

- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

TAVARES, Maria Inês¹; FONSECA, Inês¹; SILVA, Susana²; CARVALHO, Rita²; MARCELINO, João Pedro³; GONÇALVES, Miguel M.⁴

¹ - Alunas do 5º ano, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Ciências da Saúde – Viseu, Portugal - Universidade Católica Portuguesa

² - Docentes de Ortodontia, do Instituto Ciências da Saúde – Viseu, Portugal - Universidade Católica Portuguesa

³ - Médico Especialista em Cirurgia Maxilo-Facial pela Ordem dos Médicos, prática clínica privada.

⁴ - Médico Especialista em Estomatologia e Sub-especialista em Ortodontia pela Ordem dos Médicos, prática clínica privada.

^{1,2} CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde – Viseu, Portugal.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INTRODUÇÃO

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) corresponde a um colapso e consequente obstrução da via aérea superior (VAS) durante o sono, o que leva a períodos de apneia/hipopneia e a uma diminuição da saturação de oxihemoglobina. (1) A perda do padrão normal do sono manifesta-se de múltiplas formas, variando entre o roncar intermitente (roncopatia) e uma hipoventilação noturna profunda. (2,3) Tem uma prevalência de 4% em homens e 2% nas mulheres, com idade compreendida entre os 30 e 60 anos. (1,4) O colapso da faringe é derivado de fatores anatómicos predisponentes durante a inspiração, normalmente de causas genéticas e que se associam com os tecidos moles das VAS, distribuição da obesidade, controlo neuronal das VAS e regulação central da respiração. (2)

Os Médicos Dentistas têm um papel importante no rastreio da SAOS, devendo fazer o correto encaminhamento para um centro do sono. Deste modo, devem estar atentos às seguintes características presentes nesta patologia como: retrognatia (classe II); palato profundo; arcos dentários estreitos; edentações da língua; macroglossia; aumento do tamanho das adenóides e amígdalas; alterações do tamanho da orofaringe; bruxismo; retração gengival e perdas dentárias. (1) O diagnóstico precoce é um dos principais fatores para o sucesso do tratamento da SAOS, sendo que este depende do grau da severidade desta patologia. (1,3,6) As opções de tratamento são: a administração por via nasal de uma pressão positiva de ar (CPAP), o uso de dispositivos para avanço mandibular ou aparelhos retentores da língua e/ou o tratamento cirúrgico que compreende as seguintes técnicas: uvulopalatofaringoplastia, traqueostomia e avanço maxilo-mandibular. (1,3,5)

