

ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA AS RARAS ANOMALIAS DENTÁRIAS MÚLTIPLAS EM UM ÚNICO DENTE EM PACIENTE COM FISSURA OROFACIAL

 <https://doi.org/10.56238/sevened2025.007-003>

Thaís Yumi Ueda

DDS

Mestre em Ciências da Reabilitação

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)

Ana Laura Herrera Farha

DDS

Mestre em Ciências da Reabilitação

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)

Izabel Maria Marchi de Carvalho

DDS, MSC, PhD

Seção de Diagnóstico Bucal do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo (HRAC/USP)

Otávio Pagin

DDS, MSC, PhD

Seção de Diagnóstico Bucal do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo (HRAC/USP)

Lucimara Teixeira das Neves

DDS, MSC, PhD

Professora Associada do Departamento de Ciências Biológicas da Faculdade de Odontologia de
Bauru da Universidade de São Paulo e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)

RESUMO

Fundo. A fissura orofacial (CO) é a malformação craniofacial que afeta as estruturas faciais. Está frequentemente associada a uma elevada prevalência de anomalias dentárias que podem ser morfológicas, numéricas e estruturais. No entanto, um único dente raramente é afetado por duas anomalias. Este artigo descreve o diagnóstico e o tratamento de um caso raro de um incisivo lateral superior permanente com três anomalias dentárias em um paciente com CO.

Descrição do caso. Um homem com fissura labiopalatina, operado de lábio, aos nove anos de idade, após exame radiográfico, foi diagnosticado com três fenótipos dentários: microdontia, dens invaginatus e dilaceração radicular no incisivo lateral superior permanente direito. Aos 11 anos de idade, foi realizado enxerto ósseo alveolar secundário (gABs) com o osso ilíaco autógeno na área da fissura. Após a expansão maxilar com expansor Hyrax, foi instalado um aparelho fixo tradicional para alinhamento dentário, sem envolver o incisivo lateral superior permanente direito devido às anomalias neste dente. Aos 16 anos de idade, foi realizada uma pequena extrusão deste dente com um braquete autoligado, movimentando este dente para melhor alinhamento para facilitar o procedimento estético de reanatomização.

Implicações práticas e conclusão. O tratamento odontológico reabilitador com intervenção ortodôntica foi proposto para restaurar a estética e a função. Essa abordagem melhorou a saúde bucal

e a qualidade de vida do paciente. Em pacientes com CO, considerando a possibilidade de múltiplas anomalias dentárias, um diagnóstico amplo e preciso é importante para desenvolver o plano de tratamento de reabilitação mais adequado para cada caso.

Palavras-chave: Anomalias dentárias. Microdontia. Dens invaginatus. Dilaceração radicular. Lábio leporino. Fenda palatina. Anormalidades craniofaciais.

1 INTRODUÇÃO

A fissura orofacial (FO) está entre as anomalias congênitas mais comuns e é classificada como uma doença heterogênea que pode afetar diferentes estruturas anatômicas craniofaciais. Apresenta etiologia multifatorial complexa quando ocorre como fenótipo isolado ^{1,2}. As anomalias dentárias são altamente prevalentes em indivíduos com CO. Essas características dentárias têm sido atribuídas a alterações anatômicas decorrentes da presença da fenda no rebordo alveolar ou mesmo a possíveis interferências na sinalização genética ou na expressão gênica que teriam impacto no processo de odontogênese, resultando em alterações no número, tamanho e forma dos dentes, entre outras³.

