

INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UM CASO DE SIGNATIA CONGÊNITA MAXILOMANDIBULAR – RELATO DE CASO

SPEECH THERAPY INTERVENTION IN A CASE OF CONGENITAL MAXILOMANDIBULAR SIGNATIA - CASE REPORT

*Fernanda Celeste Sánchez Weber
Ana Paula Blanco Dutra*

RESUMO

A signatia congênita maxilomandibular é considerada uma condição incomum, caracterizada pela fusão óssea da maxila e da mandíbula. **Objetivo:** Dada a raridade da patologia, associada a ausência da abertura bucal ao nascimento, o estudo busca apresentar e analisar a conduta fonoaudiológica em um caso de um paciente com diagnóstico de signatia congênita maxilomandibular atendido em um hospital infantil público na região sul do país. **Metodologia:** A seguinte pesquisa foi de caráter observacional do tipo relato de caso, mediante obtenção de dados a partir de análise do prontuário. **Resultados esperados:** Os dados analisados do paciente diagnosticado com a patologia descrita, representam evolução positiva nas funções do sistema estomatognático quando o mesmo foi submetido à terapia fonoaudiológica e a outras intervenções associadas, como cirúrgica e nutricional.

Descritores: Fonoaudiologia. Malformação congênita. Sistema estomatognático.

INTRODUÇÃO

A fusão maxilo mandibular congênita é considerada um distúrbio raro, a qual pode ser classificada como fusão do tecido mole (sinéquia) ou fusão óssea (signatia). São poucos os casos registrados na literatura, o primeiro foi relatado por Burket em 1936.

O grau da fusão óssea é variável. Dawson et al. (1997) criaram a primeira classificação de signatia, podendo ser nomeada como simples ou complexa, subdividida em fusão completa, unilateral, bilateral ou fusão anterior. A etiologia é desconhecida, porém, pode ser associada a alguma síndrome ou se manifestar isoladamente. Existem várias hipóteses em relação à etiologia da fusão óssea congênita, uma das mais citadas na literatura é a persistência da membrana bucofaríngea durante o desenvolvimento fetal (GARTLAN, 1993). Outra estimativa

possível é a fusão anômala de superfícies epiteliais adjacentes que incluem bandas de constrição amniótica na região do primeiro arco branquial no feto em desenvolvimento (PUVABANDITSIN, 2003). Já, Hegab (2012) defende que o uso de grandes doses de meclizina e vitamina “A” durante o período de gravidez, pode ser o verdadeiro estopim da origem de neonatos nascidos com fusão óssea.

A signatia congênita maxilomandibular geralmente está associada a outras anomalias, como aglossia congênita (SARIN; RAJ; ARYA, 2017). A ausência da língua, pode provocar um grande impacto em alterações das funções do sistema estomatognático, como deglutição, mastigação, respiração e alteração fonética e fonológica na criança, por isso torna-se essencial a participação do profissional de Fonoaudiologia na avaliação e reabilitação desses casos.

Outro agravante comum em pacientes diagnosticados com fusão maxilomandibular é o diagnóstico de disfagia. A disfagia é um distúrbio da deglutição que acomete qualquer parte do trato digestório, desde a boca até o estômago, podendo causar complicações como alteração na deglutição, desnutrição, desidratação e complicações respiratórias (FURKIM, 2008). De acordo com Levy e Almeida (2018), atualmente a disfagia orofaríngea é o distúrbio de deglutição mais comum em pediatria, onde a incidência é maior em síndromes craniofaciais, crianças prematuras, anormalidades do trato aerodigestivo superior, malformações do sistema nervoso central e atraso no neurodesenvolvimento. O termo Disfagia em neonatos é utilizado para descrever um amplo espectro de disfunções alimentares ou de deglutição apresentadas por recém nascidos com problemas clínicos complexos como alterações estruturais.

