

# Tratamento cirúrgico da fissura labial pela técnica de Göteborg: seguimento de 7 anos

*Surgical treatment of the cleft lip by Göteborg technique: 7 years follow up*

CELSON LUIZ BUZZO<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Após intercâmbio científico com a Universidade de Göteborg, da Suécia, passamos a utilizar no hospital da SOBRAPAR nova técnica de labioplastia, que foi sendo aperfeiçoada ao longo dos anos, sendo que a partir do ano de 2000, tornou-se técnica padrão no protocolo para labioplastia neste hospital. Passamos a denominá-la como técnica de Göteborg.

**Método:** Foram reavaliados 46 pacientes operados ao longo de 7 anos, nos quais o autor utilizou a técnica de Göteborg para correção de fissura labial ou labiopalatal unilateral, avaliando os resultados com emprego de critérios padronizados. A técnica cirúrgica empregada foi avaliada com relação a sua aplicabilidade e resultados, já que o hospital é um centro de treinamento para médicos residentes, sendo aplicada seguindo-se protocolo preexistente para labioplastia.

**Resultados:** A técnica empregada mostrou-se de fácil aplicabilidade devido à padronização de medida única para a marcação dos pontos de referência nas vertentes labiais, facilitando o ensino da mesma. Houve predomínio do sexo masculino (65%); somente 28% dos pacientes foram operados conforme determinava o protocolo (3 meses), sendo identificados como fatores de morbidade que colaboraram para este atraso na cirurgia a anemia e o baixo peso. Na avaliação geral dos resultados, observamos 84,7% dos pacientes com resultados satisfatórios, seguindo-se protocolo de avaliação preestabelecido pelo autor. **Conclusões:** A técnica utilizada demonstrou-se de fácil aplicabilidade, com bons resultados, principalmente quando aplicada na idade correta, como indica o protocolo de tratamento de pacientes fissurados da instituição.

**Descritores:** Fenda labial. Lábio/cirurgia. Fissura palatina/cirurgia.

## SUMMARY

**Introduction:** After a scientific internship with the Göteborg University, in Sweden, we started to perform at SOBRAPAR Hospital the new technique of cleft lip surgery, that has been improved during these years. Since 2000, this technique became a pattern in our protocol for cleft lip interventions. We began to call it as The Göteborg Technique. **Method:** There were reevaluated 46 patients operated during the period of 7 years submitted to Göteborg technique to correct the cleft lip or unilateral cleft lip and palate, using personal evaluation patterns. The surgical technique used was evaluated in relation to its applicability and results, since the Hospital is a Trainee Center for residents in Plastic Surgery. It was used following the preexisting protocol for cleft lip surgery. **Results:** The technique performed demonstrated to be of an easy applicability due to the unique measure pattern to mark the reference points in the lip sides, making it easy during the teaching process. There were predominancy of male (65%). Only 28% of the patients were operated following the protocol related to the age (3 months), the factors that contributed to this delay were anemia and low weight. In the general evaluation of the results, we observed 84.7% of patients with satisfactory results, following protocol of evaluation preestablished by the author. **Conclusions:** The performed technique showed to be of an easy applicability with good results, mainly when used in the correct age as indicated in the protocol of treatment of patients with cleft lip in the Institution.

**Descriptors:** Cleft lip. Lip/surgery. Cleft palate/surgery.

Trabalho realizado no Hospital da SOBRAPAR - Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial, Campinas, SP.

Artigo submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 9/2/2010  
Artigo aceito em 19/5/2010

1. Mestre em cirurgia; regente do Serviço Integrado de Cirurgia Plástica "Prof. Dr. Cássio M. Raposo do Amaral".

## INTRODUÇÃO

Dentre as deformidades congênitas craniofaciais, a fissura labiopalatina é a mais frequente, apresentando-se nas formas mais variadas, promovendo grandes distorções anatômicas no lábio superior, nariz e palato.

Em 1995, recebemos na SOBRAPAR - Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial - a visita dos professores Dr. Bengt Johanson, Dr. Jan Ljla, cirurgiões plásticos, e do Dr. Hans Fried, ortodontista, oriundos da cidade de Göteborg, na Suécia.

Iniciava-se aí um convênio científico-cultural entre a SOBRAPAR e a Universidade de Göteborg, coordenado pelo Prof. Dr. Cassio M. Raposo do Amaral e pelo Prof. Dr. Bengt Johanson, com o objetivo de pesquisar e desenvolver técnicas cirúrgicas para o tratamento das fissuras labiopalatinas.

Foi nesta ocasião que tivemos contato com a técnica de labioplastia desenvolvida na cidade de Göteborg, a qual praticamos durante todos estes anos, até que, no ano de 2000, padronizamos como técnica operatória em nosso protocolo para tratamento da fissura labial unilateral e passamos a denominá-la como Técnica de Göteborg.

### Histórico

Desde os tempos mais remotos, observamos a preocupação dos povos com relação a esta deformidade. Esculturas e manuscritos encontrados por arqueólogos comprovam tal afirmação. O comportamento da sociedade frente a esta patologia varia abruptamente, dependendo da origem étnica, costumes, religião, etc.

Fatos tristes ocorreram na Idade Média, durante a inquisição, quando crianças fissuradas eram mortas pelas próprias mães, que temiam serem queimadas vivas. Fatos semelhantes a estes ainda ocorrem em algumas tribos indígenas em nosso país<sup>1</sup>.

