



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

THAYNÁ SANTOS SILVA

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA PACIENTES COM
FISSURA PALATINA**

Londrina-PR
2022

THAYNÁ SANTOS SILVA

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA PACIENTES COM
FISSURA PALATINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual de Londrina - UEL, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Edwin Fernando Ruiz
Contreras

Londrina-PR
2022

S586p Silva, Thayná Santos .
Prótese parcial removível para pacientes com fissura palatina / Thayná Santos
Silva. - Londrina, 2022.
25 f.

Orientador: Edwin Fernando Ruiz Contreras.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia,
2022.

Inclui bibliografia.

1. Fissura - TCC. 2. Prótese parcial removível - TCC. 3. Reabilitação - TCC. 4.
Disfunção velofaríngea - TCC. I. Contreras, Edwin Fernando Ruiz. II. Universidade
Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia.
III. Título.

CDU 616.31

THAYNÁ SANTOS SILVA

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA PACIENTES COM FISSURA
PALATINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual de
Londrina - UEL, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Edwin Fernando Ruiz
Contreras
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Ricardo Shibayama
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 09 de Junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pelas oportunidades e pessoas que foram postas em meu caminho...

Em segundo quero agradecer a minha mãe Valquiria, a mulher mais guerreira e forte que já conheci, o meu porto seguro, onde posso me apoiar sempre que necessário, por me motivar, acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava, por ter forças para lutar frente a frente com o câncer recém descoberto, confiante e com a maior fé que pude presenciar. Você é forte, é a minha rainha e já venceu esta batalha!

Agradecer também ao meu pai Sidnei, que tem sido e sempre foi nossa base e fortaleza, sempre nos colocando em primeiro plano deixando até mesmos suas prioridades mundanas para depois, pois a sua principal prioridade é o bem da sua família.

Ao meu irmão Pedro que apesar de tão jovem, é tão maduro sem perder a inocência e a doçura de criança, me fazendo lembrar que o mundo ainda tem sua cor, alegria, renovando minha fé nas pessoas.

Gostaria e peço desculpas a eles por tudo de ruim que eu possa ter falado e que por orgulho ou vergonha não voltei atrás.

Aos meus amigos Mariani, Dudu, Jaqueline, Camila, Lígia, Ângela, Bruna, Isabela que sempre estiveram comigo, a minha dupla Flávia juntas desde o primeiro ano, que apesar dos altos e baixos estivemos sempre juntas.

Ao Prof. Edwin meu orientador que acompanhou, sou grata pela paciência, dedicação e paixão pelo que faz, que sempre transmitiu através dos ensinamentos, da calma e cuidado com o próximo.

Aos professores que contribuíram para que esta Thayná de hoje pudesse chegar onde chegou, sem vocês eu não estaria onde estou.

E por fim, agradeço e me despeço com grande dor e saudade do meu cachorro Scooby, que se foi em um momento inesperado... Descanse em paz meu pequenino.

Deixo aqui a minha eterna gratidão a todos vocês!

Epígrafe

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor”.

Johann Goethe

RESUMO

SILVA, Thayná Santos; CONTRERAS, Edwin Fernando Ruiz. **Prótese Parcial Removível para pacientes com fissura palatina**. 2022. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Odontologia – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

As fissuras palatinas são má formações do desenvolvimento que ocorrem durante a formação embrionária que pode acometer a região da face, lábios, alvéolo, rebordo e palato. Esta má formação causa a deficiência nas funções básicas do sistema estomatognático e velofaríngea. Na grande maioria dos casos esta pode ser corrigida por meio cirúrgico, porém nem todos os casos são passíveis de realizar a reparação cirúrgica, podendo optar-se por uma reabilitação protética. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre o uso das próteses parciais removíveis como uma opção de tratamento nos casos em que ocorreu a impossibilidade de reparação cirúrgica, casos estes que devem ser estudados e planejados individualmente de acordo com suas particularidades do defeitos de desenvolvimento apresentada por cada paciente já que a prótese tem a função de vedar a fissura permitindo assim, uma fonação mais eficiente e deglutição mais eficaz melhorando a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Fissura; Prótese Parcial Removível; Reabilitação; Disfunção Velofaríngea.

