

SÍNDROME DE MOEBIUS – RELATO DE CASO CLÍNICO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Caroline Brito Pachêco¹
Regina Francisca da Silva²
Mariana Vargas Lindemaier e Silva³
Cíntia Ferreira Gonçalves⁴

¹Acadêmica de Odontologia. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

²Acadêmico de Odontologia. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

³Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Especialista em Odontopediatria pela ABO/TO

⁴Doutora em Ciências da Saúde pela UNB, Mestre em Odontologia pela FO/GO, Especialista em Odontopediatria e Pacientes com necessidades Especiais pela ABO/GO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Moebius é uma paralisia parcial ou completa que acomete principalmente o nervo facial, produzindo uma aparência facial pouco expressiva (face de máscara). Sendo as malformações límbicas e orofaciais outros sinais frequentemente presentes, pode vir ainda acompanhada de paralisia uni ou bilateral de outros nervos cranianos. A etiopatogenia desta enfermidade pode estar associada à isquemia fetal transitória que é a teoria mais aceita na visão médica. Pode ter influência de fatores genéticos e ambientais como: hipertermia, infecções, álcool, cocaína, talidomida, benzodiazepínicos e em especial o Misoprostol (Citotec®). Nos últimos anos, sua incidência vem aumentando devido provavelmente ao uso ilegal deste medicamento. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de um paciente com Síndrome de Moebius, e descrever a dificuldade do atendimento odontológico. **CONCLUSÃO:** Foram realizados procedimentos restauradores e cirúrgicos sob anestesia geral com a finalidade de remover focos infecciosos e posteriormente devolver função mastigatória e estética.

Palavras-chave: Odontopediatria. Síndrome. Anestesia Geral.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Moebius syndrome is a partial or complete paralysis of the facial nerve, which produces a little expressive facial appearance (face mask). Since limbic and orofacial malformations are other frequently present signs, it may still be accompanied by unilateral or bilateral paralysis of other cranial nerves. The etiopathogenesis of this disease may be associated with transient fetal ischemia, which is the most accepted theory in medical view. It may be influenced by genetic and environmental factors such as hyperthermia, infections, alcohol, cocaine, thalidomide, benzodiazepines and especially Misoprostol (Citotec®). In recent years, its incidence has been increasing, probably due to the illegal use of this drug.

OBJECTIVE: To report the clinical case of a patient with Moebius Syndrome, and to describe the difficulty of dental care. **CONCLUSION:** Restorative and surgical procedures were performed under general anesthesia to remove infectious foci and later to restore masticatory and aesthetic function.

Key words: Pediatric Dentistry. Syndrome. General Anesthesia.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Moebius (SM) é uma paralisia parcial ou completa do nervo facial, que produz uma aparência pouco expressiva (face de máscara), sendo as malformações límbicas e orofaciais sinais frequentemente presentes. Pode vir acompanhada de paralisia uni ou bilateral de outros nervos cranianos, principalmente do abducente e, mais raramente, do oculomotor, troclear, glossofaríngeo, vago e do hipoglosso, determinando distúrbios de sensibilidade nas regiões inervadas pelo trigêmeo, disfagia, disfonia e paralisia do músculo reto lateral, verificados em diferentes combinações. A micrognatia é uma ocorrência comum e pode ser interpretada como secundária ao déficit neuromuscular nos movimentos da mandíbula (FREITAS et al., 2006).

Em meados de 1892 um neurologista alemão chamado Paul Moebius, reuniu e descreveu 43 casos de paralisia facial congênita e adquirida, motivo pelo qual a síndrome recebeu seu nome. Atualmente, tem recebido outras denominações como Aplasia Nuclear, Aplasia Nuclear Infantil, Paralisia Oculofacial Congênita e Diplegia Facial. A etiopatogenia desta enfermidade é heterogênea e ainda não está perfeitamente esclarecida, a isquemia fetal transitória é a teoria mais aceita na visão médica, fatores genéticos e ambientais como: hipertermia, infecções, álcool, cocaína, talidomida, benzodiazepínicos, em especial o Misoprostol associados. Nos últimos anos, sua incidência vem aumentando, devido

provavelmente ao uso ilegal deste medicamento, um análogo da prostaglandina, utilizado também como abortivo no primeiro trimestre de gestação. O diagnóstico clínico da Síndrome de Moebius é fácil de ser realizado no momento do nascimento, quando o bebê chora produz sons e lágrimas com ausência da mímica própria do choro (DIOGO et al., 2009).

