

## Importância da oroscopia na avaliação fonoaudiológica: Relato de caso

### Importance of oroscopy in speech therapy assessment: Case report

DOI:10.34119/bjhrv4n1-019

Recebimento dos originais: 05/12/2020

Aceitação para publicação: 07/01/2021

#### **Allessandra Fraga Da Ré**

Fonoaudióloga, Mestranda em Ciências da Reabilitação

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Endereço completo: Rua Atílio Superti, 771, Bairro Vila Nova, Porto Alegre – RS,  
Brasil

E-mail: alle.fraga@gmail.com

#### **Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso**

Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da UFCSPA

E-mail: mcalfcardoso@gmail.com

#### **RESUMO**

**Introdução:** Oroscofia é o exame da cavidade oral que deve ser feito desde o nascimento com atenção, para que, quando identificada alguma anormalidade, esta seja tratada precocemente. **Objetivo:** demonstrar a importância da oroscopia a partir da descrição do caso de um paciente com diagnóstico médico de displasia óculo-aurículo-vertebral e diagnóstico tardio de fissura submucosa. **Métodos:** Relato de caso, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (1.900.382), realizado em um ambulatório de Fonoaudiologia com ênfase em atendimento infantil. **Resultados:** Paciente do sexo masculino compareceu no ambulatório de Fonoaudiologia em 2017, aos dois anos e quatro meses de idade, com queixas de atraso na linguagem oral. Nas avaliações, apresentou respiração oronasal, tipo facial mesocefálico, assimetria facial, micrognatia unilateral e perfil facial convexo. O exame de oroscopia foi realizado com devida atenção em 2018, a partir de atividades lúdicas e vínculo com a terapeuta. Nesse exame, observou-se frênulo curto e anteriorizado, presença de sialoestase em assoalho bucal, membrana translúcida no meio do palato duro e úvula bífida. Além disso, direcionava o ar durante o sopro para a região nasal e tinha ressonância vocal hipernasal. Após essas avaliações, no ano de 2018, foi encaminhado para o Otorrinolaringologista que confirmou presença de fissura submucosa a partir da nasofibroscofia. **Conclusão:** Este relato permitiu vislumbrar a importância da oroscopia, não só para a Fonoaudiologia, mas em todas as áreas de atendimento pediátrico. Esse exame deve ser feito com atenção, principalmente em casos de pacientes com alterações craniofaciais.

**Palavras-chave:** Síndrome de Goldenhar, Fonoaudiologia, Fonoterapia, Microtia Congênita, Fissura Palatina.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Oroscopy is the examination of the oral cavity that must be done attention from birth, so that, when any abnormality is identified, it can be treated early. **Objective:** to demonstrate the importance of oroscopy from the description of the case of a patient

with a medical diagnosis of oculo-auriculo-vertebral dysplasia and late diagnosis of submucosal fissure. Methods: Case report, approved by the Research Ethics Committee (1,900,382), carried out in a speech therapy clinic with emphasis on child development. Results: Male patient attended the Speech Therapy Clinic in 2017, at two years and four months of age, with complaints of delayed oral language. In the evaluations, presentation of oronasal breathing, mesocephalic facial type, facial asymmetry, unilateral micrognathia and convex facial profile. The oroscopy exam was performed with due attention in 2018, based on recreational activities and bonding with the therapist. In this examination, a short and anterior frenulum was observed, presence of sialostasis in oral cavity, a translucent membrane in the middle of the hard palate and a bifid uvula. In addition, it directed air during the murmur to the nasal region and had hypernasal vocal resonance. After these assessments, in 2018, he was referred to the Otorhinolaryngologist who confirmed the presence of submucosal fissure from nasofibrosocopy. Conclusion: this case report demonstrated the importance of oroscopy, not only for Speech Therapy, but in all areas of pediatric care. This examination must be done carefully, especially in cases of patients with craniofacial changes.

**Keywords:** Goldenhar Syndrome, Speech, Language and Hearing Sciences, Speech Therapy, Congenital Microtia, Cleft Palate.