Desde 390 a.C, na China, quando se relatou o sucesso do fechamento de uma fissura labial, inúmeras técnicas surgiram para o tratamento da fissura labial. Ambroise Pare, em 1564, descreveu uma técnica cirúrgica em que transfixava as vertentes labiais previamente incisadas, com uma longa agulha, e as aproximava com fios ancorados nesta agulha<sup>1,2</sup>.

Rose, em 1891, e Thompson, em 1912, descreveram técnica semelhante, utilizando incisões anguladas em toda a borda das vertentes labiais, de modo que, durante a sutura, haveria um alongamento deste lábio, tentando-se evitar os “entelhos” no vermelhão. Surgem, então, técnicas utilizando retalhos com o objetivo de alongar o lábio e evitar retrações cicatriciais tão comuns nas cicatrizes lineares, tentando-se manter a simetria labial e o “arco de cupido” mais natural<sup>1-3</sup>.

Mirault, em 1844, e Giraldes, em 1866, publicaram técnicas empregando retalhos em forma triangular; em 1949, Le Mesurier, baseado em técnica descrita por Hagedom, em 1892, sugeriu a transposição de retalhos quadrangulares.

Nomes como Tennison, Randall e Skoog, entre outros, devem ser destacados como ícones na evolução do tratamento da fissura labial, assim como gostaríamos de destacar os nomes de cirurgiões brasileiros como Perseu Lemos e Vítor Spina, tão bem lembrados em recente publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica pelo Dr. Jaime Anger<sup>1,2,4</sup>.

Coube, entretanto, a Ralph Millard Jr. desenvolver uma técnica utilizando um retalho de rotação e avanço, em 1955, sendo publicada pela primeira vez, em 1957, difundindo-se rapidamente por todo o mundo, pela simplicidade de sua confecção e pelos bons resultados apresentados.

Após algumas modificações feitas pelo próprio Millard, dentre as quais a atuação nas cartilagens nasais no mesmo tempo cirúrgico da labioplastia primária, corrigindo-se assimetrias narinárias com excelentes resultados, esta técnica difundiu-se rapidamente e hoje é realizada em vários centros do mundo.

Harold McComb, em 1985 e 1986, e Keneth Salyer, em 1986, observaram que não houve alteração no crescimento e desenvolvimento das cartilagens nasais quando efetuada a rinoplastia durante a cirurgia primária do lábio (labiorrinoplastia), vindo a justificar o entusiasmo de vários cirurgiões com relação a este procedimento<sup>3,5,6</sup>.

Este trabalho tem como objetivo avaliar uma nova técnica de labiorrinoplastia para pacientes portadores de fissura labial unilateral, com relação aos resultados apresentados, utilizando-se critérios preestabelecidos pelo autor, bem como também analisar o grau de dificuldade encontrado no ensino desta técnica aos médicos residentes em treinamento no serviço.

## MÉTODOS

Inicialmente, o projeto foi enviado para a Comissão de Ética Médica do Hospital da SOBRAPAR, sendo aprovado, e também enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, órgão credenciado pelo MEC.

Foram avaliados 46 pacientes operados no período de janeiro de 2000 a março de 2007, todos operados pelo autor, seguindo-se protocolo da SOBRAPAR para pacientes portadores de fissuras labiopalatinas.

O protocolo indica idade ideal para cirurgia aos 3 meses, peso mínimo de 4,5 kg, hemoglobina com um mínimo de 10 mg%, associado aos exames de rotina e avaliação clínica pré-anestésica. Devido às condições socioeconômicas do nosso país, pacientes que estavam acima da idade ideal também foram incluídos neste estudo, o que possibilitou a avaliação da técnica empregada, mesmo fora da idade preconizada:

Os parâmetros avaliados são os seguintes:

- Cicatriz labial – qualidade e posicionamento;
- Linha cutâneo-mucosa – nivelamento;
- Nariz – simetria entre as narinas, posicionamento da columela.

A avaliação foi realizada por meio de exame clínico e fotografias com o posicionamento do paciente preestabelecido, sendo determinadas as posições: frente, perfil, “close” lábio e nariz e, para avaliação das narinas, a posição onde a ponta nasal coincide com a glabella, na posição de frente com hiperextensão do pescoço. A avaliação do aspecto funcional, apesar de importante, não pode ser incluída neste estudo, em decorrência da idade precoce de alguns pacientes que não colaboraram na avaliação clínica da motricidade dos lábios.

As Figuras 1 a 5 exemplificam a avaliação fotográfica.

Após a avaliação dos resultados, os pacientes foram classificados em dois grupos: Grupo I, pacientes que apresentaram resultados positivos em, no mínimo, 2 dos 3 itens analisados; e Grupo II, pacientes que não apresentaram resultado positivo em nenhum dos itens avaliados ou em apenas um item. Os pacientes do Grupo II foram encaminhados ao ambulatório para darem continuidade ao tratamento cirúrgico, com indicações distintas, observando-se tempo de cirurgia, idade do paciente e local a ser reparado.

A técnica cirúrgica se baseia no fechamento da fissura labial, com o correto posicionamento do músculo orbicular da boca, atuando no mesmo tempo cirúrgico no nariz, com o objetivo de posicionar a cartilagem alar do lado fissurado da forma mais simétrica possível, comparando-se ao lado contralateral. A marcação é simples e fácil, pois se baseia em uma medida padrão, tomada no lado não fissurado do lábio, e será usada em todas as marcações nas duas vertentes labiais, facilitando o ensinamento ao médico residente em treinamento.

