

CARACTERIZAÇÃO DA TIPOLOGIA FACIAL EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE HIPERTROFIA DAS TONSILAS PALATINAS*

CHARACTERIZATION OF FACIAL PATTERN IN CHILDREN WITH HYPERTROPHY OF PALATINE TONSIL

Luciana Cristiane Biazzetto¹

Priscila Senil Zenaro¹

Vicente José Assencio-Ferreira²

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil facial de indivíduos que apresentam hipertrofia de tonsilas palatinas. **Métodos:** foram estudados dados cefalométricos de 30 pacientes (sendo 13 do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idades entre 7 e 16 anos) que se encontravam em tratamento fonoaudiológico e apresentando diagnóstico otorrinolaringológico de hipertrofia de tonsilas palatinas. **Resultados:** 20 indivíduos (66,7%) apresentaram perfil facial médio e 10 (33,3%) perfil facial longo. Não foi encontrado, nesta pesquisa, nenhum índice de padrão facial curto. **Conclusão:** pelos dados cefalométricos, constatou-se que a tipologia facial que mais caracteriza indivíduos portadores de hipertrofia de tonsilas palatinas é a mesofacial.

Descritores: cefalometria; tonsila/fisiopatologia; hipertrofia; desenvolvimento maxilofacial; criança; adolescente.

INTRODUÇÃO

Tipologia facial é a variação normal de ossos craniofaciais, originando 3 tipos de faces:⁽¹⁾ longo, médio e curto. As características musculares e funcionais são peculiares a cada uma delas, variando assim a postura de língua, o modo respiratório, a posição dos lábios, entre outros. É preciso levar em conta essas informações na terapia, já que as diferenças estruturais e funcionais levam a abordagens terapêuticas diferentes.

A mastigação em um indivíduo de face curta é mais vigorosa,⁽²⁾ com ritmo mais intenso, maior facilidade de vedamento labial e utilização do mecanismo bucinador. Nas faces longas,⁽²⁾ a musculatura é menos potente, caracterizando uma mastigação mais lenta ou com menos vigor. Em indivíduos com face média,⁽³⁾ a musculatura acomoda-se normalmente à boa proporção vertical da face e não necessita efetuar adaptações funcionais. Assim, existe íntima relação entre o tipo de face, a potência muscular e, conseqüentemente, sua caracterização muscular.⁽²⁾

O crescimento craniofacial é determinado por características genéticas, que poderão sofrer modificações de acordo com influências externas como: desnutrição, doenças, hábitos, fatores socioeconômicos, clima, entre outros.⁽⁴⁾

No desenvolvimento da tipologia facial nem sempre há correlação entre idade cronológica e esquelética.⁽⁵⁾ Mesmo assim, para análise do crescimento da face, são importantes a cefalometria e a radiografia de punho e mão.

A obstrução das vias aéreas superiores, em especial a hipertrofia das tonsilas palatinas, é uma das influências ambientais negativas mais importantes sobre o desenvolvimento facial, determinando variações indesejáveis na sua morfologia.⁽⁶⁾

O encontro de tonsilas hipertrofiadas determina a redução do espaço orofaringiano associada ao retrognatismo mandibular.⁽⁷⁻⁸⁾ A postura da língua se adapta e com ela a mandíbula, numa posição mais baixa, mantendo a boca permanentemente aberta, o que leva a respiração bucal.⁽⁹⁾ Essa postura induz um crescimento com tendência vertical, deslocando o mento inferiormente, abrindo o ângulo goníaco e aumentando-o.⁽⁹⁾

*Trabalho realizado no CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

¹Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC). Fonoaudióloga graduada pelo Centro Universitário São Camilo.

²Doutor em Medicina (Neurologia) pela Universidade de São Paulo – USP.

Tabela 1. Distribuição de indivíduos portadores de hipertrofia de tonsilas palatinas segundo sexo e idade

Idade	7-8		9-10		11-12		13-14		15-16		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	1	14,3	3	42,9	6	66,7	2	40,0	1	50,0	13	43,3
Feminino	6	85,7	4	57,1	3	33,3	3	60,0	1	50,0	17	56,7
Total	7	100	7	100	9	100	5	100	2	100	30	100

Nº = Número de indivíduos.

Essa postura mandibular abaixada e a conseqüente extensão da cabeça sobre a coluna cervical influenciam a morfologia craniofacial.⁽¹⁰⁾

Acredita-se que caracterizar o tipo facial do paciente é um complemento diagnóstico de grande importância,⁽¹¹⁾ já que desproporções ósseas e de partes moles determinam, com freqüência, problemas miofuncionais, sendo também um auxiliar no prognóstico do tratamento.