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

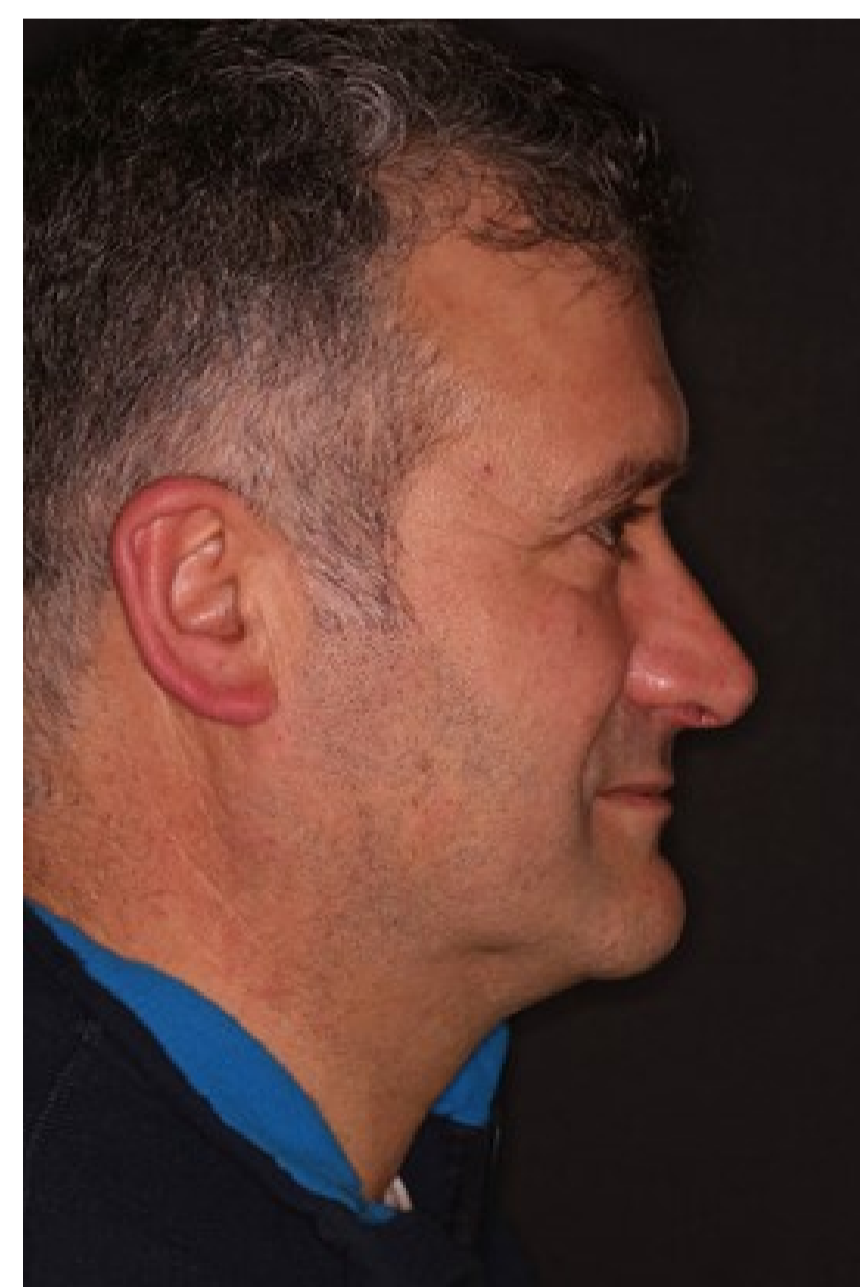
A cirurgia de avanço maxilo-mandibular realizada compreende uma osteotomia de Le Fort tipo 1 maxilar e osteotomia sagital dos ramos mandibulares, que permitem o avanço maxilar e consequente aumento do espaço orofaríngeo e também correção do arco dentário. (7) Vários estudos demonstram que o avanço da maxila e da mandíbula expande as vias aéreas em vários planos de espaço, podendo ser constatado nas telerradiografias de perfil, na tomografia computadorizada e na ressonância magnética. (8, 9) Com esta intervenção dá-se um aumento da profundidade faríngea, aumento da saturação de O₂ mínima no pós-operatório e 93% dos pacientes declararam sucesso cirúrgico nos itens de sonolência, índice de atividade social e vigília, bem como desempenho sexual. (9)

As mudanças na estética facial dos pacientes submetidos ao AMM são encaradas como satisfatórias. (9) Através da análise da literatura podemos concluir que o avanço maxilo-mandibular é a opção cirúrgica mais bem-sucedida para o tratamento da SAOS de moderada a grave, com uma taxa de sucesso entre 75% e 100%, sendo uma excelente opção de tratamento para pacientes que não respondem ou não aceitam a terapia com uso do CPAP. (7, 9)