### Técnica Operatória

Paciente sob anestesia geral, intubação orotraqueal, com a cânula de intubação posicionada na linha média do lábio inferior e fixada com esparadrapo junto ao mento. Iniciam-se as marcações utilizando-se azul de metileno (Figuras 6 a 12), marcando-se o primeiro ponto (denominado de ponto A) na porção mais alta do lado não fissurado, no local mais proeminente sobre a linha cutâneo-mucosa, o que seria o turbéculo labial. Em seguida, marca-se o segundo ponto (denominado de ponto B) na linha cutâneo-mucosa, na projeção da crista filtral. Obtêm-se, assim, a distância AB, que será a medida padrão para todas as outras marcações no lábio.

Utilizando-se a medida AB, com o emprego de um compasso, transfere-se esta medida para a linha cutâneo-mucosa, partindo-se do ponto A em direção ao lado fissurado, obtendo-se o ponto C. A partir do ponto C, movemos o compasso em direção à borda lateral da base da columela do lado não fissurado e marcamos o ponto na distância AB. Traçamos, então, uma linha entre C e D.

Iniciamos a marcação no lado fissurado (vertente labial menor) no local mais proeminente sobre a linha cutâneo-mucosa deste lado (denominando-o ponto E). Com o compasso na medida AB, marcamos o ponto F partindo do ponto E em

direção perpendicular ao plano oclusal. A partir do ponto F, seguindo um plano paralelo ao plano oclusal, em angulação de 90° em relação à linha EF, em direção lateral à face, marca-se o ponto G. Une-se, então, os pontos EF e FG.

Finalizada a marcação labial, obtemos todos os segmentos com a mesma distância, sendo:  $AB=AC=CD=EF=FG$ .

Na marcação nasal, utilizamos a base narinária do lado não fissurado como referência. Iniciamos com o ponto H colocado no centro da base da columela e com o ponto I colocado no centro da narina que, quando presente, corresponde à elevação da crista filtral. Esta medida HI é transferida com o compasso para o lado fissurado, sendo marcado o ponto J na linha cutâneo-mucosa justa à fissura. Na borda lateral da asa nasal do lado não fissurado, marcamos o ponto K e obtemos a distância KI, que será transferida para o lado fissurado a partir do ponto L, que se situa na borda lateral da asa nasal do lado fissurado, na direção da linha cutâneo-mucosa interna, que representa o ponto M.

Obtemos, então,  $HI=HJ$  e  $KI=LM$ .

Terminada a marcação, infiltra-se todo o lábio, dorso nasal e toda a lateral nasal do lado fissurado com lidocaína a 2% com adrenalina na concentração de 1:200.000.

Iniciam-se as incisões nas marcações do lado não fissurado, isolando-se o músculo orbicular da boca, liberando-o das inserções anômalas, reposicionando suas fibras na posição anatômica correta. Segue-se com incisões na mucosa labial e no sulco gengivolabial com o descolamento cuidadoso até a base da asa nasal, tomando o cuidado para não lesar o periosteio da maxila e dos processos alveolares.

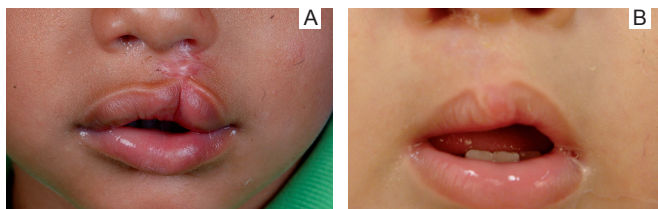
No lado fissurado, iniciamos as incisões sobre a marcação prévia, com isolamento do músculo orbicular de forma semelhante ao lado oposto, porém a incisão na mucosa labial do sulco gengivolabial será maior e o descolamento mais amplo, liberando-se toda a lateral e o dorso nasal, tomando-se o cuidado e utilizando-se uma tesoura de ponta romba, isolamos a cartilagem alar da pele e mucosa nasal, soltando-a de sua inserção anômala junto ao rebordo do seio piriforme, facilitando seu reposicionamento nas suturas finais.

Iniciamos as suturas pelo sulco gengivolabial com uma sutura compensatória com fio Vicryl® 5-0, com o objetivo de proporcionar uma “sobra” de mucosa para a sutura final entre as vertentes labiais, facilitando também a sutura na região do alvéolo dentário. Suturamos, então, as extremidades isoladas do músculo orbicular com o mesmo fio, posicionando suas fibras na posição anatômica correta.

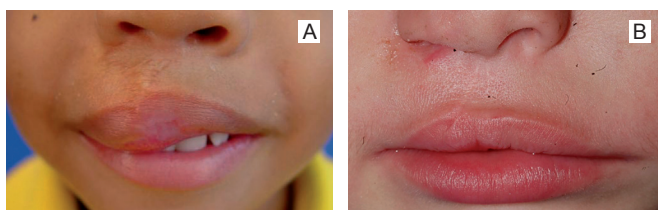
Antes da sutura da pele, confeccionamos dois retalhos dérmicos, após a retirada da epiderme junto ao triângulo de pele residual na base interna da asa nasal. Este procedimento diferencia esta técnica das demais, sendo que o retalho inferior será fixado com um fio Vicryl® 4-0 no periosteio da maxila, próximo à espinha nasal, proporcionando uma diminuição da tensão sobre a sutura muscular e na sutura final da pele.



