

ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS FACIAIS EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL

Louise Silva e Silva Vilas Boas¹; Angélica Cristina Pezzin Palheta²; Beatriz Helena Fernandes Fagundes³; Céres Larissa Barbosa de Oliveira⁴; Thamires de Castro Navegantes⁵

¹Graduando em Medicina, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Mestrado em Medicina (Otorrinolaringologia), UFPA;

³Graduando em Medicina, UFPA;

⁴Graduando em Medicina, UFPA;

⁵Graduando em Medicina, UFPA

Introdução: A síndrome do respirador oral (SRO) caracteriza-se pela instalação da respiração oral por período parcial ou total ao longo do dia. Tal síndrome acomete a população infantil, tendo uma incidência que varia de 5% a 75% do público pediátrico em geral. É causada mais comumente por fenômenos afeciosos como: rinite alérgica, hipertrofia de cornetos, hipertrofia de adenoide ou de amígdalas, e mais raramente por processos obstrutivos como cistos, formações neoplásicas ou corpos estranhos. O diagnóstico tardio ou a terapia ineficaz da SRO podem repercutir em danos ao crescimento, desenvolvimento e más formações craniofaciais típicas da síndrome, definindo uma morfologia facial que coincide com a face dolicofacial ou com a fácies adenoidiana (1,2,4). Entre as características do perfil dolicocefálico pode-se elencar a face alongada, terço inferior da face aumentado, arcos dentários longos e estreitos, tais alterações do assoalho bucal reduzem a base de repouso da língua induzindo à anteriorização da língua ou sua protrusão entre os incisivos, diminuindo sua pressão sobre o palato, constituindo assim um sistema de retroalimentação que induz ao estreitamento palatal e à formação do palato ogival (1,2,4). Outros achados clínicos comuns são: o não selamento labial, distúrbios de oclusão dentária, protrusão da maxila ou da mandíbula, onde numa tentativa de compensar a respiração nasal deficiente a criança realiza a protrusão da maxila ou da mandíbula criando uma fenda entre as arcadas que serve como via acessória para o fluxo de ar complementar, causando a não oclusão entre as arcadas e outros distúrbios de mordida tais como a mordida aberta e a mordida cruzada. Esses transtornos dentários podem ainda ser agravados por disfunções posturais exacerbadas pela SRO e por hábitos orais deletérios, não raramente encontrados na população pediátrica, são eles: sucção do polegar e de outros dedos, uso de chupeta não ortodôntica, projeção da língua, sucção e mordida do lábio, onicofagia, bruxismo e abrasões. Toda essa conjuntura repercute na postura da mandíbula e no funcionamento dos músculos associados a mastigação (1,2,3,5). A fácies adenoidiana é mais um dos componentes fenotípicos do respirador oral, e se manifesta na presença de olheiras profundas, lábios entreabertos, devido à hipotonia do músculo orbicular dos lábios, narinas estreitas e subdesenvolvidas devida a passagem de fluxo de ar deficiente, lábio superior fino e lábio inferior evertido e volumoso, bochechas geralmente rebaixadas, devido à subutilização da respiração nasal e consequente subdesenvolvimento dos seios da face (1,3,5). **Objetivos:** Estimar a frequência dos achados clínicos fenotípicos da morfologia facial do portador da SRO, elencar os hábitos orais deletérios predominantes entre os pacientes e caracterizar o perfil epidemiológico da população pediátrica atendida. **Métodos:** Este estudo foi aprovado no comitê de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CAAE: 17992513.8.0000.0018), representando um estudo prospectivo transversal, com 72 crianças entre um e 12 anos com diagnóstico de SRO na Unidade de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, em Belém/PA –