Segundo o Comitê de Motricidade Orofacial (2004), o fonoaudiólogo é o profissional especializado e capacitado para atuar com avaliação, diagnóstico, habilitação, desenvolvimento, aperfeiçoamento, estudo/pesquisa e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical.

Este estudo visa caracterizar os resultados da intervenção fonoaudiológica empregada em um caso de um bebê com diagnóstico de signatia congênita maxilomandibular, no que se refere à avaliação, reabilitação das funções e estruturas do sistema estomatognático e identificar os benefícios da reabilitação para promoção

de uma alimentação segura, eficiente e saudável, bem como contribuir com o meio científico devido a sua raridade.

RESULTADOS

Relato de caso

O presente estudo respeitou a Declaração de Helsinque e a Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e Hospital Infantil do setor público, localizado no Estado de Santa Catarina sob sob registro CAAE: 45378721.5.3001.5361.

Os responsáveis do paciente a ser descrito, concordaram com a participação do mesmo na pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O instrumento de análise constitui-se de registros do prontuário de um paciente com diagnóstico de Signatia Congênita Maxilomandibular, durante o período de internação.

Mãe de 40 anos, tipagem sanguínea A+. Realizou uso de amoxicilina durante a gestação acompanhado de creme vaginal. Nega parentesco com o pai da criança e nega uso de outros medicamentos ou drogas. A mesma realizou processo de suplementação com ácido fólico durante a gestação. A mãe relatou ter realizado 10 consultas pré-natais e três ultrassons obstétricos, nenhum morfológico.

O paciente a ser descrito, com iniciais de U.P.M, nasceu no dia 05/06/2018, é de sexo masculino, branco, recém-nascido a termo (39s+3d) através de parto cesáreo, pesando 3,300 kg, Apgar 8-9, ao nascimento, foi observado ausência de abertura da boca, associada a malformações que deveriam ser investigadas pela genética. Após 52h de vida foi transferido do hospital de origem para o hospital de referência da região de Florianópolis, devido ao quadro de malformação congênita.

Diante da avaliação clínica, o paciente apresentou diagnóstico de complexo malformativo signatia - ausência de abertura da cavidade oral (fusão de ossos da mandíbula e maxila) e malformação de extremidades (ausência de pés e mão direita, sindactilia na mão esquerda). O procedimento cirúrgico de abertura da cavidade oral foi realizado dentro de 48h após a segunda internação. Inicialmente não foi possível

realizar o processo de intubação por alteração estrutural para realização cirúrgica, e após discussão da equipe médica, realizou-se o procedimento de traqueostomia.

Procedimento cirúrgico:

Para o procedimento cirúrgico, o paciente encontrava-se traqueostomizado e devidamente sedado. Inicialmente, realizou-se osteotomia anterior em maxila e mandíbula, seguido de exploração da cavidade oral no qual observou-se presença de língua primitiva.

Após abertura da cavidade oral e rompimento maxilomandibular, realizou-se descolamento de palato mole, aderido à mucosa palatina. Na sequência, houve a checagem da abertura e movimentos mandibulares, no qual se pode confirmar a presença de mobilidade da articulação temporomandibular.

Logo após, foi realizada a osteoplastia em palato e mandíbula e a reconstrução da língua, esta realizada com a rotação de retalho palatino (palato mole). O procedimento cirúrgico foi finalizado após a reconstrução do palato em forma de "tenda".

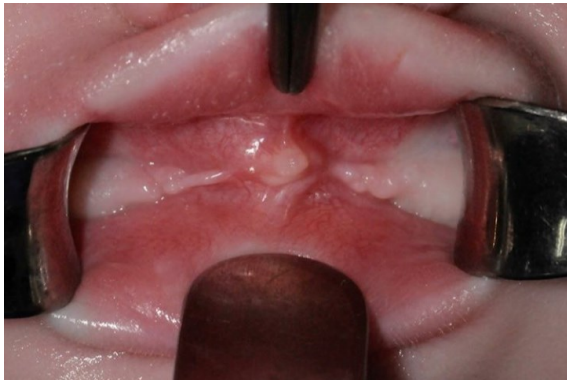


Figura 1 - Paciente antes do procedimento cirúrgico.

