

Respirador bucal

Mesa Redonda

Moderador: **Antonio Carlos Cedin**

Participantes: **Gabriela D. Carvalho, Lilian Krakauer,
Nelson A. Rosário Filho y Presciliana de Araújo**

Antonio Carlos Cedin. *Esta Mesa Redonda congrega a colegas de áreas diferentes especialidades como pediatría, otorrinolaringología, ortodoncia, fonoaudiología y fisioterapia. Me gustaría destacar que éste tema envuelve un abordaje multidisciplinar del niño respirador bucal ,lo cual genera algunas controversias entre los profesionales envueltos en su atención. Esta discusión contribuye para que haya una actitud sincrónica de los especialistas de modo a ofrecer el mejor tratamiento para esos casos. Contamos con la presencia de Nelson que es Pediatra Alergólogo, de Lilian que es Fonoaudióloga, de Gabriela, Ortodoncista y de Presciliana que es Fisioterapista.*

El primer profesional que diagnostica al respirador bucal es el Pediatra. El pediatra es quien dará la atención inicial al niño en el cuarto de parto y de recién nacidos.

En primer lugar vamos a hacerle una pregunta a Nelson: como aborda a aquel recién nacido que llega al consultorio y cuya madre es la primera que se preocupa con su dificultad respiratoria? Cual es su evaluación? Como evalúa este problema y cual es su conducta.

Nelson A. Rosário Filho. *Una de las consultas por las que la madre trae a su niño al consultorio del pediatra y muchas veces al especialista, es el niño con respiración ruidosa. El lactante que tiene la nariz en forma de silla de montar, bien achatado y que hace un ruido cuando respira, que parece roncar. Esto preocupa a la madre, que piensa que el niño tiene dificultad respiratoria. Es un niño que se alimenta adecuadamente, que no interrumpe la alimentación, que no tiene dificultad con el sueño, pero tiene un ruido respiratorio. Esto, muchas veces, lleva a la madre a utilizar medicamentos tópicos nasales, incluyendo medicamentos vasoconstrictores, creyendo que el niño tiene obstrucción. Este es un problema absolutamente sencillo y transitorio. A veces se convierte en un problema de orden médico por la utilización de gotas nasales con suero fisiológico y antisépticos (bacteriostáticos) y entonces pasa a representar un problema. La primera cosa es aclarar qué es enfermedad y qué no lo es, y creo que ese es el papel importante del pediatra. A partir de eso, es importante la investigación de otras causas de obstrucción nasal, como por ejemplo: malformaciones congénitas, problemas decurrentes del nacimiento vía el canal de parto, o el surgimiento de enfermedades alérgicas en el lactante.*

Antonio Carlos Cedin. *Lilian, usted que es Fonoaudióloga: para esos niños que están recibiendo leche materna tiene usted alguna orientación en cuanto al cuidado de este bebe? Hay ventajas de una en relación a la otra (dar pecho o mamadera?). Recomienda usted algún tipo especial de punta de la mamadera?*

Lilian Krakauer. En verdad la lactancia natural, el dar pecho es la más indicada dado que proporciona el ejercicio muscular, haciendo con que haya el crecimiento mas adecuado de la cara. Para que haya una armonía en la cara lo ideal es la lactancia natural. Gabriela es la persona que trabaja más con esa área.

Antonio Carlos Cedin. *Se insiste sin duda en la lactancia materna. La alternativa seria el uso de mamadera. Gabriela que es ortodoncista podrá comentar algo sobre esto. Con relación a las repercusiones cuando no se tiene una lactancia materna, cuales son las consecuencias en términos de ortodoncia en el crecimiento facial. Gabriela puede mencionar algo con bastante propiedad pues ha escrito un libro muy interesante sobre ese tema.*

