



Trabalho de conclusão de curso intitulado **"TRACIONAMENTO DE CANINO LOCALIZADO EM REGIÃO DE TECIDO CICATRICIAL DE PALATOPLASTIA: RELATO DE CASO"** de autoria do aluno **Everton Spencer da Silva Araújo**.

Aprovado em 07/06/19 pela banca constituída dos seguintes professores:

\_\_\_\_\_  
Profa. Carmen Cristina Zimmer de Assis – São Leopoldo Mandic  
Orientador

\_\_\_\_\_  
Prof. Nivaldo Antônio Bernardo de Oliveira – São Leopoldo Mandic  
Co-orientador

\_\_\_\_\_  
Profa. Carmen Cristina Zimmer de Assis – São Leopoldo Mandic  
Coordenador

NATAL/RN, 07 de Junho de 2019.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE  
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 \_ Sete Lagoas, MG  
Telefone (31) 3773 3268 - [www.facsete.edu.br](http://www.facsete.edu.br)

# TRACIONAMENTO DE CANINO LOCALIZADO EM REGIÃO DE TECIDO CICATRICIAL DE PALATOPLASTIA: *RELATO DE CASO*

Canine Traction Located in Palatoplasty Cicatricial Tissue Region: *Rase Report*

Everton Spencer da Silva Araújo<sup>1</sup>  
Carmen Cristina Zimmer de Assis<sup>2</sup>

## Resumo

As fissuras labiopalatinas representam as malformações congênitas mais prevalentes que envolvem a face e maxilares, em média de 01 caso a cada 750 crianças nascidas vivas. Não obstante, um dos elementos dentários com maior prevalência de impacção são os caninos superiores, devido a anomalia no germe do canino permanente, presença de alterações patológicas na região, perda prematura ou tardia do dente decíduo, comprimento de arco desfavorável, comprimento discrepante do dente, excessivo comprimento da coroa, dilaceração radicular e anquilose. Nesta perspectiva, o presente relato de caso clínico de um adolescente de 11anos, sexo masculino, expõe uma mecânica na qual foi realizada a exposição cirúrgica e tracionamento ortodôntico de canino incluso, que se encontrava na região de tecido cicatricial de palatoplastia. Obteve-se sucesso no tracionamento e corroboração com a assertiva de que quanto mais precocemente diagnosticados os caninos permanentes impactados melhor serão o prognóstico e tratamento do caso.

**Palavras Chave:** Fissura labiopalatina. Tracionamento de canino. Ortodontia fixa.

<sup>1</sup>Especialista em saúde da família –UNOPAR, Pós-graduado em cirurgia oral menor – CPGO/NATAL.

<sup>2</sup>Mestre em ortodontia – São Leopoldo Mandic.

## **Abstract**

Labiopalatine fissures represent the most prevalent congenital malformations involving the face and jaws, averaging 1 case in every 750 children born alive. Nevertheless, one of the teeth with higher prevalence of impaction is the superior canines, due to anomaly in the germ of the permanent canine, presence of pathological alterations in the region, premature or late loss of the deciduous tooth, unfavorable arch length, tooth length discrepant, excessive crown length, root laceration and ankylosis. In this perspective, the present clinical case report of an adolescent of 11 years of age, male, exposed a mechanic in which the surgical exposure and orthodontic traction of the included canine was performed, which was in the region of scar tissue of palatoplasty. Success was obtained in the traction and corroboration with the assertion that the earlier the canines are impacted the better the prognosis and treatment of the case.

**Keywords:** Cleft lip and palate. Canine traction. Fixed orthodontics.

## **1. INTRODUÇÃO**

A fissura labial e palatina é defeito congênito mais comum envolvendo a face e maxilares, ocorrendo a cada 750 nascimentos aproximadamente. O local onde as fissuras aparecem é determinado pela falha na fusão entre os vários processos faciais, isto é, influenciado pelo momento na vida embriológica em que alguma interferência com o desenvolvimento ocorreu fatores de risco para esta deformidade. O baixo grau de instrução materna, baixo nível socioeconômico e história familiar de malformação são fatores de risco para tal patologia. (PROFFIT, FIELDS, SARVER, 2007).

