

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Thalita Almeida dos Santos

**TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO EM PACIENTE PORTADOR DA
SINDROME DE MOEBIUS**

JOÃO PESSOA

2016

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Thalita Almeida dos Santos

**TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO EM PACIENTE PORTADOR DA
SINDROME DE MOEBIUS**

Artigo científico apresentado ao curso de especialização *Lato Sensu* do Núcleo de Estudos e Aperfeiçoamento Odontológico - NEAO, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia

Orientador: Prof. Ms. Guaracy Fonseca Jr.

JOÃO PESSOA

2016

SANTOS, Thalita Almeida dos.

Tratamento Orto-Cirúrgico em Paciente Portador da Síndrome de Moebius/Thalita Almeida dos Santos-2016

32f.

Orientador: Guaracy Lyra de Fonseca Júnior.

Artigo(especialização)-Faculdade FACSETE-2016.

1.Ortodontia. 2.Paralisia facial. 3. Síndrome

I.: Tratamento Orto-cirurgico em Paciente Portador da Síndrome de Moebius. II.: Guaracy Lyra da Fonseca Júnior

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Artigo intitulado "TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO EM PACIENTE PORTADOR DA SINDROME DE MOEBIUS " de autoria da aluna Thalita Almeida dos Santos aprovada pelo seguinte professor:



Prof. Ms. Guaracy Lyra da Fonseca Júnior- NEAO/ João Pessoa

4/3/16.

RESUMO

A odontologia tem contribuído de forma incisiva no tratamento de pacientes portadores da síndrome de Moebius, tendo em vista que estes possuem alterações na região buco-maxilo facial que dificultam a interação social destes indivíduos na sociedade. Entre as características de interesse da Odontologia podemos citar a micrognatia, retrognatia, mordida aberta, palato atrésico, que comprometem a estética facial, a oclusão, deglutição, a fala e a função mastigatória. Assim o tratamento orto-cirúrgico é a alternativa de escolha quando se visa a melhoria estética facial e da oclusão, retirando o paciente de um quadro de reclusão social. No caso clínico relatado o paciente apresentava retrusão mandibular e maxilar e mordida aberta, assim foi submetido ao preparo ortodôntico para realização de cirurgia de avanço e intrusão de maxila e avanço de mandíbula e mento com rotação anti-horária da mandíbula. É imprescindível na realização do tratamento orto-cirúrgico destes pacientes a participação de profissionais da medicina e da fonoaudiologia bem como acompanhamento psicológico para o sucesso terapêutico como um todo.

Palavras-chave: Ortodontia. Paralisia facial. Síndrome.

ABSTRACT

Dentistry has contributed incisively in the treatment of patients with Moebius syndrome, given that they have changes in facial oral and maxillofacial region that hinder social interaction of these individuals in society. Among the features of interest of dentistry we can mention the micrognathia, retrognathia, open bite, atresic palate, compromising facial aesthetics, occlusion, swallowing, speech and chewing. Thus ortho-surgical treatment alternative is the choice when the aim is to improve facial aesthetics and occlusion, removing the patient from a social withdrawal above. In the clinical case reported the patient had mandibular retraction and jaw and open bite, so it was submitted to orthodontic preparation for conducting advancement surgery and intrusion jaw and jaw and chin forward with anti-clockwise rotation of the mandible. It is essential in making the ortho-surgical treatment of these patients attended by medical professionals and speech therapy and psychological counseling for therapeutic success as a whole.

Keywords: Orthodontics. Facial paralysis. Syndrome.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Moebius foi relatada pela primeira vez por Von Graef em 1882 e, mais tarde, em 1892, detalhada por Paul Julius Moebius, se caracterizando por uma anomalia congênita que desenvolve incapacidade do indivíduo de produzir expressões faciais associada à má formação nos membros.¹

As causas para a síndrome de Moebius ainda não são totalmente conhecidas, entretanto, são propostos fatores etiológicos de base genética e ambiental. No Brasil, especificamente, os casos dessa síndrome aumentaram depois da comercialização do Cytotec, usado no tratamento de úlceras gástricas, entretanto, com o conhecimento pela população de seu valor abortivo tem sido usado de forma indiscriminada por gestantes.²

As pessoas portadoras desta síndrome podem ser vítimas de um estigma social devido a sua incapacidade de interagir com as outras pessoas por meio de movimentos simples de expressão facial, como sorrir e franzir a testa. Além disso, podem ainda ter que se adaptar a outros tipos de problemas advindos dessa síndrome, como dificuldade de movimentação lateral dos olhos, anomalias nos membros e também dificuldade na fala devido à paralisia dos lábios e hipoglossia da língua, levando a uma dificuldade na interação social.³ A capacidade cognitiva dos pacientes portadores da síndrome de Moebius se mostra, em sua maioria, preservada e, devido às inabilidades físicas, cria-se uma imagem de um comprometimento maior causando um impasse nas relações interpessoais.⁴

Tendo em vista a busca por uma inserção maior dos portadores desta síndrome no convívio social, tem-se a necessidade de promover terapêuticas que reabilitem estes pacientes, principalmente do ponto vista buco-maxilo-facial, que é uma das regiões mais afetadas pela síndrome.

PROPOSIÇÃO

Este artigo tem como proposta relatar um caso clínico em que foi realizado o tratamento orto-cirúrgico de um paciente portador da síndrome de Moebius.