Gabriela D. de Carvalho. Trabajo en la atención interdisciplinaria del respirador bucal y soy especialista en cirugía y traumatología bucomaxilofacial, pero hace mas de 20 años atiendo exclusivamente respiradores bucales de todas las edades. Es claro que eso significa un trabajo conjunto con médicos pediatras, otorrinos, con fonoaudiólogos, con fisioterapeutas, muchas veces con nutricionistas y creo que esta es una maravillosa oportunidad de pensar interdisciplinariamente sobre el asunto. Dificilmente se obtiene una solución con una atención aislada. Siempre necesitamos, por lo menos la evaluación de otros profesionales que, en conjunto nos ayudaran a reducir el tiempo de la atención, y la evolución más rápida significa menor sufrimiento para el paciente. Tengo el beneficio de recibir a los pacientes luego que ya pasaron por el pediatra, por el otorrino de modo que ya se han retirado todos los obstáculos patológicos que dificultan la respiración, y queda para mí el trabajo de remover los obstáculos mecánicos de los tejidos duros, huesos y dientes. De esta forma, no solo pensando en la estética de los dientes, y esto es algo difícil para nosotros los dentistas pues a nosotros nos refieren los pacientes generalmente por problemas de oclusión o de estética. Aquí nos preocupamos con el espacio interno de la boca, con el espacio necesario para que la fonoaudióloga pueda adecuar la postura de la lengua, generalmente hipotónica y con una postura inadecuada; nos preocupamos de dar ese espacio de tal forma que podamos aumentar la base nasal, cuando ya se removieron las causas patológicas, pero hubo una interferencia en el crecimiento y en el desarrollo de las estructuras faciales. La base nasal está estrecha, no es lo suficientemente amplia para el paso del aire, entonces se mantiene hasta de una forma recidivante la respiración bucal.

Mi razón para defender la lactancia materna es exactamente porque yo no entendía como teníamos tantos respiradores bucales, y en las estadísticas se observó que hay un aumento creciente del uso de mamaderas y de chupete (mamón). Sabemos que existe el equilibrio fisiológico de Hotz que significa que el sistema de contención interna que está representado por la lengua debe estar equilibrado con la contención externa representada por la mejilla, por los músculos bucinadores y por la musculatura perioral. Esa musculatura debe estar

equilibrada para mantener no solo la oclusión, sino para mantener de forma fisiológica el desarrollo de toda la cara.

Pero esto no ocurre, porque se introduce la mamadera; la leche se extrae por presión negativa, se succiona, y cuando el niño esta en el pecho de la madre la leche se ordeña; no existe un trabajo específico para los músculos bucinadores en la remoción de la leche del pecho materno, la leche se ordeña. Durante la ordeña de la leche materna esta se conduce por la onda peristáltica que pasando por la lengua conduce la leche que esta dentro del pezón (este aumenta tres veces su tamaño dentro de la boca del bebe). Entonces promover la lactancia materna seria la primera intervención, ese seria el primer cuidado de todos los sectores del área de salud para la prevención del síndrome del respirador bucal, y queda para nosotros la remoción de los factores óseos, de los dientes y del hueso.

Nosotros hacemos la disyunción del maxilar, hacemos disyunción en los niños muy pequeños, niños con dos años y medio, tres años, porque necesitamos de algún apoyo para nuestro aparato, basta un primer molar para que podamos colocar un disyuntor. Este es un aparato que se adhiere en algunos dientes y que permite el aumento del diámetro transversal del maxilar. Nosotros sabemos que esa estructura (el maxilar) esta consolidada al nacer pero, su movilización no genera dolor, y haciendo un poco de presión hacemos con que se separe ese hueso y podamos aumentar la base nasal, en un corto periodo de tiempo.

Por otro lado hay una dificultad dentro de la odontología porque en nuestro curso de formación, nos llevan a un raciocinio siempre muy mecánico: removemos las caries de una forma mecánica, restauramos los dientes de una forma mecánica, corregimos los dientes de una forma mecánica y muchas veces procesos periodontales con raspado del tártaro y de bolsas también se hace de una forma mecánica. Así, según el Dr. Ricketts, es difícil pensar en biología, en función... y para la atención del respirador bucal es imprescindible pensar en la función respiratoria.

