

Nariz e Cavidades Paranasais

Respiração Bucal na Infância

Andrés Sibbald

Devido à localização alta da laringe o recém nascido é um respirador nasal obrigatório. A epiglote alta que entra em contato com o palato mole, divide a via aérea da digestiva. Este fato, permite ao lactente deglutir e respirar de forma simultânea. O crescimento posterior do pescoço faz com que a laringe desça e estabelece-se na orofaringe uma passagem comum para ambas as vias. Isto habilita a boca para respirar, embora se mantenha a via nasal como a principal.

A medida que a criança cresce, surgem circunstâncias que podem determinar a obstrução da via aérea superior. Muitas provocam obstrução transitória (infecções virais, rinossinusite bacteriana, alergias sazonais), que duram pouco tempo, podendo ser recorrentes. Em outros casos a obstrução vai tornando-se persistente, geralmente por hipertrofia tonsilar, adenóides e dos cornetos nasais. Neste momento, iniciam-se ciclos de respiração bucal que podem provocar o hábito de usar mais a boca que o nariz, embora este apresente uma permeabilidade suficiente. Quando isto acontece, pode ser muito difícil recuperar a via nasal, e por isso é importante que o pediatra e o ORL identifiquem precocemente os pacientes que precisem de tratamentos para desobstruir o nariz e a rinofaringe.

Anamnese e exame físico

Os antecedentes familiares e do paciente são fundamentais para o diagnóstico. Os pais informarão sobre os hábitos respiratórios diurnos (respiração bucal, separação labial permanente, dificuldades de deglutição, hipoxemia, sono excessivo) e noturnos (respiração ruidosa, roncos, apnéias, sono entrecortado, hiper-extensão cervical). Às vezes é difícil definir a severidade dos sintomas noturnos, sendo possível registrar os momentos mais críticos da respiração noturna em um gravador, ou em vídeo. Este dois últimos permitem reproduzir os eventos de dificuldade respiratória diante do médico, e evita a realização de provas muito caras como a polissonografia.

O exame físico é muito importante e deve-se considerar, em primeiro lugar, a anatomia naso-facial e a forma de respirar. Avalia-se a forma e a função examinando o nariz, lábios, face inferior, palato e a simetria facial. Quando a face é estreita as crianças possuem condutos nasais menores. Com o otoscópio (para os pediatras), observa-se a posição do septo nasal e o tamanho dos cornetos, pois ambos podem diminuir a permeabilidade nasal. A modalidade respiratória pode ser nasal, bucal ou mista. Várias provas simples informam sobre a permeabilidade nasal. O fechamento labial permite ao examinador estabelecer a capacidade nasal. Com a boca fechada examina-se cada fossa nasal fechando uma e outra, de forma alternada. É importante reconhecer a obstrução nasal de causa adenoideana. Investiga-se a hiponasalidade fazendo com que a criança repita palavras (“banana”) com o nariz livre e nariz pinçado.

É útil realizar um exame minucioso da:

- a) função labial, tanto em repouso como durante a deglutição, buscando incompetência ou recrutamento da musculatura peribucal compensatória.
- b) da hemiface inferior: a face estreita (dolicoface) associa-se mais com respiração bucal e mordida cruzada posterior. Isto é um achado freqüente na obstrução adenoideana.

O exame da orofaringe inclui tanto a avaliação do tecido linfóide do anel de Waldeyer como das características funcionais da competência velofaríngea. As tonsilas faríngeas classificam-se, segundo Feinstein, em graus que vão de zero (ausência) a quatro (quando se encontram na linha média). Ao deprimir a língua, as tonsilas aproximam-se. Se o reflexo da arcada é intenso, a língua se desloca permanentemente para frente e diminui o apoio que oferece para o alargamento normal do arco maxilar. O exame direto das adenóides é mais difícil para o pediatra, porém a radiografia lateral (cavum) permite uma avaliação adequada da nasofaringe posterior. O palato mole é uma estrutura pouco observada da orofaringe. Uma úvula bífida, às vezes indica uma fissura submucosa e deve-se, nesta ocasião, palpar o palato procurando a mucosa, que é indicativa, muitas vezes, de insuficiência palatofaríngea. Nestas crianças está contra-indicada a adenoidectomia pelo risco de desenvolver hipernasalidade.

Conduta médica no respirador bucal

Com as observações clínicas já indicadas, o pediatra estaria em condições de firmar um diagnóstico preliminar ou até mesmo definitivo das causas do ronco, da hipernasalidade e/ou da respiração bucal. Porém, muitos pacientes, aparentemente normais, têm aspectos complexos que precisam de uma avaliação multidisciplinar ampliada como o auxílio do otorrino, com ampla experiência pediátrica, e também da fonoaudióloga.

É fundamental a avaliação do palato mole. Diante da suspeita de uma insuficiência velopalatina é essencial a consulta do binômio otorrino/fono. Às vezes, requer estudo de imagem com contraste e, outras vezes, uma polissonografia (PSG). Confirmando-se a insuficiência do véu palatino e apnéias severas pela PSG, o otorrino poderá realizar a adenoidectomia.

Quando o palato é funcionalmente competente, o próximo passo é avaliação nasal. A rinoscopia pode sinalizar a causa (ex. hipertrofia dos cornetos), porém muitas vezes é incerta e se recorre a imagens radiológicas das adenóides (cavum) ou das cavidades paranasais. Se os resultados forem normais, assume-se uma conduta expectante. Quando existe evidência de hipertrofia adenoideana ou de rinossinusite avançada, convém realizar um tratamento com corticoesteróides intranasais e/ou antibióticos. Quando este tratamento não der resultado, devido à persistência dos sintomas, a adenoidectomia pode ser resolutive.

Conclusões

Nos últimos anos a obstrução da via aérea superior tem sido muito estudada por pediatras, otorrinos, alergistas, gastroenterologistas, ortodontistas, fonoaudiólogos, etc. A criança respiradora bucal requer um enfoque multidisciplinar pois se trata de uma patologia complexa que nem sempre se resolve satisfatoriamente.

Referências bibliográficas

1-FEINSTEIN, A. Role of tonsils. New Engl J Med 282:285, 1970.

2-BALKANY, T. ; PASHLEY N. Clinical Pediatric Otolaryngology
C. V. Mosby, 1986.

3. BRODSKY, L. Practical Pediatric Otolaryngology. Cotton R, Myer C. Lippincott-
Raven 1998.