

Es muy importante la respiración por la nariz en los niños

El síndrome del respirador oral es una alteración de la función respiratoria



La doctora Carmen López Prieto en la Clínica Pardiñas. PhotoArchivo

Redacción | A Coruña

De siempre, existe una gran controversia sobre si respirar por la nariz es determinante para un buen desarrollo dento-facial, es decir, de dientes y cara; esta controversia radica en si una obstrucción nasal hace que una persona se vuelva respirador oral o no. Lo que sí es cierto es que el niño respirador oral está asociado siempre, en mayor o menor intensidad, con alteraciones dentales y faciales, algunas graves e invalidantes, bien porque se las historió a una edad ya tardía o bien porque genéticamente iban a acabar así aún cogiéndolas a tiempo. Lo que sí se puede afirmar es que en todos los casos podemos minimizar los efectos negativos de la respiración oral en los dientes y huesos de la cara.

-Doctora, ¿tan importante es para el desarrollo de nuestra cara respirar por la nariz?

-Sí, existe consenso en que el rostro del niño cuanto más crece es durante los diez primeros años de vida. Todos estamos obligados a que ese crecimiento sea armónico y para conseguirlo, entre otros aspectos, el niño debe respirar por la nariz, porque aunque no sea un factor etiológico, al menos sí que es el factor que más agrava la patología y que está pre-

sente en el 100% de los pacientes. Al grupo de alteraciones que aparecen a consecuencia/causa de respirar por la boca se le encuadra en un síndrome: **Síndrome del Respirador Oral**.

-¿En qué consiste?

- Es una alteración de la función respiratoria en la que el aire entra directamente por la boca. *Respira por la boca, duerme con la boca abierta...* son expresiones que todos conocemos y asociamos incluso con caras; parece poco importante pero deriva una gran mayoría de las deformaciones dento-faciales. Es decir, el hecho de respirar por la boca trae asociado una deformidad que afecta a los dientes, a los huesos de la cara como pómulos y

maxilares, a la postura corporal, a la columna y piés, al habla, a la audición, al olfato e incluso puede llegar a provocar un retraso en el aprendizaje por deficiente oxigenación cerebral en niños intelectualmente dentro de la norma. ¡Imagínese si tiene importancia detectar a tiempo a estos niños y niñas!

-¿A qué edad se empieza a notar este síndrome?

- Entre los dos y cinco años. Comentar aquí que no es frecuente que el niño sea respirador bucal las veinticuatro horas del día; generalmente la respiración es mixta, alternando momentos de respirador oral con nasal. Hay variaciones, como ser respirador nasal por el día y oral por la noche y, por último, están los falsos respiradores orales, que son aquellos que tienen la boca abierta pero que respiran por la nariz.

-¿Qué repercusiones tiene en el desarrollo de la cara y dientes?

-Para poder entender las repercusiones en la cara, antes tengo que hablarles de cómo se coloca la mandíbula en todos estos pacientes. La mandíbula se implanta hacia abajo y hacia atrás (rotación postero-inferior, dando la sensación de que el mentón está muy

la boca y que la lengua descendiera; como consecuencia, pueden aparecer con mayor frecuencia en este tipo de pacientes los hábitos relacionados con la lengua, como interposición lingual y deglución atípica.

Ahora que ya sabemos dónde está implantada esa mandíbula es fácil entender que este paciente con la boca abierta tenga aumentado el tercio inferior de la cara; una cara larga con el mentón hacia atrás; el labio superior es corto y con poco tono y el inferior es grueso y evertido, soliendo estar resecos y agrietados y con mucha frecuencia, con fisuras en las comisuras (queilitis angular); boca abierta por incompetencia labial y el músculo borla del mentón muy desarrollado (hipertrofia).

