

RELACIÓN ENTRE LAS MALOCLUSIONES Y LA RESPIRACIÓN BUCAL EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS (JUNIO DE 2005)

Recibido para arbitraje: 08/03/2006

Aceptado para publicación: 18/04/2006

- **García-Flores, Guillermo.** Odontólogo. Universidad Central de Venezuela. 2004.
- **Figuroa R, Alexandra.** Odontólogo. [Universidad Central de Venezuela](#) 2004. Profesora Colaboradora de la Cátedra de Histología y Embriología de la [Facultad de Odontología U.C.V.](#)
- **Müller, Victoria.** Odontólogo. [Universidad Central de Venezuela](#). 2004.
- **Agell, Adriana.** Odontólogo. [Universidad Central de Venezuela](#). 2003. Trabajo Final presentado en el Curso de Ortodoncia Preventiva - Interceptiva y de Ortopedia Dentofacial 2004 - 2005.

RESUMEN

La Insuficiencia Respiratoria Nasal es una condición patológica que se presenta con relativa frecuencia en los pacientes que acuden a consulta odontológica y de otorrinolaringología. Estos pacientes adquieren una postura adaptativa de las estructuras de la cabeza y la región del cuello, que afectan la relación de los maxilares y el desarrollo normal de la oclusión.

El propósito del presente estudio fue demostrar si existe relación entre los pacientes con Insuficiencia Respiratoria Nasal y un tipo específico de maloclusión dentaria utilizando la clasificación de Angle. Así mismo se planteó como propósito interrelacionar el área de odontología con la de otorrinolaringología, con el fin de establecer un sistema de referencias de un área a otra para brindar una atención integral. El estudio se realizó, en 39 niños que asistieron al servicio de otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios en el mes de Junio de 2005, de edades comprendidas entre 6 y 12 años, de ambos sexos y que presentaban problemas otorrinológicos que causarían respiración bucal. A estos pacientes se les realizó el examen clínico bucal para determinar las maloclusiones presentes. Los resultados no evidenciaron relación entre la Insuficiencia Respiratoria Nasal y una maloclusión específica. Hubo una marcada presencia de apiñamiento anteroinferior, de mordidas abiertas y de características propias de la fascie adenoidea. El tipo de maloclusión predominante fue la Clase I y el principal problema de otorrinolaringología causante de insuficiencia respiratoria nasal fue la Hipertrofia Adenotonsilar.

Palabras clave: Insuficiencia Respiratoria Nasal, maloclusiones dentarias.

ABSTRACT

Nasal Respiratory Insufficiency is a frequent disease in patients suffering from odontological and ORL conditions. These patients acquire an adaptive posture of the head and neck structures affecting the relationship between the maxilla, the mandible and the occlusion normal development.

The purpose of this study was to demonstrate the existence of a relationship between Nasal Respiratory Insufficiency and a specific type of dental malocclusion using Angle's classification. Another purpose was to integrate the Dental and ORL fields in order to establish a reference system between both specialties.

The study included 39 children of either sex, 6 to 12 years-old. They were treated during June 2005 at the ORL Department of the San Juan de Dios Hospital. They presented ORL conditions which also caused oral respiration. They were studied to determine the existence of dental malocclusion. The results did not show any relationship between Nasal Respiratory Insufficiency and malocclusion. The predominant malocclusion type was Class I and the main ORL pathology causing Nasal Respiratory Insufficiency was Adenotonsillar Hypertrophy.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la atención Médico - Odontológica de los pacientes infantiles figuran entidades patológicas de importancia, que

limitan y perjudican notoriamente su calidad de vida. Entre éstas, destaca la Insuficiencia Respiratoria Nasal, como una condición relativamente frecuente en los niños y niñas que acuden a consulta odontológica y de otorrinolaringología.

La frecuencia de esta patología despierta el interés de la siguiente investigación, con el propósito de ahondar en las características con las cuales cursa su clínica, las alteraciones morfológicas y fisiológicas que ocasiona y la terapéutica que se dispone para su tratamiento.

El Hospital San Juan de Dios es una institución que no escapa de esta realidad. En la consulta de los Servicios de Otorrinolaringología y Odontología, se atienden innumerables casos en los que la Insuficiencia Respiratoria Nasal, afecta dualmente ambas áreas.

