

RELAÇÃO ENTRE RESPIRAÇÃO BUCAL E DESENVOLVIMENTO DE MÁIS OCLUSÕES

RELATIONSHIP BETWEEN BREAST BREATHING AND DEVELOPMENT OF MALLOCLUSIONS.

SARA GARCIA DO NASCIMENTO¹, JOSÉ LUCAS DOS SANTOS ARAÚJO^{2*}, JESSICA LÍVIA ANDRADE FONTES³, LUCIANA CLÁUDIA DINIZ TAVARES⁴, KAREN DOS SANTOS TEIXEIRA⁵, PAULA LIPARINI CAETANO⁶

1. Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Estácio de Sá de Juíz de Fora/MG; 2. Mestrando em Odontologia pela Universidade Federal de Juíz de Fora/MG; Pós-graduando em Ortodontia pelo Centro de Ensino Superior de Valença (CESVA/FAA); 3. Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal de Juíz de Fora/MG; Especialista em Ortodontia pela Associação Brasileira de Odontologia de Juíz de Fora/MG; 4. Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal de Juíz de Fora/MG; Pós-graduanda em Ortodontia pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juíz de Fora/MG; 5. Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Artur Sá Earp Neto de Petrópolis/RJ; 6. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Estácio de Sá de Juíz de Fora/MG; Doutoranda em Saúde Brasileira pela Universidade Federal de Juíz de Fora/MG; Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Juíz de Fora/MG; Especialista em Ortodontia pela Universidade Federal de Juíz de Fora/MG

* Rua Alfredo da Costa Mattos Junior, 59, ap. 205, Centro, Paraíba do Sul, RJ, Brasil. CEP: 25850-000. lucasaraujocd17@gmail.com

Recebido em 24/05/2019. Aceito para publicação em 24/05/2019

RESUMO

A respiração bucal é um distúrbio respiratório que tem sido um dos problemas mais acometidos na área da saúde infantil, envolvendo profissionais de diversas áreas como: Pediatria, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, fisioterapia e ortodontia. Sua duração prolongada pode ocasionar diversas alterações, dentre elas, destacam-se face alongada, olheiras profundas, lábios entreabertos, protrusão da arcada superior e ou retrusão da arcada inferior, palato profundo e alterações de postura da cabeça, ocorrendo repercussões nos contextos físicos, psicológico e social. A má oclusão é um problema de saúde pública, muito frequente e que causa uma desarmonia estética e funcional dos dentes, podendo estar presente tanto na dentição decídua quanto na dentição permanente, causando alterações na fala, deglutição, mastigação e respiração. Sua origem é multifatorial, podendo ocorrer devido a fatores hereditários, congênitos ou adquiridos. A respiração bucal é um hábito deletério que altera o padrão de crescimento craniofacial, desencadeando as más oclusões, porém estas alterações dependem de diversos fatores como frequência, intensidade, duração e idade do paciente. O objetivo deste estudo é avaliar por meio de revisão de literatura as alterações causadas por pacientes portadores da síndrome do respirador bucal, abordando os meios de diagnóstico e as más oclusões mais acometidas.

PALAVRAS-CHAVE: Ortodontia, respiração bucal, más oclusões.

ABSTRACT

Mouth breathing is a respiratory disorder that has been one of the most affected problems in the area of child health, involving professionals from several areas such as: Paediatrics, otorhinolaryngology, phonoaudiology, physiotherapy and orthodontics. Its prolonged duration can cause several alterations, among them the elongated face, deep dark circles, parted lips, protrusion of the superior arch and or retrusion of the lower arch, deep palate and changes in the posture of the head, occurring repercussions in the physical, psychological contexts and social. Malocclusion is a

very frequent public health problem that causes an aesthetic and functional disharmony of the teeth. It can be present both in the deciduous dentition and in the permanent dentition, causing changes in speech, swallowing, chewing and breathing. Its origin is multifactorial and may occur due to hereditary, congenital or acquired factors. Mouth breathing is a deleterious habit that alters the craniofacial growth pattern, triggering malocclusions, but these alterations depend on several factors such as frequency, intensity, duration and age of the patient. The objective of this study is to evaluate, through a literature review, the changes caused by patients with mouth breathing syndrome, addressing the means of diagnosis and the most affected occlusions.

