

Teresa Cristina dos Reis
Carvalho Quaglia

O adolescente respirador bucal

A respiração nasal é essencial ao bem-estar do organismo e ao desenvolvimento harmonioso da face.

Respirar pela boca é transgressão dessa função vital e não apenas um mau hábito, mas um distúrbio que traz inúmeras conseqüências, como alterações posturais, infecções das vias aéreas superiores, má oxigenação do cérebro, dificuldades alimentares e atraso no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

O crescimento craniofacial harmonioso necessita da respiração nasal, do bom funcionamento do sistema estomatognático (boca, músculos faciais e ossos) e do perfeito vedamento labial.

> ANATOMIA NASAL

A parede medial é composta pelo septo nasal, e a parede lateral compreende: a) vestibulo e válvula nasais (provocam resistência ao fluxo aéreo); b) conchas ou cornetos nasais (aumentam a superfície mucosa e regulam o fluxo de ar através da alternância do conteúdo vascular); e c) meatos: inferior – desemboca o canal nasolacrimal; médio – desembocam os ósteos dos seios anteriores (maxilares, etmoidais anteriores e frontal); superior – desembocam os ósteos dos seios posteriores (etmoidais posteriores e esfenoidal).

> FISILOGIA NASAL

Funções do nariz:

1. reflexógena (reação vasomotora);
2. corredor de drenagem (através do transporte mucociliar);
3. fluxo aéreo nasal;
4. aquecimento do ar inspirado;
5. umidificação do ar inspirado;
6. filtração do ar (através das vibrissas e do muco);
7. iniciador das respostas imunes para antígenos inalados;
8. olfato;

Otorrinolaringologista do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ); coordenadora do Programa Caras & Bocas – Saúde Oral para Adolescentes (NESA/UERJ); coordenadora do Projeto Respirar – Reabilitação do Respirador Bucal (NESA/UERJ).

9. fonação (ressonância das consoantes nasais M e N);
10. estética (auto-estima, características raciais).

DEFINIÇÃO DA SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

A síndrome do respirador bucal se caracteriza por uma obstrução das vias aéreas superiores que leva o paciente ao hábito de respirar pela boca. Como conseqüência ocorre uma adaptação postural, que é seguida por modificações nas arcadas dentárias e, posteriormente, no esqueleto ósseo da face, além de infecções e má oxigenação cerebral.

CAUSAS

OBSTRUTIVAS

- Hipertrofia de vegetações adenóides.
- Rinites crônicas: alérgica, infecciosa, por drogas, hormonal e idiopática.
- Por irritantes, atrofica.
- Tonsilite crônica hipertrófica.
- Desvio septal.
- Massas nasais: pólipos, corpos estranhos, tumores.
- Fossas nasais estreitas: síndromes.
- Macroglossias.
- Síndrome de Pierre Robin (hipoplasia mandibular).

NÃO-OBSTRUTIVAS

- Insuficiência labial.
- Hábito vicioso

SINAIS E SINTOMAS

- Alteração: face, oclusão, postura, equilíbrio e marcha; fonação, dicção, audição, olfato e paladar; mastigação, deglutição, digestão e eliminação.
- Vícios e hábitos.
- Distúrbios de crescimento, desenvolvimento, con-

centração, atenção, aprendizado e sono.

- Infecções respiratórias.
- Cáries e gengivites.
- Cansaço físico (preguiça) e fadiga.
- Roncos, baba, boca aberta, apnéias noturnas, bruxismo e boca seca.
- Alteração de comportamento: retraimento, prostração e derrotismo.

▶ ALTERAÇÕES MORFOFUNCIONAIS DA SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

ALTERAÇÕES NA REGIÃO ORONASOFARINGIANA

1. Nariz: a) narinas: perdem volume e elasticidade pelo desuso; tornam-se estreitadas e achatadas; b) mucosa nasal: atrofiada pelo desuso; voz anasalada; ação bacteriostática perdida, acarretando infecções; olfato prejudicado (e concomitantemente o paladar, levando a perda do apetite); e c) cornetos: ingurgitados.

2. Nasofaringe: a) tecido linfóide hiperplasiado; b) hiperplasia das adenóides levando à oclusão da tuba auditiva, o que acarreta diminuição da audição (por otite média com efusão ou disfunção tubária).

3. Cavidade oral: a) lábios: flácidos, abertos; lábio superior hipotônico, encurtado e elevado sobre os dentes incisivos; lábio inferior pesado e evertido, abaixo e atrás dos incisivos superiores – a ação modeladora dos lábios sobre os incisivos superiores está perdida, acarretando protusão dos incisivos superiores; b) gengivas: hipertrofiadas e inflamadas (gengivite); c) língua: suspensa entre as arcadas ou no assoalho da boca (perda da ação modeladora sobre o palato e prejuízo da sua tonicidade); d) maxila: formato em V (devido à contração dos segmentos bucais e à protusão dos dentes anteriores); palato em ogiva (fundo) e atrésico; e) mandíbula: retraída, mantendo a boca aberta, acarretando má oclusão (mordida aberta).

▶ ALTERAÇÕES POSTURAIS

1. Face: alongada e estreitada (fácies adenoideiana); protusão da maxila e retrusão da mandíbula; olhar embaçado, boca aberta, narinas estreitadas. Aparência abobalhada, distraído, ausente.

2. Cabeça: Para respirar melhor o respirador bucal flete o pescoço para frente, retificando o trajeto das vias aéreas superiores para o ar chega mais rápido aos pulmões.

