

CONDUITA FONOAUDIOLÓGICA PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RINITE ALÉRGICA: RELATO DE CASO

Speech therapy in patients with allergic rhinitis diagnosis: case report

Patrícia Junqueira ⁽¹⁾, Fabiana Medeiros Parro ⁽²⁾, Márcia Regina Toledo ⁽³⁾, Rina Lamboglia Teixeira de Araújo ⁽⁴⁾, Renata Di Francesco ⁽⁵⁾, Maria Cândida Rizzo ⁽⁶⁾

RESUMO

Objetivo: descrever a importância do trabalho multidisciplinar e a conduta fonoaudiológica nos casos de pacientes respiradores orais com diagnóstico de rinite alérgica. **Métodos:** paciente com 6 anos de idade, encaminhado para o Centro de Atendimento ao Respirador Oral (CARO), no qual foi avaliado por equipe multiprofissional (fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, alergologista, ortodontista) sendo constatado quadro de rinite alérgica, distúrbio oromiofuncional e mordida cruzada. Após as avaliações e discussão do caso com os profissionais da equipe (fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, alergologista, ortodontista) optou-se por iniciar tratamento clínico medicamentoso, reavaliando o paciente após seis meses. Após esse período o paciente apresentou melhora significativa do quadro alérgico, sendo iniciada fonoterapia. A terapia fonoaudiológica foi composta por três etapas: conscientização, exercícios miofuncionais e treino da função respiratória. **Resultados:** com o acompanhamento fonoaudiológico semanal com duração de 21 semanas, o paciente apresentou melhora no tônus dos músculos orofaciais, mantendo o vedamento labial e respiração nasal. **Conclusão:** o atendimento do paciente por uma equipe multiprofissional viabilizou e colaborou para o sucesso do tratamento fonoaudiológico.

DESCRIPTORIOS: Fonoterapia; Respiração Bucal; Rinite; Sistema Estomatognático; Otorrinolaringologia

INTRODUÇÃO

A respiração é uma função vital. Quando esta é nasal e, portanto, adequada, só traz benefícios para a saúde do indivíduo ¹⁻⁴.

As causas mais frequentes da respiração oral são obstruções nasais e/ou faríngeas. A flacidez dos

músculos faciais e mastigatórios também pode levar a boca a se abrir, podendo causar uma respiração oral funcional (neste caso não há qualquer obstrução) ²⁻⁵.

Deste modo, quando há algum impedimento para que a respiração nasal possa se realizar, tem-se a respiração oral. A respiração oral é, portanto, uma função adaptativa que necessita de alterações estruturais que permitam sua instalação e funcionalidade ²⁻⁴.

Estas alterações promovem consequências de diversas ordens, que acarretam prejuízos para o ser humano. A ocorrência dessas consequências, bem como o grau de prejuízo para o indivíduo irá depender do início e da duração do quadro de respiração oral, da genética do paciente, dos fatores ambientais envolvidos, assim como da etiologia da obstrução nasal e/ou faríngea ^{2,4-5}.

Portanto o diagnóstico, bem como o tratamento o mais precoce possível da respiração oral devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar, para que seja então possível minimizar suas consequências ^{3-4,6}.

Essa equipe multidisciplinar deve ser formada por fonoaudiólogos, alergologistas, otorrinolaringologistas e ortodontistas. Seu principal papel é o de diagnosticar a etiologia da respiração oral, discutindo

⁽¹⁾ Fonoaudióloga, Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana, Fonoaudióloga Coordenadora do Setor do Respirador Oral do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Clínica Escola.

⁽²⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Estagiária do Setor do Respirador Oral do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Clínica Escola.

⁽³⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Voz, Especialista em Motricidade Oral, Fonoaudióloga do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Clínica Escola.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Fonoaudióloga do Setor do Respirador Oral do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Clínica Escola.

⁽⁵⁾ Médica, Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médica Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

⁽⁶⁾ Médica, Doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo, Médica Preceptora do Serviço de Alergologia Pediátrica do Hospital Infantil Municipal Menino Jesus.

em conjunto qual a melhor conduta a ser tomada ^{4,6}.

O fonoaudiólogo tem um importante papel dentro dessa equipe, fortalecendo os músculos orofaciais e mastigatórios e restabelecendo a respiração nasal e demais funções orais, quando necessário ⁴.

