doi.org/10.51891/rease.v12i11.31509

ABORDAGEM ORTODÔNTICA EM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA: RELATO DE CASO CLÍNICO

ORTHODONTIC APPROACH IN A PATIENT WITH CLEFT LIP AND PALATE: A CLINICAL CASE REPORT

Amanda Silva Santos[1]
Giovanna Santos Alves Ribeiro[2]
Júlia Silva de Sousa[3]
Sara Sobrinho Oliveira[4]
Daniel Ferraz Lima[5]

RESUMO: Introdução: A fissura labiopalatina é uma malformação congênita de etiologia multifatorial que compromete as estruturas faciais, as funções orais e os aspectos psicossociais do indivíduo. Essa condição pode resultar em alterações significativas no crescimento craniofacial, frequentemente associadas à má oclusão de Classe III, a dificuldades na fala e na mastigação e a limitações na interação social. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo analisar a condução clínica ortodôntica de um paciente com fissura labiopalatina, destacando as etapas terapêuticas e os desafios do manejo interdisciplinar. Metodologia: Trata-se de um relato de caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 12 anos de idade, diagnosticado com fissura labiopalatina unilateral completa e acompanhado em um curso de especialização em Ortodontia. Após avaliação clínica e análise dos exames complementares, foi instituído um plano de tratamento ortodôntico com o uso de disjuntor maxilar do tipo Hyrax associado à máscara facial de Petit, visando à expansão maxilar e à protração da maxila. O tratamento foi conduzido ao longo de 12 meses com acompanhamento contínuo e ajustes progressivos das forças ortopédicas. Resultados: Observou-se melhora expressiva na relação maxilomandibular, no alinhamento dentário e na estética facial do paciente, além de ganho de espaço para a erupção dentária. Conclusão: Conclui-se que a intervenção ortodôntica precoce, aliada a uma abordagem multidisciplinar, é fundamental para a reabilitação funcional, estética e psicossocial de pacientes com fissura labiopalatina, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Fissura labiopalatina. Ortodontia. Disjunção maxilar.

ABSTRACT: Introduction: Cleft lip and palate is a congenital malformation with a multifactorial etiology that compromises facial structures, oral functions, and psychosocial aspects of the individual. This condition can result in significant changes in craniofacial growth, often associated with Class III malocclusion, difficulties in speech, chewing, and social interaction. Objective: This study aims to analyze the orthodontic clinical management of a patient with cleft lip and palate, highlighting the therapeutic stages and the challenges of interdisciplinary management. Methodology: This is a clinical case report of a 12-year-old male patient diagnosed with complete unilateral cleft lip and palate, followed up in a specialization course in Orthodontia. After clinical evaluation and analysis of complementary exams, an orthodontic treatment plan was instituted using a Hyrax-type maxillary expander combined with a Petit facial mask, aiming at maxillary expansion and protraction. The treatment was conducted over 12 months, with continuous monitoring and progressive adjustments of orthopedic forces. Results: Significant improvement was observed in the maxillomandibular relationship, dental alignment, and facial aesthetics of the patient, in addition to space gain for tooth eruption. Conclusion: It is concluded that early orthodontic intervention, combined with a multidisciplinary approach, is essential for the functional, aesthetic, and psychosocial rehabilitation of patients with cleft lip and palate, contributing to an improved quality of life.

[1] Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR.
[2] Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR.
[3] Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR.
[4] Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR.
[5] Orientador. Docente, Prof. Dr. do Colegiado de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR.

Keywords: Cleft lip and palate. Orthodontics. Maxillary expansion.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento craniofacial envolve uma combinação de interações complexas entre sinais moleculares e fatores de transcrição que modelam a morfogênese dos órgãos craniofaciais, desempenhando papel fundamental nessa fase (CHAY; MAXSON, 2006). A falha do processo de embriogênese, entre 4 e 12 semanas, pode comprometer a fusão adequada das proeminências faciais, resultando em anomalias congênitas, como fissuras orais. As fissuras orofaciais secundárias à interrupção dessa rede de sinalização estão entre as anomalias congênitas mais comuns, afetando cerca de 1 em cada 700 nascidos vivos em todo o mundo, com prevalência variável entre populações (DIXON; MARAZITA; MURRAY, 2011).