REVISÃO DE LITERATURA

A síndrome de Moebius é descrita como uma alteração que ocorre nos pares de nervos cranianos acometendo, principalmente o VII par (nervo facial) e o VI par (nervo abducente) e, com menos frequência, o IX e o X, sendo o seu mecanismo fisiopatológico iniciado na fase embrionária se estendendo por todo período de crescimento do indivíduo.⁵

Tal interferência no desenvolvimento dos pares de nervos cranianos leva à manifestação de sinais clínicos que frequentemente caracterizam esta síndrome, como paralisia facial periférica, boca entreaberta, ausência de mímica facial e abdução ocular, alteração dentária e na fonação, fraqueza muscular na parte superior do corpo.^{6,7} Em alguns casos, tal síndrome vem acompanhada de deficiência mental, possivelmente revelando um comprometimento maior do sistema nervoso, não se limitando apenas aos nervos cranianos.⁸

Atualmente, as causas desta síndrome não estão bem definidas sendo apontadas como prováveis, a deficiência no nervo motor que inerva a face, ausência de tecido muscular para realização de movimentos e hereditariedade, sendo observados padrões de herança familiar que sugerem diferentes formas de herança que vão, desde autossômica recessiva, à autossômica dominante e ligada ao X.⁹ Fatores teratogênicos têm sido bastante relacionados à ocorrência dessa síndrome e, segundo alguns estudos, correlacionada ao uso de drogas durante a gestação como o Misoprostol.¹⁰

Segundo Freitas et al¹¹, outros fatores podem influenciar no desenvolvimento desta síndrome, como a hipertemia, diabetes gestacional, exposição de gestantes a agentes infecciosos ou drogas e também algum trauma ocorrido durante o parto que leve a uma isquemia fetal. Existe também a hipótese de uma diminuição no suprimento sanguíneo para a artéria subclávia, o que poderia explicar as anomalias encontradas nas extremidades do corpo dos portadores dessa síndrome.

A região buco-maxilo-facial é uma das mais afetadas no corpo do indivíduo, sendo esta, umas das primeiras a manifestar alterações ao nascimento como fechamento incompleto das pálpebras durante o sono e

dificuldade de sucção durante a amamentação. Mais tarde, pode-se observar acúmulo de saliva nas comissuras labiais e falta de modificação na expressão facial mesmo quando a criança sorri ou chora. São também características desta síndrome a úvula bífida, micrognatia, hipoplasia mandibular, atrofia da língua, retrognatismo, fenda palatina, palato atrésico, mordida aberta, estado permanente de boca semi-aberta, cárie e gengivite. ^{12,13,14}

O acompanhamento desta síndrome deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar devido a sua interferência na região buco-maxilo-facial, sendo necessária a intervenção de cirurgiões-dentistas, médicos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. ¹⁰

Raju¹⁵ relatou o caso de um paciente que se queixava da incapacidade de abrir a boca desde o seu nascimento. Ao realizar exames clínicos foi constatada a presença de comprometimento de quatro nervos faciais (Fig. 1): facial, oculomotor, hipoglosso, abducente, isso pois o paciente tinha perda das funções motoras do lado esquerdo; a língua apresentava desvio para o lado paralisado (Fig.2) e incapacidade de movimentação dos lábios e do olho esquerdo.



Fig. 1: Imagem mostrando o comprometimento do nervo facial, abducente, oculomotor, hipoglosso: Dificuldade na movimentação ocular, ptose e estrabismo; mordida aberta, lábio inferior protuído e sem motricidade e inexpressividade.

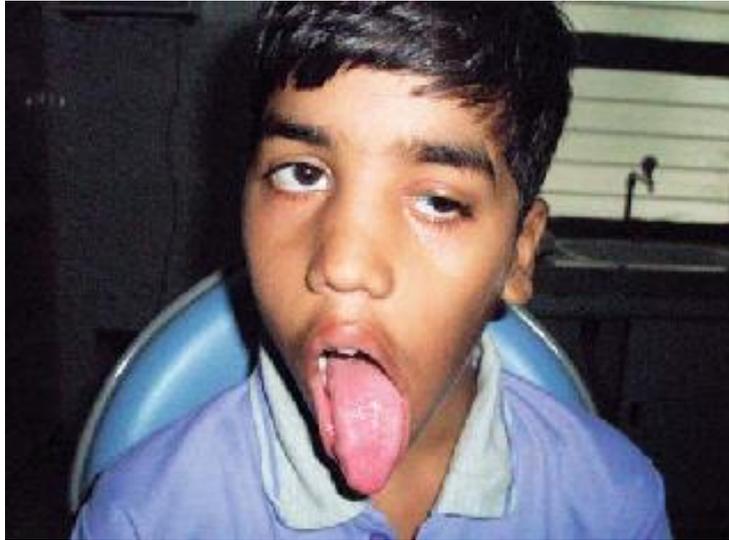


Fig. 2: Língua desviada para o lado do rosto paralisado, mostrando envolvimento do nervo hipoglosso.

Entre outras características intraorais foram verificadas presença de mordida aberta, macroglossia, língua fissurada e palato atrésico. Apesar de o paciente apresentar suas funções cognitivas e sensoriais normais, além de não possuir nenhuma anomalia nos membros superiores e inferiores, o mesmo foi diagnosticado com síndrome de Moebius, sendo encaminhado para o tratamento com equipe multidisciplinar incluindo ortodontistas, que realizariam o tratamento orto-cirúrgico das anormalidades oclusais (Fig. 3 e 4).



Fig. 3: Cefalometria lateral- presença de mordida aberta.



