida potencialmente estabelecida (AZEVEDO LO, et al, 2020).

Ademais, o uso do obturador palatino se destaca, visto que interrompe a comunicação buconasal, elimina a hipernasalidade e auxilia a fonoaudióloga nas correções das articulações compensatórias de palavras. Essa alternativa de tratamento pode ser associada ao uso de próteses, seja ela removível ou fixa, representando, por si só, uma melhora significativa nas funções desempenhadas pelo paciente (REISBERG DJ, 2004).

Os enxertos ósseos e as reconstruções cirúrgicas também estão entre umas das modalidades que podem ser utilizadas na reabilitação de pacientes com fenda palatina (GÜMÜŞ HO e TUNA SH, 2009). Porém, no presente relato, a reabilitação protética através de uma PPRGOP foi o tratamento de eleição devido a faixa etária do paciente, além de ser conservador; visto que trata-se de um procedimento não-cirúrgico. Dessa forma, sendo menos invasiva, esse método contribui para a recuperação funcional dos maxilares, ao mesmo passo que restabelece suas funções mastigatórias e fonéticas de forma imediata, auxiliando na sua melhora psicológica e social.

A perda de alguns dentes anteriores e posteriores, associada à preservação dos dentes remanescentes em bom estado, e a distribuição satisfatória das condições biomecânicas da prótese, tornaram o caso favorável para a confecção da Prótese Parcial Removível com Obturador Palatino (PPRGOP). Isso garantiu a utilização dos elementos essenciais de uma PPR convencional. Assim, os grampos, a localização dos apoios e os conectores foram posicionados em pilares diretos e indiretos estratégicos, resultando em excelente estabilidade para o dispositivo protético (DUSKOVA M, et al., 2007).

Além disso, a reabilitação realizada de forma cirúrgica, como por meio de enxertos teciduais, pode apresentar algumas limitações, incluindo o risco de reabsorção óssea e a falta de osseointegração, devido à complexidade anatômica dos ossos do terço médio da face (GÜMÜŞ HO e TUNA SH, 2009). Nesse contexto, a reabilitação utilizando uma prótese obturadora de palato oferece uma vantagem adicional, pois permite a inspeção preventiva da área e não depende diretamente da resposta do organismo para garantir seu sucesso.

Dessa forma, a abordagem protética pode ser uma alternativa eficaz, minimizando os riscos associados aos procedimentos cirúrgicos e proporcionando uma solução mais controlada e previsível.

Os implantes osseointegrados também correspondem a umas das formas de reabilitar tais pacientes, oferecendo melhor desempenho mecânico e funcional. Entretanto, fatores sistêmicos, anatômicos e econômicos podem contra-indicar a cirurgia de implante. No presente caso clínico, o fator primordial que contraindicam a escolha dos implantes foi a solicitação da paciente que não queria ser submetida a uma cirurgia, associado a fatores financeiros (GOYAL M, et al., 2014).

Além disso, ressalta-se também a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar dos pacientes fissurados, visto que muitas vezes necessitam de um acompanhamento de fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, corroborando para uma melhora significativa de sua qualidade de vida (WORLEY M, et al., 2018).

No presente caso, a autopercepção da paciente quando questionada sobre a comparação entre a prótese provisória retida a fios ortodônticos e a PPR com obturador palatino foram distintas. Segundo o mesmo, a prótese antiga era mais leve, porém “ficava soltando”, os dentes não eram tão bonitos, e sentia a entrada de ar durante o ato de falar. Em contrapartida, sua nova prótese percebia ser mais robusta e conseqüentemente pesada, com dentes mais estéticos e “não soltava”, representando melhores condições biomecânicas.

Portanto, a reabilitação protética descrita, por meio de uma Prótese Parcial Removível com Obturador Palatino (PPRGOP), mostrou-se bastante satisfatória. Esse tratamento foi eficaz na recuperação da estética e das funções perdidas pela paciente, minimizando os traumas aos quais ela foi submetida e restabelecendo completamente a funcionalidade mastigatória, fonética e de deglutição. Além disso, a melhoria na qualidade de vida da paciente foi significativa, uma vez que a reabilitação proporcionou um aumento considerável em sua autoconfiança e nas suas relações sociais.

Com base no caso clínico apresentado, concluiu-se que a reabilitação com Prótese Parcial Removível com Obturador Palatino (PPRGOP) em pacientes com comunicação buco-nasal, seja decorrente de uma anomalia congênita ou de procedimentos cirúrgicos, é totalmente viável. A correta condução do caso é imprescindível para viabilizar um melhor prognóstico ao paciente.

