

RESPIRAR POR LA BOCA: CONSECUENCIAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Tips inclusivos para padres sobre el cuidado
y el tratamiento de niños y no tan niños.

SILVIA CRISTINA GALETTI



RESPIRAR POR LA BOCA:
CONSECUENCIAS,
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

RESPIRAR POR LA BOCA:
CONSECUENCIAS,
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

*Tips inclusivos para padres sobre el cuidado
y el tratamiento de niños y no tan niños.*

SILVIA CRISTINA GALETTI

Las ediciones primera y segunda de este libro fueron realizadas en Argentina, en versión impresa, con el título: "EN BOCA CERRADA NO ENTRAN MOSCAS" Tips inclusivos para padres, sobre el cuidado y el tratamiento de niños y no tan niños...

1-edición. Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2015. 180 p ;23x16. ISBN 978-987-604-448-6

2-edición. ISBN: 978-987-42-1154-5

Respirar por la boca: Consecuencias, Prevención y Tratamiento

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares.

© 2016, Fundación Iberoamericana Down21. www.down21.org

© 2016, Silvia Cristina Galetti

ISBN: 978-987-42-1154-5

Realización: Consultores Initier, Santander

Impresión: Imprenta J. Martínez, Santander

Printed in Spain - Impreso en España

PRESENTACIÓN

Conocí a la Dra. Silvia Cristina Galetti en el año 2010, en el transcurso de unas inolvidables jornadas sobre el síndrome de Down, vividas en la apasionante Patagonia argentina. Quedé profundamente impresionado por la originalidad y profundidad con que planteó la atención bucodental a los niños con síndrome de Down.

Recientemente me llegó la noticia de la publicación en Argentina de un pequeño libro titulado “En boca cerrada no entran moscas”, de la Dra. Galetti. Parecía un cuento, un relato. Sorprendido por tan curioso título, entré en sus páginas. Y bajo esa apariencia liviana descubrí con sorpresa todo un pequeño tratado, sencillo y profundo a la vez, sobre la respiración y todas las implicaciones y consecuencias que surgen y se derivan cuando esa respiración se inicia de forma incorrecta: ¿por la boca o por la nariz?

Comprendí de inmediato la intención del título. Y la importancia para la vida diaria de las personas con síndrome de Down... y sin él. Por eso nos ha parecido oportuno editar el libro completo de una forma que sea asequible para todos, dentro de nuestra colección de libros on line en Canal Down21. Sólo hemos modificado una característica: el título. Para que, desde el principio, quede bien claro el problema que la Dra. Galetti va a desentrañar: la respiración bucal.

A ella le agradecemos de corazón su absoluta y generosa disponibilidad.

Jesús Flórez

Presidente de la Fundación Iberoamericana Down21

A la persona más bella que he conocido, mi madre.
Su luz siempre acompaña mi camino.

AGRADECIMIENTOS

Como debutante en este arte de escribir y con la necesidad de invertir en palabras cada minuto libre después de ejercer de madre, esposa, luego del trabajo, del deporte... tengo que agradecer a muchas personas que han colaborado en esta atrevida incursión.

El tiempo nunca es el que uno necesita, siempre es poco, es reticente. Por todo esto tengo que reconocer que pude hacerme de momentos gracias al apoyo de mi marido Raúl y de mis hijas, Eugenia del Sol y Luz Belén.

Y qué decir de esos maestros que me puso la vida en el camino: los padres, tíos y hermanos de mis pacientes, mis compañeros de viaje. Ellos con sus inquietudes, apoyos, diferencias, temores y distancias, son los actores de las ideas que conforman este trabajo.

Gracias también a mis colegas, con los que conformamos este equipo de salud, ellos que me explican y también me escuchan. En cada aporte hay una enseñanza y con ella, el crecimiento.

Indiscutiblemente se suman a mi sentimiento de gratitud, mis hermanos y amigos entusiastas: Ericka, Alelí, Miriam, Mariela, Patricia, Marina, Carlos, Pablo, Tino, David, que desinteresadamente me aportan sus críticas constructivas, se toman el tiempo para leer mis borradores y colaboran en transformar el simple mensaje de una odontóloga, en el escrito de una “madre” odontóloga.

ÍNDICE

Prólogo	13
Introducción	19

PARTE 1: ¿CÓMO FUNCIONA NUESTRA PROVISIÓN DE COMBUSTIBLE?