Brasil, no período de junho de 2016 a abril de 2017. Os pacientes foram submetidos a anamnese, para investigação de queixas clínicas, hábitos orais como sucção de polegar e outros dedos, onicofagia, bruxismo, sucção de lábios e outros objetos. Foi realizado exame físico, composto por verificação de perfil facial, otoscopia, oroscopia, rinoscopia, entre outros aspectos, em seguida, foi aplicado aos responsáveis um questionário referente à qualidade de vida dos respectivos pacientes. Após a coleta de dados, realizou-se tabulação e análise descritiva dos resultados. **Resultados e Discussão:** Foram identificados 40 (55%) pacientes do sexo masculino e 32 (44%) do sexo feminino; três (4%) pacientes na faixa de zero a dois anos, 17 (23%) entre dois e quatro anos, 41 (56%) de cinco a 10 anos, 11 (15%) de 11 a 12 anos. Sobre as alterações morfológicas de face induzidas pela síndrome: 60 (83%) apresentavam olheiras, 37 (51%) má oclusão dentária em decorrência da protrusão da arcada, 32 (44%) lábios entreabertos, 26 (36%) face alongada, 17 (23%) deformidades dentofaciais, 24 (33%) palato ogival, três (4%) língua anteriorizada. Quanto aos hábitos orais viciosos e deletérios: 42 (58%) apresentavam onicofagia, 38 (52%) bruxismo, e 28 (38%) fizeram uso de chupeta. A diferença da incidência da SRO entre os sexos não foi estatisticamente relevante. Quanto a idade, a faixa etária mais atingida foi de cinco a 10 anos, idade em que já é possível ver desdobramentos da síndrome na morfologia da face da criança, na postura e no comportamento, o que estimula a busca de atendimento médico pela família e o diagnóstico da síndrome e de sua possível etiologia.. Dentre as alterações fenotípicas que compõe a morfologia facial típica do respirador oral foram mais prevalentes as olheiras, causadas pela perturbação evidente da qualidade do sono do respirador oral, onde a respiração inadequada leva à má oxigenação cerebral, perturbações nas fases do sono, períodos de apnéia e microdespertares. Sobre as deformidades orais, destacaram-se a má oclusão dentária e os lábios entreabertos. A anteriorização da língua foi um achado pouco frequente, enquanto o palato ogival foi encontrado em um terço da amostra estudada. Como a protrusão da língua está relacionada a etiopatogenia do palato ogival e ambos os achados divergiram bastante em frequência, pode-se inferir a interferência de outros fatores para a formação do palato ogival, como, por exemplo, a herança genética, entre outros. (1,2,4,5) Quanto aos hábitos orais viciosos o mais encontrado foi a onicofagia, que pode estar relacionada à ansiedade, impaciência, impulsividade ou agitação infantil. **Conclusão:** Os resultados indicam que mais da metade das crianças apresentavam mais de um achado clínico fenotípico na morfologia da face que as identificava com o perfil dolicocefálico ou a fácies adenoidiana. Conclui-se, portanto, que a instalação da respiração oral no paciente pediátrico leva a vários distúrbios na morfologia de sua face, e que as disfunções orais e periorais podem ainda ser agravadas quando associado à síndrome estão instalados hábitos orais deletérios e viciosos. Portanto é de fundamental importância diagnosticar precocemente a SRO a fim de tratá-la precocemente, diminuindo as más formações de face ao longo dos estírios de crescimento infantis e diminuindo os problemas relacionados à síndrome no aspecto de saúde e da estética facial infantil.

Descritores: Respiração bucal, Morfologia, Facial.

Referências:

1. Santos, MDLNM. Respiração bucal: as alterações oro-faciais [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
2. Neto SC, Mello JFJ, Martins RHG, Costa SSD. Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial. 2a ed. São Paulo: Editora Roca; 2011.

3. Fayyat ELRC. A influência dos hábitos orais e a respiração bucal no aparecimento de mordida aberta anterior em crianças com dentição decídua. Revista Fono Atual. São Paulo: Pancast. 2000; 3(12):36-40.
4. Cintra CFSC, Castro FFM, Cintra PPVC. As alterações oro-faciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. Rev bras alergologia imunopatol. 2000; 23(2): 78-83.
5. Menezes VA, Tavares RLO, Granville-Garcia AF. Síndrome da respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. Arquivos em Odontologia. 2009; 45(3): 160-5.