

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE
SOCIEDADE PAULISTA DE ORTODONTIA**

HELENA SANDRA RODRIGUES MIRANDA ANNES

SÍNDROME DA RESPIRAÇÃO BUCAL

Sete Lagoas – MG

2017

HELENA SANDRA RODRIGUES MIRANDA ANNES

SÍNDROME DA RESPIRAÇÃO BUCAL

Monografia apresentada ao curso de
Especialização *Sociedade Paulista de
Ortodontia*,
Como requisito parcial para conclusão do
Curso de Ortodontia.
Área de concentração: Odontologia
Orientador: Vera Helena Teixeira Coelho
Terra

Sete Lagoas - MG

2017

ANNES, Helena Sandra Rodrigues Miranda.

Síndrome da Respiração Bucal / Helena
Sandra Rodrigues Miranda Annes - 2017.

22 f.: il.

Orientador: Vera Helena Teixeira Coelho
Terra

Coordenador: Vanda Beatriz Teixeira Coelho
Domingos

Monografia Curso de Especialização em
Ortodontia - Faculdade Sete Lagos Facsete -
2017.

1. Síndrome da Respiração Bucal
2. Tratamento ortodôntico.
3. .

SOCIEDADE PAULISTA DE ORTODONTIA

**Monografia intitulada “*Síndrome da Respiração Bucal*” de autoria do aluno (a)
Helena Sandra Rodrigues Miranda Annes, aprovada pela banca examinadora
constituída pelos seguintes professores:**

Vera Helena Teixeira Coelho Terra

Prof. (a) Dr. (a) - Orientador (a)

Vanda Beatriz Teixeira Coelho Domingos

Prof. (a) Dr. (a) – Coordenador (a)

Sete Lagoas - MG

Data completa da aprovação

Síndrome da Respiração Bucal

RESUMO

A síndrome da respiração bucal pode ser classificada como uma alteração do padrão fisiológico de respiração nasal normal, ou seja, uma forma adaptativa patológica, cuja etiologia pode ser tanto de caráter ambiental como também decorrente de um fator genético. O respirador bucal crônico apresenta características faciais e posturais bastante particulares, com repercussões bucais, além de prejuízo estético, psicológico e social. Desse modo o diagnóstico precoce e tratamento adequado são imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: ortodontia; respiração, respiração bucal.

ABSTRACT

Mouth breathing syndrome can be classified as a change in the physiological pattern of normal nasal breathing, that is, a pathological adaptive form, whose etiology can be both environmental and also due to a genetic factor. The chronic mouth breather presents very particular facial and postural characteristics, with oral repercussions, besides aesthetic, psychological and social impairment. Thus, early diagnosis and appropriate treatment are essential to improve patients' quality of life.

Key words: orthodontics; breathing; mouth breathing.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	Pág.8
2 - PROPOSIÇÃO.....	Pág.9
3 - REVISÃO DE LITERATURA.....	Pág.10
4- DISCUSSÃO	Pág.12
5 - CONCLUSÃO.....	Pág.13

INTRODUÇÃO

A respiração bucal, pode ser considerada uma forma adaptativa patológica, isso porque a função primordial do nariz é levar o ar aos pulmões em condições favoráveis e ocasionalmente, em decorrência de alguma obstrução crônica das vias aéreas tal função é prejudicada, comprometendo o desenvolvimento facial normal^{3,13}.

Desde a década de 1980, estudos apontam um padrão de crescimento atípico em pacientes com alguma obstrução respiratória, como hipertrofia de amígdalas e adenoides, rinites alérgicas, desvio de septo, entre outros. Apesar das porcentagens acerca da prevalência de respiradores bucais serem ainda controversas, sabe-se que o impacto causado pela respiração bucal é notório, não só na alteração do padrão facial, mas também na influência comportamental dos pacientes portadores da síndrome^{11,3}.

Clinicamente os pacientes respiradores bucais apresentam diferentes máis oclusões, decorrentes das adaptações de forma e função, que comprometem até mesmo a mastigação e equilíbrio muscular, observa-se um palato ogival induzindo a um mal posicionamento da língua, incompetência labial, musculatura hipotônica, além de outras características bastante típicas, como face alongada, olheiras profundas e desequilíbrio na postura de ombros e coluna^{11,2}.