Os tipos e a gravidade das fissuras, bem como o desenvolvimento palatino e o crescimento em crianças com fissuras reparadas, podem variar amplamente. Independentemente da técnica utilizada, a cirurgia produz tecido cicatricial que restringe o crescimento palatino. Apesar de receber o mesmo tratamento, o crescimento maxilar é muito restrito em alguns pacientes com fenda labial e palatina, enquanto em outros há pouca ou nenhuma redução no crescimento maxilar (SHAW et al., 1992). Aproximadamente 25% do total de pacientes tratados com lábio leporino e fenda palatina desenvolvem deformidades esqueléticas graves de Classe III que necessitam de cirurgia ortognática posterior (ROSS, 1987).

Além do comprometimento clínico e funcional, que atinge a deglutição, mastigação, audição, respiração e fonação, há sérias implicações psicossociais associadas ao quadro, as quais se manifestam significativamente nas etapas primordiais do desenvolvimento humano (OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2023; ROEDER et al., 2024). Crianças e adolescentes com fissura labiopalatina frequentemente enfrentam dificuldades emocionais, baixa autoestima e episódios de estigmatização, como *bullying* e exclusão social no ecossistema escolar (AMARAL; COSTA E SILVA, 2021; ARDOUIN et al., 2021).

Diante das diversas implicações dessa condição, é fundamental o diagnóstico precoce e a atuação contínua e oportuna de uma equipe multidisciplinar especializada durante todo o desenvolvimento do indivíduo (SALKAR et al., 2023; SILVA; SOUSA, 2021). Dentro desse contexto, a Ortodontia desempenha um papel fundamental, monitorando o crescimento craniofacial e executando intervenções preventivas e interceptativas precoces para corrigir e minimizar a severidade de discrepâncias esqueléticas, como a má oclusão de Classe III (PROFFIT; FIELDS; SARVER, 2013; SHAW et al., 2001). Desse modo, este trabalho tem como

objetivo relatar e analisar a condução clínica ortodôntica de um paciente com fissura labiopalatina unilateral completa por meio do uso de forças ortopédicas combinadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fissura labiopalatina e seus impactos funcionais

A fissura labiopalatina (FLP) é uma patologia congênita caracterizada por uma falha tecidual ao nível do lábio e do palato, podendo comprometer a arcada alveolar, o palato duro e o palato mole (ALOIS; RUOTOLO, 2020; WORLEY; PATEL; KILPATRICK, 2018). A etiologia é considerada multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais como histórico familiar, deficiências nutricionais, tabagismo, alcoolismo ou uso de medicações específicas no primeiro trimestre gestacional. De acordo com a classificação universal proposta por Spina (1972), dividem-se em fissuras pré-forame, pós-forame, transforame e submucosas, variando em extensões completas ou incompletas, unilaterais ou bilaterais.

As FLP comprometem severamente as funções vitais orofaciais do indivíduo. Na sucção e deglutição, a incapacidade anatômica de gerar pressão intraoral negativa prejudica a alimentação desde a fase de amamentação (YI et al., 2008). No âmbito mastigatório, observam-se ciclos mais longos, menor velocidade e atividade muscular desarmônica entre os masseteres e temporais (SCHMIDT et al., 2023). A produção da fala também é afetada pelo escape de ar nasal e fraca pressão intraoral, gerando produções compensatórias (CAVALHEIRO et al., 2023). Adicionalmente, o apinhamento dentário associado à presença dos aparelhos ortodônticos eleva os índices de retenção de placa bacteriana, tornando esses pacientes mais suscetíveis à instalação de cárie e doença periodontal se não houver acompanhamento adequado (TOMITA et al., 1996).

2.2 Atuação da equipe multidisciplinar e as etapas de reabilitação

No Brasil, a prevalência da anomalia varia entre 0,47 e 1,54 a cada 1.000 nascidos vivos, com uma incidência estimada pelo Hospital de Reabilitação de São Paulo (USP) em 1 caso para cada 650 crianças, acometendo em maior proporção o gênero masculino (53%) (CYMROT et al., 2010; KUHN et al., 2012). Para assegurar a completa reabilitação desses indivíduos, o Ministério da Saúde (Portaria SAS nº 718) preconiza e determina o suporte por intermédio de equipes multidisciplinares no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem e serviço social, estendendo o cuidado desde a fase gestacional até o início da idade adulta (CARREIRA, 2015).

