

Estruturas do sistema estomatognático pré e pós adenotonsilectomia: um estudo sobre o período optimal para realização cirúrgica

Maria Fernanda Bagarollo, Amanda G. Larco*

Resumo

A hipertrofia de tonsilas palatinas e faríngeas é responsável por alterar o padrão respiratório da criança. Para que o padrão seja reestabelecido é feita a cirurgia de adenotonsilectomia e posteriormente, reabilitação fonoaudiológica de suas estruturas e funções estomatognáticas. A seguinte pesquisa trata da análise pré e pós adenotonsilectomia das estruturas estomatognática e de suas alterações causadas pela respiração oral, visando encontrar um período optimal para realização cirúrgica. Entre os resultados obtidos foi notada uma maior diferença nas estruturas do grupo estudo, como em lábios, língua e bochechas, o que diferiu dos dados do grupo controle. Como conclusão foi visto que a hipertrofia causa modificações estruturais e quanto mais tempo de respiração oral, mais elas são acentuadas.

Palavras-chave:

Adenotonsilectomia, estruturas, tonsilas.

Introdução

A área da fonoaudiologia denominada Motricidade Orofacial recebe com frequência casos de crianças com respiração oral devido a hipertrofia de tonsilas palatinas e faríngeas¹. Dentro desse contexto, o Fonoaudiólogo atua na reabilitação de estruturas estomatognáticas e suas funções como mastigação, respiração, deglutição e fala^{2,3,4} alteradas devido a esse tipo respiratório. Para desobstruir a via aérea nasal e corrigir a respiração, é necessário realizar uma cirurgia de adenotonsilectomia, retirada das tonsilas citadas. Porém, a cirurgia não garante que as estruturas faciais voltem ao seu funcionamento e estética típica e para isso, é necessário um trabalho multidisciplinar para auxiliar na reabilitação muscular da criança em fase de crescimento⁵. O objetivo dessa pesquisa é analisar as alterações de estruturas do sistema estomatognático e sua relação com a readequação espontânea ou não após a adenotonsilectomia e com esses dados, analisar uma melhor faixa etária para realização cirúrgica visando menos impactos em suas estruturas.

Resultados e Discussão

A coleta de dados foi realizada com crianças até 12 anos com hipertrofia de tonsilas palatina e faríngea (GE) e com um grupo de controle (GC) para comparação de resultados entre respiradores orais e nasais, sendo 33 sujeitos do GE, 21 meninos e 12 meninas e 30 sujeitos, subdivididas em 19 sujeitos de 3 a 5 anos, 9 de 6 a 8 anos e 5 de 9 a 12 anos. No GC teve um total de 30 sujeitos, 18 meninos e 12 meninas, divididos em subgrupos com a faixa etária de 3 a 5 anos, 20 sujeitos, 6 a 8 anos, 7 sujeitos e de 9 a 12 anos, 3 sujeitos. Os resultados foram obtidos por meio de uma anamnese realizada com os responsáveis pela criança e direcionada para temas específicos como amamentação, ronco, apneia e hábitos deletérios, que podem estar associados com alterações em estruturas estomatognáticas, aplicação do protocolo AMIOFE resumido para avaliação dessas estruturas e de suas funções e do protocolo MBGR para avaliação da fala. As avaliações foram feitas com auxílio do registro de

filmagem e os dados adquiridos foram tabulados e tratados estatisticamente. É importante ressaltar que este trabalho faz parte de uma pesquisa maior de dois anos por isso, os dados do grupo estudo ainda estão sendo coletados. No GE foram observadas alterações estruturais em comum como lábios entreabertos e evertidos, língua em assoalho de boca, palato ogival, bochecha arqueada e uma mobilidade da língua mais alterada. Já no GC em sua maioria as estruturas estão dentro dos padrões esperados pelo protocolo, sem apresentar tensão ou flacidez muscular. Ambos os grupos mostraram dados equivalentes como ausência de alteração na movimentação da mandíbula e na sua postura e foi observado que crianças maiores têm alterações mais acentuadas que as mais novas.

Conclusões

Há presença de alterações nas crianças com hipertrofia de tonsilas palatinas e faríngeas que não são vistas nas crianças com respiração nasal. As alterações em crianças maiores são mais acentuadas que nas mais novas, o que pode incidir diretamente na recuperação pós-cirúrgica, assim como também há impacto do tempo de respiração oral na reabilitação.

Agradecimentos

Agradecimentos ao apoio do CNPq e a participação do AME de Santa Bárbara D'Oeste.

1. BERALDIN, B. S. et al. Avaliação do Impacto da Adenotonsilectomia sobre a Qualidade de Vida em Crianças com Hipertrofia das Tonsilas Palatinas e Faríngeas. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 75, n. 1, p. 64-69, jan.-fev., 2009.
2. BARBIERO, E. F.; VANDERLEI, L. C. M.; NASCIMENTO, P. C. A Síndrome do Respirador Bucal: uma Revisão para a Fisioterapia. *Cesumar*, v. 4, n. 2, p. 125-130, 2002.
3. CORÓ, M. G. *Desenvolvimento do sistema estomatognático na primeira infância*. 1999. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
4. SOUZA, J. F. et al. Alterações de Mastigação e Deglutição em crianças com hipertrofia de tonsilas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 79, n.4, p. 424-428, 2013.
5. PEREIRA, S. R. A. et al. Study of Craniofacial Alterations and of the Importance of the Rapid Maxillary Expansion After Tonsillectomy. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 78, n. 2, p. 111-117, 2012.