As funções mastigatória, fonética, deglutição e estética são extremamente prejudicadas em pacientes com fissuras, resultando em graves impactos na saúde mental. No entanto, essas funções podem ser rapidamente recuperadas com a reabilitação protética com obliterador palatino. A prótese parcial removível, por apresentar extensão posterior em acrílico, oferece vedação da comunicação buco-nasal e proteção aos tecidos da área afetada. Além disso, a substituição de dentes ausentes melhora significativamente a autoestima do paciente.

A recuperação global do paciente requer uma abordagem multidisciplinar. Uma equipe composta por otorrinolaringologista, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e cirurgião-dentista é essencial para proporcionar uma reabilitação eficaz e integral.

Sob o ponto de vista acadêmico, a condução deste caso permitiu contribuir para o aperfeiçoamento e a melhoria das técnicas de reabilitação protética em pacientes com fenda palatina, evidenciando a importância desse serviço no âmbito da saúde pública. A experiência acumulada destaca a relevância da abordagem multidisciplinar e a necessidade de contínuos avanços na prática clínica para oferecer melhores resultados a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. CHEN J, et al. Obturator Manufacturing for Oronasal Fistula after Cleft Palate Repair: a review from handicraft to the application of digital techniques. *Journal Of Functional Biomaterials*, 2022; 13(4):251–1.
2. JESUS R, et al. Oral rehabilitation in patients with cleft lip and palate: literature review. *Facit Business and Technology Journal*, 2022.
3. AZEVEDO K, et al. Tratamento com Prótese Removível em Paciente com Fenda Lábio-Palatina. *Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Pernambuco*, 2020; 3(1):41.

4. LIMA VC, et al. Análise cognitiva e qualidade de vida em crianças portadoras de fissura orofacial não sindrômica: estudo caso controle. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(3): 271-2.
5. SILVA LD, et al. Vedamento Parcial de Fissura Labiopalatina Utilizando Placa Obturadora em Resina Acrílica: Relato de Caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 18(1).
6. SAMPAIO L, et al. Prosthetic rehabilitation in patients with cleft palate: case report. *Rev. Uningá, Maringá*, 2018.
7. WORLEY M. et al. Cleft Lip and Palate. *Clinics In Perinatology*, 2018, 45(4):661-678.
8. CHAVES SCL, et al. Política de atenção à fissura labiopalatina: a emergência do Centrinho de Salvador, Bahia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2016; 26(2): 591-610.
9. TREZZA PM, et al.. Custo do tratamento complementar da fissura labiopalatina. *Revista UNINGÁ*, 2016; 47(1):38-44.
10. GUPTA L, et al. Functional and Aesthetic Rehabilitation of a Geriatric Patient with Cleft Palate: a case report. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2015, 52(3):363-368.
11. SILVA MAM. Próteses obturadoras na reabilitação oral de pacientes com fendas palatinas. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) –FMDUP. Universidade do Porto, Porto, 2015.
12. TAIB B, et al. Cleft lip and palate: diagnosis and management. *British Journal Of Hospital Medicine*, 2015, 76(10):584-591.
13. GOYAL M, et al. Role of obturators and other feeding interventions in patients with cleft lip and palate: a review. *European Archives Of Paediatric Dentistry*, 2014, 15(1):1-9.
14. MARTELLI, DBR. Non sindromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2012; 78 (5): 116-120.
15. GÜMÜŞ HO e TUNA SH. An alternative method for constructing an obturator prosthesis for a patient with a bilateral cleft lip and palate: a clinical report. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 2009, 21(2),89-94.
16. TUNA SH, et al. Rehabilitation of an Edentulous Cleft Lip and Palate Patient with a Soft Palate Defect Using a Bar-Retained, Implant-Supported Speech-Aid Prosthesis: a clinical report. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2009, 46 (1), 97-102.
17. SPINA V, et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac*, 2008.
18. DUSKOVA M. et al. Bone reconstruction of the maxillary alveolus for subsequent insertion of a dental implant in patients with cleft lip and palate. *J Craniofac Surg*, 2007, 18, 630-638.
19. REISBERG DJ. Prosthetic habilitation of patients with clefts. *Clinics In Plastic Surgery*, 2004, 31, (2), 353-360.
20. SILVA O, et al. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cir*, 1992, 82 (2), 59-65.