Antonio Carlos Cedin. *Nelson, un niño que llega al consultorio ya con tres o cuatro años de edad con dificultad respiratoria, cuál seria su abordaje inicial?*

Nelson A. Rosário Filho. Básicamente cuando se analiza al respirador bucal, un niño con obstrucción nasal, ya entra en consideración un diagnóstico diferencial de causas anatómicas que puedan estar promoviendo la dificultad respiratoria. La hipertrofia de adenoides, desvío del septo nasal por ejemplo, tienen como diagnóstico diferencial, la rinitis obstructiva de naturaleza alérgica. El niño alérgico tiene síntomas que caracterizan fácilmente ese diagnóstico desde el punto de vista clínico, estornudos, coriza, el prurito nasal, son características del paciente alérgico. El paciente que tiene rinitis alérgica se clasifica de modo simplista, como obstruido, pues predomina la congestión nasal y aquel que tiene estornudos y coriza como manifestaciones clínicas principales. Entonces, nos interesa aquel que tiene como predominio la obstrucción nasal como parte importante del proceso de alergia. El primer abordaje que se hace es descartar un problema de orden anatómico, desvío del septo u otra causa para después de esto, partir para investigar una rinopatía alérgica.

Antonio Carlos Cedin. *Una vez diagnosticada la alergia, se debe tratar*

este problema adecuadamente. Cuando haya una distonía facial, un vicio de posicionamiento de la lengua, se referirá para rehabilitación y fonoterapia. Me gustaría saber sobre el abordaje del fonoaudiólogo en estos casos.

Lilian Krakauer. Es importante llevar en consideración la respiración oral, pois ella lleva a un desequilibrio de todas las funciones orofaciales. Para respirar por la boca debe haber un cambio en la posición de la lengua para que el aire pueda entrar por la boca. Ese cambio de posición de la lengua acaba cambiando la posición de la mandíbula y como consecuencia crea un desequilibrio en la musculatura orofacial, pudiendo llevar a flaccidez en la musculatura elevadora de la mandíbula, causando un desequilibrio en la masticación. Se sabe que la masticación es una de las funciones más importantes para el crecimiento simétrico de la cara. Por tanto, cuanto antes pudiéramos trabajar con esos niños, menos problemas iremos a encontrar.

Antonio Carlos Cedin. *Con que edad usted ya comienza a trabajar?*

Lilian Krakauer. Trabajo con niños a partir de los tres años, tres años y medio. Cuando hablo de trabajo, no es necesariamente de terapia semanal, como sería un trabajo fonoaudiológico regular. Es un control con la familia y con los otros profesionales que tratan al niño.

Antonio Carlos Cedin. *En relación a la alteración postural global, me gustaría que Priciliana como fisioterapeuta pudiera ayudarnos diciendo cual sería la edad ideal para comenzar a actuar, pensar en orientar y eventualmente manipular a ese niño?*

Presciliana de Araújo Los niños pequeños, entre 2-3 años, que presentan una leve retracción de la cabeza se resisten a la manipulación de la región cervical, que es una zona sensible; solo más tarde, van a colaborar y permiten entonces procedimientos que organizan la posición de la cabeza. Sin embargo, en ese intervalo, se establecen los vicios posturales haciendo más difícil la corrección. Es importante recordar que la posición de la cabeza es fundamental para varios aspectos del desarrollo motor y de la coordinación motora, y el equilibrio entre las masas encefálicas, torácicas y pélvicas, o sea, el buen alineamiento corporal es imprescindible para una respiración eficiente.

Antonio Carlos Cedin. *Como Gabriela mencionó, la edad en que se puede evaluar al niño que ya tenga problema ortopédico, alteración del crecimiento facial, está alrededor de los tres años. Apesar de que a esta edad todavía no hay una dentición definitiva se puede hacer uso de expansores para que ese niño acomode la lengua en la boca y pueda tener una respiración nasal.*

El éxito del tratamiento del respirador bucal depende del diagnóstico correcto del problema y de la integración de los diferentes profesionales que están relacionados en el tratamiento. Debemos conocer el área de actuación de cada uno de los profesionales para que podamos orientar correctamente el tratamiento.

La atención debe hacerse en conjunto desde el diagnóstico, sin importar la edad del paciente.

Entonces el mensaje que debemos dejar es: primero, un diagnóstico correcto de todos los profesionales y segundo, una actuación en conjunto. El pediatra es,

muchas veces, el primero en actuar. Es el especialista al cual los padres entregan a su hijo para que se le oriente sobre la referencia a otros profesionales que sean necesarios para el tratamiento correcto. El diagnóstico precoz y el actuar de los especialistas en el tiempo adecuado proporcionan eficacia al tratamiento del respirador bucal.