KEYWORDS: Orthodontics, mouth respiration, malocclusions.

1. INTRODUÇÃO

A respiração bucal é um distúrbio respiratório que tem sido um dos problemas mais acometidos na área da saúde infantil, envolvendo profissionais de diversas áreas como: Pediatria, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, fisioterapia e ortodontia. Sua duração prolongada pode ocasionar diversas alterações, dentre elas, destacam-se face alongada, olheiras profundas, lábios entreabertos, protrusão da arcada superior e ou retrusão da arcada inferior, palato profundo e alterações de postura da cabeça, ocorrendo repercussões nos contextos físicos, psicológico e social¹⁻².

A respiração nasal é o tipo respiratório normal, pois é através dela que o ar é aquecido, filtrado e purificado permitindo um desenvolvimento ideal do complexo craniofacial, proporcionando um vedamento bucal, posicionamento lingual, fortalecendo os músculos, proporcionando um equilíbrio facial e protegendo as vias aéreas superiores. A respiração bucal pode ser decorrente de diversos hábitos viciosos, como sucção digital, chupeta ou devido à obstrução das vias aéreas superiores por desvio de septo, amígdalas e adenoides

hipertróficas, asma ou alergias respiratórias³⁻⁴.

Embora acredita-se que esta condição clínica seja o fator desencadeante de alguns tipos de má oclusão, existem dúvidas de sua influência em relação ao crescimento e desenvolvimento craniofacial. De acordo com a literatura, a maioria dos autores acreditam que a respiração bucal ocorrida isoladamente não é o suficiente para influenciar o crescimento craniofacial, portanto vários estudos estão sendo elaborados na pesquisa da relação entre a função respiratória e os aspectos morfológicos e clínicos⁵.

A má oclusão é um problema de saúde pública, muito frequente e que causa uma desarmonia estética e funcional dos dentes, podendo estar presente tanto na dentição decídua quanto na dentição permanente, causando alterações na fala, deglutição, mastigação e respiração⁶⁻⁷. Sua origem é multifatorial, podendo ocorrer devido a fatores hereditários, congênitos ou adquiridos.

Os hábitos bucais são divididos em normais, os quais contribuem para uma oclusão normal e os hábitos deletérios que alteram o padrão do crescimento craniofacial e consequentemente desencadeando as más oclusões⁷. Estas alterações dependem de diversos fatores como frequência, intensidade, duração e idade do paciente.

O objetivo deste estudo é avaliar por meio de revisão de literatura as alterações causadas por pacientes portadores da síndrome do respirador bucal, abordando os meios de diagnóstico e sua relação com as más oclusões dentárias.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo. Para desenvolvimento do estudo, foi realizado levantamento bibliográfico por meio de consulta direta na internet através de dados online disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nas seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO e MEDLINE, além de livros para fontes de pesquisa. Os descritores utilizados na pesquisa foram Ortodontia, respiração bucal más oclusões.

Para seleção dos artigos foram priorizadas as publicações entre os anos de 1994 a 2016, com relevância científica, nos idiomas português e inglês. Após a seleção e leitura do material, o estudo foi elaborado.

3. DISCUSSÃO

Os primeiros relatos em relação aos efeitos da respiração bucal foram descritos em uma matéria intitulada “Má respiração ou respiração da vida”⁸. No início do século XX, alguns autores afirmavam que as características das estruturas faciais e os aspectos funcionais da dentição humana, eram resultado de um complexo sistema com relações que incluíam os maxilares, processos alveolares, arcos dentais, músculos, lábios, mucosas, língua, vias aéreas nasais, palato e garganta. Alguns autores afirmam que a

respiração bucal ocasiona deformações estruturais se estas alterações ocorrem em um período importante de crescimento⁹. Porém até 1950 acreditava-se que o crescimento das estruturas craniofaciais era geneticamente pré-determinado.

