

# *Respiración Bucal en la Infancia*

*Andrés Sibbald*

Debido a la elevada posición de la laringe, el recién nacido es un respirador nasal obligado. La epiglotis alta que contacta con el paladar blando separa bien la vía aérea de la digestiva y esto le permite al lactante pequeño deglutir y respirar al mismo tiempo. El crecimiento posterior del cuello hace descender la laringe y se establece entonces en la orofaringe un corredor común para ambas vías. Esto habilita la boca para respirar aunque se mantenga la vía nasal como pasaje principal. A medida que crece el niño surgen problemas que pueden obstruir la vía aérea superior. Muchos provocan obstrucción transitoria (infecciones virales, rinosinusitis bacterianas, alergias estacionales) que duran poco tiempo aunque pueden ser muy recurrentes. En otros casos la obstrucción se va haciendo persistente, generalmente por hiperplasia de amígdalas, de adenoides o de los cornetes nasales. Allí se inician ciclos de respiración bucal que pueden provocar el hábito de usar más la boca que la nariz, aunque esta recupere una permeabilidad suficiente. Cuando esto ocurre puede ser muy difícil recuperar la vía nasal y por eso es importante que el pediatra y el ORL identifiquen tempranamente los pacientes que requieren tratamientos para liberar la nariz y la rinofaringe.

## **Evaluación y examen físico**

Los antecedentes familiares y del paciente son fundamentales en el diagnóstico. Los padres informarán acerca de los hábitos respiratorios diurnos (respiración bucal, separación labial permanente, dificultades deglutorias, hiporexia, hipersomnias) y nocturnos (respiración ruidosa, ronquidos, apneas, sueño entrecortado, hiperextensión cervical). A veces cuesta definir la severidad de los síntomas nocturnos y es posible registrar los momentos más molestos de la respiración nocturna en un grabador de audio o mejor en un video. Esto permite reproducir estos eventos ante el médico y evita la realización de pruebas muy costosas como la polisomnografía.

El examen físico es muy importante y debe considerar, en primer lugar, la anatomía naso-facial y la forma de respirar. Se evalúa la forma y la función revisando nariz, labios, cara inferior, paladar y simetría facial. Cuando la cara es angosta los niños suelen tener conductos nasales más pequeños. Con el otoscopio se observa la posición del septum nasal y el tamaño de los cornetes ya que ambos pueden reducir la permeabilidad nasal. La modalidad respiratoria puede ser nasal, bucal o mixta. Varias pruebas simples informan acerca de la permeabilidad nasal. El sellado de labios permite al observador establecer la capacidad nasal. Con la boca cerrada se explora cada fosa nasal ocluyendo una y otra en forma alternada. Es importante distinguir la obstrucción nasal de la adenoidea. Se investiga la hiponasalidad haciendo que el niño repita palabras (“banana”) con la nariz libre y con la nariz pinzada.

Además es útil realizar el examen detallado de:

- a) la función labial, tanto en reposo como durante la deglución, buscando incompetencias o reclutamiento de musculatura peribucal compensatoria.
- b) la hemicara inferior: la cara angosta (dolicofacies) se asocia más con respiración bucal y con mordida cruzada posterior. Este último es un hallazgo frecuente en la obstrucción adenoidea.

El examen orofaríngeo abarca tanto la evaluación del tejido linfóideo del anillo de Waldeyer como las características funcionales de la competencia velofaríngea. Las amígdalas fauciales se clasifican, según Feinstein O, en tamaños que van desde cero (ausencia) a cuatro (cuando contactan en la línea media). Al deprimir la lengua se adelantan las amígdalas y se aproximan. Si el reflejo de arcada es intenso la lengua se desplaza permanentemente hacia adelante y reduce el apoyo que ofrece para el ensanchamiento normal del arco maxilar. El examen directo de adenoides es más difícil para el pediatra pero la radiografía lateral (cavum) permite una evaluación adecuada de la faringe posterior. El paladar blando es un aspecto poco observado de la orofaringe. Una úvula bífida a veces indica una figura submucosa y se debe palpar el paladar buscando la mucosa que es indicativa, muchas veces, de insuficiencia palatofaríngea. En estos niños está contraindicada la adenoidectomía por el riesgo de crear hipernasalidad.

### **Conducta médica en el respirador bucal**

Con las observaciones clínicas ya señaladas, el pediatra estaría en condiciones de afirmar un diagnóstico preliminar o definitivo de las causas del ronquido, de la hipernasalidad y/o de la respiración bucal. Pero muchos pacientes, aparentemente sencillos, tienen aspectos complejos que deben tener una evaluación ampliada del ORL con amplia experiencia pediátrica y de la fonoaudióloga.

Es fundamental la evaluación del paladar blando. Cuando se sospecha insuficiencia velopalatina es esencial la consulta ORL/fonoaudióloga. A veces requiere estudio de imágenes con contraste y otras una polisomnografía (PSG). Si se confirma la incompetencia del velo y la PSG verifica apneas severas, el ORL puede realizar una adenoidectomía parcial.

Cuando el paladar es funcionalmente competente, el próximo paso es la evaluación nasal. La rinoscopia simple puede señalar la causa (por ej: hiperplasia de cornetes) pero muchas veces es incierta y se recurre a imágenes de adenoides (cavum) o de senos paranasales (MNP). Si todo resulta normal se asume una conducta expectante, pero cuando hay evidencia de hiperplasia adenoidea o de rinosinusitis avanzada conviene realizar un tratamiento con corticoesteroides intranasales y/o antibióticos. Cuando este tratamiento no resulta, ya que los síntomas persisten, la adenoidectomía puede ser resolutive.

### **Conclusiones**

En los últimos años la obstrucción de la vía aérea superior ha sido muy estudiada por pediatras, ORL, alergistas, gastroenterólogos, ortodoncistas, fonoaudiólogos, etc. El niño respirador bucal exige un enfoque multidisciplinado porque es una patología compleja que no siempre resuelve satisfactoriamente.

### **Referencias bibliográficas**

1-FEINSTEIN, A. Role of tonsils. New Engl J Med 282:285, 1970.

2-BALKANY, T. ; PASHLEY N. Clinical Pediatric Otolaryngology  
C. V. Mosby, 1986.

3. BRODSKY, L. Practical Pediatric Otolaryngology. Cotton R, Myer C. Lippincott-  
Raven 1998.