## 1 INTRODUÇÃO

A oroscopia é um exame que permite a visualização da cavidade oral e das estruturas que compõe essa região – lábios, língua, palato duro e mole, arco faríngeo, arco palatoglosso, úvula, parte interna das bochechas, mucosa oral, gengiva e dentes –. A partir dessa inspeção oral podem ser identificadas anormalidades, malformações ou outros problemas nessa região<sup>1</sup>.

Esse exame deve ser feito desde o nascimento, para que alterações da cavidade oral possam ser tratadas precocemente. Num primeiro momento, realizado pelos Pediatras, mas pode ser feito por outros profissionais da saúde, como por exemplo, Otorrinolaringologistas, Fonoaudiólogos, Odontologistas e Enfermeiros.

Na Fonoaudiologia, esse exame é essencial e faz parte da avaliação da Motricidade Orofacial<sup>2</sup>. Antes de realizar o exame o profissional deve higienizar suas mãos, usar jaleco, luvas e máscara, o uso de espátula e lanterna auxiliam na visualização da região intraoral<sup>1</sup>.

Este artigo trata-se de um relato de caso com o objetivo demonstrar a importância da oroscopia a partir da descrição do caso de um paciente com diagnóstico médico de com displasia óculo-aurículo-vertebral (OAV) e diagnóstico tardio de fissura submucosa.

## 2 RELATO DE CASO

Estudo de caso aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (1.900.382), em que o responsável pelo paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. A.S.K e sua responsável chegaram ao ambulatório de especialidades do SUS do Hospital XXXXXXXX para atendimento fonoaudiológico, com ênfase em atendimento infantil, em maio do ano de 2017, com dois anos e quatro meses de idade. Sob encaminhamento da equipe de genética do mesmo hospital, com diagnóstico médico de microtia grau quatro no lado direito (Figura 1), microsomia hemifacial direita, ponte nasal larga e presença de espectro óculo-aurículo-vertebral.

Figura 1 – Microtia grau quarto no lado direito.



A atuação no ambulatório de fonoaudiologia é realizada pelos estagiários com a supervisão da professora Adjunta do Departamento do Curso de Fonoaudiologia da Universidade XXXXXXXXXX. A Anamnese, a avaliação da Linguagem Oral e a avaliação da Motricidade Orofacial, foram realizadas em 2017 e tem-se o relato não colaboração da criança para a realização da inspeção da cavidade oral, tendo esta sido realizada de forma rápida, na qual não foi possível uma boa visualização. A fonoterapia para A.S.K. teve como objetivo inicial estimular a Linguagem Oral e realizar avaliação orofacial complementar (fonoterapia investigativa).

Em reavaliação clínica (março de 2018), a inspeção oral, ou seja, o exame de oroscopia foi realizado a partir de atividades lúdicas. Os resultados dos protocolos das avaliações foram:

#### **- Anamnese Fonoaudiológica**

Realizada anamnese com a mãe da criança, com queixas de atraso da Linguagem Oral, que informou período de gestação sem intercorrências, durante o qual não fez uso de medicamentos, álcool e tabaco; ao final da gestação apresentou pressão alta; realizou exames pré-natal e não houve identificação de malformações craniofaciais na ultrassonografia. Os dados do nascimento foram: parto normal, com 37 semanas, 2.880 kg e 47 cm de estatura, com intercorrências clínicas (apresentou cianose e necessitou de auxílio de oxigênio), permanecendo sete dias internado para realização de exames investigativos de alteração em orelha externa. Não há histórico de perda auditiva e microtia na família.

Em dados do desenvolvimento neuropsicológico, a mãe relatou que começou a engatinhar com sete meses e a andar com 12 meses. Aos dois anos apresentou controle dos esfíncteres. Já em relação à linguagem, a mãe referiu que a fala do filho era atrasada quando comparada a outras crianças da mesma idade cronológica.

Nesse período, fazia o uso de chupeta e mamadeira; aceitava bem os alimentos, com todos os tipos de consistências, mas apresentava episódios de engasgos e refluxo nasal, assim como, ronco, sono agitado e bruxismo.