Pacientes respiradores bucais crônicos, apresentam em muitos casos, déficit de atenção, distúrbios do sono e problemas psicológicos, o que afeta consideravelmente sua vida social, portanto, o diagnóstico e tratamento adequado e precoce são de suma importância para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Diante disso este trabalho objetivou identificar, as principais características clínicas dos pacientes portadores da síndrome da respiração bucal, de modo a ampliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas, e favorecer o diagnóstico e tratamento⁸.

PROPOSIÇÃO

O trabalho objetivou identificar por meio de uma revisão de literatura, as principais características clínicas dos pacientes portadores da síndrome da respiração bucal, de modo a ampliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas, que em muitos casos, são os primeiros profissionais a ter oportunidade de diagnosticar a síndrome e desse modo propor um tratamento adequado, impactando consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes.

REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Ricketts, a síndrome da respiração bucal (SRB) pode ser classificada como uma alteração do padrão fisiológico de respiração nasal normal, cuja etiologia pode ser tanto de caráter ambiental como também decorrente de um fator genético. Desse modo, é importante lembrar que o devido equilíbrio entre as funções respiratórias são fundamentais para o correto desenvolvimento da oclusão¹⁷.

Entretanto, alguns autores sugerem que o termo respirador bucal é inadequado, uma vez que uma respiração exclusivamente oral é incomum, considerando desse modo, como nomenclatura mais adequada para esses pacientes, a de insuficiente respirador nasal¹⁶. A respiração é uma função vital do organismo, e desenvolve-se logo após o nascimento, com o intuito de oxigenar o corpo como um todo, por um processo bem arquitetado, onde o nariz atua como um filtro, controlando as trocas gasosas. Em respiradores bucais esse processo é prejudicado, e embora se observe grande avanço quanto ao tratamento e diagnóstico, estudos revelam que a prevalência da síndrome só tem aumentado. Um dado a ser considerado em se tratando de SRB é que nenhum outro animal apresenta respiração bucal, o que também não se observa ao estudar o homem primitivo, o que sugere que a mudança nos hábitos ao longo dos anos tem refletido negativamente na qualidade respiratória^{13, 1}.

O aleitamento materno é considerado a maneira preventiva e mais eficaz para estabelecimento de uma respiração nasal adequada, isso porque além de seus benefícios nutricionais e imunológicos amplamente defendidos, a amamentação materna, favorece a maturação e desenvolvimento do sistema estomatognático, colaborando com um crescimento muscular e ósseo adequado e conseqüentemente, minimizando os índices de má oclusão. Estudos demonstram que crianças amamentadas no seio materno por períodos maiores apresentam uma respiração predominantemente nasal, sendo esse índice proporcional ao tempo de amamentação exclusiva^{9,5,10}. Os pacientes respiradores bucais, além dos problemas oclusais, são mais propensos a infecções como otite, pneumonia, rinites, bronquites e amigdalites, uma vez que o ar inalado não é aquecido, umidificado nem tampouco filtrado, acarretando de modo indireto, prejuízo também, à qualidade de aprendizado dos pacientes ao atingirem idade escolar^{5,10,1}.

Em 2012, Oliveira *et al.*¹⁵, compararam em seu estudo o desempenho mastigatório de pacientes respiradores nasais e bucais, considerando que uma obstrução nasal induz a uma má postura lingual e mandibular, interferindo negativamente na dinâmica mastigatória. Ainda que o tipo de respiração não seja fator

determinante ao desempenho mastigatório, considera-se que pacientes com respiração bucal tendem a ter uma mandíbula mais retruída, espaço aéreo reduzido e incisivos com severa inclinação, comprometendo as funções mastigatórias.

O respirador bucal crônico apresenta características faciais e posturais bastante particulares, uma vez que a alteração no padrão respiratório induz ao desequilíbrio muscular, gerando uma posição da cabeça para frente, com uma face longa e estreita. Embora sua prevalência ainda seja controversa, a correta intervenção deve ser feita, uma vez que as sequelas para um respirador bucal podem ser graves, indo além das repercussões bucais, com prejuízo estético, psicológico e social^{12, 21}.