As manifestações clínicas variam de acordo com os nervos afetados, todavia, as características mais importantes são: paralisia facial do tipo periférico; atrofia da musculatura da língua, havendo movimentação limitada; boca entreaberta; os olhos não se fecham, mas ao tentar observa-se o sinal de Bell e com isto a criança não pisca nem lacrimeja. As anomalias oculomotoras são variáveis, na maioria das vezes, há paralisia completa dos músculos retos laterais, com consequente visão dupla e torcicolo compensador. Os músculos retos mediais podem estar fortemente contraídos, outras vezes, há situações em que os olhos estão virados para um mesmo ponto durante a visão binocular. Irritação da córnea; não mastiga, assopra e fala com dificuldade, sem nenhuma expressão facial; transtornos dentários e algumas vezes auditivos; deformidades ou mesmo atrofiamento dos membros (pés-tortos, ausência de dedos nos pés ou nas mãos), hipotonia muscular com retardo motor são características desta Síndrome (COELHO et al., 2012).

O tratamento odontológico de pacientes com Síndrome de Moebius, muitas vezes é dificultado devido as pequenas dimensões e pouca mobilidade da cavidade bucal. Sugere-se a utilização de vaselina sólida para prevenir o ressecamento labial, que pode causar uma sensação desagradável trans e pós-operatório, dificultando a cooperação do paciente durante os procedimentos (FREITAS et al., 2006).

A Síndrome pode acometer tanto tecidos moles quanto os tecidos ósseos, deste modo é necessária a atuação em conjunto multidisciplinar, com cirurgião plástico e bucomaxilo-facial, cirurgiões-dentistas especializados em ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia, odontopediatra, ortopedista, fonoaudiólogo, psicólogo e geneticista, para que a assistência seja realizada de forma global e integrada visando não apenas a estética, mas restabelecendo as atividades funcionais, proporcionando melhoria na qualidade de vida destes pacientes (DIOGO et al., 2009).

Diante disso realizou-se um relato de caso clínico com o objetivo de descrever a dificuldade do atendimento odontológico em pacientes com este tipo de patologia e realização do tratamento odontológico sob anestesia geral.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, 5 anos de idade, sexo masculino, com Síndrome de Moebius, compareceu ao consultório odontológico com a responsável legal que concordou em participar do estudo, assinando assim o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), com a queixa principal de que “os dentes estavam estragados a algum tempo e alguns somente com raiz”, ao exame clínico observou-se extensas lesões de cárie, raízes residuais que possuíam focos de infecção (Figura 1). Devido ao acúmulo dos procedimentos odontológicos a serem realizados e a limitação da abertura bucal e trauma em consultas odontológicas anteriores, constatou-se a necessidade de realizar o tratamento sob anestesia geral. Diante disso, foi realizado exame complementar, radiografia panorâmica para auxiliar a execução do plano de tratamento e exames pré-operatórios, como hemograma e coagulograma completo, glicemia em jejum, sódio, potássio e creatinina, além do risco cirúrgico e radiografia do tórax.