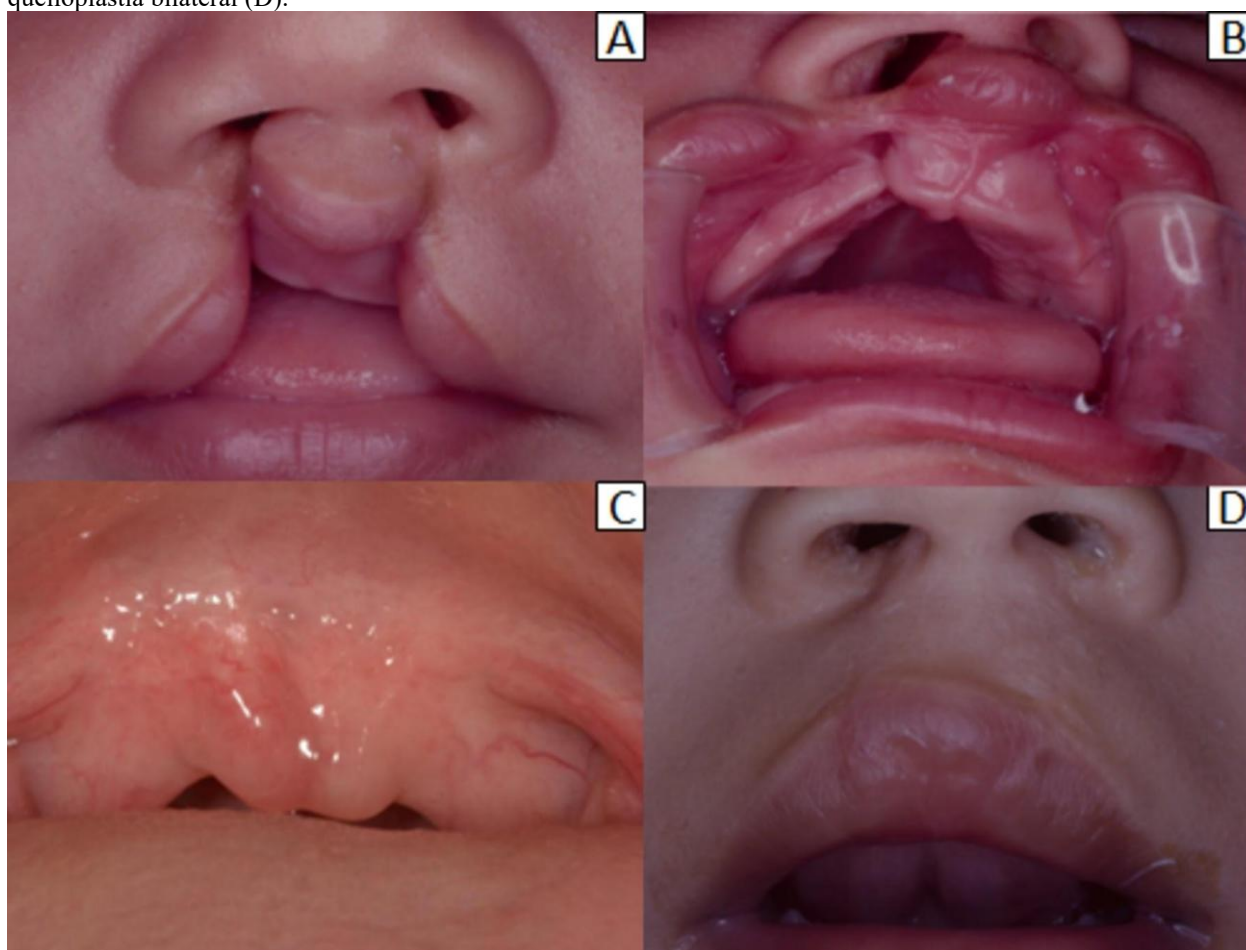
Microdontia, agenesia dentária, taurodontismo e supranumerário são algumas das anomalias do desenvolvimento que podem acometer a coroa e/ou raiz do dente descritas na literatura associadas ao CO ⁴⁻¹¹. Embora indivíduos com CO apresentem muitos fenótipos dentários, a ocorrência concomitante de múltiplos fenótipos dentários em um único dente em um indivíduo com CO é extremamente rara e ainda não foi relatada na literatura. Do ponto de vista clínico, a ocorrência de anomalias dentárias no extenso processo de reabilitação dentária do CO representa um desafio adicional para o cirurgião-dentista^{5,7}. Portanto, este estudo teve como objetivo relatar um caso raro de um indivíduo com CO com três fenótipos dentários (microdontia, dens invaginatus e dilaceração radicular) em um único dente. A caracterização clínica do CO e dos três fenótipos dentários diagnosticados do incisivo lateral superior permanente do lado direito (dente 12) são apresentadas por meio de imagens clínicas e radiográficas, e a proposta terapêutica adotada para o processo de reabilitação.

2 RELATO DO CASO

2.1 INFORMAÇÕES DO PACIENTE, ACHADOS CLÍNICOS E AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Um homem de 2 meses de idade foi internado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) para tratamento. O paciente foi diagnosticado com dois tipos diferentes de fissuras orofaciais associadas: do lado direito fissura labial e alvéolo e do lado esquerdo apenas fissura labial, associada concomitantemente a fissura palatina submucosa (Figura 1 A-C). Nenhuma outra anomalia importante foi detectada durante o exame físico ou anamnese familiar. Portanto, o diagnóstico foi de fissura orofacial (CO) não síndrômica, pois os achados clínicos não indicavam nenhuma síndrome associada. Durante o exame diagnóstico, a família foi orientada sobre as possibilidades de aleitamento materno e orientações gerais sobre higiene bucal, incluindo a área fissurada

Figura 1. Imagem clínica em vista frontal mostrando lábio leporino e alvéolo à direita e lábio leporino apenas à esquerda (A). Imagem clínica intraoral mostrando fenda palatina submucosa (B-C). Imagem clínica em vista frontal após queiloplastia bilateral (D).