ABSTRACT

SILVA, Thayná Santos; CONTRERAS, Edwin Fernando Ruiz. **Removable partial denture for patients with cleft palate**. 2022. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso Odontologia – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

Cleft palates are developmental malformations that occur during embryonic formation that can affect the face, lips, alveolus, ridge, and palate. This malformation causes deficiency in the basic functions of the stomatognathic and velopharyngeal system. In most cases it can be corrected surgically, but not all cases are amenable to surgical repair, and prosthetic rehabilitation may be chosen. This paper aims to present a literature review on the use of removable partial dentures as a treatment option in cases where surgical repair is not possible. These cases must be studied and planned individually according to the particularities of the development defects presented by each patient, since the prosthesis has the function of sealing the cleft, thus allowing a more efficient phonation and swallowing, improving the patient's quality of life.

Key-words: Cleft; Removable Partial Denture; Rehabilitation; Velopharyngeal Dysfunction

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das Fissuras	17
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
UEL	Universidade Estadual de Londrina
PBMF	Próteses Bucomaxilofaciais
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
DV	Disfunção Velofaríngea
PPR	Prótese Parcial Removível

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO	12
3	DISCUSSÃO	17
4	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

As próteses bucomaxilofaciais (PBMF) é a especialidade que pode ser conceituada como a especialidade odontológica que abrange o estudo clínico e o tratamento reabilitador de pacientes portadores de deformidades orofaciais.

Estas deformidades orofaciais podem ser decorrentes de diversos fatores como lesões congênitas, traumáticas, patológicas e evolutivas.¹

Muitas vezes podem ser corrigidos através de cirurgias plásticas, este apesar de muito eficaz, conta com algumas desvantagens, como a necessidade de múltiplos procedimentos, a necessidade de tecido residual suficiente, vascularização eficiente e idade, dificultando assim a abordagem cirúrgica. Nesses casos o tratamento de escolha são as próteses bucomaxilofaciais.¹

As deformidades congênitas ou adquiridas, causam impacto direto ao portador já que podem ser constrangedoras gerando traumas, problemas na autoestima, familiares e sociais. As PBMF auxiliam na reintegração do portador a sociedade restabelecendo estética, restaurando a função, proteção dos tecidos e auxiliando na condição psicossocial.^{1,2}

A reabilitação através dos dispositivos protéticos são subdivididas em extra e intra-orais. As extra oral, também chamadas de próteses faciais são indicadas para regiões nasais, labiais, oculares, auriculares e para grandes perdas da face, a facial extensa. Já as próteses intra-orais tem como indicação quando ocorre grandes perdas em regiões de maxila e/ou mandíbula, sendo usadas principalmente em casos de fendas labiopalatinas.²

As fissuras labiopalatinas ou defeitos do desenvolvimento são as doenças congênitas mais frequentes na região de cabeça e pescoço.^{2,4} Desta forma o trabalho presente apresenta as próteses parciais removíveis como um dos meios de reabilitação de pacientes com fissura palatina.¹

Grupo III Pós-forame incisivo	Incompleta Completa	Envolve somente região de palato, mantendo o lábio e alvéolo intactos, tendo como consequência funcional o mecanismo velofaríngeo
Grupo IV Fissuras raras da face	Fissuras desvinculadas do palato primário e secundário	São fissuras que ocorrem em bochechas, pálpebras, orelhas, nariz e ossos do crânio e face

Fonte: [Fissura labiopalatina – HRAC-USP Bauru](#)

A velofaringe é uma membrana muscular tridimensional que está localizada entre a cavidade nasal e a cavidade oral. Formada por, paredes laterais e posterior da faringe e palato mole, executando o controle do fluxo de ar.^{12,14}