Segundo Franco (2000) no Brasil, não há estudos estatísticos precisos que determinem a incidência das fendas labiais e/ou palatais. Estima-se que, na população de raça branca, haja uma frequência de fenda labial, associada ou não à fenda palatal, na proporção de 1/1000 nascidos vivos. Nos últimos 2 anos, a média anual de nascidos vivos foi de 3.100.000, o que significaria, aproximadamente, 3.100 novos casos por ano.

As fissuras labiopalatais resultam numa série de sequelas que podem acompanhar o portador durante toda sua vida: alterações estéticas; dentárias, alterações funcionais na sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e audição; e alterações emocionais, sendo a cirurgia precoce o tratamento de escolha para tais mal formações (DALBEN, 2000).

Para Figueiredo et al (2004) a técnica operatória ideal para as fissurados continua a ser controversa.

Nessa perspectiva, a atualização dos conceitos terapêuticos indica a participação inequívoca da Ortodontia, pois as fissuras causam uma serie de apinhamentos dentários e discrepâncias dentoalveolares e de bases ósseas, além de alterações orofaciais mais complexas e que trazem problemas, para além das maloclusões, alterações de ordem alimentar, deglutição, fonação e respiração; apresentando-se com diferentes sinais e sintomas, cuja solução só pode ser oferecida pelo trabalho conjunto de uma equipe multidisciplinar no processo de reabilitação e reinserção social do paciente, nessa incluso ortodontista, seja preparando o paciente no pré-operatório ou completando o tratamento após a cirurgia, obtendo-se, assim, resultados dentários e ortopédicos mais satisfatórios (LOPES, 1998).

Dentre as alterações de oclusão, vale salientar que a maioria dos dentes impactados e/ou inclusos são os caninos, especialmente com relação aos dentes anteriores e pré-molares e os 3º molares com relação a todos os outros dentes da boca. A inclusão, entre outros fatores, geralmente ocorre devido à discrepância de tamanho entre os dentes e arcadas maxilares, sendo esta razão considerada a principal causa de retenção dentária.

O presente trabalho trata-se de um relato de caso clínico onde realizou-se o tracionamento de canino incluso, em paciente que se submeteu a cirurgia de correção de fissura lábiopalatal.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

Os primeiros relatos de casos de fissura labial remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia deste tipo de má-formação, embora o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente

aconteceu nos últimos 50 anos (LOFIEGO, 1992). Hoje, sabe-se que entre as anomalias congênitas da face, as fissuras labiopalatinas, também conhecidas como lábio leporino ou goela de lobo, são as mais comuns (BARONEZA et al., 2005).

A partir da migração das células da crista neural se forma o tecido conectivo e o esqueleto da face na terceira semana de vida intrauterina. Por volta da sexta semana do desenvolvimento embrionário, as estruturas faciais externas completam sua fusão, e as internas completarão até o final da oitava semana, porém, nesse período, pode ocorrer uma falha na fusão do processo frontonasal com o processo maxilar, ocasionando a fenda labial. A falha de penetração do tecido mesodérmico no sulco ectodérmico da linha média do palato posterior a lateral da pré-maxila ocasiona a fissura palatina (GORLIN, COHEN e HANNEKAM, 2001).

Sua etiologia é bastante complexa e definitivamente multifatorial, ou seja, pode envolver fatores tanto genéticos quanto ambientais, isolados ou em associação. Os aspectos ambientais são os nutricionais, os tóxicos, os infecciosos, o uso de medicamentos, as radiações ionizantes, o estresse e o tabagismo materno, durante o período de formação do bebê. Acredita-se, ainda, na influência de fatores genéticos, pois mais da metade dos pacientes com fissuras apresenta familiares portadores dessa mesma alteração (SOUSA et al, 2004).

No trabalho de Loffredo et al (1994), sobre possíveis fatores de risco para o aparecimento da anomalia, incluem referências à poluição, à ocupação, ao consumo de bebida alcoólica, à ingestão de drogas, às doenças na mãe, à exposição a herbicida/pesticida na lavoura e a raio-X na gestação, além da hereditariedade.