2.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

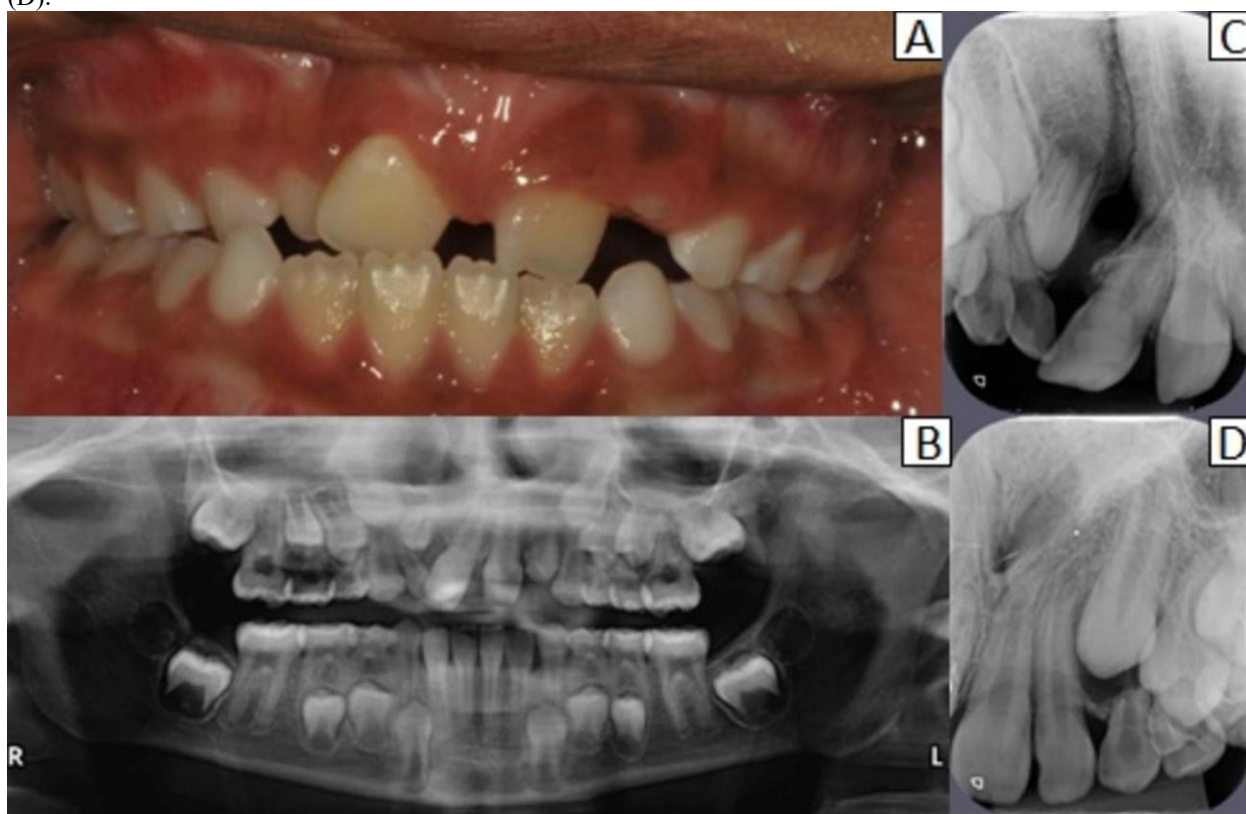
O protocolo de tratamento no Centro Craniofacial consiste em duas cirurgias reconstrutivas primárias. A primeira é a queiloplastia, que é a correção cirúrgica do lábio, e depois a palatoplastia, para a correção cirúrgica do palato. Neste relato de caso, a queiloplastia foi realizada bilateralmente com um ano e seis meses de idade (Figura 1 D).

Após a primeira cirurgia, a equipe multidisciplinar avaliou o paciente para palatoplastia. Como o paciente apresentava apenas fissura palatina incompleta, classificada como submucosa, na qual havia apenas a característica clínica de úvula bífida e era assintomática, a opção inicial foi não operar e acompanhar a evolução funcional. Funcionalmente, durante o acompanhamento com a equipe, não foi observada diástase muscular, e a fala foi considerada adequada e satisfatória pelos pais, pelo paciente e pela fonoaudióloga. Assim, como essa fenda palatina submucosa permanece assintomática, não houve indicação de palatoplastia.

O paciente foi acompanhado contínua e periodicamente pela equipe multidisciplinar, incluindo odontopediatria e ortodontia (Figura 2 A). Durante o atendimento odontológico aos 9 anos de idade, como exame complementar ao exame clínico odontológico, foi realizada uma radiografia panorâmica.

Foi possível diagnosticar que o incisivo lateral superior direito (dente 12) apresentava três anomalias dentárias: microdontia, dens invaginatus tipo II, classificação de Oehler12 e dilaceração radicular (Figura 2 B-C e Figura 3 B). Outras avaliações radiográficas foram realizadas durante todo o processo de tratamento, incluindo radiografias periapicais (Figura 2 C-D). Esses estudos radiográficos forneceram informações abrangentes sobre as estruturas dentárias, raízes e ossos circundantes.