Esta pesquisa tem o intuito de determinar a correlação da tipologia facial com a hipertrofia das tonsilas palatinas.

■ MÉTODOS

A amostra do presente estudo constituiu-se de 30 indivíduos de uma Clínica de Ortodontia em Santo André, na região da Grande São Paulo, sendo 13 do sexo masculino (43,3%) e 17 do sexo feminino (56,7%), na faixa etária de 7 a 16 anos.

Os indivíduos foram encaminhados ao setor de Fonoaudiologia da Clínica de Ortodontia, por profissionais ortodontistas da própria clínica, para a realização da Avaliação Fonoaudiológica. Os pacientes foram submetidos à avaliação da tonicidade e mobilidade orofacial, assim como da anatomia dos órgãos da face e das funções estomatognáticas (fonação, deglutição, mastigação e respiração).

Uma vez observada alteração das tonsilas palatinas, esses pacientes eram encaminhados, pelo profissional fonoaudiólogo, para uma Avaliação Otorrinolaringológica com ênfase em vias aéreas superiores. Dado o diagnóstico de hipertrofia de amígdalas palatinas desses pacientes, utilizou-se a documentação ortodôntica, mais precisamente a cefalometria com análise UNICAMP, para caracterização do padrão facial, levando em conta os dados cefalométricos: ângulo basal superior, ângulo basal inferior, plano palatal, S-N, SNBA e SNGo-Gn.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2000.

Ética: esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) e considerada como sem risco, sem necessidade de consentimento pós-informado.

■ RESULTADOS

Nos resultados obtidos, constatou-se que houve ligeira maior incidência de hipertrofia de tonsilas palatinas no sexo feminino (56,7%) (Tabela 1).

Com relação à tipologia facial, foi possível verificar que 20 indivíduos apresentaram padrão mesofacial (66,7%) e 10 padrão dolicofacial (33,3%), enquanto que não foi caracterizado nenhum padrão braquifacial (Tabela 2).

Os dados estudados da cefalometria com análise UNICAMP revelaram ainda que, quanto ao ângulo basal superior, 50% apresentaram características braquifaciais e 50% características mesofaciais; quanto ao ângulo basal inferior, apresentaram características mesofaciais 56,7% e 43,3% dolicofaciais; a análise do plano palatal S-N demonstrou 30% de características braquifaciais, 53,3% de características mesofaciais e 16,7% de características dolicofaciais. As medidas obtidas com SNBA revelaram 3,3% de características braquifaciais, 66,7% de características mesofaciais e 30% de características dolicofaciais; e a análise SNGo-Gn demonstrou 53,4% de características mesofaciais e 46,6% de dolicofaciais (Tabela 3).

Todos esses dados são traçados e obtidos por uma cefalometria computadorizada e a combinação dos dados citados acima determinam a tipologia facial resultante de cada indivíduo.

■ DISCUSSÃO

A maioria dos indivíduos analisados apresentou como característica de maior incidência o padrão mesofacial

Tabela 2. Distribuição de indivíduos portadores de hipertrofia de tonsilas palatinas e tipologia facial

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Braquifacial	0	–	0	–	0	–
Mesofacial	7	23,3	13	43,4	20	66,7
Dolicofacial	6	20	4	13,3	10	33,3
Total	13	43,3	17	56,7	30	100

Nº = Número de indivíduos.

Tabela 3. Distribuição da tipologia facial com diferentes dados cefalométricos

Tipologia facial	Braquifacial	Mesofacial	Dolicofacial
Ângulo basal sup.	42,0/59,65 15 (50%)	60,51/67,81 15 (50%)	> 68 0
Ângulo basal inf.	–	23,57/30,91 17 (56,7%)	31,18/39,11 13 (43,3%)
Plano palatal S-N	1,21/2,92 9 (30%)	5,04/11,37 16 (53,3%)	11,58/13,96 5 (16,7%)
SNBA	<120,96 1 (3,3%)	126,59/135,84 20 (66,7%)	136,68/150,96 9 (30%)
SNGo-Gn	–	29,77/36,91 16 (53,4%)	38,18/44,48 14 (46,6%)

Sup. = Superior; Inf. = inferior.

(56,7%). No entanto, o padrão dolicofacial também foi encontrado, dado este em menor proporção (43,3%).