O retalho superior será responsável pela tração da asa nasal, utilizando-se o fio Vicryl® 4-0, transfixando-se o septo nasal logo atrás da espinha nasal, resultando em uma melhor posição da asa nasal, com redução na tensão da sutura, facilitando a moldagem da mesma.



**Figura 1** – Cicatriz labial. **A:** avaliação negativa; **B:** avaliação positiva.



**Figura 2** – Linha cutâneo-mucosa. **A:** avaliação negativa; **B:** avaliação positiva.



**Figura 3** – Nariz. **A:** avaliação negativa; **B:** avaliação positiva.

Na sutura da pele, posicionam-se os retalhos utilizando-se fio mononylon 6-0, sendo o mesmo fio utilizado para “moldar” o nariz, utilizando-se os preceitos da técnica descrita por McComb, tomando-se o cuidado de proteger a pele com pequenas placas de silicone macio. Após a incisão em V da “prega” de mucosa intranarinária e fechamento em Y com Vicryl® 5-0 para alongarmos a mucosa intranasal, moldamos e fixamos a cartilagem alar com os pontos captados.

O ato final será a retirada do excesso de mucosa logo abaixo da linha cutâneo-mucosa do lábio estendendo-se até o sulco gengivo-labial, suturando-se com Vicryl® 5-0.

Finalizada a cirurgia, a criança seguirá o protocolo pós-cirúrgico da SOBRAPAR, recebendo dieta líquida por colher, evitando-se a sucção de bicos de mamadeira e chupetas por um período de 15 dias.

Os pontos serão retirados no 5º dia de pós-operatório, sob sedação, em centro cirúrgico.

## RESULTADOS

Foram analisados 46 pacientes, sendo observado predomínio do sexo masculino (30 pacientes - 65%).