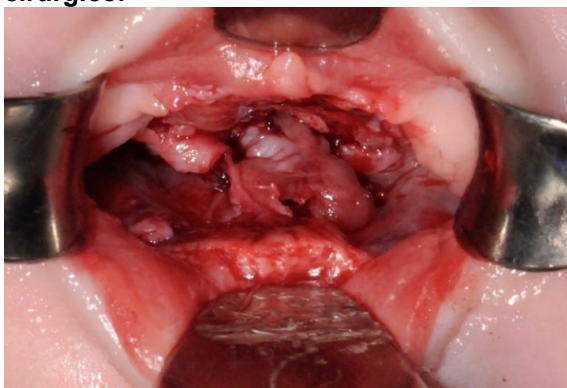


Figura 2 - Paciente durante o procedimento cirúrgico.



Figura 3 - Paciente após o procedimento cirúrgico.

Após procedimento cirúrgico, traçou-se um planejamento de cuidados multiprofissional, com avaliações e discussões diárias para adequações que se faziam necessárias.

Conduta Fonoaudiológica

Conforme discutido com a equipe bucomaxilomandibular e fonoaudiológica, decidiu-se realizar fonoterapia de forma contínua, três vezes ao dia. No primeiro dia de pós-operatório (PO), iniciou-se a fonoterapia mediante limpeza oral com Clorexidina 6/6h e aplicação de Omcilon, e uso contínuo da chupeta silicone. Em função da incapacidade de alimentação segura por via oral, o paciente realizava uso de via alternativa de alimentação por sonda gástrica.

Durante as primeiras 48h de PO, foi realizada fonoterapia, com enfoque principal na abertura e fechamento da boca e permanência contínua da chupeta de silicone fixada com fita micropore, para evitar recidiva cirúrgica da fusão maxilomandibular. Diante da caracterização de dor intensa e contínua, decidiu-se que a fonoterapia seria realizada após a aplicação de morfina.

No terceiro dia de PO, observou-se sinal de cicatrização com ausência de sangramento em cavidade oral. Além disso, permaneceram as condutas efetuadas anteriormente e incrementou-se o procedimento de estimulação sensório-motora-oral - ESMO com manejo de cotonete úmido com água destilada. Após receber estímulo sensorial, a língua primitiva iniciou movimentos laterais. Também observou-se melhora na movimentação e abertura bucal durante a estimulação. Após procedimento de fonoterapia, a equipe médica realizou aplicação de laser vermelho 4J em palato e assoalho bucal.

Durante avaliação das estruturas do sistema estomatognático (SE), foi observado ausência de vedamento labial, presença de língua primitiva (hipoglossia) e bochechas simétricas. As estruturas avaliadas apresentaram força ineficiente, mobilidade restrita e tônus diminuído. Observou-se também, mandíbula retraída com restrição de abertura, palato com presença de fissura posterior (consequência de procedimento cirúrgico), função de sucção e deglutição ineficientes. Não foi possível avaliar abertura orofaríngea por limitação de abertura bucal. Observou-se ausência de úvula. O RN permaneceu com pouca tolerância ao toque intra-oral e presença de secreção em traqueostomia e CNO2 p 1,0L/min.

No 4º dia de PO, durante intervenção de fonoterapia, observou-se melhora na simetria da abertura da cavidade oral e início de presença de reflexo oral de busca, concomitante a aumento de mobilidade lingual. Optou-se por realizar alternância de chupeta bola com chupeta ortodôntica de silicone e início de técnica de sucção não nutritiva - SNN. Dessa forma, obteve-se melhora na abertura bucal, e presença de simetria do lado direito e esquerdo da face.