A trajetória cirúrgica e reabilitadora do paciente fissurado é protocolada sequencialmente conforme o crescimento ósseo. As intervenções primárias centramse na queiloplastia (reconstrução do lábio realizada entre 3 e 5 meses de vida) e na palatoplastia (fechamento cirúrgico do palato indicado até os 18 meses para viabilizar o correto desenvolvimento da fonação) (SILVA, 2018; WINTER; STUDZINSKI, 2021). Na fase de dentição mista (entre 7 e 12 anos), destaca-se a realização do enxerto ósseo alveolar secundário, preferencialmente utilizando osso autógeno retirado da crista ilíaca devido ao seu potencial osteogênico e osteoindutor (CHAPPUIS et al., 2017; TOMAR; SAHOO, 2018). O enxerto confere suporte ósseo estrutural aos dentes adjacentes e possibilita a erupção do canino permanente na fenda. Intervenções tardias em idade adulta envolvem cirurgias ortognáticas de avanço (a partir dos 15 aos 18 anos) para correção final de hipoplasias maxilares graves (BABAI; IRVING, 2023; ROY et al., 2019).

2.3 A ortodontia na correção de más oclusões e discrepâncias maxilares

As más oclusões associadas às fissuras orofaciais apresentam altos níveis de complexidade devido à presença de mordidas cruzadas anteriores e posteriores, colapso estrutural do arco dentário, deficiência transversal e agenesias ou dentes supranumerários na região do defeito ósseo (SILVA FILHO et al., 2007). A deficiência no desenvolvimento sagital da maxila, potencializada pelo tecido cicatricial das cirurgias plásticas precoces primárias, frequentemente direciona o paciente para um padrão esquelético de Classe III com perfil facial côncavo (PROFFIT; FIELDS; SARVER, 2013).

Para restabelecer a harmonia oclusal, utilizam-se dispositivos ortopédicos mecânicos de expansão palatina, como os aparelhos disjuntores de Haas ou Hyrax, associados a terapias de tração reversa através da máscara facial de Petit (HAAS, 1961; VAUGHN et al., 2015). A intervenção ortopédica interceptativa durante os surtos de crescimento aproveita a maleabilidade das suturas craniofaciais maxilares, promovendo o deslocamento esquelético anterior da base maxilar, abrindo espaços para o correto alinhamento dos germes permanentes e minimizando a necessidade ou a gravidade de grandes intervenções cirúrgicas futuras (BOYNE; SANDS, 1972; SHAW et al., 2001).

3 METODOLOGIA

Paciente do sexo masculino, com 12 anos de idade, leucoderma, compareceu, acompanhado por seu pai, à Clínica do Curso de Especialização em Ortodontia, na cidade de

Vitória da Conquista, Bahia, queixando-se de insatisfação com a sua estética facial e dentária. Durante a coleta da anamnese médica, o responsável relatou que o paciente possuía histórico cirúrgico prévio: havia sido submetido à queiloplastia antes do primeiro ano de vida e à palatoplastia para fechamento da fissura palatal por volta dos 10 anos de idade.

Após exame clínico intra e extraoral minucioso, associado à solicitação de exames complementares, como radiografia panorâmica, telerradiografia lateral com traçados cefalométricos e tomografia computadorizada de feixe cônico da maxila, além da realização de fotografias faciais e intrabucais, foram identificados os seguintes achados clínicos: presença de fissura palatina unilateral completa do lado direito; padrão esquelético de Classe III de Angle, associado a perfil facial côncavo com considerável comprometimento estético da face; discrepância esquelética severa e deficiência transversal da maxila; presença de mordida cruzada anterior e posterior bilateral; dente 12 (incisivo lateral superior direito) incluso na região da fenda alveolar; e atraso no cronograma eruptivo dos elementos dentários permanentes em relação à idade cronológica habitual do indivíduo.

