

# Síndrome del respirador bucal

Dres. Manuel Cuadra<sup>1</sup>, Francisco Gómez<sup>1</sup>, Carlos Delgado<sup>1</sup>

## INTRODUCCION

El síntoma de la respiración bucal, que está asociado a diversas patologías, tales como la hipertrofia adenoidea rinitis alérgica y poliposis nasal, entre otras, ha cobrado mucha importancia, pues se ha demostrado que implica una serie de alteraciones somáticas que compromete el desarrollo y crecimiento del niño, así como diversas patologías asociadas (faringitis crónica, apnea de sueño, cor pulmonar) que amerita denominarlo como se le conoce actualmente, el síndrome de respiración bucal.

La Sociedad de Odontopediatría de Madrid refiere que el síndrome de respiración bucal se ha convertido en un problema de salud publica, por su gran prevalencia (aproximadamente un 25% de la población infantil) y las alteraciones que produce. Por tanto, debe ser abordado desde un punto de vista multidisciplinario, con participación del otorrinolaringólogo, ortodoncista, pediatra y fonoiatra.

## DEFINICION

Se define como respiración bucal al estado en el que los pulmones de un individuo en reposo no pueden recibir exclusivamente por respiración nasal la cantidad de aire suficiente para realizar la hematosis. La respiración bucal se produce por tres formas:

- Obstrucción de la vía respiratoria alta, debida a alteraciones anatómicas o funcionales (diagnóstico otorrinolaringológico).
- Respiradores habituales. Usualmente son pacientes que respiran por la boca de manera habitual, sin tener una obstrucción de la vía aérea.

- Alteraciones anatómicas bucales, que presentan un labio superior corto que causa una incompetencia labial que produce el síndrome descrito.

## INCIDENCIA

Según estudios realizados en diversos países la incidencia de respiradores bucales en la población infantil (de 3 a 14 años) es del 25%. De este porcentaje, el 25% es debido a una obstrucción de la vía respiratoria alta, causada por patologías que están dentro del campo del otorrinolaringólogo.

Según las estadísticas de Huermeyer:

• Hipertrofia adenoides y amígdalas	39%
• Rinitis alérgica	34%
• Desviación del tabique nasal	19%
• Hipertrofia idiopática de cornetes	12%
• Rinitis vasomotora	8%
• Otros (tumores, pólipos u otros)	2%

## FISIOLOGÍA NASAL

La nariz tiene múltiples funciones, como son el olfato, el drenaje de secreciones, el sistema de defensa (captación de partículas, sistema mucociliar, anticuerpos y lisozimas), la humidificación del aire y la regulación de la temperatura del aire.

### Acondicionamiento del aire

El flujo de aire inspirado viene por el cornete medio y superior y el aire inspirado por el meato inferior.

1. Cambio de flujo de aire. El flujo de turbulento (en el vestíbulo nasal) a laminar (resto de la nariz) por la disposición de los cornetes y válvula nasal.

1. Médicos asistentes del Servicio de ORL del Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú.



2. Resistencia al paso del aire. Se produce por: factores estáticos (anatomía complicada de los cornetes y secreciones nasales) y factores dinámicos.

Obstrucción alternante de ambas fosas nasales (20% de las obstrucciones); producido por los cornetes y la vascularización e inervación vasomotora, los que causan ciclos de congestión y descongestión.

Esta resistencia al paso del aire, que representa el 50% de toda la resistencia del árbol respiratorio, produce un aumento de la presión intratorácica y una disminución de la frecuencia respiratoria produciendo una respiración lenta y profunda.

Como consecuencia de estos hechos existe un incremento de la dilatación de los alvéolos, e incrementa el tiempo de espiración (donde existe mayor presión positiva de los alvéolos) aumentando el tiempo de intercambio de gases por lo que se produce una mayor hematosis

### Crecimiento del tercio medio de la cara

Es controversial para algunos investigadores. Esta función permite el desarrollo normal de los órganos vecinos, como el vómer, la pirámide nasal, la bóveda palatina y los senos paranasales.

## FISIOPATOLOGÍA

Existe una serie de funciones importantes, que cuando el paciente no puede respirar normalmente por las fosas nasales, produce como consecuencia diversos trastornos tanto funcionales como somáticas, las que devienen en un síndrome característico del paciente respirador bucal.

### Fascie del respirador bucal

Se produce por los diversos cambios siguientes:

1. Hipoplasia nasal y del hueso vómer, que produce una falta del crecimiento vertical y condiciona el paladar alto y ojival.
2. Hipodesarrollo de los senos maxilares –constituyentes de la base de la arcada dentaria superior– que produciría la hipoplasia del maxilar superior.
3. Predominio de los músculos elevadores del labio superior, por hipoplasia de la premaxila, lo que produce una elevación y retrusión de la espina nasal anterior, las que elevan el labio y producen una incompetencia labial.