Fig. 4: Radiografia panorâmica

Albuquerque¹⁶ apresentou um protocolo para avaliação do sistema estomatognático do paciente, examinando a mobilidade, motricidade, tônus e postura dos órgãos fonoarticulatórios e as funções neurovegetativas. No quadro estão expostos os principais pontos avaliados pelo examinador.

Movimentação da cabeça	Rotação e lateralização: verificação de músculos afetados
Face	Identificar tipo facial
Lábios e língua	Posicionamento, tonicidade, mobilidade e motricidade.
Articulação temporomandibular e mandíbula	Abertura de boca e lateralização da mandíbula, avaliação da condição de articulação de fala e alimentação.
Bochechas	Tonicidade, mobilidade e praxias orofaciais.
Mento	Examinar existência de movimento compensatório na tentativa de se usar os lábios
Arcada dentária	Tipo de oclusão, dentição, linha média e conservação dos elementos dentários.
Palato e véu do palato	São avaliadas estas estruturas para reconhecer o fechamento do Esfíncter Velofaríngeo (EVF) nas funções de deglutição e fala.
Funções neurovegetativas	A mastigação, sucção, deglutição e respiração são avaliadas para verificar de que forma o paciente realiza estas funções, com ou sem compensações, já que muitos dos músculos envolvidos se encontram paralisados.

Tabela 1 Principais pontos avaliados

Fonte: Albuquerque¹⁶

Shashikiran¹³ avaliou as principais características de um paciente de 8 anos portador da síndrome de Moebius. Entre os principais achados clínicos foi detectado que a criança apresentava paralisia facial bilateral não progressiva, inabilidade de sorrir e falta de expressão facial, hipertelorismo, queilite angular, incapacidade de protuir os lábios e fechar os olhos, microstomia e micrognatia e orelhas posicionadas mais abaixo que o normal. Na região buco-maxilo-facial foi diagnosticado hipoplasia muscular dos lábios superiores, respiração bucal, palato atrésico, língua com pouca tonicidade, mordida topo a topo (Fig 6) com protrusão bimaxilar (Fig 5). Ao realizar movimentos de lateralidade e protusão foi detectada dificuldade nestas ações como também ao deglutir, mastigar e pronunciar algumas consoantes.



Fig. 5: biprotusão maxilar; dificuldade de fechar os olhos



Fig. 6: Mordida topo a topo

Durante a anamnese, foi relatado que a paciente era primeira filha de sua mãe e que esta havia sofrido um trauma no abdômen durante a gestação. Após o nascimento, os pais começaram a perceber que a criança tinha

dificuldade de sucção, babava frequentemente e não apresentava expressão ao chorar; sendo assim, a partir destes e outros sinais, a criança foi diagnosticada com síndrome de Moebius.

Apesar de não existir uma causa definida para síndrome de Moebius alguns achados neuroimagiológicos mostram evidências de agenesia dos núcleos do VI e VII par de nervos cranianos, tendo como principal hipótese que estes se desenvolvem normalmente e que, em algum momento da vida embrionária, estes nervos sofrem um processo de isquemia terminando em sua destruição ¹⁶. Em vista destes fatos, Küçükevcilioğlu¹⁷, relatou um caso de um paciente de 20 anos portador da síndrome de Moebius com aplasia do nervo abducente e hipoplasia do nervo facial. Os pais do paciente não possuíam parentesco e foi relatado que não houve uso de qualquer medicamento ou substância teratogênica. Durante o exame clínico, foi observado uma retração do globo ocular e dificuldade na movimentação das pálpebras (Fig.7), implantação baixa das orelhas, epicanto, e falta de expressão facial, com aparência semelhante a de máscara, consequência do envolvimento bilateral no nervo facial. Além disso, o paciente apresentava prognatismo mandibular e fissuras na língua (Fig.8). Com todos esses dados, foi obtido o diagnóstico da síndrome de Moebius. Como o foco desse estudo eram os achados neuroimagiológicos desta síndrome, foi realizada ressonância magnética (Fig.9) sendo detectada ausência bilateral do 6º par de nervos craniano e relativa hipoplasia do 7º par de nervos craniano ao longo do seu curso, na junção ponto-medular.



Fig. 7: movimentação palpebrar limitada



Fig. 8: presença de fissuras na língua

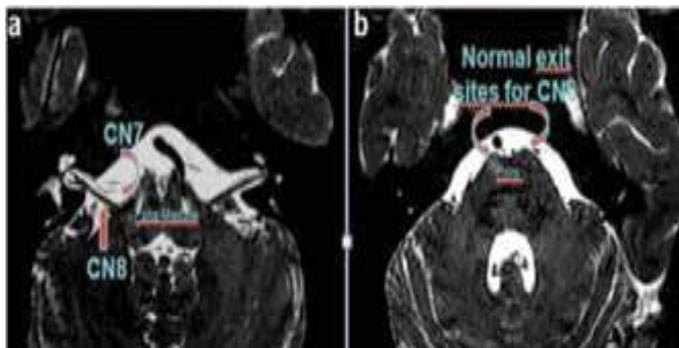


Fig. 9: Ausência do 6º par de nervo craniano e hipoplasia do 7º par

A Síndrome de Moebius pode também se manifestar juntamente com a síndrome de Poland, não se sabendo ao certo se há uma ligação entre as duas síndromes ou se se trata de manifestações independentes. A síndrome de Poland é caracterizada pela deficiência do músculo peitoral maior, menor e parte do músculo serrátil, sindactilia e hipoplasia das mãos.¹⁸ Quando tais síndromes estão associadas, umas das características mais evidentes são as malformações do músculo peitoral maior e dos pés e mãos.^{19, 20}

De acordo com Escoda-Francolí²¹, a síndrome de Poland esta associada à Moebius, em 15% dos casos e, mais raramente, pode estar associada à síndrome de Goldenhar.