#### **- Exame Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE)**

Aferência direita com perda auditiva do tipo mista, com componente coclear mais acentuado em 2000 Hz e aferência esquerda com resultados compatíveis com limiares eletrofisiológicos dentro dos padrões de normalidade, no momento, nas frequências de 500, 2000 e 4000 Hz.

#### **- Avaliações fonoaudiológicas**

Na reavaliação da Motricidade Orofacial, a partir do protocolo AMIOFE<sup>2</sup> foi observado que A.S.K. apresentou respiração oronasal, tipologia facial mesocefálico, assimetria facial, micrognatia unilateral (lado direito), perfil facial convexo, lábio superior fino e inferior evertido, linha média dos incisivos desviada para a direita.

No exame de oroscopia, o paciente só colaborou após criar vínculo com a terapeuta e a partir de atividades lúdicas. Portanto, a partir da ludoterapia, solicitou-se que a criança mostrasse a cavidade oral. Ao exame, foi observado frênulo curto e anteriorizado, presença de sialoestase em assoalho da boca, membrana translúcida no palato duro e úvula bífida (Figura 2) e observados os seguintes sinais: ressonância de voz hipernasal; ao solicitar o sopro, direcionava o ar para a região nasal.

Figura 2 – Membrana translúcida no palato dura e úvula bífida.



A Linguagem Oral, a criança estava em processo de aquisição fonológica, apresentou distorções fonéticas para os fones [s, z, ʃ, ʒ], tinha um bom uso social da linguagem (pragmática) com seus familiares e, quando criava vínculo, interagia bem a com a equipe de atendimento.

#### - Condutas

A partir dos resultados analisados e, principalmente, dos sinais sugestivos de fissura submucosa (úvula bífida, membrana translúcida no palato duro) vislumbrados pelo exame de oroscopia juntamente aos sinais clínicos, A.S.K. foi encaminhado para bucomaxilofacial e otorrinolaringologista pediátrico para confirmação diagnóstica.

Enquanto se aguardava as avaliações dos profissionais citados anteriormente, o menino foi inserido em terapia fonoaudiológica de frequência semanal, com objetivo de diminuir as distorções fonéticas, direcionar o fluxo aéreo para região bucal e estimular a respiração nasal.

### - Avaliações dos outros profissionais de saúde

No final do ano de 2018, a avaliação com Bucomaxilofacial constatou que A.S.K. não necessitava de frenectomia e, a avaliação com Otorrinolaringologista confirmou a presença de úvula bífida e fissura submucosa com o exame de nasofibroscopia. Essas informações constavam no prontuário eletrônico do sistema do hospital e foram relatados pela responsável do paciente. É importante salientar que o processo diagnóstico do paciente demorou a ser realizado devido às demandas dos serviços do Sistema Único em Saúde (SUS).

### 3 DISCUSSÃO

A importância da oroscopia pode ser observada neste relato de caso, visto pela idade em que o paciente foi diagnosticado com fissura submucosa. Tal alteração poderia ter sido identificada desde o nascimento ou após a primeira avaliação pediátrica, com uma avaliação da cavidade oral de palpação, visto que a criança já apresentava microtia e outros sinais da displasia OAV.

A displasia OAV é um complexo sintomático raro, caracterizado por alterações oculares (dermóide e/ou lipodermóide epibulbar), auriculares (apêndices auriculares, fístulas cegas, microtia) e vertebrais (hemivértebras, fusões vertebrais e outras malformações diversas). Alguns casos podem estar associados a outras malformações congênitas viscerais ou faciais envolvendo estruturas derivadas no 1º e 2º arcos branquiais<sup>3</sup>. A etiologia da displasia é multifatorial<sup>4</sup>.