PERFIL FACIAL

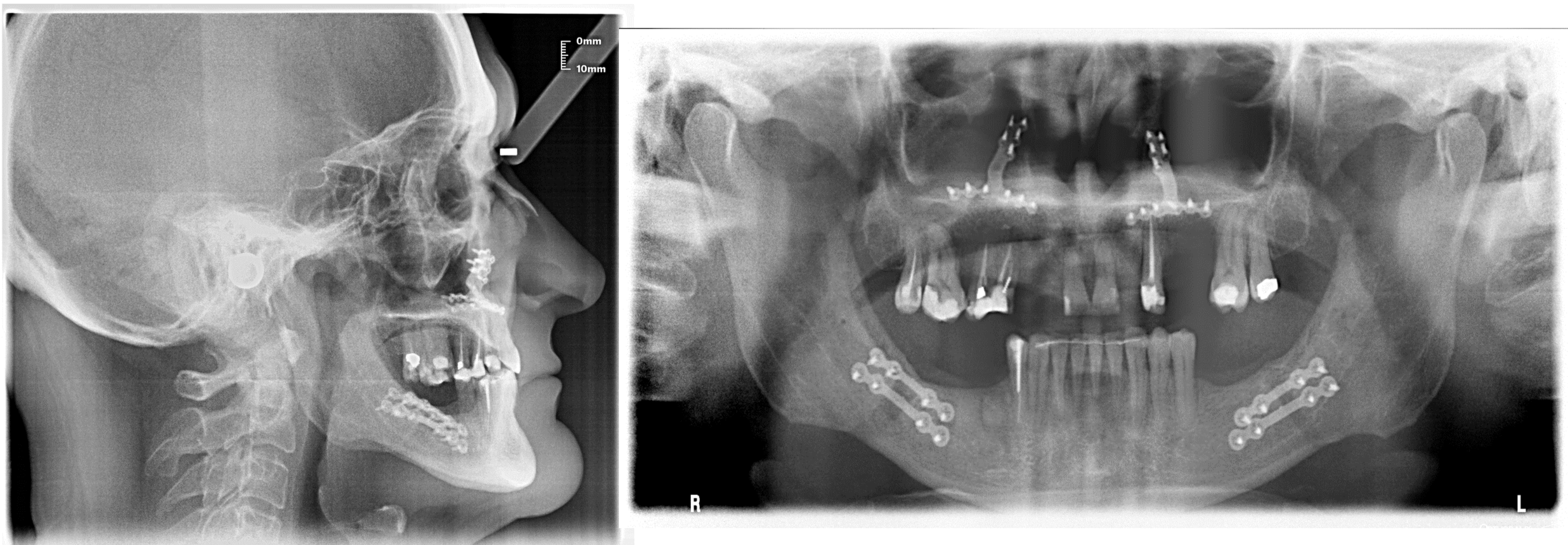


Maio de 2016



Janeiro de 2018

E.C. DIAGNÓSTICO – FINAL



Janeiro de 2018

CASO CLÍNICO

Género masculino, 51 anos, raça caucasiana, braquifacial e com classe III esquelética, com diagnóstico de SAOS, utiliza CPAP durante a noite. Recorreu a consulta de ortodontia em contexto de clínica privada, tendo sido aconselhado tratamento ortodôntico fixo durante 12 meses (pré-operatório) para correção do arco dentário e posterior intervenção cirúrgica de avanço maxilo-mandibular. Foi iniciado o tratamento ortodôntico, superior e inferior, em Maio de 2016 e terminado em Janeiro de 2018 (20 meses de tratamento). Terminada a fase ortodôntica, foi realizada cirurgia ortognática de avanço maxilar e mandibular em Outubro de 2017, sendo avançados 4 mm na mandíbula e 2mm na maxila. O tratamento foi dado como terminado em Março de 2018. Mantém uma placa de Hawley superior com dentes em acrílico e está a ser planeado a colocação de prótese parcial esquelética inferior.

