



2 YEARS FOLLOW-UP OF OCCLUSAL AND SKELETAL CHANGES IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS TREATED WITH ORAL APPLIANCE WITH MANDIBULAR ADVANCEMENT.

Denise Fernandes Barbosa*, Miguel Meira e Cruz**, Marcelo Corrêa Alves*** e Fausto Berzin*

*Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade de Campinas, Brasil

**Unidade de Sono, Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa, School of Medicine, Lisboa, Portugal

***ESALQ – Universidade de São Paulo, Piracicaba, Brasil

PALAVRA-CHAVE: Apneia obstrutiva do sono, terapia com aparelho oral, reabilitação neuro-oclusal, acompanhamento, efeitos colaterais a longo prazo.

INTRODUÇÃO: De acordo com as recomendações das práticas clínicas no tratamento da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), a Terapia com Aparelho Oral (TAO) deve ser monitorada e supervisionada quanto a efeitos colaterais dentários ou alterações oclusais. No entanto, poucas pesquisas são encontradas na literatura sobre o monitoramento e a supervisão desses pacientes.

Os Aparelhos Oraís de avanço mandibular (AOM) (fig. 1) tiveram avanços consideráveis em seus projetos, técnicas de construção e capacidade de individualização, mas se os conceitos da anatomia e fisiologia do



Figura 1: Aparelhos Oraís de avanço mandibular (Aom) utilizados na Odontologia na Medicina do Sono

sistema estomatognático forem levados em consideração na construção dos mesmos, o AOM pode impactar ainda mais a eficácia da terapia, mantendo o sistema estomatognático em equilíbrio funcional com mínima interferência de estruturas.

Modelo zocalado - Plano Oclusal

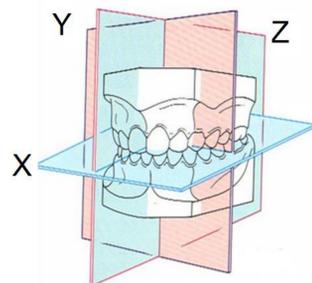
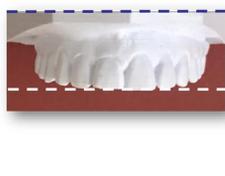


Figura 2: Plano Oclusal como referência para a construção dos modelos zocalado

A construção tradicional do AOM é orientada sem considerar os planos ortogonais (fig. 2) e este fato impede um monitoramento padrão e a supervisão dos efeitos colaterais relacionados à arcs dentários e estruturas esqueléticas. Já a construção baseada em modelo gnostostático, apoiado no plano de Camper (fig.3), pode ser uma ferramenta útil para gerar evidências científicas confiáveis e dados padronizados, desde o diagnóstico do plano oclusal apoiado em referências esqueléticas tridimensionais até o acompanhamento da TAO.

Modelo Gnatostático - Plano de Camper

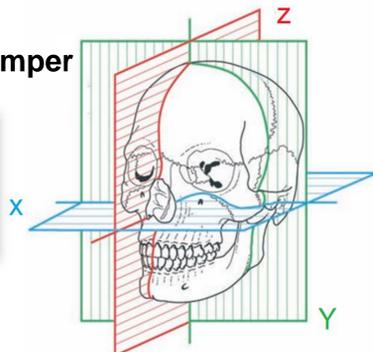
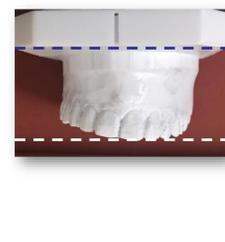
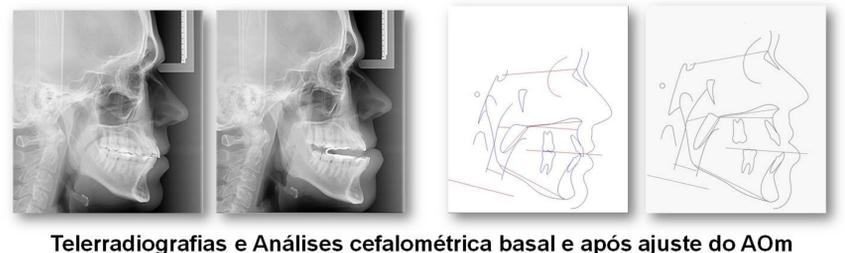
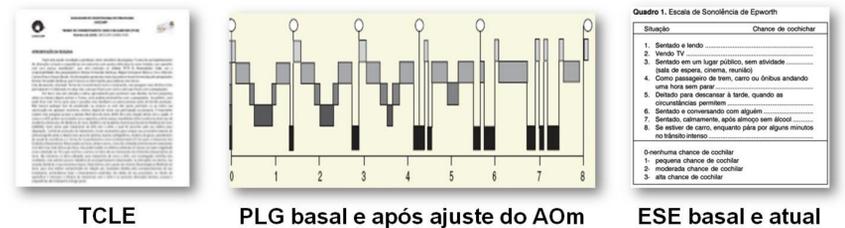