Realizou-se o tratamento odontológico sob anestesia geral no Hospital Geral de Palmas. No centro cirúrgico, o paciente recebeu sedação com óxido nitroso, e então anestesia geral, intubação nasotraqueal, colocação do tampão orotraqueal feito com gaze para evitar aspiração de secreções ou corpo estranho. Para melhoria do pós-operatório e auxílio na hemostasia, utilizou-se anestesia local com lidocaína 2% com epinefrina 1: 50 000. Foi realizado isolamento absoluto para as restaurações com resina composta dos dentes 73, 72, 71 e 81 (Figura 2 e 3). Após as restaurações, iniciaram-se as exodontias por quadrante dos dentes 55, 54, 53, 63, 64, 65, 74, 75, 83, 84 e 85 (Figura 4), irrigação com soro estéril, leve curetagem do alvéolo, colocação de esponjas de fibrina e sutura com fio reabsorvível 4.0 (Figura 5), finalizando com a limpeza da cavidade oral, retirada do tampão e aspiração de secreções seguida da extubação.



Figura 1- Imagem Inicial.
Fonte: Autoria Própria.



Figura 2- Isolamento absoluto dos elementos dentais a serem restaurados.
Fonte: Autoria Própria.



Figura 3- Dentes Restaurados.
Fonte: Autoria Própria.



Figura 4- Dentes extraídos.

Fonte: Autoria Própria.



Figura 5- Alvéolos com esponja de fibrina e sutura com fio absorvível.

Fonte: Autoria Própria.

Todos os procedimentos foram realizados sem nenhuma intercorrência. Após o paciente estar acordado no centro cirúrgico, foi encaminhado a sala de recuperação pós-operatória, a equipe técnica foi orientada a manter o cateter nasal com oxigênio e aspiração constante. O paciente permaneceu internado até o dia seguinte.

Orientações pós-operatórias foram transmitidas ao responsável e realizadas prescrições medicamentosas pelo Cirurgião-dentista: Dipirona sódica 500 mg/ml 15 gotas a cada seis horas, associado com 15 gotas de Ibuprofeno 100 mg/ml a cada oito horas, ambos por via oral, durante três dias.

Paciente retornou ao consultório odontológico após uma semana para acompanhamento pós-cirúrgico, onde se verificou boa cicatrização e recuperação.

Posteriormente será planejado um tratamento para reabilitar a função mastigatória e estética.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Moebius é caracterizada pela paralisia dos VI e VII nervos cranianos, geralmente associados a outras anomalias ósseas e musculares, com maior evidência que a etiopatologia seja o uso do medicamento Misoprostol indevido. A síndrome recebeu este nome após Paul Moebius reunir e descrever 44 casos em 1892, apresentando como característica, a disgenesia da musculatura lingual, anomalias ósseas e de tecidos moles acometendo a parte distal das extremidades, causando dificuldade na fala, mastigação e abertura da boca (MOREIRA et al.,2001; FREITAS et al., 2006; COELHO et al.,2012), estes fatores dificultam a higienização bucal, agravada com a alimentação pastosa pela dificuldade de mastigação do paciente, confirmando-se pelo estudo de Castro et al. (2016) que, observaram número de lesões cariosas maior em paciente com SM, ressaltando a importância do acompanhamento odontológico para manutenção da saúde bucal. Os autores concluíram que os pacientes com esta síndrome têm lesões cariosas mais precocemente que os não portadores da síndrome.

Para o entendimento da relação do fármaco Misoprostol com a etiologia da Síndrome de Moebius, Diogo et al. (2009) descreveram a posologia e farmacodinâmica do medicamento no organismo da gestante e do embrião. Este medicamento é indicado para úlceras gástricas, e possui como efeitos colaterais contrações uterinas, hemorragia vaginal, podendo assim causar o aborto. As vias de administração do Misoprostol para esses fins são via oral e vaginal, sendo necessário o uso de 4 - 8 comprimidos, em acordo Mattana et al. (2010) relatam que, este medicamento é uma substância abortiva e teratogênica, mas que se cogita também a etiologia genética, autossômica dominante recessiva, ligada ao cromossomo X (20), podendo ocorrer em ambos os sexos. Em nosso relato de caso, durante a anamnese a mãe do paciente relatou o uso do medicamento Misoprostol (citotec) no primeiro trimestre da gestação para a tentativa do aborto. Diante deste fato o diagnóstico mais provável é que a síndrome está associada ao uso deste medicamento.