Com o passar dos anos, a respiração nasal foi considerada o tipo respiratório ideal para que o crescimento dos ossos maxilares fossem condições essenciais para a postura da cabeça, portanto, fatores que alteram uma respiração ideal e causavam a diminuição ou obstrução do espaço aéreo como: adenoide, pólipos nasais, alterações estruturais no nariz e alergias crônicas foram considerados importantes desencadeadores de uma respiração bucal crônica¹⁰⁻¹¹.

Os tecidos moles são um dos principais responsáveis para o estabelecimento da oclusão dentária, pois os pacientes portadores de obstrução nasal apresentam uma posição mais inferior da mandíbula, no entanto tendem a apresentar respiração bucal compensatória, não tendo a língua em posição normal na abóbada palatina, desencadeando assim uma má oclusão¹².

Em um estudo realizado em 1983, os autores afirmam que a largura inter-molar superior era estreita no grupo de pacientes respiradores bucais, e a largura mandíbula não era afetada no mesmo grau e a altura do palato e a sobressaliência eram bem maiores, além disso o mesmo grupo de pacientes possuíam um alto índice de prevalência de mordida cruzada¹³.

De acordo com um estudo comparativo entre a oclusão e tipo respiratório em crianças, foi observado um posicionamento anterior da língua, aumento da altura facial anteroinferior e maior inclinação do plano mandibular, a partir daí a posição lingual foi considerada um dos principais fatores de diagnóstico de más oclusões, como mordida cruzada anterior, biprotusão e prognatismo mandibular¹⁴. Devido a isto alguns autores afirmaram que estas más oclusões poderiam ser desencadeadas devido a posição anterior da língua ou hipertrofia das tonsilas palatinas.

Em outro estudo utilizando análises cefalométricas, avaliando as diferenças da postura da cabeça, do osso hioide e da língua em crianças portadoras de hipertrofia das tonsilas palatinas, considerando a postura natural da cabeça e avaliaram que as mesmas possuíam postura estendida da cabeça, postura anterior e inferior da língua e posição mais baixa do osso hioide, e afirmam que a postura estaria associado à necessidade de manter a passagem aérea livre¹⁵.

Em pacientes que apresentam respiração nasal, os lábios se tocam em repouso e as narinas se dilatam, e em respiradores bucais os lábios estão separados e as narinas são mantidas estáticas durante a respiração. Além disso, os pacientes dolicofaciais são mais propensos a apresentar respiração bucal do que os pacientes mesofaciais¹⁶.

Em outro estudo utilizando o espelho de Glatzel para análise da oclusão relacionada a respiração oral com 40 pacientes de idades entre 04 a 10 anos, determinaram 5% dos pesquisados com ausência de

escape nasal de ar, 47,5% com escape nasal de ar fraco, 42,5% com escape nasal de ar discreto, 5% com escape nasal de ar moderado e no exame clínico para diagnóstico de má-oclusão apenas 15% dos pesquisados não apresentaram nenhuma má-oclusão e 85% com algum tipo de anormalidade oclusal, além disso eles afirmaram que a respiração bucal não necessariamente pode desencadear uma má oclusão¹⁷.

Já em outro estudo avaliando a prevalência de más oclusões e as relações com as alterações funcionais na respiração e deglutição, utilizando 652 crianças de ambos os gêneros e com idades de sete a quatorze anos, concluíram que 70,1% da amostra apresentava algum tipo de má oclusão, 9,5% apresentavam respiração bucal e 10% apresentavam deglutição atípica. Os autores afirmam ainda, haver relações significativas entre as más oclusões e as funções avaliadas¹⁸.