Fissuras labiais podem ocorrer lateralmente à linha média em um ou ambos os lados. O fechamento do palato secundário pela elevação das lâminas palatinas sucede a do palato primário por quase duas semanas, o que significa que uma interferência que provocou fissura labial, mas que ainda está em ação, também pode afetar o palato. Cerca de 60% dos indivíduos com fissura labial também têm fenda palatal. Uma fissura do palato secundário isolado é o resultado de um problema que surgiu após o fechamento do lábio ter ocorrido. A fusão incompleta do palato secundário, que produz um entalhe

em sua extensão posterior (por vezes apenas uma úvula bífida), indica uma interferência tardia na fusão do palato secundário, por volta da 12ª semana de vida intrauterina (PROFFIT et al, 2007).

A frequência dessa anomalia varia de acordo com a amostra estudada, mas trabalhos mostram que no Brasil a frequência de fissura lábio palatina é de 37,1%, ocorrendo em 1 a cada 750 nascimentos; dentre esses, 9,7% dos indivíduos apresentam fissura unilateral completa de lábio e palato do lado direito. Sabe-se que as cirurgias realizadas para fechamento de lábio e palato interferem no crescimento facial e do arco dentário superior, resultando em faces retrognáticas e maxilas estreitas (SILVA FILHO et al, 1992).

Além disso, alterações dentárias, como nas fissuras que envolvem o rebordo alveolar comumente como uma má posição dentária peculiar, representada pela presença constante do incisivo central superior contra-angulado e girado, com sua coroa voltada para distal ocupando parte do espaço da fissura, enquanto o ápice mantém-se mesializado, evitando o defeito ósseo. O canino superior também tende a demonstrar angulação positiva excessiva, com a coroa inclinando-se em direção ao defeito e muitas vezes determinando uma relação sagital de Classe II no segmento menor, mesmo diante de discrepâncias esqueléticas do Padrão III (CARREIRÃO, LESSA e ZANINI, 1996).

Nas fissuras unilaterais com acometimento do rebordo, geralmente a linha média superior desvia-se para o lado da fissura, determinando em alguns casos a exodontia assimétrica no arco superior, principalmente quando existe apinhamento. E o apinhamento é característica frequente na maxila segmentada, principalmente devido à deficiência de crescimento sagital, além da atresia transversal. Anomalias dentárias de número, tamanho e posição (ectopias) também são frequentemente observadas em pacientes com fissuras. Na dentadura permanente, a agenesia do incisivo lateral superior representa a anomalia mais comum, seguida pela presença de um supranumerário por mesial do segmento menor, denominado pré-canino (OLIVEIRA et al, 1996).

Ademais, com muita frequência observa-se a agenesia de segundos pré-molares e terceiros molares superiores e inferiores, com uma prevalência aumentada em comparação à população em geral. A irrupção ectópica do primeiro molar superior é observada em 20% dos pacientes (DALBEN, 2001).

Normalmente, os últimos dentes a erupcionar são os que permanecem inclusos ou semi-inclusos, como é o caso dos caninos, especialmente com relação aos dentes anteriores e pré-molares e os 3º molares com relação a todos os outros dentes da boca. A inclusão, entre outros fatores, geralmente ocorre devido à discrepância de tamanho entre os dentes e arcadas maxilares, sendo esta razão considerada a principal causa de retenção dentária (FIGUEIREDO et al, 2004).

Na ocorrência de caninos inclusos parece existir um predomínio para o sexo feminino, sendo a retenção do canino superior mais frequente que a do canino inferior. Os caninos retidos unilaterais ou bilaterais podem localizar-se por lingual, vestibular ou transalveolar, no entanto, a retenção unilateral e a posição retroalveolar são as formas mais prevalentes nesse grupo dentário (EL-KOUTBY et al, 1993).

A literatura descreve várias opções para o tratamento dos caninos impactados. Esses procedimentos podem ser desde o conservador até procedimentos cirúrgicos com posterior tracionamento (BISHARA, 2007).

Os tipos de tratamento do canino impactado dependem da idade do paciente, do estágio de desenvolvimento de sua dentição, da posição do canino impactado, se há reabsorção radicular dos incisivos permanentes e da disposição do paciente ao tratamento (MAAHS, 2004).