No caso de pacientes com queixa de respiração oral é fundamental o diagnóstico, para que seja determinada a etiologia da obstrução nasal e/ou faríngea, pois a conduta fonoaudiológica pode se modificar de acordo com as possibilidades do paciente. A etiologia da respiração oral tem um papel muito importante, tanto na sintomatologia apresentada pelo paciente, como no sucesso ou não da sua reabilitação ⁴.

No trabalho de atendimento multidisciplinar aos respiradores orais que temos realizado, estabelecemos condutas fonoaudiológicas segundo a etiologia da respiração oral. Observamos que a terapia fonoaudiológica mostra-se mais eficaz, com uma duração menor e maior facilidade para automatização da respiração nasal.

O objetivo desse artigo é descrever a conduta fonoaudiológica assumida no caso clínico de um paciente respirador oral com diagnóstico de rinite alérgica.

■ MÉTODOS

Este estudo foi baseado no relato de caso de uma criança do gênero masculino, 6 anos de idade, encaminhada ao Centro de Atendimento ao Respirador Oral (CARO), a partir dos dados dos prontuários da equipe multidisciplinar.

Descrição do caso:

Criança do gênero masculino, com queixa de respiração oral e bronquite, um ano após ter sido submetido a adenoamigdalectomia.

Neste serviço o paciente é avaliado por uma equipe de profissionais composta por: fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, alergologista e ortodontista. Após o diagnóstico, o caso é discutido e são definidos os planos terapêuticos.

No exame físico do paciente, realizado pelo otorrinolaringologista e alergologista, observou-se na rinoscopia anterior, mucosa nasal pálida e secreção hialina. Na otoscopia visualizou-se orelha direita normal e otite média crônica simples na esquerda.

Na videofibronasofaringolaringoscopia identificou-se hipertrofia de cornetos inferiores bilateral e edema de grau 3. Não foi observado aumento de tecido linfóide na nasofaringe. Paciente apresentou quadro clínico de rinite alérgica inflamatória.

Os fonoaudiólogos realizaram avaliação clínica e eletromiográfica. No exame oromiofuncional foram avaliados os aspectos morfológicos e o posicionamento habitual no repouso, tônus e mobilidade das estruturas orais, bem como as funções orofaciais.

Apresentou lábios abertos em posição habitual de repouso, sendo os mesmos grossos com eversão do inferior, com aspecto ressecado e coloração esbranquiçada. A musculatura do orbicular dos lábios apresentou-se flácida, com mobilidade normal e ângulo mentolabial pouco acentuado.

As bochechas estavam assimétricas e com tônus flácido e o músculo mental apresentou-se rígido por compensação do tônus do lábio inferior.

Os dentes não se encontravam em bom estado de conservação, apresentando cáries nos dentes posteriores do lado esquerdo. Quanto à oclusão dentária, foi observada mordida cruzada à esquerda com melhor lateralização de mandíbula e maior amplitude de movimento para o mesmo lado.

Com relação à posição habitual de língua observou-se anteriorização da mesma, com dorso elevado, ponta baixa e tensão diminuída.

Na avaliação das funções, observou-se modo respiratório predominantemente oronasal. Com a utilização do espelho de Glatzel não foi visualizada saída de ar pela narina esquerda, mesmo após a limpeza nasal.

A mastigação foi registrada por meio da filmadora JVC modelo NO.GR-AX 25U e avaliada com pão francês. Durante a mastigação o paciente manteve os lábios entreabertos, realizando movimentos exagerados com a musculatura perioral. Houve preferência pelo lado direito, ocorrendo de forma rápida, com movimentos verticais de mandíbula e amassamento do alimento com a língua.

Na deglutição de sólidos foi observado projeção de língua anterior, contração da musculatura perioral e de mental. O paciente manteve os lábios entreabertos, apresentando anteriorização do pescoço ao deglutir. Nos líquidos também visualizou-se projeção de língua anterior, com dificuldade em organizar o bolo sobre a mesma e contração dos músculos periorais e mental. Não foram observadas alterações significativas na fala.

Paciente apresentou diagnóstico fonoaudiológico de distúrbio oromiofuncional, com alteração quanto ao tônus e posicionamento habitual de lábios, língua e bochechas, respiração oronasal e mastigação e deglutição adaptadas.

Concluídas as avaliações, a equipe de profissionais optou por iniciar somente o tratamento clínico medicamentoso, reavaliando o paciente após um período mínimo de três meses. Foi orientado também a procurar tratamento odontológico para que posteriormente fosse iniciada a correção ortodôntica.

O paciente retornou ao serviço após seis meses do início do tratamento clínico, sendo reavaliado pela mesma equipe de profissionais.