4. CONCLUSÃO

Concluímos que as más oclusões dentárias não necessariamente são desencadeadas por uma respiração não ideal, porém de acordo com a literatura podemos definir que a respiração bucal pode influenciar significativamente o desenvolvimento de más oclusões, devido sua relação com o crescimento dos ossos maxilares e posicionamento dos tecidos moles.

REFERÊNCIAS

- [1] Jorge TM, Duque C, Félix GB, Costa B, Gomide MR. Hábitos bucais: interação entre fonoaudiologia e fonoaudiologia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002; 5(26):342-50.
- [2] Leal RB. Elaboração e validação de um instrumento para avaliar a qualidade de vida do respirador oral [dissertação]. Recife (PE): Universidade de Pernambuco. 2004.
- [3] NASTRI VHT, Bommarito S. Avaliação da respiração nos diferentes tipos faciais em pacientes com má oclusão. *Revista Odonto*. 2007; 15(30):97-106.
- [4] Lara AMAE, Silva MFC. Respiração bucal: revisão de literatura. *SOTAU R. Virtual Odontol*. 2007; 1(4):28-32.
- [5] Menezes VA, Cavalcanti LL, Albuquerque TC, Garcia AFG, Leal RB. Respiração bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife. *Dental Press J Orthod*. 2011; 16(6):84-92.
- [6] Campos FL, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Pereira AC. A má oclusão e sua associação com variáveis socioeconômicas, hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(3):160-166.
- [7] Junior MS, Lucato AS, Santos JCB, Tubel CAM. Prevalência de má oclusão e sua relação com alterações funcionais na respiração e na deglutição. *Braz Dent Sci*. 2010; 13(8):52-58.
- [8] Pereira SRA; Weckx LLM. Revisão dos hábitos orais deletérios e sua influência nas más oclusões dentárias. *Pediatria Moderna*. 2006; 42(6):306-309.
- [9] Godsmith JL, Stool SE. George Catlin's concepts on mouth breathing, as presented by Dr. Edward H. Angle. *Angle Orthod*. Spring. 1994; 64(1):75-78.
- [10] Angle EH. Treatment of malocclusion of the teeth: Angle System - 7 ed. Philadelphia, SS White. 1907; 49-104.
- [11] Ricketts RM. Respiratory obstruction syndrome. *Amer. J. Orthod*. Jul. 1968; 54(7):485-514.
- [12] Harvold EP. Theoretical basis for the in: the activator interceptive orthodontics St Louis, Mosby. 1974; p. 3-36.
- [13] Bresolin D, Shapiro PA, Shapiro GG, Chapko MK, Dassel S. Mouth breathing in allergic children: its relationship to dentofacial development. *American J. Orthodontic April*. 1983; 83(4):334-40.
- [14] Adamidis IP, Spyropoulos MN. The effects of lymph adenoid hypertrophy on the position of the tongue, the mandible and the hyoid bone. *Eur. J. Orthodontic*. 1983; 5(4):287-94.
- [15] Behelfelt K, Hellsing E, Warren D. Craniofacial morphology in children with and without enlarged tonsils. *Europe J. Orthodontic*. 1990; 12:233-43.
- [16] Moyers R. Ortodontia 3ª ed. Tradução Décio Rodrigues Martins. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1987; p. 669.
- [17] Barbosa OLC, Gonçalves NM, Barbosa CCN, Silva FSC. Tipo respiratório como fator predisponente para a instalação de má-oclusão. *Revista Pró-UniversUS*. 2016; 07(2):17-21.
- [18] Marcomini L, Santamaria Jr. M, Lucato AS, Santos JCB, Tubel CAM. Prevalência de maloclusões e sua relação com alterações funcionais na respiração e deglutição. *Braz. Dente Sci*. 2010; 13 (8):52-58.