Os defeitos associados as fissuras labiopalatais que acometem o palato mole afetam a integridade da fala, tendo como característica marcante a hipernasalidade, ocasionada pela disfunção velofaríngea com duas etiologias existentes: A incompetência velofaríngea que é causada por uma dificuldade neuromuscular gerando problemas no movimento tecidual. A insuficiência é pela ausência do tecido que realiza o velamento velofaríngea impossibilitando a proficiência da ressonância que dá-se durante a fala.^{2,,9,12,17}

O tratamento da disfunção velofaríngea (DV) pode se dar por meio de correções cirúrgicas, protéticos, fonoaudiólogos ou a combinação destes, porém de acordo com as necessidades apresentada individualmente por paciente. A opção cirúrgica é forma de tratamento mais indicada para a correção da DV, no entanto, há contraindicações que podem impossibilitar, sendo eles, fatores sistêmicos, idade, perdas extensas, limitações econômicas, relutância ou mesmo escolha pessoal.^{1,12,17,21}

As próteses de obturadoras de palato ou próteses bucomaxilofaciais (também conhecida como prótese de fala) é uma prótese removível acrílica que fica conectada ao bulbo, cuja a finalidade é realizar a obstrução impossibilitando o escape nasal de ar, permitindo assim a reabilitação tanto em bocas desdentadas, dentadas parcialmente e dentadas.^{1,2,3,12,17}

Existem diferentes tipos de próteses de palato como a prótese elevadora de palato que tem a finalidade elevar o palato até uma posição aproximada a faringe indicada em casos de dificuldade neuromuscular pela incompetência velofaríngea. A prótese do tipo obturadora de palato tem como finalidade corrigir a insuficiência velofaríngea afim de substituir o palato e assim realizar o velamento faríngeo. Subdividida em dois tipos, prótese obturadora com bulbo e sem bulbo. A prótese com bulbo é indicada quando não há remanescente tecidual suficiente para o velamento faríngeo; já as sem bulbo é utilizada em pacientes com ressecção do palato por neoplasias malignas, ou que apresentam fistula posterior ao tratamento cirúrgico.
9,12,13,15

Há também protocolo de tratamento para bebês fissurados, conhecidas como prótese de amamentação são produzidas no modelo de gesso e substituídas com frequência para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento ósseo, até que o paciente seja submetido a cirurgia. Pacientes fissurados apresentam comunicação buco-sinusal que gera desvio do alimento para a cavidade nasal, ela também dificulta que exista uma pressão intra-bucal ideal para a realização do movimento de sucção, assim acarretando transtornos nutricionais e estresse ao bebê, sendo necessário a busca de maneiras diferenciadas de formas de amamentação, a prótese de amamentação veda esta comunicação corrigindo assim os problemas ocasionados pelo defeito.^{6,12,16}

A prótese obturadora é confeccionada cuidadosamente respeitando as características anatômicas de cada indivíduo, sendo realizada pelo dentista e fonoaudiólogo em conjunto. A porção anterior é confeccionada semelhante a uma prótese comum (prótese parcial removível, prótese total, placa acrílica) com função de suprir a ausência de dentes e/ou vedar fistulas, promovendo retenção da prótese permitindo o posicionamento exato do bulbo faríngeo.^{12,14,16,17}

A porção mediana é a parte de ligação entre os terços anteriores e posteriores. A porção posterior tem a função de diminuir o espaço velofaríngeo, utilizada somente quando o tecido não for suficiente para a vedação da válvula, uma vez que somente com o velamento poderá ocorrer a fala.^{14,16}

Uma das maiores dificuldades das próteses obturadoras é a sua sustentação, uma vez que é necessário uma quantidade maior de material para fechar a comunicação acarretando em um aumento no peso. Na maior parte dos casos, a própria comunicação age como um meio de retenção, uma vez que a resina do bulbo

se adapta a ela. Em casos de comunicação muito extensas, utiliza-se a técnica de confecção de bulbo oco.^{3,14,16}