Además en el maxilar superior, el paladar se vuelve estrecho y profundo (paladar ojival, paladar triangular) sumado a que los huesos propios de la nariz se desarrollan poco (hipoplasia), las narinas son pequeñas con poco movimiento de las aletas, ojos caídos, con profundas ojeras por la pobre oxigenación al respirar por la boca, mejillas flácidas y piel pálida. A su vez, que esa mandíbula se implante hacia abajo y hacia atrás, puede afectar a los músculos de la parte posterior del cuello que tienen poca fuerza y pueden llevar



cerca del cuello; esta manera de implantarse la mandíbula conduce a que los dientes de ambas arcadas dejan de estar en contacto, dando lugar a una *mordida abierta*. Entonces, la lengua se tiene que acomodar y colocarse más baja y como no hay freno de los dientes superiores esta lengua se suele proyectar además hacia delante. Como consecuencia de estar colocada en esa posición tenemos a nuestro paciente con una mandíbula baja y hacia atrás que hizo que se abriera

al paciente a tener hombros caídos y hacia adelante y curvaturas patológicas de la columna.

-¿Qué repercusiones provoca en la columna?

-Las repercusiones a nivel corporal son: pectus excavatum (pecho hundido) y escápulas aladas (en forma de alas); acortamiento del músculo pectoral lo que da sensación de hombros caídos; cifosis (dorsal) y lordosis lumbar; genu valgo y pie plano. Pero



el ortodoncista puede minimizar en todos los casos los efectos negativos de la respiración oral

hay otras repercusiones que también pueden estar presentes: hiposmia o anosmia (oler poco o nada); hipoacusia, por desplazamiento del cóndilo al mantener la boca abierta la onda sonora se hace débil (oír menos); anorexia falsa, como mal por la dificultad de coordinar la respiración con la masticación al momento de tragar; trastornos del sueño caracterizados por mal dormir, sueño agitado y ronquido; trastornos del lenguaje y la voz: dislalias (sustituyen las letras M por B y N por D y timbre de voz alterado con resonancia nasal exagerada y rinolalia. Incluso puede haber trastornos intelectuales ya que se genera una disminución crónica del oxígeno en un 5% y secundariamente, baja la oxigenación cerebral. Esto se traduce en apatía, disminución de la actividad voluntaria, trastornos de la memoria, disminución de la capacidad para fijar atención voluntaria y cansancio crónico, asociado además a los trastornos del sueño. Lo importante es que en los pacientes respiradores bucales es necesario realizar una evaluación postural ya que generalmente se encuentran alteraciones a este nivel. Sobre todo, en los pacientes en crecimiento para que las correcciones necesarias se realicen precozmente y las repercusiones sean menores.

-¿Cómo sabemos que un niño respira mal por la nariz?

- Es fácil, sobre todo para sus familiares más cercanos, pero ocurre en muchas ocasiones que estos pacientes suelen ser alérgicos y/o con tendencia a estar muy frecuentemente acatarrados, por esto en ocasiones los padres no se alertan por esa manera de respirar. Hay varios test clínicos, pero el que es más sencillo de realizar por parte de alguien que esté interesa-

do es el Espejo de Glatzel: se coloca un pequeño espejo bajo la nariz y le pedimos que inspire y espire, el espejo ha de empañarse simétricamente en condiciones normales.

-¿Qué tratamiento existe?

-Este síndrome debe ser atendido por un equipo multidisciplinario capaz de abordarlo desde las diferentes instancias que implica atacarlo integralmente y lograr así el bienestar del paciente.

Intervención del otorrinolaringólogo

Este especialista es el encargado del despeje de las vías superiores obstruidas que causan la respiración bucal: adenoides, hipertrofia de amígdalas, hipertrofia de cornetes, desviación del tabique nasal, pólipos (engrosamiento de la mucosa nasal y sinusal). Un tratamiento precoz por el otorrino garantiza una rehabilitación oportuna que evite el compromiso de las

sobre la mejor terapia complementaria: fisioterapia, osteópata, ortopedista, podólogo...

Intervención del alergólogo

Otro gran pilar en el tratamiento de estos niños por la alta incidencia de problemas alérgicos asociados con los respiradores bucales.