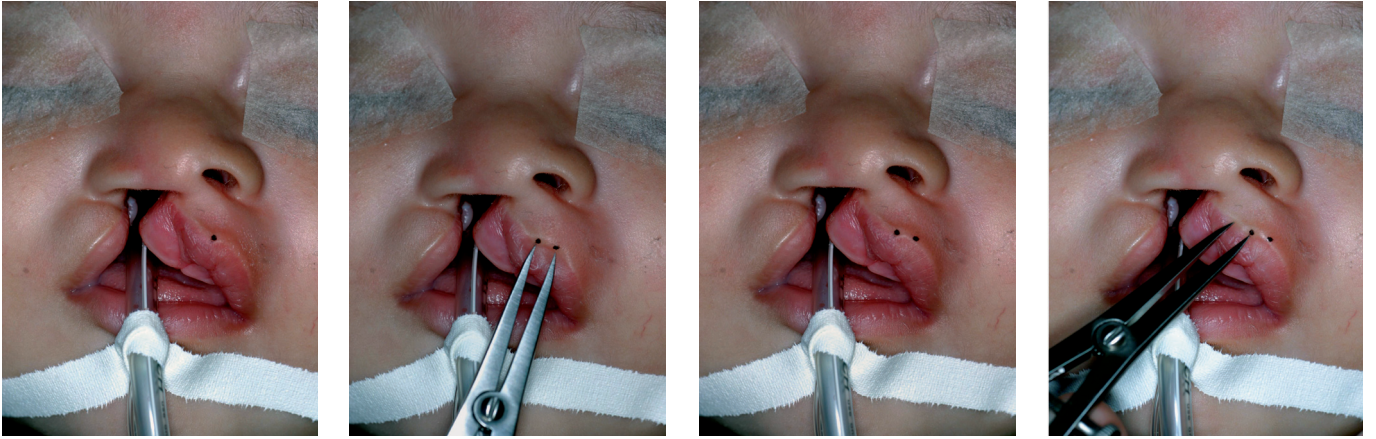


**Figura 4** – Exemplo de paciente e parâmetros iniciais de marcação.

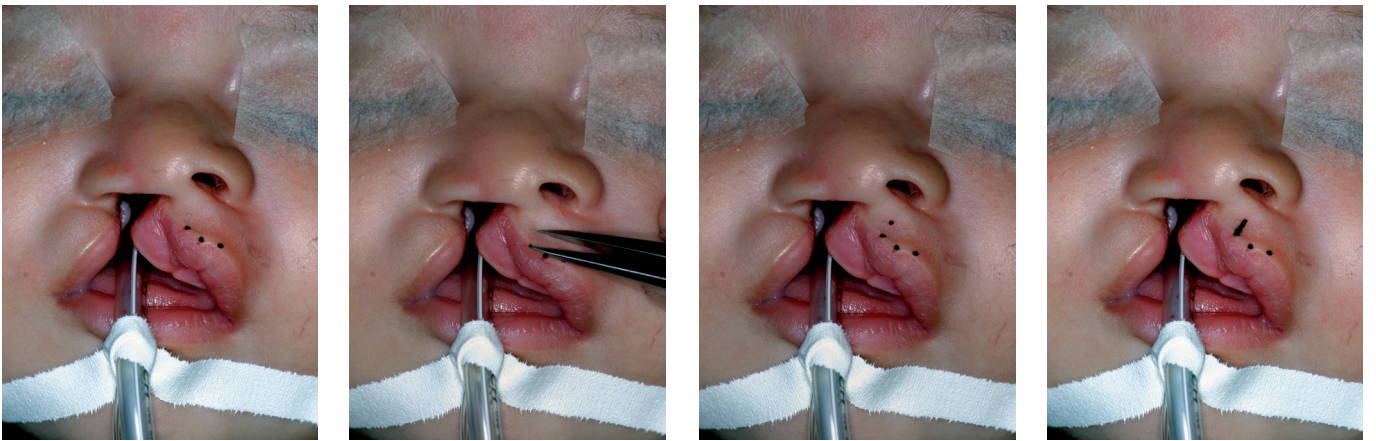


**Figura 5** – Paciente no pré-operatório e pós-operatório tardio.

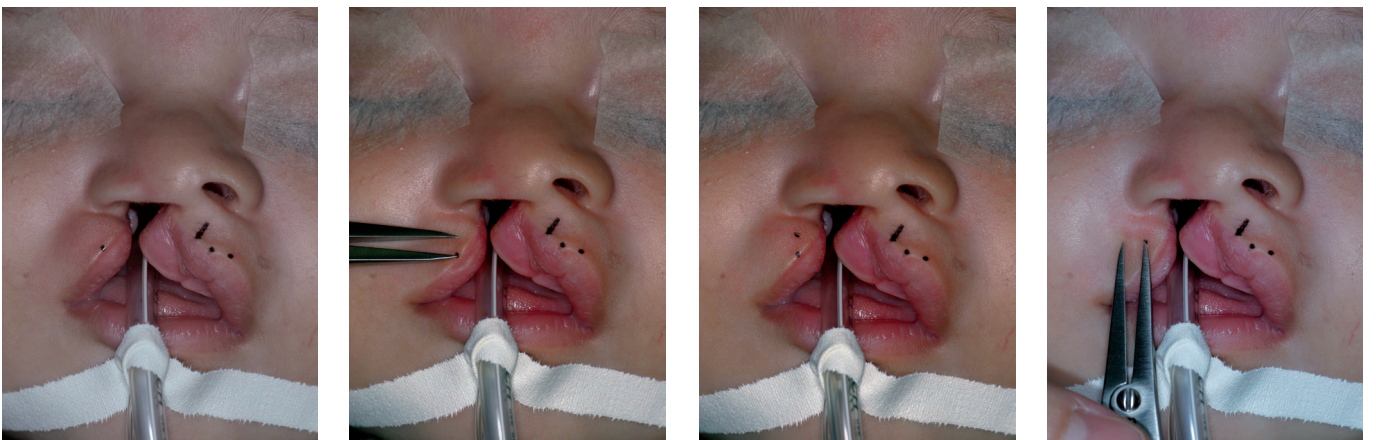




*Figura 6 – Sequência de marcação inicial do lábio no lado não afetado.*

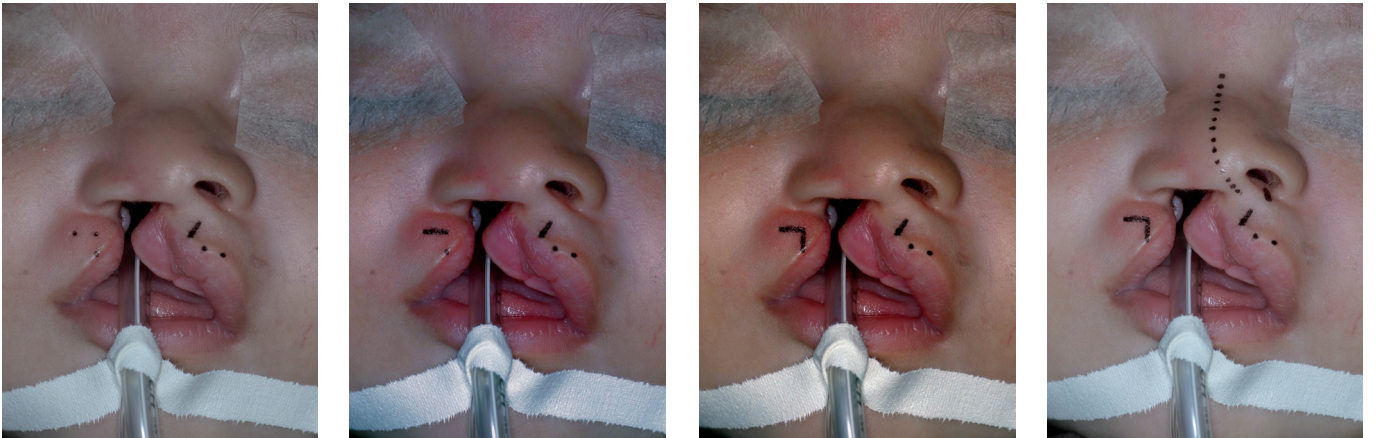


*Figura 7 – Marcação e mensuração dos pontos de reparo no lado não afetado.*

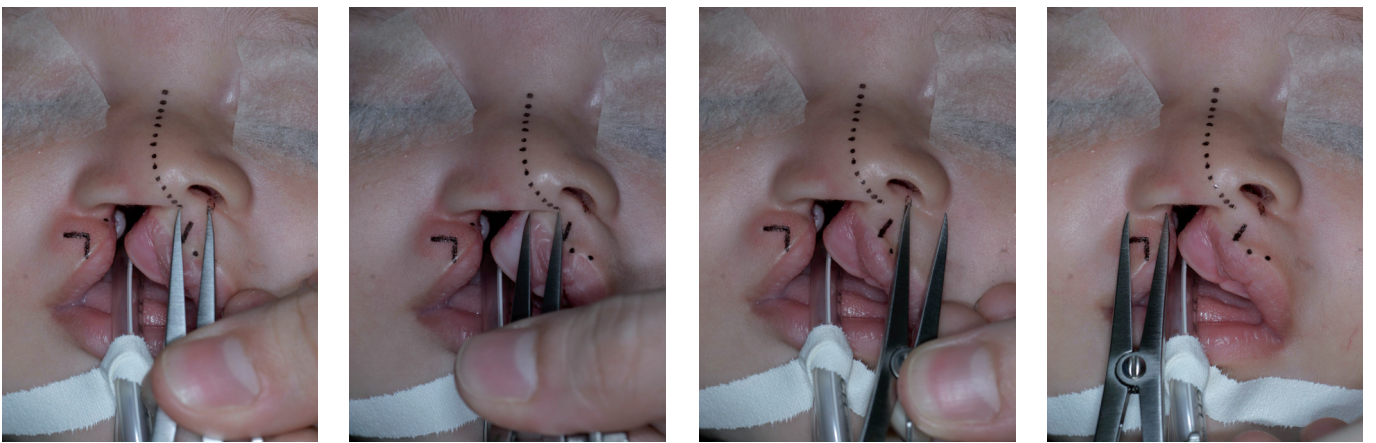


*Figura 8 – Sequência de marcação inicial do lábio no lado fissurado.*

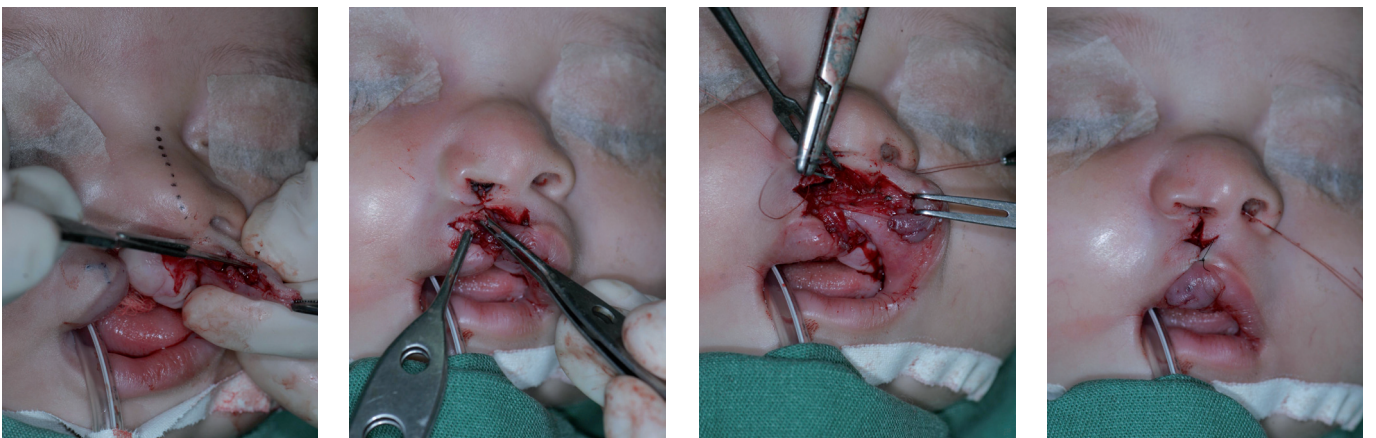




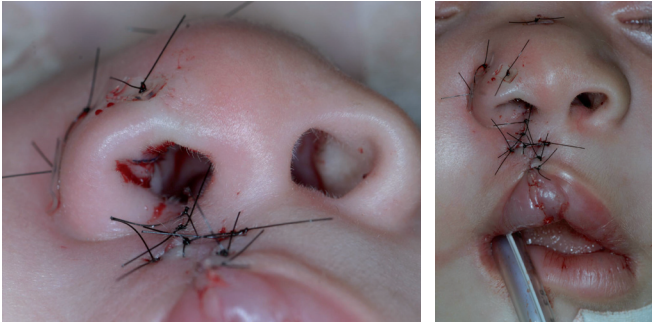
*Figura 9 – Marcação e mensuração dos pontos de reparo no lado fissurado.*



*Figura 10 – Marcação e mensuração das distâncias entre os pontos da base nasal.*



*Figura 11 – Aspecto intra-operatório.*



**Figura 12** – Aspecto pós-operatório imediato.

Com relação ao tipo da fissura, elas se apresentaram de forma equilibrada, sendo que a fissura labiopalatina à esquerda foi mais frequente (28,2%), seguida pela fissura labial esquerda (26%), pela fissura labiopalatina direita (23,9%) e, por fim, a fissura labial direita (21,7%). Nas pacientes do sexo feminino, não houve predomínio significativo com relação ao lado da fissura, já nos pacientes do sexo masculino houve predomínio do lado esquerdo nas fissuras labiais (60%), estando de acordo com os dados encontrados na literatura. Com relação à idade, o fato negativo foi que somente 13 (28,2%) pacientes

foram operados na faixa etária que preconiza o protocolo, observando-se que os fatores causais mais frequentes no atraso da cirurgia foram anemia e baixo peso. A anemia foi o fator que prevaleceu dentre os pacientes com resultados insatisfatório (57%).