Apesar de todas as intervenções pertinentes ao cuidado do RN terem sido realizadas, no 10º dia de pós-operatório, o paciente adquiriu infecção bacteriana *staphylo haemolyticus*, entrando em isolamento de contato. Entretanto, observou-se início de movimentos de sucção. Manteve-se a conduta fonoaudiológica de higiene oral, realização de ESMO, exercício de abertura e fechamento bucal e a alternância de chupetas entre bola e ortodôntica.

No 24º de internação, cancelou-se limpeza oral com Clorexidina e aplicação de Oxilon. Durante a fonoterapia, foi possível observar excesso de secreção na traqueostomia. Após realizar exames médicos, o RN foi diagnosticado com Pneumonia e foi migrado para Unidade de Cuidados Intermediários.

Para a avaliação da deglutição, foi utilizado o Blue dye test. O teste é exclusivo para uso em pacientes traqueostomizados o qual possui a função de demonstrar se há ou não aspirações. Após 2h de aplicação do corante alimentício em cavidade oral, observou-se saída de secreção azulada na traqueostomia, sinal indicativo de aspiração traqueal silente. Sendo assim, definiu-se o diagnóstico de “Disfagia orofaríngea grave” em RN, com indicação de troca de via alternativa de alimentação sonda nasogástrica para gastrostomia.

Com o passar dos dias e conforme a tolerância ao toque do RN, foi possível iniciar massagens orofaciais intra e extra orais para ganho e adaptação de tônus,

além de dar início a estímulos proprioceptivos na face e continuidade de estimulação para promover abertura bucal. Também iniciou-se estimulação de Sucção Não Nutritiva - SNN com dedo enluvado, sendo possível observar melhora na organização dos movimentos da sucção que com o passar dos dias tornaram-se de forma sistemática. Conseqüentemente, observou-se presença de sucção ritmada, não sendo mais necessário utilizar fita Micropore para fixação de chupeta. Contudo, foi perceptível que com o passar dos dias houve melhora significativa de respostas.

Diante de avanços do estado geral e após discussões com a equipe multidisciplinar, no dia 16/07/2018 foi dada alta hospitalar. Mediante conduta manteve-se acompanhamento fonoaudiológico domiciliar, orientação aos pais da importância da continuidade de massagens intra e extra orais e retorno ambulatorial após 7 dias.

No primeiro retorno ambulatorial foi observado melhora funcional da deglutição de saliva. Também foi possível observar aumento do volume da língua. Após reavaliação com a equipe de Otorrinolaringologia, foi indicado o processo de decanulação e no mesmo dia, iniciou-se o uso da válvula de fala, no qual foi possível observar boa patência de via aérea superior, sem presença de sinais de desconforto respiratório. Em seguida, aplicou-se o gotejamento de 1 mL de leite com blue day teste, com auxílio de seringa e chupeta ortodôntica, com objetivo de verificar presença ou não de aspiração traqueal. Contudo, o paciente não apresentou saída em traqueostomia, sendo possível o início de estímulos nutritivos. Os pais foram orientados a continuar com massagens extra e intra orais de forma diária.

No segundo retorno de forma ambulatorial, o paciente tolerava em média 40 minutos a utilização da válvula de fala e passou a aceitar entre 20 e 30 ml de via oral, com ausência de escape em traqueostomia e sem sinal de desconforto respiratório. Mediante progressão com a válvula de fala, foi possível iniciar processo de decanulação da traqueostomia. Depois de 20 dias, através do retorno ambulatorial, o paciente passou a tolerar a utilização da válvula de fala durante 24h e com menos necessidade de aspirações ao dia, sendo possível iniciar processo de oclusão da traqueostomia.

Uma vez no próprio domicílio o paciente retirou a traqueostomia de forma involuntária. No próximo retorno, sem a traqueostomia, o paciente emitiu sons guturais de forma adequada e com boa patência de vias aéreas, sendo possível observar o batimento da asa do nariz bilateralmente. O paciente permaneceu

recebendo consistência líquida (leite) por via oral e conforme combinado com a equipe médica, iniciou-se o processo de alimentação complementar com frutas.