Almeida et al. (2007) relatam um breve contexto histórico da SM no cenário brasileiro, onde observa-se um aumento significativo dos casos. Sua etiologia pode ser associada com o uso de drogas, ruptura prematura da membrana amniótica, hipertermia, hipotensão grave, cirurgia uterina prévia e choque elétrico, não sendo somente a consequência do uso do medicamento Misoprostol durante a gestação.

Alves et al. (2015) ressaltam que, o mecanismo de ação desta substância favorece a contração uterina, podendo flexionar o embrião justamente na região dos pares cranianos, facilitando a ocorrência da hemorragia na região dos nervos abducente e facial. A SM é classificada em dois grupos: a clássica, que corresponde a 60% dos casos e se caracteriza pela paralisia bilateral dos nervos facial e abducente; e a associada a outras anomalias, que corresponde a 40% dos casos. Observou-se que o paciente deste relato apresenta as características da patologia de forma clássica, não observando nenhuma associação a qualquer anomalia.

A síndrome é diagnosticada logo após o nascimento da criança, fatores como dificuldade de sucção, incapacidade do fechamento completo das pálpebras durante o sono, acúmulo de saliva na região de comissura labial e ausência de expressão facial são características relevantes observadas nos primeiros instantes de nascimento (FREITAS et al., 2006). No paciente em questão podemos, notar todas estas características citadas anteriormente.

A SM tem como característica e sinais no âmbito odontológico a dificuldade de sucção e deglutição, restrição de movimentos de lateralidade, aspiração bronco pulmonar e engasgos, úvula bífida, abertura de boca restrita, paralisia lingual, microglossia, língua fasciculada, boca entreaberta, comissuras labiais caídas, desencadeando escape dos alimentos, trocas fonéticas, respiração oral, má formação do palato e por fim, agenesia dentária com alteração na cronologia da erupção, as quais são conclusivas para o planejamento dos procedimentos odontológicos (DIOGO et al., 2009). Em nosso levantamento bibliográfico observamos a escassez de estudos relacionados ao tratamento odontológico desses pacientes, sendo de extrema importância novas pesquisas, não somente para a comunidade científica.

Chávez et al. (2013) relatam que, o tratamento para os pacientes com SM visa principalmente a restituição ou restabelecimento da expressão facial, facilitando

o sorriso, reconstruindo a incontinência do lábio inferior ou hipotonia oral, e a correta oclusão palpebral. Em nosso paciente, a responsável relata que não houve correção cirúrgica para expressão facial, sendo somente realizada a fisioterapia desde três meses de vida. Atualmente com cinco anos de idade a criança consegue demonstrar sorriso discreto na face do lado esquerdo, faz tratamento do estrabismo desde os dois anos de idade, com uso de tampão nos olhos, alternando entre direito e esquerdo, três horas por dia cada olho, além do uso de colírio pra auxiliar na lubrificação três vezes ao dia, com isto, consegue movimentar discretamente as pálpebras.

Freitas et al. (2006) relatam o caso clínico de um paciente de 4 anos de idade, portador da SM com diagnóstico de Cárie Precoce da Infância em estágio avançado, no exame clínico observou dentes com comprometimento endodôntico e perda de dimensão vertical. O protocolo de tratamento foi o seguinte: 1) Adequação do meio bucal. 2) Extrações das raízes residuais, orientações dietéticas e instrução de higiene bucal. 3) Realização dos tratamentos endodônticos em 6 dentes. 4) Confecção do aparelho mantenedor de espaço funcional removível.

O paciente descrito em nosso relato de caso apresentava procedimentos odontológicos acumulados, várias raízes residuais, lesões cariosas, limitação na abertura bucal. O tratamento foi realizado em ambiente hospitalar, sendo 11 exodontias e 4 restaurações e instruções de higiene oral ao responsável. O paciente retornará para reavaliação do tratamento bucal, com objetivo de devolver função mastigatória. Devido à quantidade de procedimentos cirúrgicos houve a necessidade de esperar a cicatrização para dar continuidade à reabilitação oral do paciente e tratamento preventivo.