Posteriormente, foi realizado o plano de tratamento, que objetivou a correção das mordidas cruzadas anterior e posterior, o ganho de perímetro transversal no arco maxilar para propiciar espaço à erupção adequada dos dentes permanentes e o avanço sagital da maxila para melhorar o perfil estético. Com isso, a abordagem terapêutica escolhida consistiu no uso do disjuntor de Hyrax associado à máscara facial de Petit. Previamente ao início da terapêutica ortopédica, o paciente foi encaminhado para a adequação do meio bucal através de procedimentos clínicos preventivos e restauradores gerais.

Visando à instalação do disjuntor, foi realizada a bandagem dos primeiros molares superiores, e o modelo foi enviado para o laboratório. Após a instalação e a cimentação do aparelho, foram confeccionados batentes oclusais para auxiliar no avanço da maxila.

A efetividade do disjuntor de Hyrax depende da correta ativação do parafuso expansor. Nesse caso, a ativação foi realizada de forma lenta, seguindo o protocolo de 1/4 de volta pela manhã e 1/4 de volta à noite, durante 30 dias.

Com o intuito de avaliar a eficácia do tratamento, os resultados observados após os 30 dias foram o descruzamento da mordida tanto do lado direito quanto do lado esquerdo e a presença de diastema entre os incisivos superiores, mostrando que a sutura palatina mediana foi aberta por meio do uso do disjuntor. Além disso, foi identificada a diminuição do overjet negativo entre os dentes maxilares e mandibulares. Portanto, a ativação foi interrompida, e deu-se início à fase de protração esquelética maxilar com a instalação da máscara facial de Petit.

A mecânica de tração reversa utilizou elásticos ortodônticos em direção anterior e inferior, com angulação aproximada de 30 graus em relação ao plano oclusal, com o objetivo de minimizar os efeitos colaterais de extrusão dentária. Inicialmente, empregou-se elástico de 5/16 (médio), gerando forças de 300 g mensuradas individualmente em cada lado, com trocas recomendadas a cada 24 horas. Decorridos três meses de acompanhamento, a intensidade da força ortopédica foi potencializada através da substituição por elásticos de 3/16 (médio), estabelecendo forças na magnitude de 400 g por lado, aferidas rigorosamente com o auxílio de um tensiômetro ortodôntico.

Finalizada a etapa ortopédica interceptativa, o planejamento futuro do caso inclui a instalação de aparatologia ortodôntica fixa nas arcadas superior e inferior para o refinamento, o alinhamento e o nivelamento dentário, além da correção da forma dos arcos. Essa fase terá como o preparo ortodôntico pré-cirúrgico a cirurgia ortognática definitiva de avanço maxilar, programada para ser executada após o término do crescimento esquelético do paciente, por volta dos 18 anos de idade, sob responsabilidade de equipe interdisciplinar atuante até a finalização do caso.

A terapêutica escolhida está alinhada com a literatura, sendo indicada para a fase de dentição mista. O uso de disjuntores é considerado o padrão-ouro para a correção da atresia maxilar. Associada a esse procedimento, a máscara facial de Petit desempenha um papel fundamental na protração da maxila, o que resulta na redução da mordida cruzada e na melhora da estética facial e da fonação devido ao ganho transversal obtido.

O presente relato segue as normativas éticas vigentes, tendo sido avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste. Ademais, o responsável legal pelo paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização do caso para fins de pesquisa científica e atestando sua participação voluntária e consciente no procedimento odontológico. Número do Parecer: 8.769.219.

Figura 1 – Vista oclusal da maxila, evidenciando a discrepância transversal e os efeitos da fissura sobre a formação óssea maxilar.



Fonte: autores (2026).

Figura 2 – Vista oclusal da mandíbula, evidenciando o alinhamento dentário e as condições do arco inferior.



Fonte: autores (2026).

Figura 3 – Relação transversal entre maxila e mandíbula, com presença de mordidas cruzadas posteriores e anteriores e mordida aberta anterior.



Fonte: autores (2026).

Figura 4 – Mordida cruzada anterior, redução do espaço para erupção dos dentes permanentes do lado direito e compensação dentária dos incisivos inferiores.



Fonte: autores (2026).

Figura 5 – Vista lateral da mordida cruzada anterior, com overjet negativo e compensação dentária dos incisivos inferiores.



Fonte: autores (2026).