INTRA-ORAIS—INICIAL

Maio de 2016

Fig 1. Oclusal Superior



Fig 2. Lateral Esquerda



Fig 3. Frontal



Fig 4. Lateral Direita



Fig 5. Oclusal Inferior

FINAL

Janeiro de 2018

Fig 6. Oclusal Superior

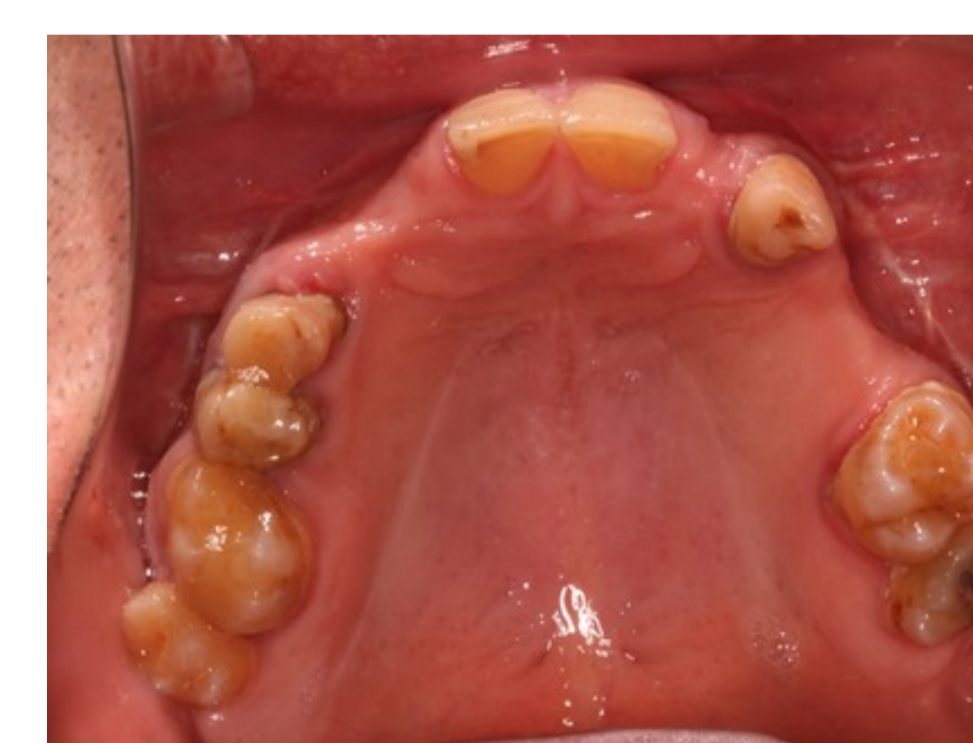


Fig 7. Lateral Esquerda

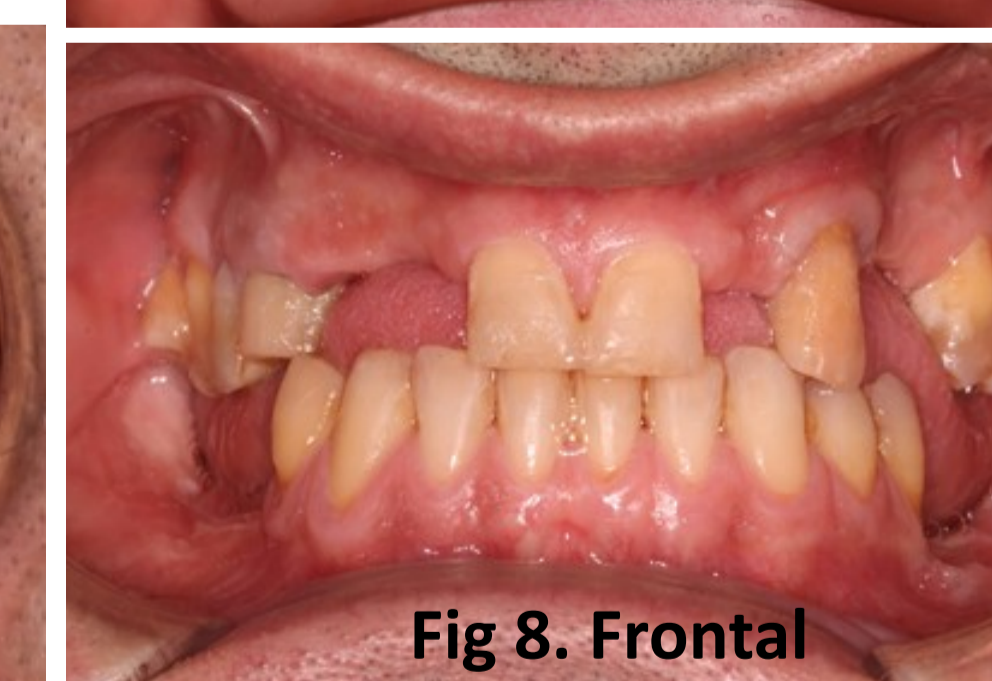


Fig 8. Frontal



Fig 9. Lateral Direita

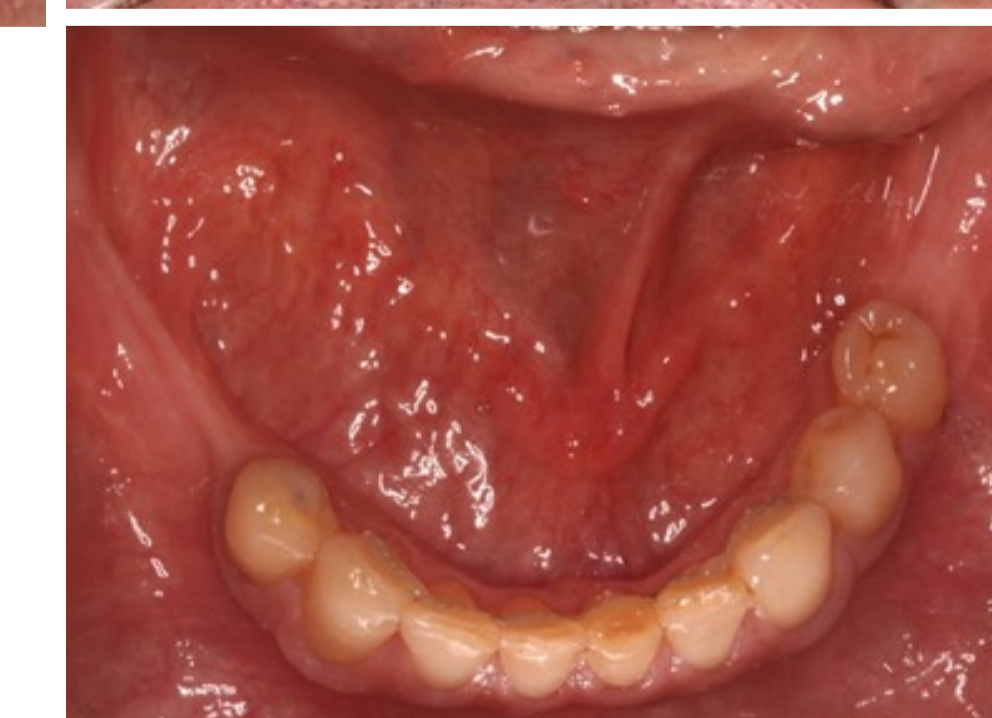


Fig 10. Oclusal Inferior