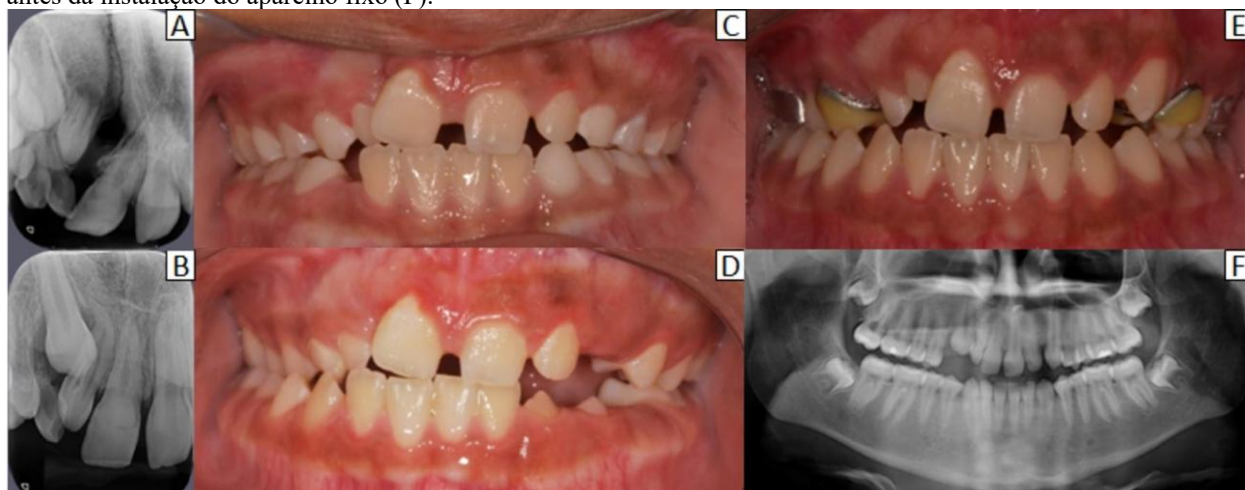
Figura 2. Paciente com idade de 9 anos em dentição mista, imagem clínica (A) e radiografia panorâmica (B). Radiografia periapical da região fissurada onde é possível observar o defeito ósseo no rebordo alveolar e no incisivo lateral superior direito intra-ósseo (12), em formação, mostrando dens in dente e microdontia (C), em contraste com a radiografia periapical da região do incisivo lateral superior esquerdo (22) já irrompida e com dimensões dentro do padrão para o incisivo lateral (D).



Como o paciente apresentava a fissura do lado direito envolvendo o rebordo alveolar, o que determina um defeito ósseo na região, aos 11 anos de idade, seguindo o protocolo de reabilitação estética e funcional, foi realizado enxerto ósseo alveolar secundário (gABs) na região do defeito ósseo (Figura 3 A-D). A GEAss tem como objetivo preencher o defeito causado pela fissura com o osso ilíaco autógeno, incentivando o ganho de sustentação óssea e estabilizando a arcada superior para realizar a mecânica do movimento ortodôntico dos dentes na região. No controle pós-operatório de 6 meses de GPAG, a confirmação de osseointegração com neoformação óssea na área foi confirmada radiograficamente (Figura 3 B). Clinicamente, também é possível observar a continuidade da região alveolar vestibular direita, o que possibilitou a continuidade do tratamento ortodôntico de grande segurança (Figura 3 D).