Intervención del máxilo-facial

Necesario si además asocia, por ejemplo, una micrognatia, es decir, una mandíbula pequeña que dificulte mucho su vida cotidiana y sea necesario realizar distracción mandibular u otras técnicas ya quirúrgicas para hacer crecer esa pequeña mandíbula. En el caso de este niño, de adulto será el especialista el que evalúe con el ortodoncista el tratamiento ortognático, que debiera ser la primera elección en un alto porcentaje de estos pacientes adultos.

Intervención del odontólogo

Los pacientes con este síndrome pre-



estructuras óseas que muchas veces es irreversible.

Intervención del fonoaudiólogo

Este juega un papel importante en el tratamiento de estos pacientes, considerando que la respiración bucal generalmente coexiste con una disfonía o sigmatismo, o alteración en la articulación de la letra S (el trastorno articulatorio más frecuente en el respirador bucal). Otras dislalias presentes en estos pacientes son fundamentalmente al tratar emitir los fonemas CH, F, D, L, N, P, B y M.

Intervención del traumatólogo y/o ortopedista

Dados los efectos del síndrome de respiración bucal, como la escoliosis, el pie plano, el pecho hundido, etc. se hace imprescindible que acuda tempranamente a la evaluación por parte del traumatólogo y éste le orientará

sentan una autohigiene deficiente ya que la saliva al tener la boca abierta, se seca, lo que impide una buena autoclisis. Esto, acompañado de una mala higiene, puede causar fácilmente caries, gingivitis y periodontitis.

Intervención del ortodoncista

Es el encargado de intentar cambiar, si se puede, o en caso contrario minimizar los efectos de la respiración bucal. Se estudian qué problemas esqueléticos están presentes y su gravedad (comprensión de maxilar, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y/o cruzada), hábitos (interposición lingual, deglución atípica), dientes (su colocación dentro del reborde alveolar del hueso) y su oclusión. Una vez evaluado, el fin último del tratamiento ortodóntico es cambiar de posición los dientes y muelas, consiguiendo desde hace

pocos años, con un alto porcentaje de éxito y gracias a los avances en biomecánica ortodóntica (fundamentalmente los microtornillos miniimplantes que se intruyen - se suben en el caso del maxilar superior o se bajan en el caso del maxilar inferior - pudiendo conseguir algo fundamental para estos pacientes: que contacten los dientes superiores con los inferiores.

Mediante técnicas ortodónticas asociadas en ocasiones a algún aparato auxiliar de la ortopedia, podemos conseguir que ese paciente no sólo cierre la boca, sino que al meter las muelas en el hueso se consigue que esa mandíbula que estaba baja y hacia atrás se despierte y a medida que se meten las muelas en el hueso, la mandíbula camina hacia delante y hacia arriba, con lo que esa mordida abierta y esa boca abierta se van cerrando. Así, a este niño le damos unas mejores condiciones para que pueda comer, hablar y posicionar mejor su cabeza; todo se mejorará en mayor o menor medida de este efecto. Es imprescindible una evaluación con un estudio metuculoso, cada paciente es un caso distinto y evoluciona de distinta manera, no hay casos iguales ni recetas válidas para todos los casos y las expectativas han de ser realistas, en función del grado y gravedad de casa caso.

Añadir que estos pacientes, de adultos, suelen necesitar cirugía ortognática,

porque el ortodoncista puede dentro de unos límites anatómicos mover dientes pero no puede mover huesos.

- ¿A qué edad se puede comenzar el tratamiento ortodóntico en estos niños?

- El tratamiento ortodóntico como tal se comienza cuando tengan los segundos molares definitivos erupcionados en boca. Antes de este momento se realiza una ortodoncia interceptiva o pretratamiento de ortodoncia. En estos niños es necesario pasar primero por ortodoncia interceptiva.

Clínica Pardiñas

Dra. Carmen López Prieto
C/Real 66-3º A Coruña
Teléfono 981 214 000
www.clinicapardinas.com