Na maioria dos casos, pode estar associada a microsomia craniofacial e a microtia<sup>4</sup>. Essas duas anomalias possuem defeitos de natureza assimétrica, há estudos que encontram maior predomínio no lado esquerdo<sup>5</sup> e outros no direito<sup>6</sup> e, quanto ao sexo, maior acometimento no masculino<sup>5,6</sup>. A microtia é classificada em diferentes graus: microtia grau I - com apêndices pré-auriculares; microtia grau II; microtia grau III; microtia grau IV ou anotia. A microtia grau IV, presente no sujeito deste estudo, é caracterizada pela ausência das estruturas auriculares<sup>5</sup>.

Nesses casos, os acometimentos de orelha externa e média são muito frequentes, já de orelha interna são pouco observados e apresentam graus variáveis de gravidade. Estudos demonstraram que a frequência de alterações na orelha interna foi de aproximadamente 25%<sup>5,7</sup>. O paciente deste estudo, apresentou perda auditiva do tipo mista, que pode ser explicada por malformações que podem aparecer na morfologia da cóclea<sup>5-7</sup>.

Além disso, a displasia OAV pode estar associada a fissuras palatinas e/ou labiais<sup>4</sup>. A suspeita de fissura submucosa no paciente surgiu tanto por essa associação, como pela característica da ressonância vocal hipernasal e escape de ar nasal, cujos indivíduos com este tipo de fissura apresentam<sup>8</sup>.

O frênulo curto e anteriorizado, presente no paciente deste relato, não foram associados à displasia OAV, pois não se encontra tal referência em outros estudos. Indivíduos com alterações no frênulo manifestam dificuldades na articulação dos sons da fala [l, n, r, t, d, s, z], para os quais ápice da língua deve tocar na papila retro incisiva e/ou palatina<sup>9</sup>.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este relato demonstrou a importância da Oroscopia, não só para a Fonoaudiologia, mas em todas as áreas de atendimento pediátrico. Esse exame deve ser feito desde o nascimento e com atenção, principalmente em casos de pacientes com malformações craniofaciais onde diversas estruturas orofaciais podem estar afetadas.

Indivíduos com displasia OAV e demais alterações craniofaciais necessitam de acompanhamento fonoaudiológico, para que as disfunções clínicas relacionadas à audição e a motricidade orofacial não causem impacto na aquisição dos sons da fala, na respiração, na mastigação e na deglutição. As malformações diagnosticadas sugerem atendimento interdisciplinar precoce das diferentes áreas da saúde.



## REFERÊNCIAS

1. Moussale, S. Guia prático de otorrinolaringologia: anatomia, fisiologia e semiologia. EDIPUCRS. 1997; p.151-4.
2. Felício CM et al. Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado: usabilidade e validade. *CoDAS*, 2014;26(4): 322-7.
3. Brosco KC, Zorzetto NL, Costa AR. Perfil audiológico de indivíduos portadores da síndrome de Goldenhar. *Rev. bras. otorrinolaringol.* 2004;70(5):645-9.
4. Pegler JRM et al. Clinical description of 41 Brazilian patients with oculo-auriculo-vertebral dysplasia. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2016;62(3):202-6.
5. Rosa RFM, Silva AP, Goetze TB, Bier BA, Almeida ST, Paskulin GA, Zen PRG. Anormalidades auriculares em pacientes com espectro óculo-aurículo-vertebral (Síndrome de Goldenhar). *Braz. j. otorhinolaryngol.* 2011;77(4):455-60.
6. Scholtz AW et al. Goldenhar's syndrome: congenital hearing deficit of conductive or sensorineural origin? Temporal bone histopathologic study. *Otol Neurotol.* 2001;22(4):501-5
7. Strömmland K et al. Oculo-auriculo-vertebral spectrum: associated anomalies, functional deficits and possible development risk factors. *Am J Med Genet.* 2007;143(12):1317-25.
8. Silva RN, Nascimento EM, Santos G. Ocorrência de alterações da motricidade oral e fala em indivíduos portadores de fissuras labiopalatinas. *Redalyc.* 2004; 17(1):27-30
9. Cuestas G, Demarchi V, Corválan MPM, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch. argent. pediatr.* 2014;112(6):567-70.