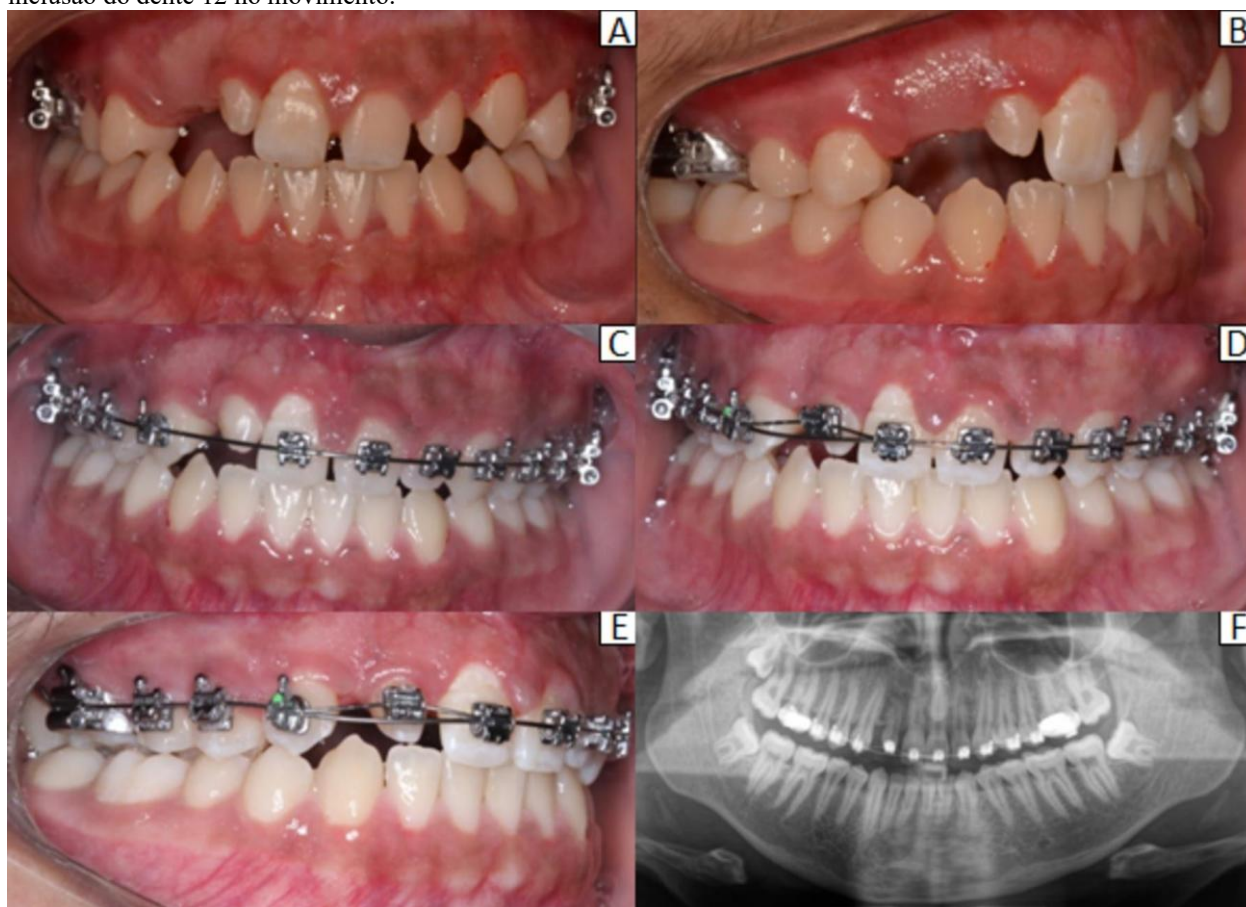
No contexto do processo de reabilitação dentária, aos 14 anos, devido à atresia maxilar, houve indicação de expansão maxilar. O expansor Hyrax foi instalado, proporcionando melhor conformação das arcadas e espaço adequado para reposicionamento dentário (Figura 3 E-F).

Figura 3. Radiografia periapical do lado direito (região da fenda alveolar) e imagem clínica em vista frontal na oclusão: Antes da gasometria (A e C) e 6 meses após a gasometria (B e D). Na primeira imagem radiográfica é possível observar covas em dente e microdontia do incisivo lateral superior direito (12) com desenvolvimento radicular incompleto (A). A radiografia periapical após a GPEs mostra o incisivo lateral superior direito (dente 12) com desenvolvimento radicular completo apresentando dilaceração radicular, além de dens in dente e microdontia (B). Imagem clínica em vista frontal em oclusão após instalação do expansor (E), nestas imagens clínicas é possível observar o incisivo lateral superior direito (12) com microdontia irrompida na área enxertada. Radiografia panorâmica da dentição permanente após a expansão, realizada antes da instalação do aparelho fixo (F).



Após a expansão, um aparelho fixo tradicional foi instalado na arcada superior para alinhamento dentário, até esta fase, sem envolver o dente 12 na movimentação, principalmente devido às mudanças de dimensão deste dente (microdontia) e raiz (dilaceração radicular) (Figuras 4 A-C). Com a erupção do dente 12, quando o paciente tinha 16 anos, foi realizada uma pequena extrusão deste dente (12), com braquete autoligado, movimentando este dente para melhor alinhamento na borda e para facilitar o procedimento estético de reanatomização (Figura 4 D-F).

Figura 4. Imagem clínica em oclusão em vista frontal e lateral direita, na fase de preparação para instalação do aparelho fixo (A-B). Imagem clínica em vista frontal em oclusão após instalação do aparelho fixo sem incluir o dente 12 (C). Imagens clínicas em oclusão em vista frontal (D) e lateral (E) e radiografia panorâmica (F) após instalação do aparelho fixo com a inclusão do dente 12 no movimento.