Em virtude da importância das funções dos caninos e sua permanência no arco, o ortodontista deve considerar as várias opções de tratamento disponível, incluindo os seguintes:

1. Aguardar a irrupção espontânea do canino retido. Para que ocorra a irrupção espontânea tem sido descritos na literatura a remoção de interferências mecânicas como extranumerários, patologias e até recuperação de espaço (BISHARA, 2007);
2. O transplante autógeno é o método que consiste em procedimento exclusivamente cirúrgico onde é realizada a extração do canino retido e imediatamente transplantado para um alvéolo artificial realizado no rebordo alveolar (BISHARA, 2007);

3. Nos casos de paciente entre dez e treze anos de idade, Bishara (2007) sugere a remoção dos caninos decíduos para guiar o canino permanente não irrompido ao alinhamento, visto que seu prognóstico é ruim, pois sua raiz eventualmente sofrerá reabsorção;
4. A extração pode ser considerada nas seguintes situações: dentes com anquilose que não podem ser transplantados; reabsorção radicular interna ou externa; dilaceração; impactação grave (canino entre as raízes do incisivo central e incisivo lateral); quando o primeiro pré-molar ocupa o lugar do canino com uma oclusão funcional aceitável; quando houver alterações patológicas como, por exemplo, formações císticas ou infecções (BISHARA, 2007);
5. Exposição cirúrgica e tracionamento ortodôntico - Quando for realizada a exposição cirúrgica seguida de tracionamento, a ancoragem pode ser no próprio arco ortodôntico ou aparelhos removíveis (BISHARA, 2007).

Por isso, a presença de uma equipe odontológica, em especial do ortodontista, no tratamento dos pacientes fissurados é de suma importância para o controle e tratamento durante o crescimento da face e dos arcos dentários (FISHMANN, 2017).

Em razão das alterações que apresentam, os pacientes com fissuras labiopalatinas são mais suscetíveis a más oclusões que modificam o desenvolvimento normal e a anomalias dentárias. Grande parte das más oclusões encontradas nesses pacientes deve-se ao tipo de tratamento a que são submetidos (FISHMANN, 2017).

Sabe-se que os pacientes operados precocemente, ou seja, que fazem a queiloplastia (cirurgia de fechamento de lábio, geralmente realizada a partir dos três meses de idade), e a palatoplastia (cirurgia de fechamento do palato, geralmente realizada a partir de 18 meses de idade), apresentam menor largura maxilar em razão da capacidade constritora da cirurgia, que causa uma redução progressiva das dimensões da maxila no sentido ântero-posterior e transversal. Entende-se que essa é uma condição desfavorável do ponto de



vista ortodôntico, no entanto é de extrema relevância para o restabelecimento estético e psicológico do paciente e, conseqüentemente, para o adequado relacionamento social da criança com a família e a sociedade (FISHMANN, 2017).

Estudos recentes em dentição decídua de pacientes portadores de fissura unilateral completa de lábio e palato demonstraram que a prevalência de mordida cruzada anterior associada a mordida cruzada posterior num dos lados ocorre numa frequência de 37,8%. Essa grande ocorrência de mordida cruzada anterior deve-se à trajetória de erupção dos incisivos superiores permanentes que se apresentam com inclinação para lingual. A linguoversão dos incisivos superiores é maior em pacientes com fissura do que naqueles sem essa alteração, pois, segundo Smahel (1984), a retroinclinação dos incisivos superiores e do alvéolo são resultado da tensão que o lábio refeito pela queiloplastia exerce, causando a mordida cruzada anterior.

Nesta perspectiva, vale salientar que além de alterações orais, as fissuras labiopalatinas desencadeiam uma série de alterações que podem comprometer severamente a fala, a alimentação e a estética. Sem o devido tratamento, as fissuras podem provocar sequelas graves, como a perda da audição, problemas de fala e déficit nutricional, além do sofrimento com o preconceito (BJERKLIN, KUROL e VALENTIN, 2005).