Figura 6 – Avaliação facial inicial: (A) vista frontal; (B) vista lateral; (C) vista frontal com sorriso.



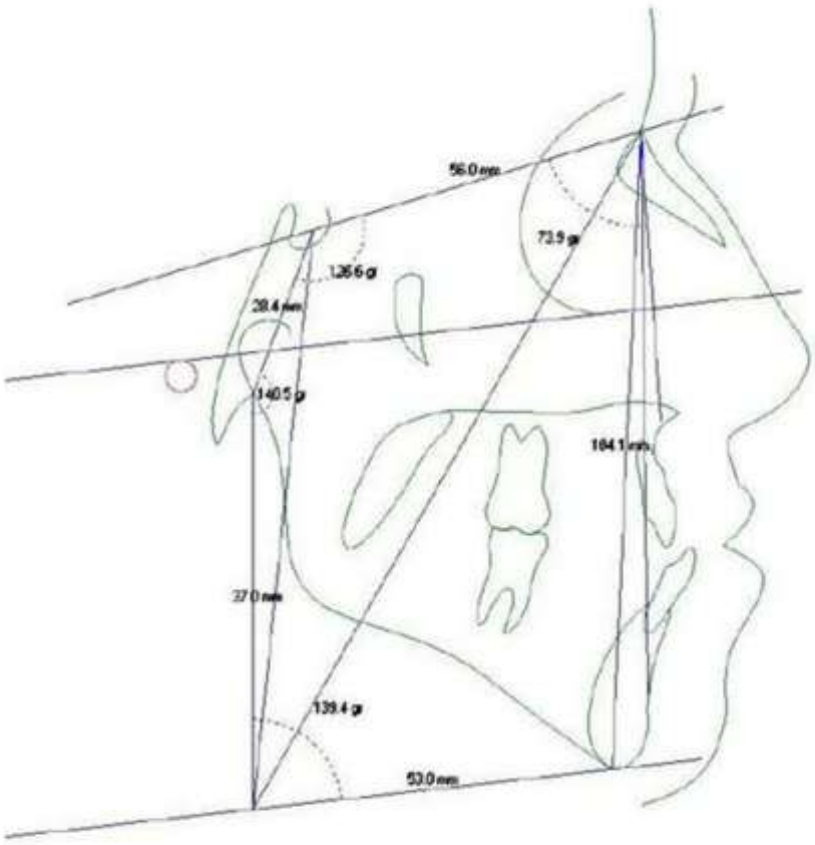
Fonte: autores (2026).

Figura 7 – Telerradiografia lateral utilizada para o diagnóstico inicial.



Fonte: autores (2026).

Figura 8 – Traçado cefalométrico utilizado na avaliação diagnóstica inicial.



Diagnóstico Sumário	
Base Cran Ant. (S-N):	Pequeno
(S-N).A:	Retrusão maxilar
(S-N).B:	Retrusão mandibular
(A-N).B:	Cl I esquelética
Convex Facial (N-A).Pog:	Perfil reto

Fonte: autores (2026).

Figura 9 – Instalação dos dispositivos ortodônticos: (A) disjuntor Hyrax em posição; (B) vista oclusal inferior com levantes para desoclusão.



(A) (B)

Fonte: autores (2026).

Figura 10 – Vista lateral direita, evidenciando a desoclusão das arcadas para utilização da máscara facial de Petit.



Fonte: autores (2026).

Figura 11 – Vista lateral esquerda, evidenciando a discrepância esquelética entre as arcadas.