Ainda com relação ao fator idade avançada, associada a outros fatores como a anemia e o baixo peso (desnutrição), 85,7% dos pacientes com resultados insatisfatórios (6 em 7) apresentavam esta situação.

Na avaliação final, aplicando-se os critérios de avaliação preestabelecidos, obtivemos os dois grupos: Grupo I - 39 (84,7%) pacientes com resultado satisfatório e o Grupo II - 7 (15,3%) pacientes com resultado insatisfatório. Ressaltando-se que o item nariz foi o que apresentou o maior índice de avaliações negativas, não havendo prevalência significativa entre os sexos.

A relação dos pacientes, sexo, idade quando submetidos à cirurgia, tipo de fissura, os itens avaliados com suas respectivas avaliações e observações com relação ao retardo do ato cirúrgico, estão resumidas na Tabela 1.

## DISCUSSÃO

O que observamos na literatura específica e em experiência própria é que o grau de complexidade na resolução

**Tabela 1** – Caracterização da amostra.

Nº	Nome	Sexo	Idade C	Diagnóstico	Cicatriz	Nariz	Cut/muc	Obs
1	M.V.A.S	M	2 MESES	FL - D	+	+	+	
2	P.H.B	M	3 MESES	FL - E	+	+	+	
3	M.EM.C.R	F	3 MESES	FLP - E	+	+	+	
4	V.B.J	F	3 MESES	FL - E	+	+	+	
5	N.R.L.K	F	3 MESES	FL - D	+	+	+	
6	R.F.O.G	F	3 MESES	FLP - E	+	+	+	
7	P.F.F	M	3 MESES	FL - D	+	+	+	
8	I.B.F	M	3 MESES	FLP - D	+	+	+	
9	R.O.S	F	3 MESES	FL - D	+	+	+	
10	A.N.O	F	3 MESES	FLP - D	+	-	+	
11	H.E.S	M	3 MESES	FLP - E	+	+	+	
12	G.M.S	F	3 MESES	FLP - E	+	+	+	
13	H.M.B	M	3 MESES	FLP - D	+	+	+	

Continuação da Tabela 1 – Caracterização da amostra.

Nº	Nome	Sexo	Idade C	Diagnóstico	Cicatriz	Nariz	Cut/muc	Obs
14	W.R.A.S	M	4 MESES	FL - D	+	+	+	Exames
15	M.G.C	M	4 MESES	FL -E	+	+	+	Exames
16	P.V.S	M	4 MESES	FLP - E	+	+	+	Anemia
17	M.P.Z	M	4 MESES	FLP - E	+	+	-	Peso -
18	P.H.D.A	M	4 MESES	FLP - D	+	+	+	Exames
19	G.A.C.D	M	4 MESES	FLP - D	+	+	+	Ñ . ret.
20	L.H.V.L	M	4 MESES	FL - E	+	+	+	Anemia
21	B.L.C	M	4 MESES	FL - D	-	-	-	Peso -
22	A.B.N	M	4 MESES	FL - E	+	+	+	Exames
23	M.E.S.B	F	5 MESES	FLP - D	+	+	+	Anemia
24	B.S.L	F	5 MESES	FLP - D	+	-	+	Ñ .ret.
25	A.V.A	M	5 MESES	FLP - E	+	-	+	Doença
26	L.F.L	M	5 MESES	FLP - E	-	+	+	Doença
27	C.B	F	5 MESES	FLP - E	+	-	+	Doença
28	W.D.J	M	5 MESES	FL - E	+	+	-	Anemia
29	V.M.S	F	6 MESES	FL - E	+	+	+	Av.tardia
30	F.G.R	M	6 MESES	FL - D	+	+	+	Doença
31	V.V.A	F	6 MESES	FLP - D	+	-	+	Peso -
32	A.S.R.J	M	6 MESES	FL - E	+	+	+	Anemia
33	M.S.O	M	7 MESES	FLP - D	+	-	-	Ñ. ret
34	K.A.O	M	7 MESES	FLP - D	-	+	-	Anemia
35	C.G.S	M	7 MESES	FLP - D	+	+	+	Doença
36	J.G.A	M	8 MESES	FLP - E	-	+	-	Anemia
37	A.V.P	M	8 MESES	FLP - E	+	+	+	Ñ. Ret.
38	G.F.T	M	9 MESES	FL - E	+	+	+	Anemia
39	R.V.M	F	10 MESES	FL - E	+	+	+	Anemia
40	B.C.F	F	1 ANO	FL - D	-	-	+	Anemia
41	A.E.G	F	1 A 6 M	FLP - E	+	-	+	Doença
42	W.H.G.O	M	2 ANOS	FLP - E	-	+	-	Anemia
43	I.M.S	F	4 ANOS	FL - D	+	+	+	Doença
44	L.J.S.S	M	6 ANOS	FL - E	+	+	+	Ñ. Ret.
45	I.R.S	M	7 ANOS	FL - D	+	+	+	Anemia
46	G.P.L	M	14 ANOS	FL - E	-	-	-	Doença



desta patologia transforma o tratamento muitas vezes em um desafio<sup>1,3</sup>. As várias formas de apresentação da fissura labio-palatina, a etnia, as condições socioeconômicas e culturais, que por sinal têm forte prevalência em nosso país, colaboram de forma evidente nos resultados, tanto na parte estética como também na funcional. Observamos que, no grupo de pacientes operados na idade preconizada no protocolo (3 meses), todos apresentaram avaliação positiva nos itens estudados, ao contrário dos pacientes operados em uma idade mais avançada, associada a fatores de alta morbidade, como a anemia e a desnutrição, onde as sequelas apareceram de forma mais evidente. Considerando-se que a mesma técnica foi utilizada em todos os pacientes e sabendo-se que com o crescimento facial há a acentuação das deformidades nasais, geralmente ampliando a fenda, estando ainda associado aos fatores de morbidade e também à etnia, já que em nosso país a miscigenação possui forte presença, fica muito difícil definirmos o fator causal dos resultados insatisfatórios. Seria ele um fator único? A idade avançada ou a associação de vários fatores seria a causa?