Entre las causas de esta obstrucción nasal crónica se encuentran: el pasaje nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, amígdalas hipertróficas, adenoides, cornetes inflamados y/o desviaciones del tabique nasal. (1,2)

El paciente con Insuficiencia Respiratoria Nasal se ve en la obligación de buscar nuevas vías para poder respirar. Obviamente utiliza la boca como entrada opcional de aire cuando las vías aéreas nasales se encuentran colapsadas.³ Cuando esto ocurre, la lengua adopta una posición descendida para que el flujo del aire sea más fácil y cómodo por esta vía, ocasionando alteraciones clínicas importantes. (2)

Estas alteraciones tienen tal magnitud que la disposición dentoalveolar de estos pacientes es característica: poseen generalmente paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas, abiertas, o muy profundas y presencia de hábitos parafuncionales como la deglución atípica, entre otras.(2,4)

Esta problemática conduce a tratar a dichos pacientes desde dos perspectivas, que aunque diferentes, están íntimamente relacionadas. De aquí, surge la inquietud de poder relacionar a través de la "remisión" formal de pacientes infantiles que acuden a ambos servicios: Otorrinolaringología y Odontología del Hospital San Juan de Dios, para lograr una atención integral para los pacientes afectados por una entidad común: la Insuficiencia Respiratoria Nasal.

MATERIALES Y MÉTODOS

El **Universo** en estudio estuvo compuesto por **216 niños y niñas** que asistieron a consulta en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios durante el mes de Junio de 2.005. Para la conformación de la **población**, se seleccionaron los niños que presentaron problemas de Insuficiencia Respiratoria Nasal, registrándose un total de **64 niños y niñas**.

La **muestra** de estudio quedó conformada por **39 niños y niñas** de edades comprendidas entre 6 y 12 años con Insuficiencia Respiratoria Nasal que asistieron al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios durante el mes de Junio de 2.005.

Se excluyeron todos aquellos pacientes que a pesar de haber tenido la edad requerida, no le habían hecho erupción en boca los cuatro primeros molares permanentes, necesarios para establecer la clasificación dentaria. Se adoptó como criterio de exclusión a aquellos niños que presentaron algún tipo de síndrome, ya que algunas maloclusiones están asociadas a síndromes, pudiendo haber alterado los resultados.

El instrumento que se empleó para la recolección de datos fue una Hoja de Registro diseñada con los puntos considerados de interés para la investigación. Esta fue sometida a un juicio de expertos compuesto por: dos odontólogos (uno especialista en Ortodoncia y otro en Odontopediatría), un metodólogo de la investigación, y un médico especialista en Otorrinolaringología, quienes validaron el sistema de recolección de datos como óptimo para la investigación. Ver Planilla de Registro anexo N° 1

Para llevar a cabo la recolección de datos, se asignó un día de la semana a cada observador para asistir al Servicio de Otorrinolaringología, en donde el médico Otorrinolaringólogo examinaba a los pacientes, y aquellos que de acuerdo a su diagnóstico, presentaban algún problema de obstrucción nasal ocasionando respiración bucal, eran posteriormente evaluados por los investigadores siguiendo la hoja de registro. Para el procesamiento de la información y el análisis de los datos, se ejecutó la tabulación manualmente. La información obtenida se presentó en gráficos esquemáticos de las variables en estudio y porcentajes correspondientes.

Los recursos que se emplearon en la investigación fueron:

Humanos:

- 4 Odontólogos calibrados, cuya función se basó en la observación y recolección de datos.
- 3 Médicos Otorrinos, cuya función fue diagnosticar alteraciones en la función respiratoria en cada uno de los pacientes.

