

**PES201 - LEVANTAMENTO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DA SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETINNA FERRO DE SOUZA EM BELÉM, PARÁ.**

CHARLON COSTA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO XAVIER PALHETA-NETO<sup>2</sup>; GABRIELA CAROLINE LOBATO PONTES<sup>1</sup>; VANESSA FERNANDES DE BRITO<sup>1</sup>; ANGÉLICA CRISTINA PEZZIN-PALHETA<sup>3</sup>

velomille@gmail.com

<sup>1</sup>Graduação, <sup>2</sup>Doutorado, <sup>3</sup>Mestrado

Universidade Federal do Pará (UFPA), Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS)

**Introdução:** A Síndrome do Respirador Oral (SRO) caracteriza-se por uma obstrução das vias aéreas superiores que leva o paciente ao hábito de respirar pela boca devido o estreitamento à passagem de ar. A respiração nasal é o padrão respiratório fisiológico predominante desde o nascimento, tendo um importante papel na umidificação, aquecimento e filtração do ar inspirado, além de estar relacionado ao crescimento craniofacial e desenvolvimento normal da criança. Como consequência pode ocorrer uma série de adaptações posturais, seguida por modificações nas arcadas dentárias, resultando em alterações na forma do palato e, posteriormente, no esqueleto ósseo da face, além de infecções das vias aéreas superiores e má oxigenação cerebral. Pois a respiração via nasal é de extrema importância para o bem-estar do organismo. A infância corresponde a uma fase de intenso crescimento, onde a face precisa se desenvolver de forma harmoniosa. Esse crescimento craniofacial harmonioso depende do padrão nasal de respiração e do adequado funcionamento do sistema estomatognático, compreendido pela boca, músculos da face e ossos, além do perfeito vedamento labial (1). A SRO está relacionada a graves alterações em praticamente todos os sistemas orgânicos. De acordo com a gravidade e o tempo de permanência do padrão respiratório oral, repercussões sistêmicas podem ocorrer, levando a consequências negativas na qualidade de vida desses indivíduos (2). O portador de SRO é muito vulnerável a otites e por isso está sujeito à flutuação de audição. Tanto a hipertrofia de tonsilas como a atopia (quadro alérgico), ou seja, tanto a hiperplasia do tecido linfóide (adenóide/amígdala) como o intumescimento da mucosa nasal, pode ocasionar o mau funcionamento da tuba auditiva, dificultando à regularização da pressão. A alteração no nível pressórico no ouvido médio é determinante para o desenvolvimento de otite média serosa e consequentemente de alterações na audição, sendo que se não resolvida a causa base, o indivíduo acometido se torna um forte candidato a quadros infecciosos de repetição, sem contar os distúrbios do sono e aprendizado sob os quais também são vulneráveis e podem resultar em sequelas permanentes (3). A SRO tem origem multifatorial, mas predominam entre as principais causas as doenças inflamatórias das mucosas que recobrem as cavidades nasais (rinites alérgicas), podendo também decorrer de fator mecânico, como a hipertrofia adenoideana e amigdaliana ou o desvio do septo nasal, malformações congênitas resultantes em deformidades craniofaciais e lesões tumorais e alterações nos cornetos nasais. O registro dos sinais e sintomas clínicos do portador de SRO não ocorre isoladamente, sendo habitual o portador de SRO apresentar associação de várias causas concomitantemente(4). Deste modo, faz-se necessário investigar todas as causas para que se possa intervir adequadamente e diminuir as sequelas da SRO. **Objetivos:** Descrever a prevalência das principais etiologias de SRO em pacientes atendidos no

ambulatório de respirador oral do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS). **Métodos:** A presente pesquisa foi realizada de forma prospectiva e transversal, no Serviço de Otorrinolaringologia do HUBFS, em Belém, Pará, Brasil, entre janeiro e outubro de 2015. A amostra do projeto correspondeu a crianças entre dois e 10 anos de idade portadores de SRO. As mesmas foram submetidas à anamnese direcionada, avaliação clínica e endoscopia nasal, e que aceitaram participar do projeto de extensão e da pesquisa a partir da leitura prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos seus pais ou responsáveis legais. Todas as avaliações dos pacientes foram aplicadas por médicos residentes de otorrinolaringologia do HUBFS, juntamente com um acadêmico de medicina participante da pesquisa. O diagnóstico de hipertrofia amigdaliana foi realizado através da orofaringoscopia, enquanto que o de hipertrofia adenoidiana era obtido através da fibronasolaringoscopia (FN) ou Radiografia simples do cavum. A suspeição diagnóstica de rinite alérgica foi obtida através da história clínica e do exame físico otorrinolaringológico. **Resultados e Discussão:** A amostra total foi constituída por 122 crianças portadoras de SRO, entre dois e 10 anos de idade (média de cinco anos e sete meses), sendo 54 (44,3%) meninas e 68 (55,7%) meninos. Das quais, 96,4 (79%) queixaram-se de sintomas de rinite alérgica; bem como 84,2 (69%) tinham hipertrofia adenoidiana com mais de 50% de obstrução; e 71,9 (59%) tinham hipertrofia amigdaliana em graus três e quatro. Em outro estudo realizado no HUIBB, observou-se que 68,7% das crianças atendidas no ambulatório de respirador oral apresentavam sintomas de rinite alérgica (4). A abordagem da criança com SRO deve ser multidisciplinar. Faz-se necessário que os profissionais da área da saúde possam reconhecer o respirador oral no início do desenvolvimento do quadro, ainda na infância, para que possam atuar precocemente de maneira a minimizar suas repercussões crônicas e melhorar globalmente o desenvolvimento pômulo-estatural e a qualidade de vida desses pacientes, sendo o acompanhamento feito por profissionais como otorrinolaringologistas, pediatras, odontólogos, fonoaudiólogos, e assistentes sociais, pois muitos desses têm demasiada dificuldade de acesso até a instituição especializada que ofereça os serviços por motivos sociais (5). **Conclusão:** Neste estudo, a principal causa de SRO foi a rinite alérgica, seguida da hipertrofia adenoidiana e amigdaliana, respectivamente.

#### **Referências Bibliográficas:**

- GUYTON AC, HALL JE. Tratado de Fisiologia Médica. 11<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.
- QUAGLIA TCRC. O adolescente respirador bucal. Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2005 jul/set, 2 (3):30-32.
- HUNGRIA E. Otorrinolaringologia: Cavidade Nasal. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 443 - 7.
- PALHETA, A. C. P. et al. Prevalência dos Sintomas de Rinite Alérgica em Crianças Atendidas no Ambulatório de Respirador Oral em um Hospital Universitário. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia; 2011; Curitiba: Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2011, 77 (6).
- BIANCHINI AP, GUEDES ZCF, HITOS S. Respiração oral: causa x audição. Revista CEFAC, 2009. 11 (suppl 1): 38 - 43