Em casos que o paciente apresenta alguns ou todos os dentes preservados, estes devem ser utilizados para permitir a retenção da prótese. A prótese obturadora de palato tem uma infraestrutura metálica, iguais as Próteses Parciais Removíveis (PPRs), porém acrescidas de bulbo obturador.³

Ao utilizar uma infraestrutura metálica para retenção, é necessário a confecção de nichos nos dentes pilares do paciente, onde serão acomodados os apoios dos grampos de retenção, assim como planejados da mesma maneira que as PPRs convencionais. Em casos que o paciente necessitar de próteses obturadoras provisórias, ou seja, que serão utilizadas por um curto período, normalmente aguardando a cicatrização de cirurgias ou novos procedimentos cirúrgicos (remoção de parte do palato, cirurgias reconstrutivas por meio de enxertos), pode ser feita utilizando grampos feitos com fio ortodôntico, neste caso é dispensado a confecção de nichos, já que estes grampos não apresentam apoios.^{1,3,14}

Há casos onde o formato do defeito cirúrgico é expulsivo, devendo utilizar de dispositivos para possibilitar retenção e estabilidade à prótese. Dispositivos esses como: molas presas à banda ortodôntica nos molares ou na prótese inferior, implantes associados a magnetos ou encaixes. Devemos sempre ter em mente de que a prótese, na maior parte, não está reabilitando apenas a mastigação, fonação e estética no paciente, mas caso esteja desadaptada ou sem sustentação, pode interferir na respiração.^{3,20}

Também utilizada para uma correção cirúrgica posterior, a prótese de palato tem o objetivo de melhorar o local, utilizadas em crianças que ainda não possuem a idade ideal para que ocorra a correção, sendo mais recomendada a intervenção aos 6 anos de idade.^{14,18}

A reabilitação da disfunção velofaríngea por meio da prótese expõe várias vantagens, por exemplo: procedimento menos invasivo comparado à cirurgia, multifuncionalidade, já que podem ser confeccionadas em diversos tamanhos e método reversível pois o paciente poderá suspender o uso ou remover quando for dormir.^{12,19}

A higienização das próteses obturadoras é essencial para a manutenção da saúde dos tecidos, prevenindo o desenvolvimento de patologias e aumentando a longevidade da reabilitação. Deve ser realizada da mesma maneira da

PPRs convencionais, podendo ser de maneira mecânico ou química. O método mecânico se dá por meio da escovação com água e sabão ou algum dentifrício com pouca abrasividade evitando assim o desgaste na resina da prótese. O método químico é feito através de peróxidos alcalinos, comercializados para a higienização das próteses.

3 DISCUSSÃO

Sabe-se que as fissuras palatinas são de origem embriológica, que resultam na incontinuidade dos tecidos, sendo uma das anomalias mais comumente encontrada no ser humano, um problema de saúde pública reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relacionado à assistência e desigualdade.^{3,22}

A má formação ocasionada por este defeito do desenvolvimento, pode gerar problemas mastigatórios (ausência ou mal posicionamento), fonação, deglutição, incorporação social.²²

O tratamento mais indicado seria a reparação cirúrgica, deve-se realizar a reconstrução a nível de tecidos moles na primeira infância.²⁴ Quando não realizado, o tratamento reabilitador com prótese é o mais indicado, porém, necessita de uma abordagem multiprofissional possibilitando ao paciente portador do defeito uma qualidade de vida.²³

A fenda labial tem associação ou não com a fenda palatina é frequentemente encontradas entre o sexo masculino, e a fenda palatina isolada é comumente encontrada no sexo feminino, isto ocorre ao fato da fusão dos processos palatinos laterais no sexo feminino acontecerem um semana após o evento no sexo masculino.^{2,25}

A reabilitação por meio das próteses de palato devem levar em consideração fatores como a idade, fatores socioeconômicos, e o desejo de melhoria por parte do paciente.²