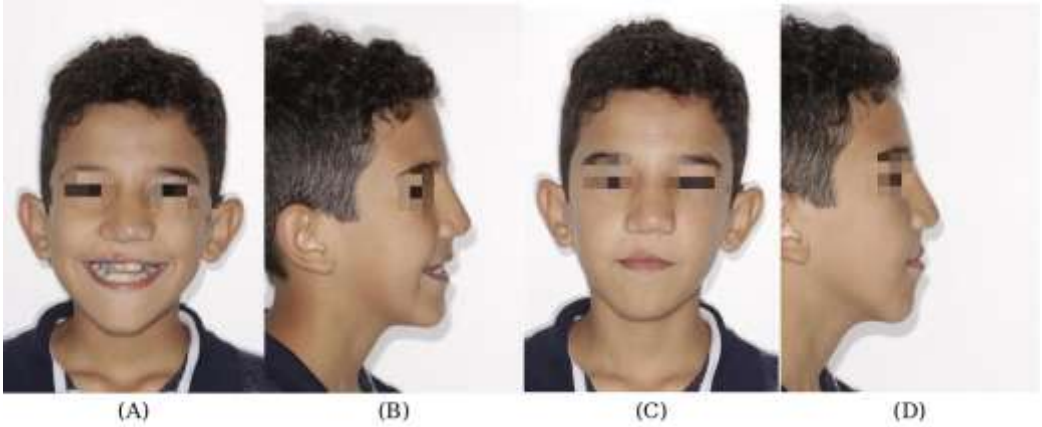
Fonte: autores (2026).

Figura 12 – Vista frontal do paciente com levantes oclusais, evidenciando a atresia maxilar.



Fonte: autores (2026).

Figura 13 – Registros clínicos complementares do caso (A–D).



Fonte: autores (2026).

4 CONCLUSÃO

Os achados clínicos do presente relato evidenciaram evolução favorável após a abordagem ortopédica e ortodôntica instituída, com melhora das relações maxilomandibulares e das condições dentárias e oclusais do paciente com fissura labiopalatina unilateral completa. A associação entre a disjunção maxilar e a máscara facial de Petit, realizada durante a fase ativa de crescimento, apresentou resultados clínicos satisfatórios no manejo das discrepâncias transversais e sagitais identificadas no caso, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e do planejamento terapêutico individualizado. Ressalta-se, contudo, que os resultados devem ser interpretados considerando a natureza metodológica do estudo, caracterizado como relato de caso clínico envolvendo um único paciente. Dessa forma, os achados refletem a resposta clínica individual observada, não permitindo estabelecer relações causais definitivas nem generalizar os resultados para a população de indivíduos com fissura labiopalatina. Além disso, a avaliação dos resultados deve considerar as particularidades do crescimento craniofacial, a complexidade das alterações anatômicas e funcionais e a possibilidade de necessidade de intervenções complementares ao longo do processo de reabilitação. A condução terapêutica desses casos requer acompanhamento longitudinal e integração entre diferentes especialidades, considerando que a reabilitação pode envolver etapas ortodônticas, cirúrgicas, fonoaudiológicas e psicossociais, conforme as necessidades individuais. Assim, o presente relato contribui para a documentação clínica das possibilidades de abordagem ortopédica e ortodôntica em pacientes com fissura labiopalatina unilateral completa, reforçando a relevância do planejamento individualizado e do cuidado multidisciplinar. Estudos com maior número de participantes e acompanhamento longitudinal são necessários para ampliar a compreensão dos resultados terapêuticos e de sua estabilidade ao longo do crescimento craniofacial.

REFERÊNCIAS

APPLETON, T. M. V. **Mega fendas lábio-palatinas**. 2018.

ARDOUIN, K.; HOTTON, M.; STOCK, N. M. Interpersonal relationship experiences in adults born with cleft lip and/or palate: a whole of life survey in the United Kingdom. **Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 58, n. 11, p. 1412-1421, 2021.

BABAI, A.; IRVING, M. Orofacial clefts: genetics of cleft lip and palate. **Genes**, v. 14, n. 8, p. 1603, 2023.

BATISTA, J. F. *et al.* Tratamento odontológico em crianças com fissura labiopalatina: revisão de literatura. **Interação - Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 19, n. 2, p. 105–119, 2019.

BUFFA, M. J. M. B. **A inclusão da criança com fissura labiopalatina no ensino regular: uma visão do professor de classe comum**. 2009. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CAETANO, G. M. *et al.* **Repercussões físicas, emocionais e sociais da fissura orofacial durante a adolescência**. [S.l.: s.n.], [20--].

CARREIRA, A. L. F. **Bullying em pacientes com fissura labiopalatina: avaliação da ocorrência, consequências e aspectos legais relacionados**. 2015. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CAVALHEIRO, M. G. *et al.* Funções orofaciais nos diferentes tipos de fissura labiopalatina. **Archives of Health Investigation**, v. 12, n. 1, p. 161–168, 2023.