Durante avaliação funcional da deglutição, o paciente permaneceu sentado em 90°. Para a oferta utilizou-se mamão na consistência pastosa e como utensílio espátula em formato plano total. O paciente apresentou captação, vedamento labial e controle oral ineficiente e tempo de trânsito oral aumentado, devido à ausência da língua. Boa sensibilidade oral, presença de percepção do alimento com uso de espátula, presença de deglutições múltiplas durante oferta, ausência de tosse, durante e após a deglutição, e ausência de compensação de cabeça. Apresentou boa aceitação em quantidade e sem sinais de desconforto ou penetração/aspiração traqueal. Conforme avaliação foi deliberado dieta nas consistências de líquido (leite) e pastoso (frutas). Vale ressaltar que a oferta foi adaptada, sendo necessário inserir o alimento de forma mais posterior e próxima a abertura orofaríngea para evitar o escape anterior.

Com um ano e seis meses de idade, U.P.M foi submetido ao exame de videofluoroscopia, o qual foi realizado por médico radiologista e fonoaudiólogo. No exame, foi possível avaliar apenas a oferta da consistência líquida em mamadeira com bico ortodôntico. Observou-se vedamento labial eficiente, fazendo retirada do líquido com movimentos de prensa e movimentação de palato mole. Apresentou leve escape anterior, estase em cavidade oral, tempo de trânsito do bolo alimentar adequado. Incompetência velofaríngea importante, com vários episódios de nasoregurgitação. Em fase faríngea, observou-se estase em recessos faríngeos, com presença de episódios de penetração laríngea com limpeza efetiva após deglutição. O paciente não apresentou episódios de aspiração traqueal. Conclusão: Disfagia leve

DISCUSSÃO

A signatia congênita é considerada como uma condição rara, no qual o neonato nasce sem a abertura da boca e/ou cavidade oral impedindo o desenvolvimento normal do sistema estomatognático (KHASGIWALA et al. 2016).

Conforme Mohan (2018), existem apenas 48 casos de fusão maxilomandibular descritos na literatura. De acordo com a gravidade da patologia, o procedimento cirúrgico deve ser planejado cautelosamente e com agilidade. O que foi seguido no caso aqui descrito, no qual a primeira cirurgia foi realizada quando paciente estava

no 4º dia de vida. Para isto o quadro de saúde do paciente deve ser estável. Agravos e recorrências pós-cirúrgicas são comuns, entretanto a principal causa de morte dos casos citados na literatura é a pneumonia aspirativa e insuficiência respiratória durante o nascimento (MOHAN, 2018; LOPÉZ, et al. 2018; BROOME, 2016).

Sabe-se que a fusão maxilomandibular pode comprometer as funções de sucção, deglutição, mastigação e fala. O que já estava adaptado ao quadro, sofre novas mudanças após a cirurgia em função da reconstrução das estruturas, como a língua por exemplo, fundamental para o adequado desempenho das funções do sistema estomatognático.

Ao nascimento, o paciente apresentava ausência das funções da sucção e deglutição por incapacidade estrutural. Dependendo das estruturas envolvidas no procedimento cirúrgico, as consequências, nas funções da sucção e/ou na deglutição, podem ser temporárias ou mais duradouras, sendo estes os principais impactos após a cirurgia, como aconteceu no caso descrito.

Após o procedimento cirúrgico observou-se que a sucção apresentava incapacidade de controle oral, ocasionada pela ausência e/ou reestruturação muscular e óssea. Na deglutição, esses impactos foram manifestados por meio de estase em cavidade oral, dificuldade no trânsito oral e aspiração saliente.