3 ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

Ao longo do processo de tratamento, foram realizadas discussões interdisciplinares entre os profissionais, envolvendo principalmente especialistas em ortodontia, odontologia restauradora, radiologia, entre outros, para avaliar o caminho a seguir, analisar possibilidades e definir o melhor curso de ação, considerando os desejos e expectativas do paciente. Esses esforços colaborativos garantiram uma abordagem holística para lidar com as múltiplas anomalias dentárias que afetam o dente único, permitindo a tomada de decisões informadas e planos de tratamento personalizados. Ao se envolver nessas discussões, especialistas em odontologia de várias áreas podem reunir seus conhecimentos, resultando em avaliações abrangentes e resultados otimizados adaptados para atender às necessidades específicas de cada paciente. Essa colaboração interdisciplinar não apenas melhorou a qualidade do atendimento prestado, mas também promoveu uma abordagem centrada no paciente, levando a uma maior satisfação e sucesso nos resultados do tratamento.

O paciente envolvido neste estudo forneceu seu consentimento livre e esclarecido para a publicação de informações relacionadas ao seu caso.

4 DISCUSSÃO

As fissuras orofaciais são consideradas as malformações mais comuns relacionadas à região craniofacial, envolvendo diferentes estruturas orais com grande diversidade morfológica¹. Indivíduos com CO requerem cuidados odontológicos extensivos. A presença de distúrbios do desenvolvimento dentário resulta em um tratamento mais complexo que exige maior atenção⁶. Neste relato de caso, três anomalias do desenvolvimento (microdontia, dens invaginatus e dilaceração radicular) foram diagnosticadas no incisivo lateral superior direito (dente 12). Do ponto de vista clínico odontológico, esses fenótipos têm um impacto estético e/ou funcional.

A microdontia consiste na redução das dimensões padrão de um ou mais dentes¹³. A hipótese é que a microdontia seria um defeito de desenvolvimento no contexto do espectro fenotípico da agenesia dentária. Nessa linha, em alguns dentes, o germe dentário não se forma, resultando em agenesia, enquanto em outros, pode haver um "hipodesenvolvimento" do germe, resultando em microdontia¹⁴. A literatura aponta que a ocorrência desse fenótipo está relacionada aos dentes anteriores, o que afeta diretamente a estética e a harmonia do sorriso¹³. Além disso, a microdontia pode resultar em diastema e, em termos de oclusão, pode causar desalinhamento dentário com má oclusão. O protocolo de reabilitação mais conservador para um dente com microdontia envolve restaurações estéticas visando sua reanatomização. Por outro lado, nos casos em que a estrutura radicular não é suficientemente eficaz para a manutenção do dente, a extração pode ser recomendada, sendo a reabilitação da área realizada pela movimentação do canino contíguo ou mesmo com a colocação de implantes¹³.

O dens invaginatus, a outra anomalia diagnosticada, é considerado uma anomalia rara do desenvolvimento¹². Essa anomalia ocorre devido a uma invaginação do órgão do esmalte na face palatina em direção à região interna do dente, o esmalte é mais fino e mais suscetível à fratura ou mesmo à desmineralização devido à infecção decorrente do acúmulo de placa bacteriana^{12,15}. O difícil acesso à raiz pode levar a complicações como reabsorção interna, abscesso ou formação de cistos quando a intervenção endodôntica é necessária¹⁶. Oehlers¹² em 1957 classificou essa anomalia em três tipos. O tipo I é restrito à região coronariana, o tipo II cruza a linha da junção cimento-esmalte sem atingir o ápice, e o tipo III se estende até a região do ápice e pode resultar em um forame apical ou lateral independente¹². No relato de caso em questão, o dens in dente foi classificado como tipo II, pois está localizado nos terços cervical e radicular médio. Não houve consequência para a saúde da polpa dentária devido às tocas invaginatus, e assim, optou-se pela preservação, com medidas de orientação de higiene e controle da placa bacteriana¹⁶.

A terceira anomalia, a dilaceração radicular, consiste em uma alteração anormal na curvatura da coroa e/ou eixo longo da raiz. A etiologia é bastante variada e pode estar relacionada a traumas, espaço insuficiente para desenvolvimento, presença de dentes supranumerários e fatores hereditários. A identificação da dilaceração radicular é especialmente importante para a endodontia e

ortodontia^{17,18}. Na endodontia, a dilaceração radicular pode complicar a instrumentação, limpeza e obturação, aumentando o risco de fratura do instrumento, desinfecção incompleta e vedação inadequada. Estratégias de manejo eficazes incluem diagnóstico por imagem completo, planejamento cuidadoso e uso de instrumentos apropriados. Na ortodontia, a dilaceração radicular pode dificultar a movimentação dentária e aumentar o risco de reabsorção radicular. A aplicação de forças controladas e suaves, o monitoramento frequente com radiografias e a colaboração interdisciplinar são cruciais para resultados bem-sucedidos nesses casos. Portanto, reconhecer e manejar adequadamente a dilaceração radicular é essencial para alcançar ótimos resultados nos tratamentos endodôntico e ortodôntico¹⁸.