Para Souki *et al.*¹⁹.as repercussões da síndrome da respiração bucal são capazes de mensurar um padrão típico, representado por uma face alongada, atresia maxilar, mordida aberta anterior, associada ou não a mordida cruzada posterior, apresentando na maioria das vezes um padrão Classe II de Angle. Considerando que o crescimento facial significativo ocorre em fases iniciais da vida, permitir que uma criança respire adequadamente deve ser uma prioridade e muitas vezes exige um tratamento multidisciplinar^{20, 12}.

Diante disso, a importância de um tratamento minucioso é incontestável, onde cirurgião-dentista, fisioterapeuta, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo trabalhem simultaneamente a fim de propiciar perfeito equilíbrio entre forma e função e melhorar a qualidade de vida dos pacientes prevenindo o estabelecimento de desordens respiratórias crônicas graves^{1, 21, 7}.

DISCUSSÃO

Desde a década de 1960, a síndrome da respiração bucal, já era estudada por Ricketts, considerando sua grave influencia na oclusão, crescimento e desenvolvimento neuromuscular e conseqüentemente o impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos portadores. Ainda que muito tenha se estudado, o aumento da prevalência da SRB só revela a piora na qualidade respiratória, o que pode também ser relacionado a não amamentação por tempo adequado ou mesmo a substituição pelo aleitamento artificial. O aleitamento materno é fator importante no crescimento e maturação do sistema estomatognático como um todo, isso porque toda sua dinâmica faz parte de um arquitetado sistema, onde a prensão favorece o selamento labial ideal, e uma sequência de músculos trabalha de modo arranjado num excelente exercício muscular e respiratório. Qualquer desequilíbrio nesse sistema acarreta severas conseqüências que repercutem a longo prazo. Tão logo seja diagnóstica a SRB deve ser tratada conforme sugerem inúmeros estudos^{17,4,6,18,22}.

Souki *et al.*²¹ e Valladares *et al.*²³, observaram alterações cefalométricas nos pacientes respiradores bucais, observando clinicamente um padrão facial alongado, atresia maxilar, mordidas cruzadas muitas vezes associadas a mordida aberta, olheiras corroborando com os estudos de Popoaski *et al.*¹⁶. e Vanz *et al.*²⁴ que ainda ressaltam a interferência na fala, assim como maior tendência à gengivite, ressecamento labial e até halitose.

De modo geral, o diagnóstico precoce pode ser fator decisivo a um tratamento mais efetivo e causar considerável impacto na qualidade de vida dos pacientes. Sendo o cirurgião dentista um dos primeiros a ter a oportunidade de identificar o problema e iniciar o tratamento, considerando obviamente seu caráter multidisciplinar^{24,14}.

CONCLUSÃO

Com base na literatura estudada pode-se concluir que a síndrome da respiração bucal, é uma desordem respiratória com grande impacto ao desenvolvimento do sistema estomatognático e conseqüentemente na vida social dos pacientes. O aleitamento materno pode ser considerado a melhor maneira de estabelecer o correto padrão de respiração nasal, uma vez que a movimentação e posição de lábios e língua durante a amamentação são consideradas medidas preventivas.

Entretanto para casos onde a respiração bucal já tenha se estabelecido o diagnóstico precoce e o tratamento multidisciplinar são fundamentais para um bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. BASHEER B, HEGDE KS, BHAT S, UMAR D, BAROUDI K. Influence of Mouth Breathing on the Dentofacial Growth of Children: A Cephalometric Study. *Journal of International Oral Health*. 2014; 6(6):50-55.
2. BEZERRA LA, SILVA HJ, MELO ACC, MORAES KJR, CUNHA RA, CUNHA DA, MEDEIROS D. Masticatory Changes in Oral Breath Secondary to Allergic Rhinitis: Integrative Review. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2014; 18(2):128–131.
3. BRESSOLIN D, SHAPIRO PA, SHAPIRO GG, CHAPKO MK, DASSEL S. Mouth breathing in allergic children: Its relationship to dentofacial development. *Am J Orthod* 1983; 83 (4):334-340.
4. COSTA JG, COSTA GS, COSTA C, VILELLA OV, MATTOS CT, CURY-SARAMAGO AA. Clinical recognition of mouth breathers by orthodontists: A preliminary study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2017;152(5):646-653.
5. FELCAR JM, BUENO IR, MASSAN ACS, TOREZAN RP, CARDOSO JF. Prevalência de respiradores bucais em crianças de idade escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(2):437-444.
6. FERREIRA FV, FERREIRA FV, TABARELLI Z. Amamentação e respiração bucal: abordagem fisioterapêutica e odontológica. *Fisioterapia Brasil*. 2007; 8 (1): 41-45.
7. FRANCO LP, SOUKI BQ, PEREIRA TBJ, BRITO GM, BECKER HMG, PINTO JA. Is the growth pattern in mouth breathers comparable with the counterclockwise mandibular rotation of nasal breathers? *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013;144 (3): 41-48.
8. LIMA AA, MARTINS CM, CARDOSO LM, OLIVEIRA RN, MELO MG, FREIRE EK. Qualidade do sono das crianças internadas com síndrome do respirador