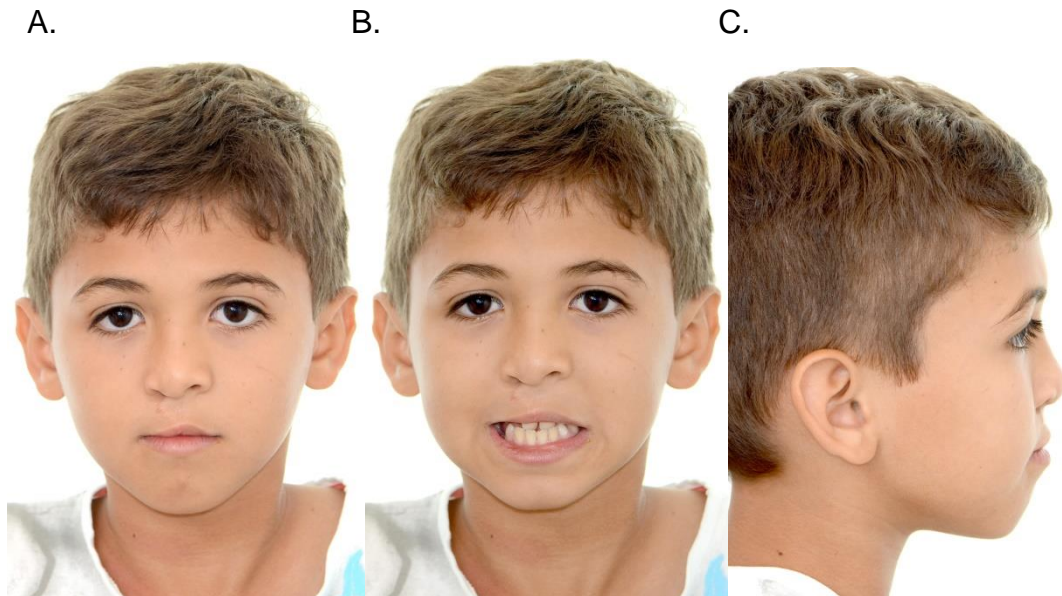
Entretanto, é possível a total reabilitação do paciente com fissura labiopalatalina, sendo que quanto mais cedo a intervenção, melhor. O tratamento dependendo do tipo de fissura, é longo, tem início desde o nascimento indo, em alguns casos, até a fase adulta (BJERKLIN, KUROL e VALENTIN, 2005).

Nesse contexto, o ortodontista desempenha papel fundamental na equipe interdisciplinar reabilitadora do paciente com fissura. Representa o regente que define o compasso dos procedimentos odontológicos e cirúrgicos. O ortodontista monitora o crescimento e desenvolvimento craniofacial, assim como corrige as más oclusões que se apresentam de uma forma mais complexa no paciente com fissura (MARZOLA, 2005).

## 2.1. RELATO DE CASO

Paciente M.V.C.F., 11 anos e 04 meses, gênero masculino, feoderma, procurou atendimento na clínica de Especialização em Ortodontia, Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPGO), Natal/RN. Relatou como queixa principal “*Sorriso e face incomodam!*”, vem encaminhado após alguns anos de realização de cirurgia de correção de fenda labiopalatina.

Facialmente, o paciente apresentou os terços faciais harmônicos, ângulo naso-labial bom, suco mentolabial bem marcado, perfil convexo, lábio superior com cicatriz da queiloplastia, desvio de septo nasal para a direita, linha queixo pescoço boa sendo diagnosticada como padrão II de face.



**Figura 01.** (A) Foto extra-oral frontal; (B) Foto extra-oral frontal sorrindo e; (C) Foto extra-oral perfil.

Radiograficamente, no raio-x panorâmico, pode-se observar cárie na distal do 55 e 65, agenesia do 12, 22 e 25, dentes 17, 15, 27, 37, 35, 33, 43,44,45 e 47 em processo eruptivo.



**Figura 02.** Raio-x panorâmico.

Ao exame intra-oral, apresentava maxila retruída e atrésica, padrão convexo, mordida cruzada anterior, linha média superior desviada 2 mm para esquerda, apinhamento na arcada superior e inferior e diastemas, ausência dos elementos 52, 62, 84, 85 e 75, cárie ampla na distal do 65 e cicatriz da palatoplastia na região de pré-maxila direita. Além disso, pode ser visto relação molar classe I lado direito e classe II esquerdo.