Férnandez et al²² relatou um caso de um paciente portador da síndrome de Moebius associado à Poland, em que foi realizado um tratamento ortodôntico-cirúrgico visando a reabilitação funcional e estética do paciente. Ao exame clínico, foi constatada face alongada, assimétrica, laterognatismo mandibular direito, ptosi palpebral, implantação baixa das orelhas, face com expressão de tristeza constante, perfil convexo e ângulo goníaco aberto.

Araújo²³ analisou prontuários de 58 pacientes portadores da síndrome de Moebius, que eram atendidos no CAPE (Centro de atendimento a pacientes especiais) encontrando informações sobre o período gestacional, características orofaciais e gerais. Dos 58 prontuários avaliados, 29 pacientes de 0 a 4 anos de idade, foram selecionados para realização de tratamento ortodôntico/ortopédico, por possuírem características anatômicas orofaciais que os colocassem em risco para a glossoptose, a partir da micrognatia ou ptose de palato mole. Foram usados dois tipos de aparelhos: a placa goteira

para bebês e a placa expansora de palato. Destes 29 pacientes, apenas 20 deles iniciaram o tratamento, sendo que 13 aderiram, satisfatoriamente, à terapêutica e foram acompanhados por 24 meses; destes, apenas 4 foram acompanhados por 8 anos. Dos 7 pacientes que não aderiram ao tratamento, 2 vieram a óbito por asfixia devido à glossoptose. Nos 13 pacientes tratados, após 4 meses de uso da placa goteira e da expansora, foi constatado que em 10 foi obtida correção do palato ogival e nos outros 3 não houve bons resultados. No período de 24 meses, foi tratado com sucesso a micrognatia dos 13 pacientes e em 4 a capacidade de selamento labial foi aumentada.

Também analisando alterações da cavidade oral, Lemos²⁴, realizou um estudo com 42 pacientes entre 2 meses e 17 anos portadores da síndrome de Moebius, no ambulatório de Neuropediatria do ICr/HCFMUSP. Ao se realizar o exame da cavidade oral, foi detectada atrofia da língua e palato ogival em 33 pacientes; destes, 11 eram retrognatas e 15 micrognatas e a presença de mordida aberta existia, em cerca, de 15 pacientes, sendo esta a principal maloclusão encontrada.

Não existe um tratamento para a cura da síndrome de Moebius, mas seus sintomas podem ser amenizados com apoio de uma equipe multidisciplinar que envolve profissionais como pediatras, fonoaudiólogos, cirurgiões bucomaxilofaciais, cirurgiões pediátricos, odontopediatras, psicólogos, entre outros. Muitas técnicas têm sido usadas para a melhoria estética facial e do sorriso desses pacientes, como o enxerto de músculos, transplante do nervo facial, e também a mioplastia de alargamento do músculo temporal.¹⁴ Todas essas técnicas têm como vantagens a melhoria da saúde bucal, evita o desenvolvimento de respiração bucal, ajuda no selamento labial e deglutição do indivíduo, além de proporcionar uma maior facilidade no manejo desses pacientes durante o tratamento odontológico. Entre as técnicas cirúrgicas utilizadas para melhoria estética e funcional dos pacientes portadores da síndrome de Moebius, a cirurgia ortognática tem sido utilizada dentro do tratamento ortodôntico proporcionando uma oclusão favorável e estável, bem como uma mudança significativa no perfil facial²⁵.

Uma característica frequente entre estes pacientes é a retração mandibular e, em alguns casos, a presença de mordida aberta. Os casos retrognatas possuem indicação para cirurgia ortognática quando possuem

pequeno crescimento mandibular; tendência de crescimento mandibular, predominantemente, para baixo e para trás e ângulo de convexidade maior que 10 graus ou ANB maior que 4,5 graus, combinado com uma tendência à mordida aberta. ^{14, 25}

CASO CLÍNICO

Paciente A.M.B, sexo masculino, 20 anos, caucasiano, portador da síndrome de Moebius, com maloclusão de classe II e mordida aberta. Na análise facial, observou-se assimetria facial, terço inferior aumentado, perfil convexo, ângulo nasolabial aberto e linha queixo-pescoço diminuída (Fig. 10). Na avaliação oclusal foi notada relação sagital de caninos de classe III do lado direito e de classe I do lado esquerdo, ausência de apinhamento dentário, palato atrésico e desvio mandibular para esquerda (Fig. 11,12,13,14,15). Com relação aos achados radiográficos, verificou-se a ausência dos terceiros molares e, na radiografia lateral da face, foi notado desequilíbrio entre as bases ósseas maxilomandibulares e inclinação vestibular dos incisivos inferiores e superiores, bem como a presença de mordida aberta e ausência de selamento labial.

Ao exame geral do paciente evidenciou face inexpressiva, micrognatia, paralisia da musculatura da face.