CHAPPUIS, V. *et al.* Lateral ridge augmentation using autogenous block grafts and guided bone regeneration: a 10-year prospective case series study. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, v. 19, n. 1, p. 85–96, 2017.

CHUA, H. D. P.; CHEUNG, L. K. Soft tissue changes from maxillary distraction osteogenesis versus orthognathic surgery in patients with cleft lip and palate: a randomized controlled clinical trial. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 70, n. 7, p. 1648–1658, 2012.

CRUZ, R. Foreword II. In: ALONSO, N.; RAPOSO-AMARAL, C. E. (ed.). **Cleft lip and palate treatment: a comprehensive guide**. Cham: Springer, 2018. p. IX-X.

CYMROT, M. *et al.* Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras lábiopalatinas atendidos em um hospital pediátrico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2010.

DE AMARAL, B. P. A.; COSTA E SILVA, L. H. **Fissura labiopalatina: revisão literária**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Morgana Potrich, Mineiros, 2021.

DIBERNARDO, B. Fissuras lábio-palatinas: tipos de tratamento – revisão de literatura. **Conversas Interdisciplinares**, v. 13, n. 3, 2017.

DIXON, M. J. *et al.* Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. **Nature Reviews Genetics**, v. 12, n. 3, p. 167–178, 2011.

HALLMAN, M.; THOR, A. Bone substitutes and growth factors as an alternative/complement to autogenous bone for grafting in implant dentistry. **Periodontology 2000**, v. 47, p. 172–192, 2008.

KUHN, V. D. *et al.* Fissuras labiopalatais: revisão de literatura. **Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 237–245, 2012.

MARTÍN-DEL-CAMPO, M.; ROSALES-IBAÑEZ, R.; ROJO, L. Biomaterials for cleft lip and palate regeneration. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 9, 2019.

MITUUTI, C. T. *et al.* Caracterização da fala de indivíduos submetidos à palatoplastia primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Bauru, v. 15, n. 3, p. 355–361, 2010.

OLIVEIRA JÚNIOR, A. G. Oral health-related quality of life in patients aged 8 to 19 years with cleft lip and palate: a systematic review and meta-analysis. **BMC Oral Health**, v. 23, p. 670, 2023.

OSORIO, C.; PERSSON, M. Psychosocial issues related to speech and hearing in patients with clefts. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 36, n. 3, p. 1058–1061, 2025.

PEREIRA, A. O. *et al.* Fissura labiopalatina: revisão literária sobre conceitos, etiologia, diagnóstico e tratamento. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 4, p. e6656, 2024.

ROY, A. A. *et al.* Orthognathic surgery for patients with cleft lip and palate. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 46, n. 2, p. 157–171, 2019.

SILVA, A. O. *et al.* Fissura labiopalatina: revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**, Mineiros, v. 8, n. 1, 2021.

SILVA, H. P. V. *et al.* Risk factors and comorbidities in Brazilian patients with orofacial clefts. **Brazilian Oral Research**, v. 32, 2018.

SILVA FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. p. 337.

SILVA FILHO, O. G.; ROSA, L. A. D. A.; LAURIS, R. D. C. M. C. Influence of isolated cleft palate and palatoplasty on the face. **Journal of Applied Oral Science**, v. 15, p. 199–208, 2007.

SOUZA, L. C. M. *et al.* Cleft lip and palate: from diagnosis to treatment. Literature review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, p. e249111739067, 2022.

TOMAR, K.; SAHOO, N. K. Evaluation of graft uptake from the iliac crest in secondary alveolar bone grafting: Bergland's criteria revisited. **Journal of Oral Biology and Craniofacial Research**, v. 8, n. 3, p. 171–176, 2018.

TRINDADE-SUEDAM, I. K. *et al.* Timing of alveolar bone grafting determines different outcomes in patients with unilateral cleft palate. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 23, n. 5, p. 1283–1286, 2012.

WINTER, S. F.; STUDZINSKI, M. S. A importância das cirurgias para correção de fissura labiopalatinas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 2186–2213, 2021.

WORLEY, M. L.; PATEL, K. G.; KILPATRICK, L. A. Cleft lip and palate. **Clinics in Perinatology**, v. 45, n. 4, p. 661–678, 2018.