O assunto deste relato de caso até agora não necessitou de nenhum tratamento endodôntico, mas exigiu extenso tratamento ortodôntico. O envolvimento de um ortodontista é essencial para a decisão de manutenção ou extração de um dente, principalmente na área da fissura, uma vez que a oclusão está diretamente relacionada à reabilitação completa ¹⁹. No presente caso, a escolha do movimento ortodôntico posicionando adequadamente o incisivo lateral superior permanente adjacente à fenda após a cirurgia de gasometria arterial pode contribuir para a manutenção do enxerto ósseo por estimulação mecânica. Além disso, proporciona uma oclusão funcional e estável e uma estética facial e dentária mais harmoniosa ¹⁹, uma vez que o dente natural permite resultados estéticos mais favoráveis ²⁰.

Do ponto de vista clínico, os fenótipos descritos no caso relatado representam um desafio adicional ao processo de reabilitação das fissuras orofaciais. Nesse contexto, acreditamos que o cuidado clínico e radiográfico contínuo é de extrema importância, assim como as intervenções em momentos adequados, visando um tratamento odontológico reabilitador satisfatório para restaurar a estética e a função, resultando em melhora da saúde bucal e da qualidade de vida do paciente.

Este relato de caso enfatiza a importância de reconhecer a potencial coexistência de múltiplas anomalias dentárias em pacientes com fissuras orofaciais. O diagnóstico precoce e preciso é crucial para o desenvolvimento de um plano de tratamento eficaz para garantir a reabilitação oral ideal.

Divulgação de Conflito de Interesses: Os Autores declaram que não há conflito de interesses.

Declaração de Aprovação Ética: Este relato de caso foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) (nº 76333523.3.0000.5441), garantindo o cumprimento dos padrões éticos estabelecidos em uma versão apropriada da Declaração de Helsinque (revisada no Brasil em 2013).

Declaração de consentimento do paciente: O paciente envolvido neste estudo forneceu seu consentimento livre e informado para a publicação de informações relacionadas ao seu caso. O termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado e arquivado pelos autores.

REFERENCIAS

AKCAM, M. O.; EVIRGEN, S.; USLU, O.; MEMIKOĞLU, U. T. Anomalias dentárias em indivíduos com fissura labiopalatina. **Jornal Europeu de Ortodontia**, v. 32, n. 2, p. 207-213, 2010. DOI: 10.1093/ejo/cjp092.

ALKADI, M.; ALMOHAREB, R.; MANSOUR, S.; MEHANNY, M.; ALSADHAN, R. Avaliação do dens invaginatus e suas características em dentes anteriores superiores por meio de tomografia computadorizada de feixe cônico. **Relatórios Científicos**, v. 11, n. 1, 19727, 2021. DOI: 10.1038/s41598-021-99373-2.

BISPO, K.; ALANI, A. Dens invaginatus. Parte 2: Características clínicas, radiográficas e opções de manejo. **Revista Internacional de Endodontia**, v. 41, n. 12, p. 1137-1154, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2591.2008.01478.x.

CAO, D.; SHAO, B.; IZADIKHAH, I. et al. Dilaceração radicular em caninos maxilares impactados e dentes adjacentes: uma análise retrospectiva da diferença entre impactação vestibular e palatina. **Revista Americana de Ortodontia e Ortopedia Dentofacial**, v. 159, n. 2, p. 167-174, 2021. DOI: 10.1016/j.ajodo.2020.06.040.

CHANG, C. H.; CHANG, C. H.; LAI, J. P.; LIN, S. S.; CHANG, Y. J. Prevalência de anomalias dentárias em crianças taiwanesas com fissura labiopalatina e fenda palatina. **Jornal de Medicina Personalizada**, v. 12, n. 10, 1708, 2022. DOI: 10.3390/jpm12101708.

CHEN, Y.; ZHOU, F.; PENG, Y.; CHEN, L.; WANG, Y. Ocorrência não síndrômica de microdontia generalizada verdadeira com hipodontia: relato de caso. **Medicina (Baltimore)**, v. 98, n. 26, e16283, 2019. DOI: 10.1097/MD.00000000000016283.

DAS NEVES, L. T.; DE CARVALHO, I. M. M.; COBOURNE, M. T.; GOMIDE, M. R. Anomalias dentárias em fissuras orofaciais não síndrômicas: uma abordagem clínica. **Doenças Bucais**, v. 28, n. 5, p. 1351-1368, 2022. DOI: 10.1111/odi.13995.

FONSECA-SOUZA, G.; DE OLIVEIRA, L. B.; WAMBIER, L. M.; SCARIOT, R.; FELTRIN-SOUZA, J. Anormalidades dentárias associadas à fissura labiopalatina não síndrômica: revisão sistemática e meta-análise. **Investigações Orais Clínicas**, v. 26, n. 8, p. 5089-5103, 2022. DOI: 10.1007/s00784-022-04513-4.