A confecção da prótese de palato em pacientes que apresentam insuficiência velofaríngea, a etapa que apresenta maior relevância para o sucesso do tratamento é a moldagem do bulbo faríngeo, já que este precisa oferecer conforto ao paciente e ser funcional com as dimensões velofaríngea durante a fala, facilitando a adaptação do paciente ao dispositivo.¹¹ A moldagem deve ser realizada de forma que fique mais fiel possível, durante o ato o cirurgião-dentista pode lançar mão de procedimentos que diminua o desconforto como: aplicação tópica de anestésico, proteção com gaze presa ao fio dental pra ajudar na remoção.^{2,26,27}

Cabe destacar que a fonoaudiologia tem grande importância no papel final reabilitador, ajudando no processo de adaptação e utilização da prótese obturadora de palato melhorando a sucção e fala.^{3,26}

Concorda-se que o sucesso do tratamento com uma PPR só será

alcançado se focarmos nos diversos fatores, dentre eles, o bom planejamento sendo rigoroso e cuidadoso, após a instalação da prótese reforçar ao paciente a importância da higienização e dos retornos periódicos.^{3,26,27,28}

4 CONCLUSÃO

Baseando no exposto acima, concorda-se que:

A etiologia do defeito do desenvolvimento tem origem embrionária tendo como fatores: lesões congênitas, traumáticas, patológicas e evolutivas.

O defeito causa ao portador dificuldades em funções básicas como fala, mastigação, deglutição.

A reabilitação pode se dar por meio cirúrgico ou por prótese de palato, podendo ser totais ou parciais, definitivas ou provisórias, elevadora de palato ou obturadora de palato.

O sucesso da reabilitação protética só será possível a partir de um bom planejamento e em conjunto da fonoaudiologia no processo de adaptação.

As próteses são confeccionadas semelhante as próteses removíveis convencionais, com diferenças na moldagem que deve-se realizar a aplicação tópica de anestésico e recobrimento com gaze evitando o escoamento de material e a extensão da prótese afim de obstruir o defeito com a parte acrílica (bulbo).

REFERÊNCIAS

1. Samira CARVALHO; Ederson ORLANDO; Adriana CORSETTI. REABILITAÇÃO PROTÉTICA BUCOMAXILOFACIAL: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 59, n. 2, jul./dez., 2018.
2. Matos Jacqueline; Miranda Nelmara; Torres Paulo; Drumond João; Silva Luciano. PALATE OBTURATION PROSTHESIS REHABILITATION IN ADULT PATIENTS WITH CONGENITAL CLEFT PALATE: CASE REPORT. Disponível em: <http://faculdefacsete.edu.br/monografia> Acessado em: 30/abril/2020 as 15:24
3. Keith L. Moore;T. V. N. Persaud; Mark G. Torchia; [tradução Danuza Pinheiro Bastos, Renata Scavone de Oliveira]. - Embriologia básica. 9. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
4. Keith L. Moore;T. V. N. Persaud; Mark G. Torchia; - Embriologia básica. 8. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
5. Thyciana Rodrigues Ribeiro; Vicente de Paulo Aragão Sabóia; Cristiane Sá Roriz Fonteles. Cleft lip and palate: an updated multidisciplinary approach. Disponível em: Revista Brasília Médica (rbm.org.br) Acesso em: 30/abril/2020
6. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1972; 27:5-6.
7. Dworkin, JP. Marunick, MT. Krouse, JH. Velopharyngeal Dysfunction: Speech Characteristics, Variable Etiologies, Evaluation techniques, and Differential Treatments. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 35, pp. 333-352. 2004
8. MEDEIROS PANIAGUA, Lauren; A disfunção velofaríngea na fissura labiopalatina corrigida pode ser caracterizada pela associação dos resultados das avaliações perceptivo-auditiva e instrumental? Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br>. Acesso: 08/fev./2021
9. Palandi, Bianca Brito Novaes; Guedes, Zelita Caldeira Ferreira. Aspects of speech of subjects with cleft palate corrected in different ages. Rev. CEFAC. 2011 Jan-Fev; 13(1):8-16
10. SILVA FILHO, O. G.; FERRARI JÚNIOR, F. M.; ROCHA, D.L.; FREITAS, J. A. S. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Ver. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 82, n. 2 p 59-65, mar/abr.1992.
11. DUTKA, J. C. R.; UEMEOKA, E.; AFERRI, H. C.; PEGORARO-KROOK M. I.; MARINO, V. C. C. Total obturation of velopharynx for treatment of velopharyngeal hypodynamism: case report. Cleft Palate Craniofacial Journal, v. 49, p. 488-493, 2011
12. ROSA, Emanuelle de Oliveira; MEDEIROS, Sara Tereza Silva. Prótese