A.



B.



C.



**Figura 03.** (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal.

A.



B.



**Figura 04.** (A) Foto intra-oral oclusal superior e; (B) Foto intra-oral oclusal inferior.

As análises cefalométricas permitiram um diagnóstico de padrão dolicofacial. Os incisivos superiores e inferiores apresentaram-se bastante lingualizados, tendência de crescimento vertical. Além disso, o paciente apresentava a maxila e a mandíbula retruídas em relação à base do crânio e foi diagnosticada como classe III devido à atresia maxilar. Abaixo estão expostos os valores das medidas cefalométricas de USP e de Jarabak do caso clínico.

**Tabela 1.** Medidas cefalométricas de USP.

<b>Medida</b>	<b>Obtido</b>	<b>Padrão</b>	<b>Desvio</b>
<b>SNA</b>	74,20°	82°	-7,80°
<b>SNB</b>	70,90°	80°	-9,10°
<b>ANB</b>	3,30°	2°	1,30°
<b>FMA</b>	39,32°	25°	14,32°
<b>SN.GoMe</b>	51,69°	32°	19,69°
<b>EIXO Y</b>	78,03°	67°	11,03°
<b>SN.PI Ocl</b>	29,40°	14°	15,14°
<b>1-NA</b>	0,82mm	4mm	-3,18mm
<b>1.NA</b>	14,35°	22°	-7,65°
<b>1.NS</b>	88,56°	103°	-14,44°
<b>1-NB</b>	5,37mm	4mm	1,37mm
<b>1.NB</b>	24,74°	25°	-0,26°
<b>IMPA</b>	82,14°	87°	-4,86°
<b>1.1</b>	137,51°	131°	6,61

**Tabela 2.** Medidas cefalométricas de JARABAK.

<b>Medida</b>	<b>Obtido</b>	<b>Padrão</b>	<b>Desvio</b>
<b>A. Sela</b>	131,39°	123°	8,39°
<b>A. Art.</b>	138,55°	143°	-4,45°
<b>Ang. Go.</b>	139,79°	130°	9,79°
<b>Go. Sup.</b>	55,97°	50°-55°	2,47°
<b>Go. Inf.</b>	83,83°	70°-75°	11,33
<b>BAC</b>	57,26mm	71mm	-13,74mm
<b>BPC</b>	29,76mm	32mm	-2,24mm
<b>Alt. R.</b>	29,70mm	44mm	-14,30mm
<b>C. Mand.</b>	55,32mm	71mm	15,68mm
<b>S-Go % N-Me</b>	52,67%	63,5%	-10,83%

Diante do diagnóstico exposto, o planejamento da paciente consistiu em: disjunção maxilar com hyrax, instalação de mascara para tração reversa e

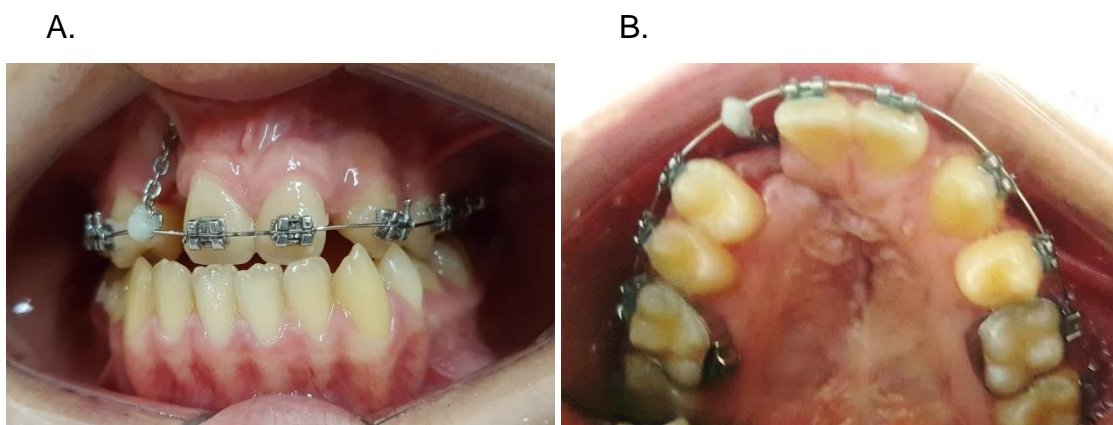
maxila e montagem de aparelho fixo, exposição cirúrgica para colagem de dispositivo para tracionamento ortodôntico do elemento 13, reabilitação na região do elemento 23 e estética para reanatomizar o 13 e 23 em incisivos laterais, contenção Hawley superior e 3x3 fixa inferior.