FREITAS, J. A.; DAS NEVES, L. T.; DE ALMEIDA, A. L.; GARIB, D. G.; TRINDADE-SUEDAM, I. K.; YAEDÚ, R. Y.; LAURIS, R. C.; SOARES, S.; OLIVEIRA, T. M.; PINTO, J. H. Tratamento reabilitador da fissura labiopalatina: Experiência do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP (HRAC/USP) – Parte 1: Aspectos gerais. **Jornal de Ciências Orais Aplicadas**, v. 20, n. 1, p. 9-15, 2012. DOI: 10.1590/S1678-77572012000100003.

GALLACHER, A.; ALI, R.; BHAKTA, S. Dens invaginatus: Diagnóstico e estratégias de tratamento. **Jornal Odontológico Britânico**, v. 221, n. 7, p. 383-387, 2016. DOI: 10.1038/sj.bdj.2016.761.

HERRERA-ATOCHÉ, J. R.; HUERTA-GARCÍA, N. A.; ESCOFFIÉ-RAMÍREZ, M. et al. Anomalias dentárias na fissura labiopalatina: uma comparação caso-controle da prevalência total e fora da fissura. **Medicina (Baltimore)**, v. 101, n. 31, e29383, 2022. DOI: 10.1097/MD.00000000000029383.

HUYNH-BA, G.; BRÄGGER, U.; ZWAHLEN, M.; LANG, N. P.; SALVI, G. E. Progressão da doença periodontal em indivíduos com fissuras orofaciais durante um período de acompanhamento de 25 anos. **Jornal de Periodontologia Clínica**, v. 36, n. 10, p. 836-842, 2009. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2009.01460.x.

ICKOW, I. M.; ZINN, S.; STACY, J. M. Jr. et al. Dens invaginatus em pacientes com fissura labiopalatina: uma série de casos. **Jornal Craniofacial de Fenda Palatina**, v. 58, n. 11, p. 1452-1458, 2021. DOI: 10.1177/10556656211025336.

MAHADEVAN, M.; PAULAIAN, B.; RAVISANKAR, S. M.; ARVIND KUMAR, A.; NAGARAJ, N. J. Manejo endodôntico do incisivo central superior com duas raízes e do incisivo lateral com canal em forma de C: relato de caso. **Jornal Endodôntico Iraniano**, v. 18, n. 2, p. 104-109, 2023. DOI: 10.22037/iej.v18i2.37316.

MALCIĆ, A.; JUKIĆ, S.; BRZOVIĆ, V.; MILETIĆ, I.; PELIVAN, I.; ANIĆ, I. Prevalência de dilaceração radicular em pacientes odontológicos adultos na Croácia. **Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral, Radiologia Oral e Endodontia**, v. 102, n. 1, p. 104-109, 2006. DOI: 10.1016/j.tripleo.2005.07.012.

MARZOUK, T.; ALVES, I. L.; WONG, C. L. et al. Associação entre anomalias dentárias e fissuras orofaciais: uma meta-análise. **JDR Pesquisa Clínica e Translacional**, v. 6, n. 4, p. 368-381, 2021. DOI: 10.1177/2380084420983364.

RIBEIRO, L. L.; DAS NEVES, L. T.; COSTA, B.; GOMIDE, M. R. Desenvolvimento dentário do incisivo lateral permanente na fissura labiopalatina unilateral completa. **Jornal Craniofacial de Fenda Palatina**, v. 39, n. 2, p. 193-196, 2002. DOI: 10.1597/1545-1569_2002_039_0193_ddopli_2.0.co_2.

SALARI, N.; DARVISHI, N.; HEYDARI, M.; BOKAEE, S.; DARVISHI, F.; MOHAMMADI, M. Prevalência global de fenda palatina, fissura labial e fenda palatina e lábio: uma revisão sistemática abrangente e meta-análise. **Jornal de Estomatologia, Cirurgia Oral e Maxilofacial**, v. 123, n. 2, p. 110-120, 2022. DOI: 10.1016/j.jormas.2021.08.006.

TEREZA, G. P. G.; SANTOS, M. A. C. D.; WINCKLER, V. P. S. V.; ALMEIDA, A. L. P. F.; DALBEN, G. D. S. O incisivo lateral superior na reabilitação da fissura labiopalatina. **Jornal de Ciências Orais Aplicadas**, v. 26, e20170125, 2018. DOI: 10.1590/1678-7757-2017-0125.

WECKWERTH, G. M.; SANTOS, C. F.; BROZOSKI, D. T. et al. Taurodontismo, dilaceração radicular e transposição dentária: Um estudo radiográfico de uma população com fissura labiopalatina não síndrômica. **Jornal Craniofacial de Fenda Palatina**, v. 53, n. 4, p. 404-412, 2016. DOI: 10.1597/15-056.