Fig.10: visão geral da face



Fig.11: vista oclusal frontal



Fig. 12: vista oclusal direita



Fig. 13: vista oclusal esquerda



Fig. 14: Vista oclusal superior



Fig.15: vista oclusal inferior

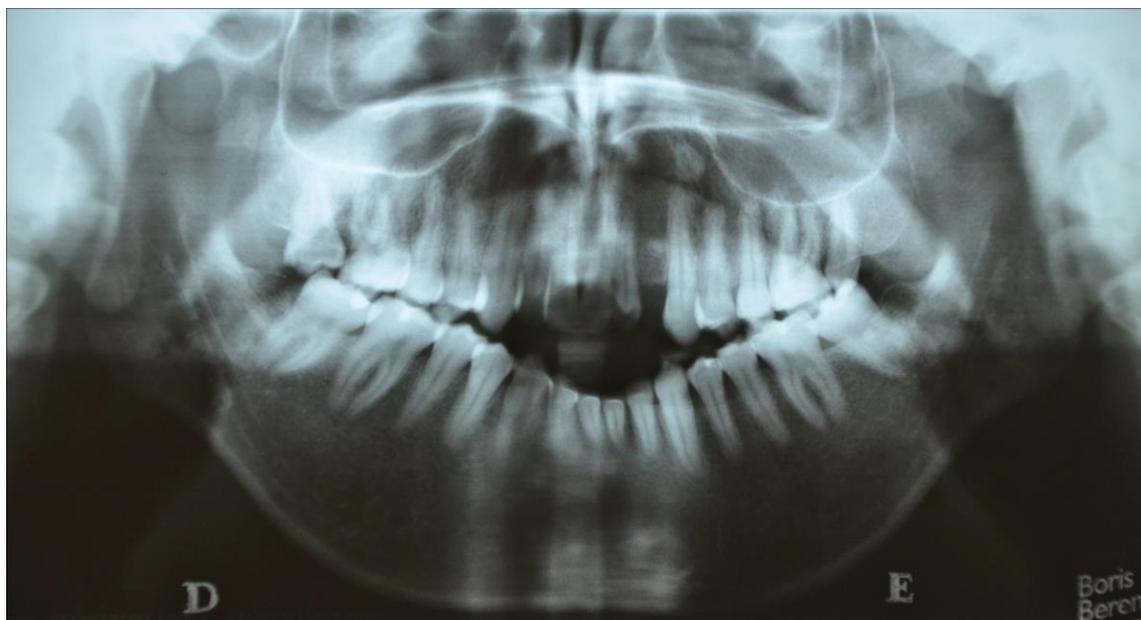


Fig.16: Radiografia Panorâmica



Fig. 17: Telerradiografia Lateral

A análise cefalométrica revelou uma retrusão mandibular e maxilar (ANB = 6,64; SNB= 71,54; SNA= 78,18) com padrão esquelético classe II, perfil convexo e inclinações dentárias aumentadas (IMPA=108,70; 1/.NA=30,61; /1.NB= 49,80). Os modelos mostravam uma suave curva de spee e uma mordida aberta esquelética de 9 mm.

Plano de tratamento:

Observou-se, como maior problema do paciente, a retrusão mandibular e maxilar bem como a mordida aberta existente que comprometiam a estética facial, a qual seria melhorada apenas com um tratamento orto-cirúrgico avançando mandíbula e mento com rotação anti-horária da mandíbula e intrusão e avanço de maxila, obtendo-se um perfil mais harmônico e uma correta oclusão. Os principais objetivos do tratamento foram: expansão lenta da maxila, alinhamento e nivelamento, obtenção de transpasse vertical positivo, boa intercuspidação e melhora do perfil por meio da cirurgia ortognática.

Preparo ortodôntico para cirurgia ortognática

Essa primeira fase do tratamento teve como objetivo alcançar o alinhamento e nivelamento da oclusão, eliminação das inclinações axiais vestibulares dos incisivos superiores e inferiores e expansão do arco superior que se encontrava atrésico.

Inicialmente, instalou-se um disjuntor Hyrax para promover uma expansão lenta na arcada superior e foi realizada exodontia dos primeiros pré-molares inferiores direito e esquerdo, seguido da instalação dos braquetes Roth Abzil 0,022 x 0,028 na arcada inferior e bandagem dos primeiros e segundos pré-molares inferiores. Conseguida a expansão necessária no arco superior, por meio do hyrax, foram instalados braquetes e anéis ortodônticos com tubos simples e acessórios para barra transpalatina. Os arcos dentários foram alinhados e nivelados; para fechamento dos espaços referentes às exodontias, utilizou-se o fio 0,019 x 0,025 de aço inoxidável com alças de Bull.

Após o fechamento dos espaços, a coordenação dos arcos foi checada mês a mês, por meio de modelos de gesso que auxiliaram na visualização da necessidade de ajustes oclusais e correções das inclinações dentárias, finalizando assim os arcos com fio 0,021 x 0,025 de aço inoxidável, com forma e torques ideais(Fig.18 e 19).



Figura 18: foto frontal e de perfil na fase final do preparo ortodôntico pré-cirúrgico



Fig.19: Fotografias intraorais pré-cirúrgicas

Cirurgia Ortognática

Com a finalização do tratamento ortodôntico pré-cirúrgico, foi realizada a cirurgia ortognática que consistia na intrusão e avanço da maxila, avanço de

mandíbula e mento com rotação anti-horária da mandíbula. Inicialmente, realizou-se a osteotomia Le Fort I, com intrusão e avanço da maxila, e, após a instalação do guia cirúrgico, fez-se a fixação com placas a parafusos (Fig. 20). Na mandíbula, foi realizada osteotomia sagital bilateral nos ramos mandibulares e osteotomia basilar deslizante do mento (Fig.21). O mento e a mandíbula foram reposicionados anteriormente, por meio do guia cirúrgico sendo fixados com miniplacas e parafusos.

