

### Quais os sintomas envolvidos e como manejar a Síndrome da Respiração Oral?

Autor: Vanessa Cristina Saltarello Arantes

Revisor: Débhora Ísis Barbosa e Silva

Descritor: Respiração Bucal, Sinais e Sintomas

Publicado em: 07 de junho de 2016

O paciente respirador oral apresenta semi-obstrução nasal intermitente ou persistente, respiração ruidosa e roncos. Apresenta fluxo respiratório total ou parcial pela boca. Dorme de boca aberta, pode apresentar salivação, ter prurido nasal, agitação e frequentemente distúrbios do sono. A dificuldade respiratória varia entre formas mais leves de ronco até quadros de apnéia. As funções fisiológicas da cavidade oral como a mastigação, fonação, fala e deglutição encontram-se alteradas nessas crianças (1). A síndrome da respiração oral se inclui dentro dos Distúrbios Respiratórios Obstrutivos do Sono (*Sleep disordered breathing - SDB*). Associa-se com vários problemas na saúde e com a piora da qualidade de vida na infância e adolescência. Devido ao distúrbio e interferência na qualidade do sono são relatados problemas comportamentais, de inteligência, déficits de atenção, queda no desempenho escolar, maior prevalência de distúrbios neuropsicológicos, comprometimento do crescimento e alterações cardiovasculares (5). São descritos postura corporal inadequada, distúrbios hormonais, sonambulismo e enurese noturna. Aumento vertical do terço inferior da face, arco maxilar estreito, palato em ogiva, halitose, má oclusão dentária (mordida aberta, incisivos superiores protruídos), lábio inferior evertido, hipotonia dos elevadores de mandíbula e hipotonia lingual, alterações da postura de língua em repouso, na deglutição e na fala e alterações da mastigação e vocais também são frequentes (2). A prevalência dessa patologia varia entre 0,1% a 13 %. Incide principalmente em crianças de 2 a 8 anos, coincidindo com o pico da hiperplasia dos tecidos linfóides. É mais comum entre meninos e crianças obesas ou com sobrepeso (3,6).

### Complementação

O profissional de saúde deve sempre buscar a etiologia da síndrome do respirador bucal. Entre as etiologias capazes de promover um padrão oral à respiração, destacam-se as condições alérgicas, obstrutivas e funcionais. Dentre as causas alérgicas, destacam-se as rinites, rinosinusites alérgicas (e, nesse caso, além do quadro clínico acima, estarão presentes o prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorreia serosa ou seromucosa) e rinosinusite infecciosa crônica. As causas obstrutivas são os fatores que dificultam a passagem de ar pelo nariz, forçando o estabelecimento do padrão respiratório oral, quais sejam: alterações de septo nasal, grandes hiperplasias adenotonsilares e de conchas nasais,

corpos estranhos e polipose nasal. A respiração oral é caracterizada como funcional quando não há componentes alérgicos e ou obstrutivos associados. O indivíduo adquire o hábito de respirar pela boca, contando com a acomodação da musculatura além de alterações ósseofaciais. As causas funcionais apresentam relevância na faixa pediátrica. Destacam-se entre elas o hábito de sucção de chupetas e dedos, o uso de mamadeira, a falta do aleitamento materno e a posição do bebê no berço (2,4,5). De acordo com a anamnese e o exame físico, por vezes é necessário a realização de exames complementares para definição das intervenções a serem realizadas. Radiografia de nasofaringe (ou de cavum), endoscopia nasal polissonografia e avaliação aleorgológica podem ser solicitadas (2). Como a doença é multifatorial, geralmente a abordagem necessitará ser multidisciplinar. O tratamento visa à correção do fator causal da SDB. A adenotonsilectomia, a abordagem da rinite alérgica e tratamento ortodôntico são medidas terapêuticas frequentemente necessárias nesse grupo de crianças. A instalação da pressão positiva contínua de vias aéreas (CPAP) pode ser necessária para os casos graves e refratários, geralmente em crianças com doenças de base associadas. O acompanhamento dessas crianças revela que doenças estruturais e neuromusculares reduzem a resposta ao tratamento e que a obesidade é fator de risco para recorrência do quadro na adolescência. A abordagem multidisciplinar deve ser definida individualmente e poderá necessitar da participação do Médico da atenção primária (médico de família e comunidade e/ou pediatra), alergista, otorrinolaringologista, neurologista, psiquiatra, ortodontista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, entre outros (5,6).

## Bibliografia

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_respiratorias\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf) >. Acesso em: 02 jun 2016.
2. BECKER, H. M. G, et al. Respirador bucal. In: LEÃO, Ennio, et al. **Pediatria Ambulatorial**. 4 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005 ; 48; p. 487-493.
3. OLIVEIRA, Dayana Kelly S; NASCIMENTO, Débora Dupas G ; GOMES, Lidiane da S. **Prevalência da relação entre as alterações posturais e odontológicas na síndrome do respirador bucal em crianças de uma Unidade Básica de saúde da Família**. Revista Brasileira Saúde da Família. Ministério da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 14 (34) ; p. 50 -56. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_brasileira\\_saude\\_familia\\_34.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_brasileira_saude_familia_34.pdf) >. Acesso em: 02 jun 2016.

4. TING AU, Chun ; MARTIN LI, Albert. **Obstructive Sleep Breathing Disorders**. Pediatric Clin of North Am, 2009. 56 (1) ; p.243–259. Disponível em: <[http://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955\(08\)00202-2/pdf](http://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955(08)00202-2/pdf)>. Acesso em: 02 jun 2016.
5. HALBOWER, Ann C ; ISHMAN, Stacey L ; McGinley, Brian M. **Childhood Obstructive Sleep-Disordered Breathing: A Clinical Update and Discussion of Technological Innovations and Challenges**. Chest, 2007; 132 (6) ; P. 2030-2041.
6. LUMENG, Jullie C ; CHERVIN, Ronald D. **Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea**. Proc AmThorax Soc, 2008; 5(2): p. 242-252. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645255/pdf/PROCATS52242.pdf>>. Acesso em: 02 jun 2016.