A comparação com outros centros mais desenvolvidos também é difícil, pois em nosso país não existe uma política definida para o tratamento desta deformidade, associado às questões econômicas, religiosas, sociais, etc. Em países como a Suécia, a fissura labio-palatina é doença de notificação compulsória e todos os pacientes fissurados são cadastrados em serviços especializados, onde terão todo o tratamento custeado pelo governo até sua adolescência.

A técnica cirúrgica mostrou-se de fácil aplicabilidade, devido à utilização de uma única medida padrão para a marcação em ambas as vertentes labiais, evitando-se medidas de distâncias e angulações variáveis, favorecendo sobremaneira o ato cirúrgico, como também o ensino desta técnica aos médicos em treinamento em nosso serviço.

A intervenção sobre o nariz no mesmo ato da labioplastia já anunciada por Brown e McDowell, nas décadas de 30 e 40, encontrando adeptos atualmente como Millard (1982), Salyer (1986), Bardach (1987) e Harold McComb que, em 1984, publicou importante revisão com um seguimento de 10 anos de pacientes submetidos a uma ampla abordagem do nariz com reposicionamento das cartilagens alares no mesmo ato da labioplastia, demonstrando não haver restrições ao desenvolvimento nasal durante o crescimento dos pacientes<sup>1-3,5-9</sup>. É o que também observamos em nossa técnica, com um amplo descolamento do dorso nasal e reposicionamento das cartilagens alares, seguindo-se os preceitos de McComb, conseguimos um remodelamento e posicionamento satisfatório de todo o nariz,

nos dando resultados mais satisfatórios e diminuindo ou minimizando futuras intervenções cirúrgicas no nariz.

Devemos salientar que, como toda técnica cirúrgica para correção das fissuras labiais, a técnica de Göteborg também tem suas limitações, e é de fundamental importância sempre avaliarmos os resultados a médio e longo prazo para que possamos aprender, e corrigir detalhes e situações para chegarmos a um padrão ideal.

## CONCLUSÕES

A técnica utilizada mostrou-se de fácil aplicabilidade com bons resultados, principalmente quando aplicada na idade preconizada.

O método de avaliação empregado mostrou-se simples e de fácil aplicação, porém limitou-se somente a uma avaliação do resultado estético e não funcional.

Fatores econômicos, culturais, religiosos e sociais, associados à falta de uma política nacional que dê maior atenção ao paciente portador de fissuras labio-palatinas, contribuem direta ou indiretamente na falência do resultado cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. McCarthy GJ, Cutting CB, Hogan VM. Introduction to facial clefts. In: McCarthy JG, ed. Plastic surgery: cleft lip & palate and craniofacial anomalies. Philadelphia: W.B. Saunders;1990. p.2437-50.
2. Figueiredo JCA, Freitas AG. Fissuras labiais. In: Mélega JM, ed. Cirurgia plástica fundamentos e arte - cirurgia reparadora de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro:Medsi;2002. p.89-109.
3. Millard Jr R. Unilateral cleft lip deformity. In: McCarthy JG, ed. Plastic surgery: cleft lip & palate and craniofacial anomalies. Philadelphia:W.B. Saunders;1990. p.2627-51.
4. Anger J. Prof. Perseu Castro de Lemos e Prof. Victor Spina: a história da plástica em Z na queiloplastia para a correção das fissuras lábio-palatinas unilaterais. Rev Soc Bras Cir Plást. 2005;20(4):245-7.
5. Bonato Jr A. Fissura labio-palatina unilateral. In: Mélega JM, ed. Cirurgia plástica fundamentos e arte - cirurgia reparadora de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro:Medsi;2002. p.126-39.
6. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10 year review. Plast Reconstr Surg. 1985;75(6):791-9.
7. Niimi T, Natsume N, Tsukawaki T, Furukawa H, Masuda H, Kobayashi M, et al. Treatment of the nostrils in patients with cleft lip by a nostril retainer. Br J Oral Maxillofac Surg. 2000;38(3):224-6.
8. Yuzuriha S, Matsuo K, Kondoh S. A newly designed nasal retainer to sustain the corrected shape of the nostril rim and anterior nasal recess for cleft lip patients. Plast Reconstr Surg. 2001;108(2):452-5.
9. Anastassov Y, Chipkov C. Analysis of nasal and labial deformities in cleft lip, alveolus and palate patients by a new rating scale: preliminary report. J Craniomaxillofac Surg. 2003;31(5):299-303.

### Correspondência para:

Celso Luiz Buzzo  
Rua do Jequitibá, 700 – Malota – Jundiaí, SP, Brasil – CEP: 13211-510  
E-mail : buzzo@zaz.com.br