Sabe-se que a hipertrofia das tonsilas palatinas é uma das influências ambientais negativas mais importantes sobre o desenvolvimento facial e que determina variações indesejáveis em sua morfologia.⁽⁶⁾

Pode-se dizer, portanto, que os achados relacionados ao autor citado não são similares aos da pesquisa realizada, na qual foi observado que a hipertrofia de tonsilas palatinas não tem influência no desenvolvimento facial, nem mesmo determina variações indesejáveis em sua morfologia.

O encontro de tonsilas hipertrofiadas determina uma redução do espaço orofaringiano associado ao retrognatis-

mo mandibular.^(7,8) A postura da língua se adapta, numa posição mais baixa, mantendo a boca permanentemente aberta, o que leva à respiração bucal.⁽⁹⁾ Essa postura induz um crescimento com tendência vertical, deslocando o mento inferiormente, abrindo o ângulo goníaco e aumentando-o.

Não concordamos com os dados acima citados em relação à tendência de crescimento facial vertical, pois observamos que há maior incidência do padrão mesofacial, sendo esta a face considerada normal, ao contrário da face longa (vertical) e da face curta (horizontal). As alterações miofuncionais citadas pelo autor, certamente, são encontradas, não tendo sido levadas em conta nos indivíduos desta amostra, mas não altera o perfil facial do indivíduo.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados encontrados na cefalometria com análise UNICAMP dos 30 indivíduos portadores de hipertrofia de tonsilas palatinas, pode-se concluir que a grande maioria apresentou perfil facial médio (66,7%), em ambos os sexos, na faixa etária de 7 a 16 anos, contra 33,3% de padrão dolicofacial. O padrão facial curto não foi encontrado nos indivíduos desta amostra, embora tenham sido verificadas características braquifaciais nos dados cefalométricos de ângulo basal superior (50%), plano palatal S-N (30%) e SNBA (3,3%), não sendo o conjunto dessas medidas com ângulo basal inferior e SNGo-Gn suficientes para caracterizar um perfil facial curto.

ABSTRACT

Purpose: to characterize facial pattern of children with hypertrophy of palatine tonsil. **Methods:** were studied factors cephalometrics of 30 children (13 male and 17 female with ages ranging from 07 to 16 years) are being treatment speech, and presenting diagnostic at hypertrophy of palatine tonsil. **Results:** in 20 children (66,7%) had facial pattern medium and 10 (33,3%) facial pattern long. Don't was found, in this research, nobody register of facial pattern short. **Conclusion:** through of factor cephalometrics, we conclude with facial pattern more characterize children with hypertrophy of tonsil palatine is medium face.

Keywords: cephalometry; tonsil/physiopathology; hypertrophy; maxillofacial development/physiology; child; adolescence.

REFERÊNCIAS

1. Bianchini EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. 4ed. São Paulo: Pró-Fono; 1998.
2. Bianchini EMG. Descrição da tipologia facial e relação pósterio-anterior das bases ósseas. In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998. p. 46-7.
3. Krakauer LH. Alterações de funções orais nos diversos tipos faciais. In: Marchesan IQ. Tópicos de fonoaudiologia 1995. São Paulo: Lovise; 1995. p. 147-54.
4. Tanigute CC. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marchesan, IQ. Fundamentos em

- fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998. p. 1-6
5. Marchesan IQ. Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast; 1999.
 6. Behlfelt K. Enlarged tonsils and the effect of tonsillectomy. Characteristics of the dentition and facial skeleton. Posture of the head, hyoid bone and tongue, mode of breathing. *Swed Dent J* 1990;72 Suppl:1-35.
 7. Linder-Aronson S, Woodside DG, Lundström A. Mandibular growth direction following adenoidectomy. *Am J Orthod* 1986;89:273-84.
 8. Solow B, Siersbaek-Nielsen S, Greve E. Airway adequacy, head posture, and craniofacial morphology. *Am J Orthod* 1984;86:214-23.
 9. McNamara Jr JÁ. A method of cephalometric evaluation. *Am J Orthod* 1984;86:449-69.
 10. Martins JCR. Influência da hipertrofia amigdaliana nas mal oclusões de classe I e classe II divisão 1^a de Angle: estudo cefalométrico. Bauru, 1988. [Tese – Doutorado – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo].
 11. Ferreira FV – Ortodontia diagnóstico: planejamento clínico. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Recebido para publicação em: 28/02/2001

Aceito em: 10/05/2001

Endereço para correspondência

Nome: Luciana Cristiane Biazetto

Endereço: Rua Casemiro de Abreu, 75 – CEP: 09061-030 – Santo André – SP

Fone: (11) 4421-6146

e-mail: prizenaro@ig.com.br