Hiperdivergência  
Hyperdivergency

Wilma Alexandre Simões*

RESUMO
As relações interdisciplinares entre a otorrinolaringologia, fisioterapia, fon audiologia e a ortopedia funcional, ortodontia e cirurgia ortognática exigem a locação correta do diagnóstico e terapêutica em função da idade e gravidade da síndrome evolutiva da hiperdivergência. O estabelecimento de 6 etapas ou níveis na evolução da síndrome ajudam a atitude clínica a ser tomada nestes casos.

ABSTRACT
The interdisciplinary relationships between the otorhinolaryngology, physiotherapy, phonaudiology and the functional orthopedics, orthodontics and orthognathic surgery require the proper location of the diagnosis and therapeutic relates to the age and severity of the hiperdivergency evolutivo syndrome helps to guide clinically the attitudes to be taken.

UNITERMOS

KEYWORDS
Hyperdivergency levels - Oronasal respiration - Hyper and hypotonicity - Head hyperextension - Kyphosis - Scoliosis - Lordosis

Introdução
A sobrevivência depende da respiração que, por adaptação compensatória, é oral quando do nasal está bloqueada. Entretanto, os recém-nascidos não tendo ainda essa capacidade desenvolvida, quando apresentam atresia de cóanas precoces traqueostomia31. A respi ração por obstrução total da passagem de ar pelo nariz; portanto exclusivamente oral, é rara.

No final do século passado surgiram os primeiros artigos referentes as faces adenoïdeanas. Há aproximadamente três décadas surgiram os termos hipo e hiperdivergentes para a falta e excesso de crescimento vertical, respectivamente; e, a síndrome da obstrução nasal com altura da face anterior aumentada; falta de selamento labial e dentes superiores evidentes na posição de repouso; narinas estreitas; plano mandibular inclinado e mordidas cruzadas posteriores.

Muitas publicações mostraram a relação da respiração e o desenvolvimento vertical da face, deformidades dentofaciais e maxilares estreitos, as quais, foram refutadas por alguns. Por outro lado, trabalhos sobre tratamentos de escoliose com Milwaukee agravando sobremordidas, adenoidecomias favorecendo a desinclusão do plano mandibular depois da instalação da respiração nasal, em populações primitivas, nas quais a baixa incidência de problemas parece estar relacionada com a raridade de alergia nasal encontrada e, casos de hiperdivergência que podem ser causados por alterações no SNC, miopatias, respiração oronasal sugerem que não só a genética deve ser considerada como fator etiológico mas, também em certos casos, os impactos do meio ambiente.

Durante o desenvolvimento, a posição da ATM, língua, mandíbula, osso hióide, pescoço e o tamanho da passagem de ar definem os determinantes do crescimento vertical e do ângulo facial. A função da ATM e da língua também tem uma importância fundamental, já que o movimento da ATM e da língua, principalmente os movimentos laterais, são responsáveis pelo movimento da mandíbula.

O traçado cefalométrico do compasso articular, principalmente até os 6-7 anos, analisa as proporções da morfologia mandibular e sua relação com a área dos incisivos superiores, dados imprescindíveis para o diagnóstico precoce. Antes dos 8 anos, havendo suspeita de que a hiperdivergência exista, medidas terapêuticas devem ser tomadas, porque ela é evolutiva. Os tratamentos tardios tem limitações, são mais complexos e muitas vezes incluem a cirurgia ortognática.

Na hiperdivergência ou síndrome da face longa, os planos de Frankfurt, palatino, occlusal e mandibular tem direções exageradamente divergentes e as alturas faciais anterior e posterior têm proporções de crescimento vertical desequilibradas. A direção do padrão de crescimento mandibular é posterior e as faces não são profundas. Figura

Sinais clínicos e cefalométricos indicam 6 níveis de hiperdivergência, os quais demonstram a importância do tratamento precoce para evitar a evolução do processo.

Níveis da síndrome evolutiva da hiperdivergência
No primeiro nível a respiração é oronasal, o selamento labial é possível, mas há contração do músculo mentalis e do orbicularis oris.