Primeiramente foi montado o aparelho Hyrax com protocolo de ativação lento (1/4 de volta a cada três dias), seguiu-se a disjunção o uso da máscara facial de Petit para tração reversa da maxila com força de 300g bilateralmente.

A partir disso, fez-se a colagem de braquetes prescrição Roth na arcada superior e instalação de placa de acetato de levante anterior na arcada inferior para facilitar o descruzamento da mordida anterior.

Evoluiu-se gradativamente o fio superior na seguinte ordem: .012 NiTi (orthometric), .014NiTi (orthometric), .016 NiTi (orthometric), .016x.022 NiTi (orthometric). Nesse estágio o paciente foi encaminhado para a clínica de cirurgia oral menor do CPGO para exposição cirúrgica e colagem de dispositivo no elemento 13 para iniciar o tracionamento deste.

Seguiu-se o tratamento evoluindo o fio superior para o fio .018 de Aço e tracionando o canino direito. O tracionamento durou em média seis meses, no qual o próprio fio foi utilizado para tal ação realizando-se leve deflexão do mesmo e fixação a corrente metálica do dispositivo ligado a coroa do elemento 13, como pode ser visto na figura 05.



**Figura 05.** (A) Foto intra-oral frontal e; (B) Foto intra-oral oclusal superior.

Teve-se grande desafio no tracionamento, pois o elemento a ser tracionado estava posicionado exatamente na região de cicatriz óssea e mucosa da palatoplastia, optamos por essa técnica visando a não anquilose e um tracionamento leve que causasse pouca ou nenhuma recessão gengival e nenhuma lesão aos tecidos circunjacentes.

Tal mecânica foi mantida por seis meses, até o canino chegar em posição, ficando na região do elemento 12 (ver figura 06), o qual o paciente tem agenesia, e posteriormente tal elemento será reanatomizado.

O paciente encontra-se nos estágios finais de tratamento, é muito colaborador, já estando com a colagem inferior de braquetes realizada e a mordida cruzada anterior tratada.

Destaca-se também que o paciente inicialmente encontrava-se em dentição mista, sendo que os dentes decíduos ao passo que iam esfoliando e erupcionando seus sucessores, esses foram sendo adicionados a mecânica ortodôntica fixa.

A.



B.



C.



D.



E.



**Figura 06.** (A) Foto intra-oral frontal ; (B) Foto intra-oral lateral direita; (C) Foto intra-oral lateral esquerda; (D) Foto intra-oral oclusal superior e; (E) Foto intra-oral oclusal inferior.

### 3. CONCLUSÕES

A literatura descreve diversas opções para a resolução clínica dos caninos superiores impactados. Em linhas gerais, as opções variam desde procedimentos mais conservadores, como a exodontia dos decíduos, até procedimentos cirúrgicos seguidos ou não de tracionamento ortodôntico. Alguns autores afirmam que antes de uma intervenção mais invasiva, como a exposição cirúrgica, seria prudente abrir o espaço necessário e estimular a erupção natural dos dentes impactados. Quando os caninos decíduos são removidos até os 11 anos de idade, ocorre uma correção espontânea em 78% dos casos no padrão eruptivo dos caninos impactados. Assim, caso o diagnóstico seja estabelecido precocemente, e essas condutas terapêuticas conduzidas, como a exodontia do decíduo e do supranumerário, o problema talvez seja resolvido nessa época (ALMEIDA et al., 2001).

