

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2016-2019

83

Março
2018



**Grupo de Trabalho
Saúde Oral**

Sucção e
respiração oral no
desenvolvimento
da dentição

**Departamento de
Gastroenterologia**

O que é refluxo
gastroesofágico?



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Sucção e respiração oral no desenvolvimento da dentição

A presença de hábitos de sucção e da respiração oral na infância tem correlação direta com alterações da oclusão dentária e do desenvolvimento craniofacial. Os pais e pediatras precisam estar conscientes desse fato, receber orientações preventivas e as possibilidades de tratamento assim que esses distúrbios dentários e funcionais estejam se instalando.^{1,2}

São considerados hábitos orais deletérios: sucção de chupeta, sucção digital, sucção de língua e lábios, uso de mamadeira e respiração oral. Vários estudos mostram que esses hábitos são fatores etiológicos decisivos na prevalência de oclusopatias.^{3,4} Chupeta, sucção digital e respiração oral são fatores de risco para mordida aberta^{3,5} e para mordida cruzada posterior (Figura 1 e Figura 2).³ Considera-se também que as oclusopatias presentes na dentição decídua (primeira dentição) são fatores de risco para a dentição mista e permanente.⁶



Figura 1
Mordida aberta anterior devido à sucção de chupeta em criança de 4 anos de idade. Dentição decídua (primeira dentição; dentes de leite). Observa-se que os dentes anteriores superiores (incisivos) não encostam nos dentes inferiores, levando à mordida aberta anterior. A presença da chupeta interfere na completa erupção dos dentes anteriores, prejudicando a função de corte e facilitando a interposição da língua.



Figura 2
Mordida aberta anterior devido à sucção de dedo em criança de 8 anos de idade. Dentição mista apresenta alguns dentes permanentes e alguns dentes decíduos (de leite). A presença do dedo tem maior efeito nocivo na posição dos dentes anteriores, abre a mordida e leva à protrusão da maxilar.

Autora:

Patrícia Camacho Roulet

**DEPARTAMENTO DE
GRUPO DE TRABALHO
SAÚDE ORAL**

Gestão 2016-2019

Coordenador:

Sylvia Lavínia M. Ferreira

Vice-coordenador:

Cristina G. Del Conte

Secretário:

Vera Regina M. Dishchenian

Membros:

Adriana Cátia Mazzoni, Carla Todescan, Doris Rocha Ruiz, Liliána Takaoka, Lucia Coutinho, Maria do Carmo Bertero, Patrícia Camacho Roulet, Regina Donnamaria Morais, Renata C. Di Francesco, Sílvia Chedid.

Expediente

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo
Triênio 2016 – 2019

Diretoria Executiva Presidente:

Claudio Barsanti

1º Vice-Presidente:
Lilian dos Santos R. Sadeck

2º Vice-Presidente:
Marcelo Pinho Bittar

Secretário Geral:
Mária Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:
Sulim Abramovici

2º Secretário:
Fábio Eliseo F. Álvares Leite

1º Tesoureiro:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro:

Gláucia Veiga Corrêa

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Assistente editorial:

Rafael Franco

Departamentos Científicos

Diretoria Executiva:

Renata Dejtiar Waksman

Departamentos Científicos:

Rubens Feferbaum

Grupos de Trabalho e Núcleo de Estudo:

João Coriolano Rego

Barros



Produção editorial:

Luce Editora e Artes Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

© Selvam Raghupathy

Dreamstime.com

O tratamento preventivo das oclusopatias e da respiração oral inicia-se na amamentação, que é o melhor estímulo de desenvolvimento das funções orofaciais, pois o esforço muscular realizado pelo bebê com a boca e demais estruturas relacionadas tonifica a musculatura da face, língua, lábios e bochecha, propiciando o vedamento labial que vai auxiliar na instalação do padrão da respiração nasal. Pode-se constatar em estudos de revisão sistemática e metanálise que a amamentação diminui o risco de oclusopatias.⁷

Sabe-se que, quanto maior o tempo de amamentação, menor o risco de aquisição de hábitos de sucção não-nutritivos.⁸ As consequências dos hábitos orais na harmonia das arcadas dependem da frequência e da duração desses costumes. Observou-se que crianças com curto período de amamentação (inferior a seis meses) apresentaram quatro vezes mais chance de possuírem o hábito de chupeta. Crianças com hábito de sucção de chupeta por mais de três anos evidenciaram maior possibilidade de terem alterações de protrusão maxilar e aquelas com hábito de sucção digital prolongado estiveram mais propensas à mordida aberta anterior.⁹

Porque as crianças começam a respirar pela boca?