3. Pescoço, tórax, abdome e membros:

a) pescoço: flexão deste para frente; comprometimento da musculatura do pescoço e cintura escapular; coluna cervical retificada;

b) tórax: omoplatas elevadas; região anterior deprimida; acentuação da cifose torácica; pequena ação do diafragma, causando relaxamento;

c) abdome: o relaxamento do músculo reto abdominal associado a ingestão de ar causa distensão abdominal; acentuação da lordose;

d) membros: superiores – braços posicionados para trás; inferiores – pés chatos. Para equilibrar o corpo que tende a ir para frente e para baixo, o respirador bucal faz compensações posturais que afetam o equilíbrio do corpo, causando tropeços e quedas.

Todas essas alterações são mecanismos de compensação e adaptação, sendo contínuas e cumulativas.

◀ ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

O ar que entra pela boca sem a ação das narinas (filtração, aquecimento, umidificação e ação microbiana) é de baixa qualidade e compromete a hematose (trocas gasosas).

Observam-se então cansaço físico; apnéia noturna; deglutição de ar; infecções do aparelho respiratório; má oxigenação cerebral (com alterações no traçado do EEG), acarretando dificuldade de atenção e concentração e levando a baixos rendimentos escolar e intelectual e a alterações do sono.

◀ ALTERAÇÕES DO METABOLISMO BASAL

A mastigação deficiente (vertical, com perda dos movimentos de lateralidade) faz com que o respirador bucal não consiga macerar folhagens e fibras. Acrescentem-se a isso a diminuição do paladar e as infecções de repetição. Conseqüentemente esse paciente alimenta-se mal e pouco, além de deglutir ar (engole e respira ao mesmo tempo), acarretando prejuízo na absorção de alimentos, flatulência e prejudicando o expelir do bolo fecal.

◀ DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

O diagnóstico é feito através de:

1. exame físico: cavidades oral e nasal (endoscópico) e ouvido; exame físico geral;
2. avaliação da função respiratória;
3. exames radiográfico e tomográfico:
 - raios X *cavum*: avaliar o perfil mole da face e o trajeto das vias aéreas;
 - raios X dos ossos da face: avaliar crescimento e desenvolvimento dos ossos;
 - panorâmicas dentárias;
 - raios X da coluna vertebral e dos ossos da mão: avaliar a postura e a idade óssea;
4. fotográfico: comparar os resultados;
5. outros: teste de sensibilidade cutânea (alergia), avaliação audiométrica.

tia: extrações; ortodôntico corretivo: através do uso de aparelhos fixos e/ou móveis; cirúrgico bucomaxilofacial: correção das deformidades ósseas.

3. Fonoaudiológico: consiste em reabilitação miofuncional e reeducação – conscientização respiratória e postural.

4. Nutricional: consiste em orientar o consumo de alimentos com alto teor calórico; alterar a consistência até a ingesta preferencial de alimentos mais sólidos e evitar dietas cariogênicas.

5. Outros: ortopédico (deformidades); fisioterapêutico (postural); saúde mental (suporte psicológico).

Os benefícios do tratamento combinado são essenciais no tocante a imagem corporal, estética, fala e crescimento e desenvolvimento do adolescente.

> TRATAMENTO DA SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

A medicina dividiu a face em especializações, mas o organismo não respeita essas divisões. A face funciona como um todo harmônico, portanto, para o tratamento desta síndrome a integração entre as especialidades é imprescindível. A consciência do enfoque interdisciplinar na abordagem desta síndrome é o paradigma norteador do êxito terapêutico. O ideal é interceptar a presença da respiração bucal tão logo seja percebido o processo e interromper o ciclo de compensações e adaptações posturais. O grau de intensidade das alterações estruturais está diretamente relacionado ao tempo de evolução da síndrome e à intensidade da obstrução.

1. Otorrinolaringológico: é o tratamento da causa. Pode ser clínico: rinites; cirúrgico: hipertrofia das adenóides, pólipos, septo e tumores.

2. Odontológico: dentística: cáries; endodontia: tratamento de canal; periodontia: gengivites; exodon-

PREVENÇÃO DA SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL <

Inicia-se desde o nascimento:

- estimulando a *amamentação materna* por período superior a oito meses; em caso de uso de mamadeira, manter o bico original para estimular a sucção, bem como usar bicos ortodônticos;
- desencorajar o uso de chupetas, canudos, chupar dedo e quaisquer outros hábitos viciosos;
- manter boa higiene bucal (inclusive com os dentes decíduos);
- estimular a mastigação correta dos alimentos (lateralização);
- estimular o consumo de alimentos fibrosos, duros e secos e evitar os liquefeitos para exercitar os maxilares;
- estimular exercícios faciais (estalar a língua, assobiar e bochechar).

REFERÊNCIAS

1. Aragão W. Respirador bucal. *Jornal de Pediatria*. 1988; 64(8): 349.
2. Campos O. Tratado de otorrinolaringologia. Parte III – Rinologia. São Paulo: Ed. Roca, 1994.
3. Carvalho GD. SOS respirador bucal. Ed. São Paulo: Lovise, 2003.
4. Eisenstein E, Coelho K. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades. No prelo.
5. Maakaroun MF. Tratado de adolescência. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica, 1991.
6. Messler M, Schour I. Atlas of the mouth and adjacent parts in health and disease. 3 ed. Chicago: American Dental Association, 1948.
7. Quaglia T. Síndrome do respirador bucal. In: A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades. No prelo.
8. Saffer M. A criança respiradora bucal. In: Il Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO, 1999.
9. Weckx LLM. O homem nasceu para respirar pelo nariz. In: Respirador bucal. São Paulo: Apostila Schering-Plough.