No exame físico, os médicos constataram rinoscopia anterior sem edemas, otoscopia na orelha direita normal e esquerda com espessamento de membrana timpânica. Na videofibronasofaringolaringoscopia

observaram-se cornetos normotróficos, sem edema, sem coriza e com boa permeabilidade. Não foram encontradas alterações na nasofaringe.

Na reavaliação fonoaudiológica não foram observadas mudanças significativas na musculatura e funções orais. Embora a melhora no quadro respiratório/alérgico tenha sido significativa, o paciente permaneceu com o hábito da respiração oronasal.

Após as reavaliações os profissionais optaram por iniciar a fonoterapia com o objetivo de instalar a respiração nasal e fortalecer a musculatura orofacial.

O tratamento ortodôntico não pode ser iniciado pois o paciente ainda não havia realizado o procedimento odontológico.

A fonoterapia foi composta de três etapas: conscientização, exercícios musculares e treino da função respiratória, realizada semanalmente com duração de 30 minutos.

Inicialmente foi discutido com o paciente sobre a importância da respiração nasal, bem como a necessidade da realização da terapia. Ao longo de todo o processo o paciente foi conscientizado sobre as conseqüências da respiração oral e motivado a realizar as atividades propostas em terapia.

Foram realizados exercícios isométricos para o fortalecimento do tônus dos lábios, bochechas, bem como para uma melhor tensão da língua.

Paralelamente foram utilizadas estratégias (uso de elástico ortodôntico e/ou retalho de hóstia entre os lábios, etc.) para o paciente treinar a possibilidade de respiração nasal, mantendo os lábios ocluídos.

Utilizou-se também massagens para soltar a musculatura do lábio superior e mental.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, sob número 043/05, sendo necessário o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

■ RESULTADOS

Após três meses de terapia (12 sessões), o paciente foi submetido a nova eletromiografia, que revelou melhora significativa no tônus muscular de lábios e bochechas, bem como diminuição da tensão do músculo mental.

O paciente permaneceu em atendimento semanal por 21 sessões, quando teve alta. Foi ainda reavaliado mensalmente por mais três meses.

Os objetivos da terapia foram alcançados. O paciente apresentou melhora significativa do tônus dos músculos orofaciais, bem como manteve o vedamento labial, respirando pelo nariz.

■ DISCUSSÃO

Dentre os principais fatores que podem causar obstrução nasal, gerando a respiração oral, destaca-se pela grande prevalência (estima-se que fique ao redor de 30% da população

brasileira) e prejuízos causados, a rinite alérgica.^{1-2,4,7-15}. Rinite alérgica é definida como um conjunto de sintomas nasais que se desenvolvem após uma inflamação imunológica⁹.

Não é qualquer reação imunológica, mas sim, aquela que envolve o contato entre anticorpos da classe IgE e a exposição a alérgenos⁹. Os sintomas resultantes desta interação são obstrução nasal, coriza, prurido e espirros^{7-8,10-12} e o tratamento deve ser sempre que possível realizado conjuntamente pelo alergologista, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo⁴.

No atendimento que temos prestado a respiradores orais temos observado uma alta ocorrência desses pacientes com diagnóstico de rinite alérgica. Devido a essa constante freqüência, bem como aos diversos incômodos e desconfortos relatados pelos pacientes, temos procurado prestar um atendimento diferenciado, focado principalmente em condutas que determinam o momento mais favorável para o início da terapia fonoaudiológica.

Com isso procuramos minimizar alguns insucessos terapêuticos resultantes da dificuldade na instalação da respiração nasal que seguramente geram desmotivação, falta de envolvimento e abandono da terapia.

Mas como definir o momento mais favorável para o início da fonoterapia? Como no caso aqui descrito, precisamos do auxílio de outros profissionais que possam avaliar e tratar as condições nasais do paciente. Não podemos esquecer que em muitos casos o paciente alérgico apresenta uma sintomatologia nasal que inviabiliza a passagem de ar fisiológica. O excesso de secreção nasal e, principalmente, o edema e/ou hipertrofia dos cornetos podem, de acordo com sua intensidade, impossibilitar a passagem de ar nasal.