Nesta perspectiva, pode-se acrescentar que o tracionamento de dentes inclusos em pacientes que se submeteram a cirurgia corretiva de fissuras labiopalatinas ainda é, nos dias atuais, algo que deve ser cuidadosamente planejado, pois poucos estudos relatam o tracionamento de caninos que se apresentavam na região de cicatriz tecidual de tais cirurgias e, desde que, pode existir pouco suporte ósseo para efetuar efetivamente tal mecânica.



No caso clínico exposto, houve sucesso na exposição cirúrgica e tracionamento ortodôntico do elemento 13, com uso de força leve, sempre abaixo de 100g, corroborando com a ideia de que quanto mais precocemente diagnosticados os caninos permanentes impactados melhor serão o prognóstico e tratamento do caso, mesmo em pacientes com elementos dentários em área de cicatriz de cirurgias reparativas, como as palatoplastias.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA RR DE, FUZIY A, ALMEIDA MR DE, ALMEIDA-PEDRIN RR DE, HENRIQUES JFC, INSABRALDE CMB. Abordagem da impactação e/ou irrupção ectópica dos caninos permanentes: considerações gerais, diagnóstico e terapêutica. **Rev Dental Press Ortod Ortop Facial**.
- BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Sciences**, 2005.
- BISHARA, S. E. Impacted maxillary canines: a review. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, Mosby; 2007.
- BJERKLIN K, KUROL J, VALENTIN J. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars and association with other tooth and developmental disturbances. **Eur J Orthod** 1992.
- CARREIRÃO S, LESSA S, ZANINI AS. Embriologia da face. In: **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter;1996.
- DALBEN, G.S.; GOMIDE, R.M.; COSTA, B.; NEVES, L.T. das. Prevalência de distúrbios da erupção dentária em bebês portadores e fissuras labiopalatais – opinião de médicos pediatras de Bauru, São Paulo. **Pediatr Mod**, São Paulo, 2001.
- EL-KOUTBY M, HAFEZ SAH. Prevalence of malocclusion in the primary early mixed dentition in a group of egyptian children with complete unilateral cleft lip and palate. **Egypt Dent J** 1993.
- FIGUEIREDO IMB, BEZERRA AL, MARQUES ACL, ROCHA IM, MONTEIRO NR. **Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas**. RBPS. 2004.
- FISHMANN LS. Factors related to tooth number, eruption time, and tooth position in cleft palate individuals. **J Dent Child** 2017.
- FRANCO, DIOGO. **Revista Brasileira de cirurgia plástica**. São Paulo v.15 n.3 p. 21-32 ser/dez. 2000.
- GORLIN R, COHEN M, HANNEKAM R. Syndromes of the head and neck. 4th ed. New York: **Oxford University Press**;2001.
- LOFFREDO L C M, SOUZA J M P, YUNES J, SOUZA-FREITAS J A, Spiri W C. Fissuras lábio-palatais: estudo caso controle. **Rev Saúde Pública**. 1994.
- LOFIEGO, J. L. **Fissura Labiopalatina**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.
- LOPES LD, GONZALEZ NZT. Fissuras labiopalatinas: atenção multidisciplinar precoce – tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico. In: Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**. 5ª ed. São Paulo: Santos; 1998.

MAAHS, M.; BERTHOLD, T. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados. **Rev. Cienc. Med. Biol.**, 2004.

MARZOLA C. Fundamentos de cirurgia buco maxilo facial. **Bauru: Independente**; 2005.

OLIVEIRA SF, CAPELLOZZA AL, CARVALHO IM. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. **Rev APCD** 1996; 50(1):17-21.

PROFFIT WR, FIELDS HW Jr, SARVER DM, editors. **Contemporary Orthodontics**, 4<sup>a</sup> ed. St Louis: Mosby; 2007.

SILVA FILHO OG, ALMEIDA RR. Fissuras lábio palatais: O que o cirurgião-dentista precisa saber. **Rev Fac Odontol Lins** 1992.

SMAHEL Z. Craniofacial morphology in adults with bilateral complete cleft lip and palate. **Cleft Palate J** 1984.

SOUZA JA, DALBEN GS, SANTAMARIA Jr M, FREITAS PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. **Braz Oral Res** 2004.