- bucal Av Enferm. 2019; 37(2):149-157.
9. LOPES TSP, MOURA LFAD, LIMA MCMP. Association between breastfeeding and breathing pattern in children: a sectional study. J Pediatr. 2014; 90(4):396-402.
 10. MARQUES PS, FAGALI EQ. A influência da respiração no processo de aprendizagem. Revista Construção Psicopedagógica. 2018; 26 (27): 37-52.
 11. MENEZES VA, TAVARES RLO, GRANVILLE GAF. Síndrome da Respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. Arquivos em Odontologia. 2009; 45 (3):160-165.
 12. MENEZES VA, CAVALCANTI LL, ALBUQUERQUE TC, GRANVILLE GAF, LEAL RB. Respiração bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife. Dental Press J Orthod. 2011; 16(6):84-92.
 13. MORAIS-ALMEIDA M, WANDALSEN GF, SOLÉ D. Growth and mouth breathers. J Pediatr. 2019;95(1):66-71.
 14. MUÑOZ ICL, ORTA PB. Comparison of cephalometric patterns in mouth breathing and nose breathing children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014; 78(7):1167-1172.
 15. OLIVEIRA RLB, NORONHA WP, BONJARDIN LR. Avaliação da performance mastigatória em indivíduos respiradores nasais e orais. Rev. CEFAC. 2012; 14(1):114-121.
 16. POPOASKI C, MARCELINO TF, SAKAE TM, SCHMITZ LM, CORREA LHL. Avaliação da qualidade de vida em pacientes respiradores orais. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2012; 16(1):74-81.

17. RICKETTS RM. Respiratory obstruction syndrome. *Am J Orthod.* 1968 Jul;54(7):495-507.
18. SANTOS NETO ET, BARBOSA RW, OLIVEIRA AE, ZANDONADE E. Fatores associados ao surgimento da respiração bucal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2009; 19(2):237-248.
19. SOUKI BQ, PIMENTA GB, SOUKI MQ, FRANCO LP, BECKER HMG, PINTO JA. Prevalence of malocclusion among mouth breathing children: Do expectations meet reality? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2009; 73 (5):767–773.
20. SOUKI BQ, PIMENTA GB, SOUKI MQ, FRANCO LP, BECKER HMG, PINTO JA. Changes in vertical dentofacial morphology after adeno-/tonsillectomy during deciduous and mixed dentitions mouth breathing children—1 year follow-up study *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2009; 74 (6):626-632.
21. SOUKI BQ, LOPES PB, PEREIRA TBJ, FRANCO LP, BECKER HMG, OLIVEIRA DD. Mouth breathing children and cephalometric pattern: Does the stage of dental development matter? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2012; 76 (6):837–841.
22. VALCHEVA Z, ARNAUSTKA H, DIMOVA M, IVANOVA G, ATANASOVA I. The role of mouth breathing on dentition development and formation. *Journal of IMAB.* 2018; 24(1):1878-1882.
23. VALLADARES YP, MOREJÓN MP, AMAT SG, DÍAZ AR, ALBERRO YD. Cambios cefalométricos en pacientes respiradores bucales con obstrucción de vías aéreas superiores entre 8-12 años. *Rev. Ciencias Médicas.* 2012; 16

(5):90-103.

- 24.VANZ RV, VANZ AV, ESTACIA A, NOJIMA LI. Interrelation between orthodontics and phonoaudiology in the clinical decision-making of individuals with mouth breathing. Dental Press J Orthod. 2012;17(3):29.e1-7.