Obturadora no Tratamento de Fissura Palatina; Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br/>. Acesso em: 03/abril/2021

13. MOREIRA, Juliana Pereira Soares. Proposta de formação de uma equipe interdisciplinar e um protocolo para atendimento do paciente fissurado no PSF de Machado – MG. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br>. Acesso: 29/nov./2020

14. PINTO, João Henrique Nogueira; LOPES, José Fernando Scarelli. Reabilitação oral com prótese dentária. In: *Fissuras labiopalatais: uma abordagem interdisciplinar*[S.l: s.n.], 2007

15. MATTOS, Thaysa Cristina Batista. Confecção de prótese parcial removível para reabilitação de um paciente com fissura palatina: relato de caso. Disponível em: <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/1784>. Acesso:21/jul./2021

16. GOMES, J. C; CIRUFFO, P. A. D.; BOTELHO, M. R. Tratamento com ortopedia pré-cirúrgica em pacientes com fissura labiopalatal - Confecção de Ortemas. *Odontol Cen Marinha*, p. 47-53, 2006.

17. KUMMER, A. W. Velopharyngeal dysfunction (VPD) and resonance disorders. In: KUMMER, A. W. *Cleft palate and craniofacial anomalies: effects on speech and resonance*. San Diego: Thompson, p. 145-76, 2001

18. NUNES JR, W. R.; DI FRANCESCO, R. C. Variation of patients of malocclusion by site of pharyngeal obstruction in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, v. 136, p. 1116-1120, 2010.

19. SMITH, B. E.; KUEHN, D. P.; Speech evaluation of velopharyngeal dysfunction. *J Craniofac Surg*, v. 18, n. 2, p. 251-62, 2007.

20. Aguiar L, Mozzini AR, Lersch E, De Conto F. Obturador Palatino: Confecção de uma prótese não convencional - relato de caso. *RFO* 2013;18(1):125-129.

21. Trindade IEK, Silva Filho OG, editors. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos, 2007

22. ADLER TW. *Langman's Medical Embryology*. 12Th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2011.

23. Hatami M, Badrian H, Samanipoor S, Goiato MC. Magnet-Retained Facial Prosthesis Combined with Maxillary Obturator. *Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Dentistry*. Volume 2013.

24. Martelli DRB, Cruz KM, Barros LM, Silveira MF, Swerts MSO, Martelli Júnior H. Maternal and paternal age, birth order and interpregnancy interval evaluation for cleft lip/palate. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):107-12.

25. Tachimura T, Nohora K, Fujita Y, Hara H, Wada T. Change in Levator Veli Palatini Muscle Activity of Normal Speakers in Association With Elevation of the Velum Using an Experimental Palatal Lift Prosthesis. *Palate-Craniofacial Journal*. 2001; 449-54.

26. Goiato MC, Piovezan AP, Santos DM dos Gennari Filho, Assunção WG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. Rev Odontol Araçatuba 2006; 27(2):101-6
27. Lima JEC, Albuquerque CEG. Análise do grau de satisfação dos pacientes da unicatólica quanto ao uso de prótese parcial removível (ppr). Mostra científica do curso de odontologia, 2017, 1.1.
28. Sinko K, Jagsch R, Prechtl V, Watzinger F, Hollmann K, Baumann A. Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. Cleft palate-cran J. 2005; 42(4): 355-361
29. Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza JA. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Rev Bras Cir. 1992;82:59-65.