Quando ocorre o bloqueio das vias nasais por qualquer motivo, a criança reage respirando pela boca. Após a eliminação da causa da obstrução, a respiração nasal deve voltar ao normal. Entretanto, se os problemas respiratórios tornam-se frequentes, a recuperação plena da respiração nasal pode não se restabelecer, diminuindo o estímulo necessário para o desenvolvimento espacial das fossas nasais e dos seios



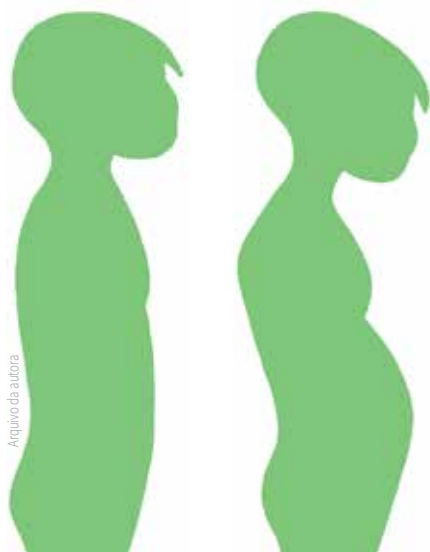
Figura 3

Criança de 8 anos de idade que apresenta síndrome do respirador oral. Observa-se a face característica do respirador oral: olhos caídos, olheiras e narinas estreitas, lábio superior curto e falta de selamento labial.

maxilares. Os lábios permanecem sem contato e se tornam hipotônicos e a língua abaixa para assoalho bucal e passa, assim, a não estimular mais o palato, levando à atrofia deste e do arco dentário superior.¹⁰

O respirador oral apresenta as seguintes características:¹⁰

- Alterações faciais: olhos caídos, olheiras e narinas estreitadas (Figura 3);
- Alterações posturais (Figura 4): fraqueza ou tensão de músculos (peitorais, escapulares, pescoço, região lombar, anteriores do quadril e tendão dos isquiotibiais), ombros para frente comprimindo o tórax, vícios posturais (cabeça, lordose/cifose, escápulas, pelve), ventre proeminente, alterações na planta dos pés, dor em coluna, etc.;
- Alterações nos órgãos fonoarticulatórios: lábio superior curto, lábio inferior evertido, falta de selamento labial, ressecamento labial, língua no assoalho da boca;
- Alterações das funções estomatognáticas: alterações na mastigação e na deglutição;
- Alterações da oclusão dentária: mordida aberta anterior, sobremordida, mordida cruzada, retrognatismo, falta de espaços para os dentes anteriores (Figura 5);



Arquivo da autora

Figura 4
 Comparação entre a postura do respirador nasal (à esquerda) e respirador oral (à direita). O respirador oral apresenta ombros para frente comprimindo o tórax, vícios posturais (cabeça, lordose/cifose, escápulas, pelve) e ventre proeminente.

- Alterações craniofaciais: crescimento facial predominantemente vertical, ângulo goníaco aumentado, pála-to estreito e profundo, alterações na ATM (articulação temporomandibular);
- Alterações psíquicas: ansiedade, impulsividade, hiperatividade, agressividade, falta de concentração e dificuldades escolares;
- Outras alterações: alteração do sono, ronco, baba e enurese noturna, cansaço frequente, sonolência diurna, inapetência, falta de coordenação global e menor rendimento físico.

Na Síndrome do Respirador Oral é indicado o tratamento transdisciplinar, envolvendo profissionais das seguintes especialidades, dentre outras: Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Odontologia - Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.

Cada paciente deve ser avaliado individualmente, de acordo com a idade e gravidade do caso e a interação e diálogo entre os profissionais envolvidos no tratamento é fundamental para correção do problema.

Deve-se incentivar a manutenção das vias aéreas sempre limpas e desobstruídas, pois é importante para o desenvolvimento harmônico da face e dos ossos maxilares.¹¹ A limpeza é feita com soro fisiológico (solução salina 0,9%), injetado em seringas descartáveis de 5mL, sem o uso da agulha. Pode estar associada à massagem nasal lateral, através de movimentos circulares com o dedo indicador na região nasal lateral, 10 vezes de cada lado. Posteriormente, a criança assoa um lado do nariz por vez, em lenço de papel, retirando toda a secreção.¹²

O tratamento ortopédico funcional e/ou ortodôntico

Referências:

1. Roulet PC, Chedid SJ, Corrêa FN, Corrêa MS. Estágios iniciais das oclusopatias na primeira infância. In: Chedid SJ, editor. Ortopedia e ortodontia para a dentição decidua: atendimento integral ao desenvolvimento da oclusão infantil. São Paulo: Santos; 2013. p.195-221.
2. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2016;36:386-94.
3. Corrêa-Faria P, Ramos-Jorge ML, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS. Malocclusion in preschool children: prevalence and determinant factors. Eur Arch Paediatr Dent. 2014;15(2):89-96.
4. Lopes Freire GM, Espasa Suarez de Deza JE, Rodrigues da Silva IC, Butini Oliveira L, Ustrell Torrent JM, Boj Quesada JR. Non-nutritive sucking habits and their effects on the occlusion in the deciduous dentition in children. Eur J Paediatr Dent. 2016;17(4):301-6.
5. Lima AA, Alves CM, Ribeiro CC, Pereira AL, Silva AA, Silva LF, Thomaz EB. Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. Inter J of Paed Dent. 2017;27:108-19.
6. Dimberg L, Lennartsson B, Amrup K, Bondermark L. Prevalence and change of malocclusions from primary to early permanent dentition: a longitudinal study. Angle Orthod. 2015;85(5):728-34.
7. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Cesar Gomes Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):54-61.



Figura 5

Criança com 4 anos de idade e síndrome do respirador oral. Dentição decidua. A língua permanece em posição inadequada (abaixamento da língua) que diminui o estímulo de crescimento na largura da maxila. Pode-se observar mordida cruzada posterior do lado direito do paciente associada à mordida aberta anterior.

tem como objetivo devolver a forma e a função das estruturas orais para permitir a melhora das condições da respiração, através de aparelhos fixos ou removíveis, além da correção dos dentes.¹⁰

Tratamento ortopédico funcional

Como nos respiradores orais as funções orais estão seriamente comprometidas, a Ortopedia Funcional dos Maxilares atua diretamente sobre o sistema neuromuscular, que comanda o desenvolvimento ósseo dos maxilares, podendo levar os dentes a ocuparem suas posições funcionais e estéticas. Essa forma de atuação deve criar novos reflexos posturais (da língua, dos lábios e da mandíbula) e outra dinâmica mandibular que produza e mantenha a harmonia do Sistema Estomatognático.¹³

Tratamento ortodôntico - ortopédico facial

A técnica da Expansão Rápida da Maxila ou Disjunção Maxilar é muito indicada para o tratamento do respirador oral, na fase da dentição mista. Porém, em alguns casos de crianças muito pequenas, que apresentem alto grau de dificuldade respiratória, a expansão rápida da maxila pode ser indicada dos três aos cinco anos de idade.¹⁰ A consequência/resultado da expansão rápida da maxila é o aumento do fluxo aéreo nasal, melhorando a respiração nasal e também as atividades diárias, incluindo o desempenho escolar.¹⁴

Estudos realizados por meio de tomografias computadorizadas avaliaram os efeitos produzidos a curto prazo pela expansão rápida da maxila nas dimensões das vias aéreas superiores, bem como o impacto desta terapia na qualidade de vida. Verificaram que a expansão rápida da maxila promoveu um aumento significativo no volume das vias aéreas, da nasofaringe e cavidades nasais, assim como nas larguras anterior e posterior do piso nasal (2,8mm em média), com melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes respiradores orais com atresia maxilar.¹⁵

Assim, deve-se intervir tão logo estejam presentes esses fatores etiológicos de má oclusão para prevenir seu desenvolvimento ou agravamento e promover o crescimento equilibrado.²

8. Narbutytė I, Narbutytė A, Linkevičienė L. Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2013;15(3):67-72.

9. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breastfeeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatr*. 2015;15:46-55.

10. Carvalho GD. SOS Respirador Bucal - uma visão funcional e clínica da amamentação. 2ª ed. São Paulo: Lovise; 2010.

11. Gribel MN, Silva JM, Cardoso ML, Gribel BF. Distúrbios de oclusão - reconhecimento, prevenção, orientação. In: Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, editores. *Tratado de Pediatria - v.2*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2017. p. 2359-68.

12. Melo AC, Gomes AO, Cunha DA, Lima SJ, Lima WR, Cunha RA, et al. Mudança nas áreas nasais em crianças com respiração oral após a limpeza e massagem nasal. *CoDAS*. 2016;28(6):770-7.

13. Simões WA. Princípios fundamentais da ortopedia funcional dos maxilares e suas características básicas. In: Simões WA, editor. *Ortopedia funcional dos maxilares - volume 1*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.56-74.

14. Torre H, Alarcón JA. Changes in nasal air flow and school grades after rapid maxillary expansion in oral breathing children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(5):865-70.

15. Izuka, EN, Feres MF, Pignatari SS. Immediate impact of rapid maxillary expansion on upper airway dimensions and on the quality of life of mouth breathers. *Revista Dental Press J Orthod*. 2015;20(3):43-9.