Materiales:

- Baja Lenguas
- Vernier
- Gasas
- Alcohol
- 4 bolígrafos
- 1 carpeta

RESULTADOS

Entre los resultados se encontró que:

- La maloclusión Clase I es la que se presentó con mayor frecuencia con el 61% del total de los niños estudiados, seguido por la maloclusión dentaria Clase II con un 31% de los casos y la maloclusión Clase III con un 8%.
- Los problemas más comunes causantes de Obstrucción Nasal observados fueron: Hipertrofia Adenotonsilar con un 42% de los casos, Hipertrofia Turbinal Bilateral Inferior con un 28%, Rinitis Alérgica con un 14%, Septodesviación con un 8%, Asma con un 6% y Quistes con un 2%.
- El 50% de los niños presentaron Mordidas Abiertas Anteriores.
- El apiñamiento en la zona anteroinferior presentó el valor más elevado correspondiéndose con el 47% de la muestra total, seguido de un apiñamiento en ambas arcadas con un 38%, y en una menor proporción se observó apiñamiento en la zona anterosuperior con un 10%. Únicamente el 5% de los pacientes evaluados no presentaron apiñamiento. Ver Gráfico N° 1.

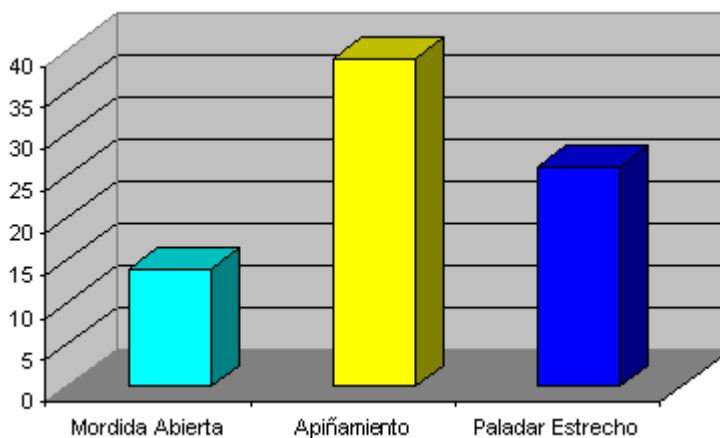


Gráfico N° 1

- Un 67% de los pacientes presentaron Paladar Estrecho.
- Se obtuvo un gran porcentaje de pacientes que presentaban por lo menos una de las características clásicas de la fascie adenoidea. Ver Gráfico N° 2.

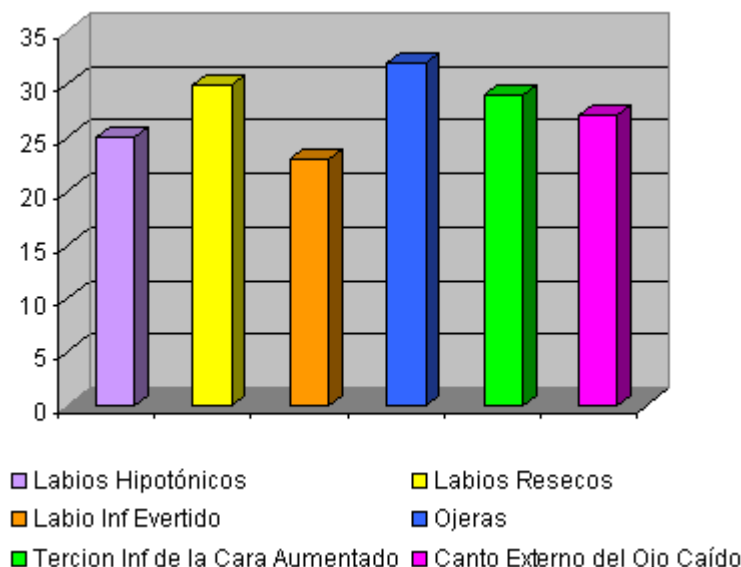


Gráfico N° 2

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio, se compararon con cuatro investigaciones realizadas anteriormente en el área, evidenciándose lo siguiente:

- El mayor porcentaje de pacientes, presentó una clasificación molar Clase I, coincidiendo estos datos con los obtenidos por Delgado y Dupatroccinio (3); y Akerman y Cols.(4) Esto se aleja un poco de los resultados obtenidos por Carvalho y Cols (5), los cuales a pesar de tener el mayor porcentaje clasificados como Clase II, tuvieron un valor considerable para pacientes Clase I.
- El desarrollo transversal del maxilar, se observó disminuido en la mayoría de los casos, relacionando así a la estrechez de paladar con la respiración bucal. Dicha conclusión fue también obtenida por los investigadores de los cuatro estudios revisados. (3,4,5,6)
- De los estudios analizados, el realizado por Akerman y Cols.(4), arrojó un porcentaje elevado de presencia de apiñamiento anteroinferior en los pacientes de su estudio. En concordancia con este resultado, la presente investigación, evidenció un porcentaje considerable de presencia de apiñamiento en la zona anteroinferior, seguido de apiñamiento en ambas arcadas, lo que permite considerar esta característica clínica, como una entidad de importante incidencia dentro de los pacientes con I.R.N.
- Los resultados arrojados por los estudios de Delgado y Dupatroccinio (3) sobre la presencia de mordidas abiertas revela un alto porcentaje, al igual que los resultados del presente estudio. El trabajo de Parra (6) difiere en este aspecto, ya que su estudio demostró un bajo porcentaje de mordidas abiertas en los pacientes que conformaron su muestra.
- El presente trabajo coincide con los estudios realizados por Akerman y Cols.(4) al determinar baja incidencia de hipertrofia de cornetes y desviación de tabique nasal. La entidad patológica preponderante en los pacientes de ambos estudios fue la hipertrofia adenotonsilar.

RECOMENDACIONES

- El tratamiento de los pacientes con insuficiencia respiratoria nasal debe estar enfocado desde un punto de vista multidisciplinario, con la participación conjunta del odontólogo y el otorrinolaringólogo.

- Basados en los resultados obtenidos se recomienda evaluar a los niños con insuficiencia respiratoria nasal en edades tempranas, debido a que es clave para detectar alteraciones del sistema estomatognático y tratarlas a tiempo.
- Se recomienda crear un instrumento de remisión dentro o anexo a las historias clínicas, que simplifique de manera esquemática el diagnóstico y posibles problemas del paciente para que al odontólogo y el otorrinolaringólogo le sea más sencillo planificar el tratamiento ideal, de manera de lograr los mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DI SANTI, J.: (1999) Terapia Miofuncional como Complemento en el Tratamiento de los Pacientes Respiradores Bucales. Revista Venezolana de Investigación Odontológica, 1999. 1 (1).
2. VELLINI F, Flavio.: (2002). Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. . Sao Paulo, Editorial Artes Médicas LTDA .
3. CABANILLAS, E.: (1993) Evaluación Cefalométrica de Hipertrfia de Cornete en el Niño Respirador Bucal. Ortodoncia. Sociedad Argentina de Ortodoncia. 57 (114).
4. CANUT, J.: (2000) Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2º Edición, Barcelona, España, Editorial MASSON.
5. DELGADO, M y DUPATROCINIO, M.: (2002) Relación de la insuficiencia respiratoria nasal y las maloclusiones en niños entre las edades 3-7 años en el hospital J.M de los Ríos en el periodo mayo- junio 2002. Curso de Ortodoncia Interceptiva y Preventiva COVFASE. Caracas.
6. AKERMAN, C; ALVARADO, R; DURANT, M; GRUBER, M Y LEZAMA, G.: (1999) Estudio epidemiológico sobre las alteraciones morfológicas intrabucales ocasionadas por insuficiencia respiratoria nasal en niños escolares de 6 a 10 años de las U.E Jesús Arocha y Simón Bolívar de Petare, Caracas, 1999". Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Curso de Ortodoncia Interceptiva y Preventiva. COVFASE. Caracas.
7. CARVALLO, I & cols.: (2003) Análisis de la relación existente entre pacientes respiradores bucales y la maloclusión clase II en edades comprendidas de 6 a 18 años, en el servicio de ortodoncia del Hospital Ortopédico Infantil, periodo 2002-2003. Curso de Ortodoncia Interceptiva y Ortopedia Dentofacial. COVFASE. Caracas.
8. PARRA, Y. (2002) El paciente Respirador Bucal: una propuesta para el Estado Nueva Esparta. 1996 - 2001.Caracas.
9. BETANCOURT, O: (1986) Estudio Epidemiológico de las Maloclusiones en dos Zonas Rurales. Trabajo de ascenso. Mimeografiado. Caracas. Facultad de Odontología. UCV.