A terapia miofuncional é considerada um método de estimulação e/ou treinamento muscular o qual busca adequar a força muscular, alterar o tônus, aumentar a mobilidade e conseqüentemente provocar mudança nos padrões funcionais (DEGAM, RONTANI, 2004). A terapia miofuncional foi voltada essencialmente na realização de exercícios de abertura máxima de boca e massagens de ativação neuromuscular nas regiões em zonas motoras da face entre elas, zona frontal, zona nasal inferior, zona das narinas, zona dos olhos, zona labial, zona mental e zona supra-hióidea. Não só, mas também realizou-se estimulação tátil térmica com cotonete úmido e gelado, e estimulação gustativa com cotonete umedecido com leite.

A terapia voltada diretamente a estimulação da função é considerada um método de treinamento para gerar maior modificação muscular. A execução das funções do sistema estomatognático além de desencadear a modificação muscular, auxilia na prevenção de desvios no desenvolvimento craniofacial e promove nova postura das estruturas em repouso (DEGAM, RONTANI, 2004). Para o caso descrito, tornou-se fundamental a terapia miofuncional, a qual desempenhou a adaptação da

musculatura, restabelecimento de funções e até mesmo fez surgir novos processos compensatórios.

Pacientes internados que possuem deformidades na região craniofacial, como fusão maxilo mandibular, desenvolvem comprometimento na conservação das vias aéreas, conseqüentemente dificultando e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (MOHAN, 2018). Dessa forma, isso interfere no período da alta hospitalar do RNs e/ou lactente, a qual depende na maior parte dos casos da aptidão na função da alimentação segura (LEVY; ALMEIDA, 2018).

A estimulação da sucção não nutritiva (SNN) mostrou-se benéfica ao paciente, uma vez que minimizou a privação sensorial, permitindo a alimentação por via oral, o que contribuiu na redução do tempo de transição alimentar, tornando-a mais segura e efetiva. Segundo a literatura, a realização da estimulação da SNN antes da alimentação, faz com que o RN alcance um estado comportamental adequado e seja capaz de organizar e restabelecer as funções da sucção e deglutição (MOREIRA, et. al, 2014; FUCILE, et. al, 2005).

A disfagia orofaríngea é decorrente de um dos principais problemas de crianças com malformações craniofaciais em virtude das anomalias estruturais (MAEDA, 2008). Durante a reabilitação fonoaudiológica utilizou-se, como forma de atuação, as terapias direta e indireta. Na terapia indireta, foram realizados Estimulação Sensório Motor Oral - ESMO, massagens orofaciais intra e extra orais, além de estimulação tátil térmica, estímulos proprioceptivos na face para melhorar o controle motor oral, a sensibilidade, a mobilidade, a motricidade, o tônus e a postura das estruturas remanescentes. Na terapia direta, empregou-se a alteração de utensílio a fim de auxiliar na ejeção de alimentos para a faringe e uso de válvula de fala.

A válvula fonatória e de deglutição (válvula de fala) é um dispositivo terapêutico utilizado em pacientes que estejam traqueostomizados, no qual influencia positivamente a biomecânica da deglutição. O presente estudo confirma os achados da literatura em relação aos benefícios da válvula fonatória e de deglutição em pacientes traqueostomizados e o ganho na aceleração no processo de decanulação (VIEIRA, 2011). No qual observou-se melhora no restabelecimento da pressão aérea subglótica, aumento de sensibilidade laríngea e conseqüentemente, diminuição da

quantidade de secreção oral e em traqueostomia, tornando o paciente apto para a retirada da mesma. Além do surgimento de sons vocais.

Torna-se indispensável mencionar que o sucesso da intervenção multidisciplinar foi consequência da colaboração familiar do paciente, sendo indescritível a grandiosa forma de afeto, amor, carinho e incentivo que o RN recebeu durante todo processo de internação e acompanhamento ambulatorial. Sendo fundamental ressaltar a importância do vínculo de amor observado durante as intervenções entre mãe e filho.