Na discussão sobre o caso constatou-se a importância de conhecer a etiologia, características e limitações do tratamento odontológico no paciente com SM. São necessárias medidas preventivas no consultório odontológico e adequada higienização oral no âmbito familiar, sendo de suma importância o agendamento de consultas periódicas ao cirurgião.

CONCLUSÃO

Levando-se em consideração os poucos estudos científicos e relatos existentes, por se tratar de uma síndrome rara, tem-se ainda um caminho longo, para se compreender melhor a Síndrome de Moebius. Nesse trabalho, pode-se observar que a maior dificuldade do cirurgião-dentista foi a limitação da abertura bucal do paciente, associada à má higienização, traumas de consultas mal sucedidas, entre outros. Foi elaborado e realizado um plano de tratamento inicial cirúrgico e restaurador adequado ao seu estado físico, bucal e emocional, depois de constatado o acúmulo dos procedimentos odontológicos. Após a recuperação o paciente retornará ao consultório para reavaliação do tratamento bucal.

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, Prof^a Mestre Mariana Vargas Lindemaier e Silva, por nos ceder o caso clínico em que ela havia realizado o primeiro atendimento clínico, por ter nos proporcionado suporte incondicional com suas correções e incentivos. À Prof^a Dra. Cíntia F. Gonçalves, nossa co-orientadora, agradecemos por se dispor em atender o paciente em ambiente hospitalar realizando as restaurações, exodontias e fotos. Expressamos nossa gratidão por possibilitarem o conhecimento além do racional, mas através da manifestação do caráter e do aspecto afetivo na nossa construção profissional. Ao nosso pequenino paciente e sua mãe como responsável legal, por confiarem em nosso trabalho, pois sem a contribuição de vocês nada seria possível, muito obrigada!

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Múcio Brandão Vaz de et al. A incidência de anomalias ortopédicas em portadores da seqüência de Mobius e sua associação com o uso do misoprostol. **RevBrasOrtop** a síndrome de Moebius: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.30. 2007; 42(1/2):10-6.
- ALVES, Giorvan Ânderson dos Santos et al., Alterações de fala em crianças com síndrome de möbius: Análise da literatura. **Revista do GEL**, São Paulo, v, 12, n. 1, p. 33-45, 2015.
- CASTRO, Talita et al.'**Caries Experience in Individuals with Moebius Syndrome**,Odontopeditria v,38, EU n. 1 p.jan /16 de fev.
- CHÁVEZ, Mariana Morales et al. Surgical techniques for smile restoration in patients with möbius syndrome. **J ClinExp Dent**. 2013 Oct 1;5(4):e203-7.
- COELHO, Vivianne Lins de H.et al. Abordagem fisioterapêutica na síndrome de moebius. **Revista Nova fisio**. [S.l.],2012. CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela; MASTRELLA, Miryam. **Aborto e misoprostol**: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. Article in Ciencia & saude coletiva · July 2012. Source: PubMed.
- DIOGO, Fabíola de Siqueira Frota et al.Utilização do misoprostol (cytotec ®) como droga abortiva e sua relação com a Síndrome Moebius.**Revista Odontológica de Araçatuba** v,3, n.1, p. 31-35, jan/jun, 2009.
- FREITAS, Aldevina Campos de et al. Síndrome de Moebius:Relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2006 set/dez;18(3)297-302.
- MATTANA, Maria do Carmo et al. Síndrome de Moebius – Polande: Relato de caso e revisão bibliográfica. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (2): 197-201, abr/jun. 2010.
- MOREIRA, Ana Tereza Ramos et al.**Síndrome de Moebius associada a artrogripose**: relato de caso e revisão da literatura. **Arq BrasOftalmol**, Paraná, 2001;64:576-9.