Figura 3: Plano de Camper como referência para a construção dos modelos Gnatostático

OBJETIVO: Estudo longitudinal retrospectivo multicêntrico, de pacientes tratados de AOS com AOM medindo alterações oclusais e esqueléticas, com seguimento por 2 ou mais anos.

MATERIAIS E MÉTODOS: O estudo será multicêntrico, onde clínicas odontológicas receberão o convite para participarem do

Projeto de pesquisa CAAE:20672219.3.0000.5418/FOP-UNICAMP com prontuários de pacientes adultos portadores de AOS ou ronco (fig. 4).



Modelos Gnatostáticos basal e após 2 anos ou mais de tratamento

Figura 4: Critérios de inclusão para participação do projeto de pesquisa

Um estudo prévio de 32 prontuários de pacientes da Clínica DFB & Associados Ltda, já foi realizado, onde dados cefalométricos foram submetidos à análise de variância com modelo para dados com medidas repetidas para comparação das médias das fases. A validade do modelo foi avaliada para à aderência dos resíduos por meio do teste de Shapiro-Wilk. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5% e os cálculos foram efetuados com apoio do sistema SAS(Sas Institute Inc. The SAS System, release 9.4. SAS Institute Inc., Cary:NC, 2014).

RESULTADOS PARCIAIS: A tabela abaixo demonstra o modo de ação do AOM no sistema estomatognático através dos dados das análises cefalométricas das vias aéreas com e sem o AOM.

Tabela 1. Média (desvio padrão), valores-p do teste de Shapiro-Wilk (Pr < W) e da análise de variância (Pr > F).

	Cef. Basal	CEF. AOM	Pr < W	Pr > F
Espaço Faríngeo Superior	15.89 (3.56)	19.36 (4.49)	0.5661	0.0001
Espaço Pósterio-Palatal Mediano	8.08 (2.45)	9.27 (3.43)	0.2996	0.0859
Comprimento Palato Mole	40.00 (5.66)	41.96 (5.04)	0.3649	0.3649
Espaço Faríngeo Médio	25.62 (5.19)	27.03 (5.78)	0.3119	0.3110
Espaço Aéreo Posterior	12.27 (4.35)	15.17 (4.67)	0.4176	0.0006
Espaço Aéreo Inferior	15.81 (7.47)	20.01 (9.56)	0.0604	0.0346
Comprimento da língua	67.99 (22.98)	68.38 (21.15)	0.6069	0.9786
Altura da língua	40.66 (22.20)	49.39 (24.65)	0.3485	0.0348
Distância Hióide – 3ª Vértebra	84.76 (8.44)	86.29 (9.44)	0.6231	0.0175
Distância Hióide – Pl. Mandibular	26.89 (7.43)	19.78 (6.54)	0.2979	<.0001

n = 32

Cef. Basal = medidas cefalométricas iniciais das vias aéreas; Cef. AOM = medidas cefalométricas com o aparelho oral de avanço mandibular (Aom) após ajuste (2-3 meses) das vias aéreas; Pr = probabilidade.

Os resultados demonstram que, com o AOM em posição, ocorre o aumento dos espaços aéreos e da altura da língua, a diminuição da distancia do osso hióide ao plano mandibular, favorecendo a manutenção da patência das vias aéreas.