A principal limitação deste estudo foi a escassez de referencial teórico, no que se refere ao processo de reabilitação funcional em casos de fusão maxilomandibular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a fonoterapia foi de caráter essencial e influenciou positivamente na aquisição das funções do sistema estomatognático como respiração, sucção e deglutição. Esses dados visam contribuir com o meio científico acerca da prática fonoaudiológica em casos de signantia congênita em questão.

Atualmente, não existe protocolo de tratamento estabelecido para tal anomalia, considerando a relativa raridade da condição. Devido a gravidade do distúrbio, destaca-se a necessidade de estudos envolvendo esta patologia, contribuindo assim para o meio científico.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n.930, 10 maio 2012. Diário Oficial da União; 2012.

BROOME M, et al. Sinatia maxilo-mandibular completa em um recém-nascido com múltiplas malformações congênitas. *Pediatria e Neonatologia*. Volume 57, Edição 1, fevereiro de 2016, páginas 65-68.

BURKET, L.W. Anquilose óssea congênita e hemiatrofia facial, 106 (1936), p.1719.

COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL DA SBFa. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São José dos Campos: Pulso; 2004. p. 15-24.

DAWSON, Kenneth; JOSEPH, Gruss; MYALL, Robert. Singnatia óssea congênita: uma classificação proposta. Cleft Palate-Craniofacial Journal. Volume 34, Edição 2, março de 1997, páginas 141-146.

DEGAN, Viviane; RONTANI Regina. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 17, n. 3, p. 375-382, set.-dez. 2005.

FUCILE, S. Gisel EG, Lau C. Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. Dev Med Child Neurol. 2005;47:158-62.

FURKIN, Ana Maria; SACCO, Andrea. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica, usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. Rev CEFAC. São Paulo, 2008 Out-Dez; 10(4): 503-12

GARTLAN, Michael; DAVIES, Jack; SMITH Richard. Sinéquias orais congênitas. Ann Otol Rhinol Laryngol, 102 (1993) p. 186.

KHASGIWALA, Ankit; JANGAM, Sagar; SHARMA, Shachi; NEWASKAR, Vilas. Congenital bilateral syngnathia and tracheoesophageal fistula: A rare presentation. Contemporary Clinical Dentistry. (2016) 7. 566-568. Doi: 10.4103/0976-237X.194103.

LEVY, Deborah Salle; ALMEIDA, Sheila Tamanine. Disfagia Infantil: Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2018. p.272.

LÓPEZ, Clara; et al. Signatia congénita. Anales de Pediatría. Rev. Um Pediatr (Barc). Junho de 2018; 88 (6): 359-360. Doi 10.1016/j.anpedi.2018.02.005.

MOHAN, Amit. Syngnathia — fusão maxilomandibular congênita: relato de caso e revisão da literatura. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Volume 76, Edição 5 , maio de 2018, Páginas 1096.e1-1096.e6.

MOREIRA CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Miyaki M, Fujinaga CI. Rev. CEFAC. 2014 Jul-Ago; 16(4):1187-1193.

MOURA, Larisse, TOLENTINO Gabriela, COSTA Tatiana, ALINE Alessandra. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém nascidos pré-termo. Rev CEFAC, v.11, Supl3, 448-456, 2009.

SARIN, Yogesh; Et al. Signatia congênita, turmoils e tragédia. J Neonat Surg. 2017; 6:12.

PUVABANDITSIN Surasak; Et al. Syngnathia e síndrome de Van der Woude: relato de caso e revisão da literatura. The Cleft Palate-craniofacial Journal: Publicação oficial da American Cleft Palate-craniofacial Association. Janeiro de 2003; 40 (1): 104-106. DOI: 10.1597 / 1545-1569_2003_040_0104_savdws_2.0.co_2.

VIEIRA, Camila Alves. Fonoterapia em glossectomia total: estudo de caso. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [online]. 2011, v. 16, n. 4 [Acessado 17

Agosto 2021] , pp. 479-482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000400019>>. Epub 24 Jan 2012. ISSN 1982-0232. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000400019>.