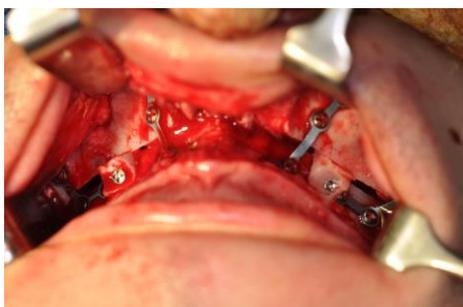


Fig.20: Fixação da maxila com miniplacas e parafuso após e avanço e intrusão



Fig.21: Osteotomia para avanço do mento

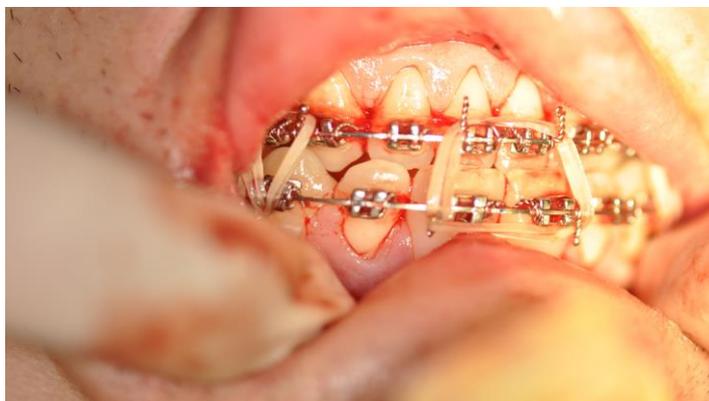


Fig.22: Bloqueio intrabucal logo após a finalização da cirurgia.

Período Pós-cirúrgico

Nesta etapa, foram realizadas mecânicas de intercuspidação, por meio de uso de elásticos para finalização, com subsequente remoção do aparelho. Para contenção da arcada superior e inferior foi realizada moldagem para confecção de Essix. Nas figuras 23, 24, 25 e 26, pode-se verificar as fotos

finais do paciente onde se observa a melhora do perfil facial, correção da mordida aberta, com overbite de 1mm, classe I de caninos e classe III de molares. Cefalometricamente é possível observar alterações, com o paciente finalizando em classe III esquelética ($ANB = - 0,37$)



