

MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR, MEDIDAS FACIAIS E ASPECTOS ORTODÔNTICOS DE CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS SUBMETIDAS A CIRURGIA DE ADENOTONSILECTOMIA.

Maria Fernanda Bagarollo, Michelle M. Takeshita*

Resumo

A respiração oral é um ato frequente na vida de crianças com hipertrofia de adenoide e amígdala, e esse modo respiratório traz consequências prejudiciais para o indivíduo, visto que pode ocorrer alteração no funcionamento das estruturas musculares e, conseqüentemente, no crescimento crafacial. O procedimento cirúrgico é essencial para que se reestabeleça a respiração nasal, prevenindo que o sujeito fique exposto à modificações orofaciais. O objetivo visa investigar mobilidade mandibular, medidas faciais e aspectos ortodônticos de crianças respiradoras orais por hipertrofia de adenoide e amígdala antes e após realização de adenotonsilectomia, buscando possíveis melhoras funcionais de modo espontâneo, não necessitando de um acompanhamento fonoaudiológico. Para a coleta foram formados dois grupos: o grupo estudo e o controle, composto por crianças de 3 à 12 anos. Para a avaliação foi aplicado os protocolos AMIOFE e MBGR, juntamente do registro em imagem.

Palavras-chave:

respiração oral, aspectos faciais, adenotonsilectomia.

Introdução

A respiração é um processo de extrema importância para o bom funcionamento do organismo e quando realizada de maneira incorreta provoca alterações no desenvolvimento físico e funcional de várias estruturas orofaciais^{1,2}. Sabe-se que o desenvolvimento facial possui crescimento rápido, sendo papel crucial o surto de crescimento³. Por isso, a respiração incorreta deve ser tratada o quanto antes, quando isso não ocorre a criança será enquadrada na síndrome do respirador oral apresentando características típicas^{2,4}.

O procedimento cirúrgico só é recomendado nos casos em que a hipertrofia não regrida e, quando realizado precocemente – até aproximadamente 4 anos – é capaz de reverter mudanças craniofaciais associadas a síndrome do respirador oral^{4,5}. Se as alterações permanecerem será necessário intervenção fonoaudiológica⁶.

Considerando o exposto, o objetivo visa investigar mobilidade mandibular, medidas faciais e aspectos ortodônticos de crianças respiradoras orais por hipertrofia de adenoide e amígdala antes e após realização de adenotonsilectomia buscando possíveis melhoras funcionais de modo espontâneo, não necessitando de um acompanhamento fonoaudiológico.

Resultados e Discussão

Foram avaliadas neste um ano de pesquisa 33 crianças do Grupo Estudo (GE), onde 17 pertencem a faixa etária de 3 a 5 anos e 16 de 6 a 12 anos, sendo 12 meninas e 21 meninos, enquanto que no Grupo Controle (GC) foram 30 crianças, sendo 20 de 3 a 5 anos e 10 de 6 a 12 com total 12 meninas e 18 meninos. Para a avaliação foi aplicado o AMIOFE e MBGR, além do registro de filmagem e os dados foram tabulados e tratados estatisticamente. Esse estudo faz parte de um grande projeto com continuidade de mais dois anos e, por isso, os dados pós cirúrgicos ainda estão sendo coletados.

Os movimentos mandibulares encontrados no GC e no GE nos sujeitos de 6 a 12 anos estão de acordo com a normalidade, entretanto, para os de 3 a 5 os movimentos de lateralidade para ambos os lados e protrusão não foram realizados por algumas crianças.

As médias das medidas faciais (Terço Superior (TS), Terço Médio (TM) e Terço Inferior (TI)) e Abertura de Boca (AB) de ambas as faixas etárias encontradas no GC foram 47,5 para TS, 44,28 para TM, 48,89 para TI e 37,5 para AB, já para o GE foram 49,51 para TS, 50,30 para TM, 53,8 para TI e 37,7 para AB. Comparando os dois grupos chega-se à conclusão de que não há diferença significativa entre os grupos.

Através da análise dos dados é possível afirmar que os movimentos mandibulares e medidas faciais não demonstram alterações quando comparado GE ao GC.

Conclusões

Diante dos resultados obtidos é possível constatar que as crianças respiradoras orais após a cirurgia de adenotonsilectomia não irão necessitar de acompanhamento fonoaudiológico para reestabelecer movimentos mandibulares e medidas faciais.

Agradecimentos

Agradeço ao SAE/Unicamp e ao AME/Santa Bárbara d'Oeste por tornarem essa pesquisa possível.

¹ VERON HL, ANTUNES AG, MILANES JM, CORREA ECR. Implicações da respiração oral na função pulmonar e músculos respiratórios. *Revista CEFAC* 2016 Jan-Fev [acesso em 26 Jan 2018]; 18(1):242-251.

² MITRE EI. Respiração. In: MITRE EI, MARCHESAN IQ, ZORZI JL. *Conhecimentos essenciais para atender bem a inter-relação otorrinolaringologia e fonoaudiologia*. Pulso Editorial; 2003. p. 81-84

³ CUNHA ACPP, SANTOS-COLUCHI GG, SOUZA LBR. *Ortodontia e Fonoaudiologia na prática clínica*. Livraria e Editora Revinter Ltda; 2011. p. 6-7

⁴ MARMITT NRF, SOUZA JEP, JUNIOR PA, ANGELETTI P, SILVA PRD. A influência das tonsilas faríngeas e palatinas no desenvolvimento craniofacial. *Revista OrtodontiaSPO* 2009 Out-Dez [acesso em 30 Jan 2018]; 42(1):60-6.

⁵ ARUN T, ISIK F, SAYINSU K. Vertical growth changes after adenoidectomy. *Angle Orthodontist* 2003 [acesso em 30 Jan 2018]; 73:146-50.

⁶ ANDRADE-BALIEIRO FB, AZEVEDO R, CHIARI BM. Aspectos do sistema estomatognático pré e pós-adenotonsilectomia. *CoDAS* 2013; 25(3): 229-235.