No segundo nível a respiração oronasal é agravada havendo perda do selamento labial e a contração do mentalis pode ou não estar presente. O lábio superior é curto com hiperatividade dos músculos levator anguli oris e orbicularis oris superior e, inferior aparece-se com hipotonicidade da sua musculatura elevadora.

No terceiro nível a respiração oronasal ou oral é ruidosa podendo haver muitas cãries, gengivites e lábios secos. A postura labial está mais gravemente alterada do que no nível anterior.

Os músculos elevadores da mandíbula estão com menor tonicidade; e, o tranverso do nariz e os suprahioides hiper tônicos, além de que daqueles do nível anterior. Por sua vez, o genihoide apresenta contração permanente. Assim, a mandíbula apresenta rotação passiva posterior. Em consequência, a deglutição é atípica e sem os contatos oclusais que deveria

R. Fac. Odontol. Porto Alegre v. 36 n. 2 p. 3-4 Dez. 1995

* Dra. "Honoris Causa" - Faculdade de Odontologia - Universidade Camilo Castelo Branco
ter a parte posterior da língua encontra-se abaixo da epiglote, podendo ocorrer cifose lingual.18

Para compensar a diminuição do espaço oral funcional e da passagem de ar, a mandíbula, a língua e o pátelto mole ocupam uma posição mais baixa. Assim, o maxilar superior tem menor desenvolvimento transversal e anteroposterior.16 As mordidas cruzadas posteriores e apinhamentos dentários são muito frequentes. Neste nível importantes sinais ceofalométricos16,18,19 são identificados. Figura 1.

No nível 4 há hiperextensão da cabeça para compensar a posição da mandíbula alterada no nível anterior.20 Neste nível o músculo geniogloso apresenta hiperatividade permanente.20 O trigângulo hioídeo23 se mantém constante, isto é, não se altera.

No quinto nível há aumento permanente da curva cervical, ou seja, uma lordeose não fisiológica com tendência a verticalização, cifose ou lordose cervicais patológicas11,21, podendo ou não ser sintomática. Se houver problema articular, já não se trata de disfunção e a síndrome estará levando o paciente a uma anormalidade de desenvolvimento. O trigângulo hioídeo se altera.

No sexto nível as alterações cervicais estão piores e os reflexos na coluna mais patologicamente avançados. A cifose dorsal e/ou lordose lombares e/ou escoiões lombares estão presentes. A anomalias do desenvolvimento já afligiu situação mais grave. Estas alterações quando ocorrem em períodos precoces, podem levar o paciente a processos irreversíveis.21

Conclusões

Na síndrome evoluto de hiperdivergência é imperativo o diagnóstico precoce e a terapêutica precisa. Neste caso, a ortopedia funcional dos maxilares é a mais indicada, complementada ou não pela fonauodologia.

Os tratamentos tardios tem caráter multidisciplinar como o fisioterápio, o cirúrgico, o acompanhado do ortodôntico e, até a época apropriada para a cirurgia, o ortopédico funcional.

A cirurgia não é a estação terapêutica final. Em muitos casos, depois dela, ainda a fisioterapia, a fonauodologia e a ortopedia funcional são, temporariamente, necessárias para sintonizar os ajustes finais que a situação patológica alcançada assim o exija.

As vezes, a síndrome evolui tanto e tratamento foi tão tardio que o uso destes três tipos de tratamento, conjugados ou não, tem que ser permanentes.

Referências bibliográficas


FIGURA 1: Algumas características ceofalométricas. Note-se a cavidade glenoidea alta; ângulo goniocial muito aberto; área cortical da sinfise estreita; ramo curto e a face pouco profunda. S=Axor-Sella-Naso; PP=Plano Palatino; PFH e APH=alturas da face posterior e anterior; FP=Plano de Frankfurt; OP=Plano Oclusal; MP=Plano Mandibular. FMA=ângulo entre o plano mandibular e o de Frankfurt.