Portanto é importante iniciar a fonoterapia conjuntamente com algum tipo de tratamento para a alergia que o paciente apresente⁴. Como no caso aqui descrito, temos esperado um mínimo de três meses do início do tratamento medicamentoso para o início da fonoterapia. A experiência no atendimento a esses pacientes tem mostrado que esse tempo costuma ser suficiente para a melhora do quadro clínico apresentado, sendo a partir desse tempo iniciada terapia fonoaudiológica. É esperado que o alergologista e/ou o otorrinolaringologista devem reavaliar o paciente em tratamento para analisar se de fato houve uma melhora significativa do quadro apresentado, possibilitando a respiração nasal. Neste momento o fonoaudiólogo pode sentir-se seguro para o início do tratamento de seu paciente, como o exposto aqui.

■ CONCLUSÃO

O caso apresentado obteve sucesso, uma vez que todas as premissas para o início da fonoterapia foram respeitadas. O atendimento do paciente por equipe multiprofissional viabilizou e colaborou favoravelmente para o sucesso do tratamento.

ABSTRACT

Purpose: to describe how important is the multidisciplinary approach to mouth breathing patients with allergic rhinitis. **Methods:** a six-year old patient from Centro de Atendimento ao Respirador Oral (CARO) was evaluated by a multidisciplinary team composed by: speech pathologists, ENT doctor, allergist and orthodontist. Allergic rhinitis and also oro-myofunctional disorders and cross bite were diagnosed. The team, together, decided to begin by the clinical treatment of the basis disease, for 6 months. After that, patient presented improvement of allergies and was submitted to speech pathologist therapy. It comprehended 3 stages: awareness, myofunctional exercises and respiratory training. **Results:** after a period of 21 weeks of weekly speech pathologist appointments, patient presented good improvement in tonus of facial muscles, maintaining lips closed and nose breathing. **Conclusion:** multidisciplinary approach was mandatory for the success of the speech pathology therapy.

KEYWORDS: Speech Therapy; Mouth Breathing; Rhinitis; Stomatognathic System; Otolaryngology

REFERÊNCIAS

1. Mitre EI. Otorrinolaringologia e fonoaudiologia. São Jose dos Campos: Pulso; 2003. 138 p.
2. Motonaga SM, Berti LC, Anselmo-Lima WT. Respiração bucal: causas e alterações no sistema estomatognático. Rev Bras Otorrinolaringol 2000; 66(4):373-9.
3. Marchesan IQ. Avaliação e terapia dos problemas de respiração. In: Marchesan IQ, organizadora. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.13-21.
4. Junqueira P. Respiração oral: considerações fonoaudiológicas. In: Junqueira P, Dauden AT. Aspectos atuais em terapia fonoaudiológica II. São Paulo: Pancast; 2002. p. 9-16.
5. Di Francesco RC. Conseqüências da respiração oral. In: Krakauer LH, Di Francesco RC, Marquesan IQ, organizadoras. Conhecimentos essenciais para entender bem a respiração oral. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 19-25.
6. Marchesan IQ. A equipe de trabalho no respirador oral. In: Krakauer LH, Di Francesco RC, Marchesan IQ, organizadoras. Conhecimentos essenciais para entender bem a respiração oral. São José dos Campos: Pulso; 2003. p.163-7.
7. Kluemper GT, Vig PS, Vig KW. Nasorespiratory characteristics and craniofacial morphology. Eur J Orthod 1995; 17(6):491-5.
8. Júnior JFM, Mion OG. Rinite alérgica: fisiopatologia e tratamento. In: Krakauer LH, Di Francesco RC, Marquesan IQ, organizadoras. Conhecimentos essenciais para entender bem a respiração oral. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 109-18.
9. Bousquet J. Recommendations. J Allergy Clin Immunol 2001; 108:147-336.
10. Kimmelman CP. The problem of nasal obstruction. Otolaryngol Clin North Am 1989; 22(2):253-64.
11. Campos CAH, Lopes Filho OC. Alergia nasal. In: Lopes Filho OC, Campos CAH. Tratado de otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 1994. p. 283-306.
12. Lund V. Allergic rhinitis: making the correct diagnosis. Clin Exp Allergy 1988; 28(6):25-8.
13. Bresolin 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):334-40.
14. Hannuksela A. The effect of moderate and severe atopy on the facial skeleton. Eur J Orthod 1981; 3(3):187-93.
15. Principato JJ. Upper airway obstruction and craniofacial morphology. Otolaryngol Head Neck Surg 1991; 104(6):881-90.

RECEBIDO EM: 14/04/05

ACEITO EM: 09/08/05

Endereço para correspondência:

Rua Professor Hilário Veiga de Carvalho, 100/61

São Paulo – SP

CEP: 05641-670

Tel: (011) 37715740

E-mail: fabiparro@ig.com.br