Fig. 23: Foto frontal e de perfil do paciente ao final do tratamento



Fig. 24: fotos intrabucais ao final do tratamento

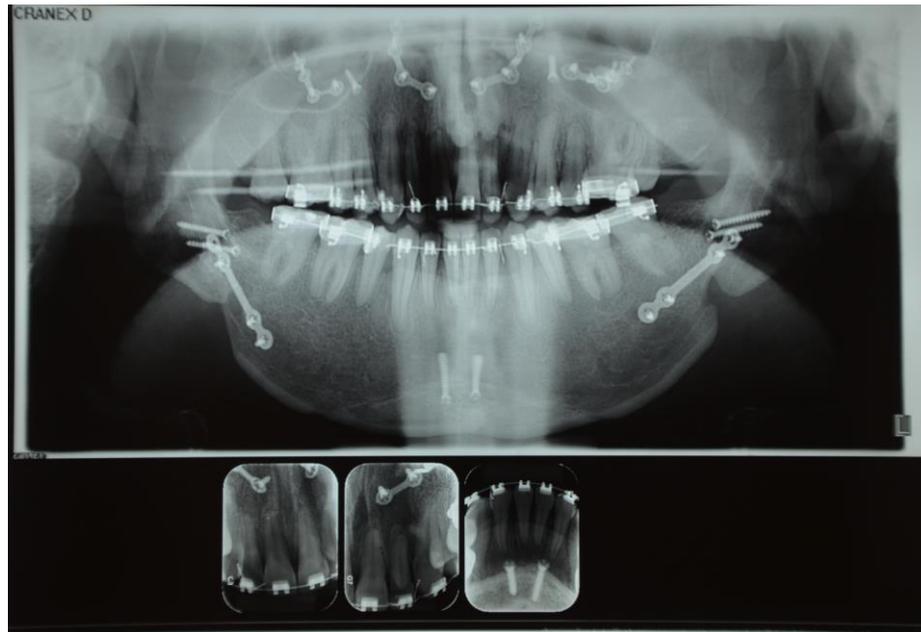


Fig. 25: Radiografia Panorâmica

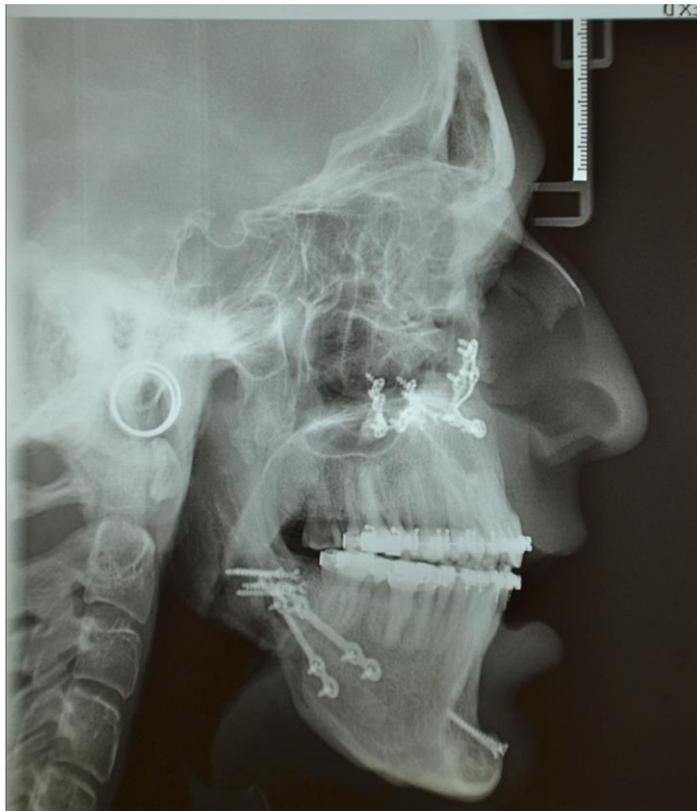


Fig.26: Telerradiografia lateral

DISCUSSÃO

O acompanhamento multidisciplinar do paciente portador da síndrome de Moebius tem proporcionado uma maior inclusão social destes indivíduos, a partir do momento que estes conseguem melhorar a comunicação interpessoal e a estética facial.

A Odontologia, por meio da ortodontia e da cirurgia ortognática, tem contribuído de forma importante na terapêutica desses pacientes. No caso relatado, o paciente apresentava comprometimento estético causado principalmente pela retrusão maxilar e mandibular e devido à mordida aberta esquelética.

Após o tratamento orto-cirurgico, o paciente obteve um bom engrenamento entre as arcadas, alinhamento e nivelamento, além de um ótimo transpasse vertical e horizontal. No que diz respeito à estética facial houve uma melhora expressiva o que pode ser observado ao comparar a análise cefalométrica inicial e final abaixo:

	Inicial	Final	Norma	
SNA	78.18	82.05	82.00	
SNB	71.54	82.42	80.00	
ANB	6.64	-0,37	2.00	
Ang				
Convexidade (N-A.Pog)	12.35	-3.94	0.00+/- 2.00	
Plano mandibular	41.40	28.28	23.03	+/- 4.50
IMPA	108.70	82.15	87.00	
1/.NS	108.78	106.62	103.00	
1/.NA	30.61	24.57	22.00	
Eixo facial	73.75	80.10	90.00+/-3.00	
Arco mandibular	26.56	41.93	30.50+/-4.00	
AFAI	65.85	58.84	45.00+/-3.00	

De acordo com Martins²⁵, nem sempre é possível a resolução da discrepância esquelética de classe II mobilizando-se apenas um segmento, sendo necessária a realização de uma cirurgia combinada, como no caso relatado, em que foram realizados intrusão e avanço da maxila, avanço de mandíbula e mento com rotação anti-horária da mandíbula, devido à necessidade da melhora da projeção da maxila e mandíbula no perfil do paciente, finalizando o ganho estético da mandíbula com a mentoplastia.

O paciente apresentava um ANB de 6,64 e retrusão maxilar e mandibular, além de mordida aberta esquelética, o que indicava a necessidade de tratamento cirúrgico corroborando com o relato de Martins^{25,26}.

Levando-se em conta o protocolo de avaliação de Albuquerque et al¹⁶ foi possível verificar que o paciente possuía ausência de expressividade facial, palato atrésico, retrusão maxilar e mandibular, mordida aberta, estado permanente de boca semi-aberta e, sem qualquer alteração nas suas funções cognitivas, o que demonstrava ausência de associação com outro tipo de síndrome e sem um comprometimento maior do sistema nervoso.

Apesar de ser característica desta síndrome, a presença de cáries e gengivite, devido ao estado frequente de boca semi-aberta, o que leva a uma secura do epitélio da mucosa e alteração da microbiota oral, não foi encontrado, no paciente, presença de cáries ou gengivite e, além disso, o mesmo possuía boa higiene oral, o que contribuiu bastante para o bom andamento do tratamento ortodôntico. ^{27,28}

CONCLUSÃO

A partir do caso clínico apresentado, foi possível chegar às seguintes conclusões:

- A síndrome de Moebius é uma patologia que interfere diretamente na interação social do paciente, já que dificulta a realização de ações como a expressão facial e a fala;
- Os pacientes devem ser tratados por uma equipe multidisciplinar devido ao comprometimento físico em várias áreas do corpo e, posteriormente ou concomitantemente, realizar a reintegração social e laboral do indivíduo.
- Os pacientes portadores da síndrome de Moebius apresentam características orofaciais, como a retrusão mandibular, mordida aberta e micrognatia que comprometem o perfil facial; desta forma, o tratamento ortocirúrgico atua de forma incisiva na melhora funcional oral e na estética facial.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro, S.M.M; Gomes, D.C.I. Perfil morfo-funcional oral de crianças portadoras da síndrome de Moebius. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.7, n.1, p. 68-74, jan-mar, 2005.
2. Barbosa, C.V; Nogueira, B.M; Giacheti, M.C. Síndrome de Moebius relacionada ao uso do misoprostol (CYTOTEC®) como abortivo. **RBPS. 18 (3):140-144, 2005.**
3. Bogart, R.K; Matsumoto, D. Living With Moebius Syndrome: Adjustment, Social Competence, and Satisfaction With Life. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**. Vol. 47, No. 2, p. 134-142. March 2010.
4. Campos, N.A. Habilidades Sociais e Síndrome de Moebius: um estudo de caso. **Relatório de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Terapia Comportamental e Cognitiva II**, da Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba, 2010.
5. Sabaneeff, L, et al. Moebius syndrome and narcolepsy: a case dissertation. **volume 7** ,p. 43–46. 2014
6. Brasileiro, C.I, et al. Síndrome de Möbius: caracterização de um grupo de crianças. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 25(1): 37-44, jan./mar., 2012.
7. Mattana, C.M, et al. Síndrome de Moebius-Poland: relato de caso e revisão bibliográfica. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (2): 197-201, abr.-jun. 2010.
8. Fontenelle, L; Araujo, C.Q.P.A; Fontana, S.R . Síndrome de Moebius: relato de caso. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. vol.59 no.3B São Paulo Sept. 2001.
9. Zwaagl, D.V.B, et al. Mutation analysis in the candidate Möbius syndrome genes *PGT* and *GATA2* on chromosome 3 and *EGR2* on chromosome 10. **J Med Genet**. 2002;39:e30 doi:10.1136/jmg.39.
10. Araújo, M.P.M; Bravo, M.O.D; Drago, R. Síndrome de Moebius: Relato de caso na educação de jovens e adultos. **Revista FACEVV** . v. 6, p. 101-117, 2013.
11. Freitas, C.A, et al. Síndrome de Moebius: Relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. set-dez; 18(3)297-302, 2006.
12. Aytés, P.A. Síndrome de Moebius. **Protoc. diagn. ter.pediatr**. Volume 1, p. 80-4, 2010.