4. El paciente al no poder respirar por la nariz tiene una disminución de la hematosis, debido a la disminución de la capacidad pulmonar, de la presión intratorácica y del diámetro del alvéolo, que llevan al paciente, de manera refleja, a mejorar la captación del aire. Así, inclina la cabeza hacia atrás en unos 15° aproximadamente, separa los labios y deja la lengua abajo, con lo que rompe el equilibrio muscular que la lengua, las mejillas y los labios ejercen sobre el arco maxilar, el que al no tener el apoyo de la lengua no puede contrarrestar la presión de las mejillas por lo que la cara se estrecha, colapsa y alarga.
5. A la vez se produce un retrognatismo o prognatismo mandibular funcional.
6. Protrusión incisiva por falta de presión labial o apiñamiento incisivo.

## ALTERACIONES SOMÁTICAS

En los últimos años, diversas investigaciones hechas en individuos con respiración bucal describen alteraciones somáticas importantes que acompañan a las alteraciones en la región craneofacial. Son producidas fundamentalmente por el mecanismo compensatorio de inclinar la cabeza hacia atrás, el que genera cambios posturales que se van traduciendo en alteraciones esqueléticas descritas como hombros inclinados hacia delante (cifosis torácica), pecho excavado, abdomen protruido (lordosis lumbar) e, inclusive, pie plano.

Algunos estudios también han encontrado alteraciones en el desarrollo psicomotor, asociadas con problemas de aprendizaje y menor desarrollo escolar, las que no han sido documentados debidamente.

## CUADRO CLINICO

El paciente respirador bucal llega a la consulta médica por el síntoma descrito y por las complicaciones usuales, tales como faringitis crónica, apnea de sueño, recrudecimiento del asma bronquial, sinusitis a repetición y, menos frecuente, el cor pulmonar.

Al examen clínico se encuentra la fascie del respirador bucal: cara estrecha y alargada, incompetencia labial, paladar ojival, hipoplasia del maxilar superior, retrognatia o prognatismo funcional y protrusión de incisivos o apiñamiento.



Figura 1. Caso clínico: Paciente respirador bucal

Entre las alteraciones somáticas están la cabeza inclinada para atrás, la cifosis dorsal con hombros hacia delante, pecho excavado y lordosis lumbar con abdomen protruido.

### DIAGNÓSTICO

El paciente respirador bucal solo en un 25% está en relación con trastornos que corresponden a la especialidad de otorrinolaringología y cirugía facial. Una vez evaluado por el examen físico, al paciente se le debe estudiar la obstrucción que presenta, mediante una rinomanometría. Si los valores son normales debe pasar al ortodoncista para su estudio.

Entre las patologías otorrinolaringológicas del respirador bucal están:

#### Trastornos orgánicos

1. De la pirámide nasal: malformaciones, insuficiencia alar y traumatismos.
2. Intranasales: desviación septal, pólipos rinossinuosales, hipertrofia de cornetes, bulla etmoidal, tumores y sinequias.
3. Rinofaríngeas: hipertrofia de adenoides y amígdalas, atresia de coanas, meningoencefalocele y gliomas.

#### Trastornos funcionales

Hipertrofia de cornetes, debida a causas:

1. Alérgica: estacional y perenne
2. Colinérgica: medicamentosa y vasomotora

### TRATAMIENTO

Se realizara de acuerdo a la patología diagnosticada. La rehabilitación del paciente está en manos de los ortodoncistas y foniatras.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Finn SB. Odontopediatría clínica. La Habana: Instituto Cubano del Libro. 1983:370-82.
2. Angle EH. Malocclusion of the teeth. 76 ed Philadelphia: White 1991:111-4
3. Asociación de enfermedades nasorrespiratorias, pie plano, escoliosis y problemas psicopedagógicos en niños respiradores bucales con maloclusión. Rev Cubana Orto-1986; 1 (2):93-100.
4. Santos-Povis JF. Estudio comparativo de la oclusión, entre respiradores bucales y grupo control. Tesis Odontología UNMSM, 2002, Lima, Perú.
5. Barrios-Felipe L. Hábito de respiración bucal en niños. Servicio de Ortodoncia, 2001, La Habana, Cuba.
6. Valdés-Sánchez A. Síndrome obstructivo nasal alérgico. Rev Cub Estomatol 1982; 19 (1):8-17.