13. Shashikiran N.D; Subba Reddy V.V ; Patil R. J. Moebius syndrome a case report. **Indian Soc Ped Prev Dent.** 22(3), p. 96-99, 2004
14. Al-Mazrou, A.K; AL-Ghonaim, A.Y; AL-Fayez, A.G. Poland-Mobius syndrome in an infant girl. **Ann Saudi Med.** Nov-Dec; 29(6): p.482–484, 2009.
15. Raju, et al. Moebius syndrome: A rare case report. **Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology**, July-September 2011;23(3):267-270.
16. Albuquerque, T.C.A.L, et al. Sequência de Möbius: protocolo de anamnese e avaliação – relato de caso. . **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** 14(1):115-22, 2009.
17. Küçükevcilioğlu, M, et al. Mobius with Duane Retraction-Cranial Nerve Involvement. **TJO** 43(4), p.294-296, 2013.
18. Santana, O. et al. Síndrome de Poland-Moebius: presentación de un caso clínico. **Col. med. estado Táchira.** Abr-jun; 14(2): p.36-41, 2005.
19. Figueiredo, M.C, et al. Manifestaciones orales del síndrome de Mobius asociado al síndrome de Poland: descripción de un caso clínico. **Avances en odontoestomatología.** v. 25, n. 4 , 2009.
20. Newman MG, Carranza FA. Carranza **Periodontia Clínica.** 11.ed. Editora Guanabara Koogan.: Rio de Janeiro, 2012.
21. Escoda-Francolí J, Sánchez-Garcés MA, Gay-Escoda C. Oral implant rehabilitation in a patient with Moebius syndrome. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** Jun 1;14 (6): p.295-8, 2009.
22. Fernández, D.M.J, *et al.* Síndrome de Moebius Poland en um adolescente. **MEDISAN.** 14(3) : 384, 2010.
23. Araújo, LCA. Estudo das manifestações cranio faciais de pacientes portadores da Síndrome de Moebius – aspectos clínicos e terapêuticos. (Tese de Doutorado), São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.
24. Lemos, D.A.L. Caracterização das alterações dento-faciais em crianças portadoras da seqüência de Moebius.(Dissertação de mestrado), São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2009.
25. Martins, et al. Tratamento orto-cirúrgico da classe II com avanço mandibular. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.** v.59, n.3, p.509-514, jul./set., Porto Alegre, 2011.
26. Camacho, R. R. I, et al. Síndrome de Moebius. **Archivos de Investigación Pediátrica de México.** v.10, n.1, janeiro – Abril, 2007.

27. Chávez, M.M; Rincones, O.A.M; Gorrin, S.F. Surgical techniques for smile restoration in patients with Möbius syndrome. **J Clin Exp Dent.** Oct; 5(4): 203–207, 2013.
28. Ortega, et al. Oral motor assessment in individuals with Moebius syndrome. *Journal of Oral Pathology & Medicine.* V. 2. p.157–161, February 2014

Anexos

PARECER

O artigo intitulado **Tratamento orto-cirúrgico em paciente portador da Síndrome de Moebius**, de autoria de **Thalita Almeida dos Santos**, apresentado ao Curso de Especialização em Ortodontia-NEAO, João Pessoa-PB e orientado pelo Prof. Guaracy Fonseca Júnior foi corrigido por mim em seus aspectos linguístico-textuais. O trabalho apresenta linguagem objetiva e formal, com a presença de termos técnicos específicos da área da Ortodontia. O texto está disposto em parágrafos curtos e coerentes.

É o parecer.



Maria da Luz Olegário

(Professora de Língua Portuguesa)

João Pessoa, 20 de fevereiro de 2016.

LAUDO TÉCNICO

Atesto, para os devidos fins que o abstract de **Thalita Almeida dos Santos** intitulado **Ortho-surgical treatment in a patient carrier of Moebius Syndrome** foi redigido em coerência com as informações apresentadas no resumo em português, de mesmo título. Tal abstract segue as normas gramaticais da língua inglesa utilizando-se da linguagem culta e, portanto, científica. Relevante destacar que o referido texto foi elaborado de acordo com a organização retórica apresentando etapas recorrentes do gênero textual “artigo científico”.

João Pessoa, 20 de fevereiro de 2016.



Hérico Paiva Ferreira
Professor de Inglês Instrumental