25

1.1 El aire es el escultor del cuerpo y el combustible del cerebro	27
1.2 La base para lograr el Ideal de Salud:	31
La Respiración Nasal	
1.3 El camino para lograr respirar a pesar de todo: Síndrome Respirador Bucal o Síndrome Parásito	37
1.4 Función: Rendimiento adaptado a la calidad del combustible	39
- Deglución	
Curiosidades de la deglución	
Curiosidades de la lengua	
- “Estoy descompuesto, quiero vomitar”	
- ¿Qué comemos?	
- Para hablarte mejor	
- La baba	
- ¡Qué feo aliento!	
- Dulces sueños	
- Para saberte mejor	
- Para olerte mejor	
- Para escucharte mejor	
- Se porta tan bien	
- Vamos a jugar	
- La mímica	
1.5 Forma: Esculpiendo el cuerpo con el combustible equivocado	58
- Corrientes de aire	
- Músculos descoordinados	
- Las bisagras de la cara	
- Para morderte mejor	
- Los pilares de Atlas	
- La sonrisa	
- Sistema autolimpiante	
- Laboratorio	

PARTE 2: CÓMO MEJORAR EL COMBUSTIBLE QUE UTILIZAMOS

75

2.1 Es mejor prevenir que curar	77
2.2 La teta primero	79
2.3 Uso de la mamadera	81
2.4 ¿Es bueno el uso del chupete?	82

2.5 ¡Sacate el dedo de la boca!	87
2.6 Tiempo límite	88
2.7 Dedos Tristes	89
2.8 Niños Conectados	91
2.9 El poco tacto que predispone	93
2.10 De filtros tapados, naturalmente	95
2.11 El Estornudo	97
2.12 La Tos	97
2.13 Cuando la curiosa fue enlazada	98
2.14 Para verte mejor	99
2.15 ¡A dormir!	101
2.16 ¡A jugar!	104
2.17 Espejito,Espejito	105
2.18 Accesorios prescindibles	105
2.19 ¡Pero no tiene azúcar!	107
2.20 Curiosidades	107
- Hipo	
- Bostezo	

PARTE 3: SÓLO NOS QUEDA DECIDIR QUÉ VAMOS A HACER 109

3.1 De Amor y de Padres	111
3.2 Agotamiento inter consultorios	112
3.3 Por querer y no poder	113
3.4 Hábitos y otras yerbas	115
3.5 Los Protagonistas	116
- Ramiro	
- Abril	
- Tamara	
- Celeste	
3.6 ¿Qué hacemos?	127
Resumen de conductas preventivas	129
Epílogo	131
Glosario	133
Bibliografía	145
Camino Recorrido	149

PRÓLOGO

Si nos sentamos en el banco de una plaza y nos dedicamos a mirar a los niños que allí juegan, podremos describir varios detalles, como por ejemplo, con quién están acompañados, si están bien abrigados, si son pocos o muchos. Tal vez si lo intentamos, podamos enfocar nuestra mirada desde otro ángulo. Los invito a que nos predispongamos a observarlos de una manera diferente a la habitual. Por ejemplo, podemos detenemos para ver si están activos, cansados, si tienen su boca entreabierta, si se mueven mucho o prefieren quedarse en un lugar. Nos podríamos sorprender con lo que descubrimos.

Con el título: “Respirar por la boca, consecuencias, prevención y tratamiento”, pretendo despertar en los lectores su atención sobre la respiración adaptada de los niños. Con los cambios de hábitos y costumbres que van ocurriendo en nuestra rutina, es común ver a un gran número de niños que prefieren separar sus labios, bajar la lengua y adaptarse a la respiración bucal en lugar de la nasal.

Ante algo tan simple como es cerrar la boca para respirar, cabe la pregunta: ¿podría justificar este libro? Les respondo con una de las consignas adquiridas hace varios años en mi consulta: es la de mejorar la calidad de vida de los pacientes estimulando su oxigenación sanguínea a través de su correcta respiración, la respiración nasal.

El hecho de respirar es un acto básico; sin embargo nos olvidamos de su importancia. Al ser una cuestión tan fundamental, cuando no se realiza correctamente nuestro cuerpo se adapta a tener menor suministro de oxígeno y a una abundancia de agentes irritantes. Es que, aunque la respiración sea deficiente, es mejor antes que nada; y el organismo adapta su funcionamiento a la calidad de combustible que reciba. Estos cambios que ocurren durante el crecimiento de un niño, alteran su desarrollo físico desde la punta de su cabeza hasta la planta de sus pies. También alteran su situación emocional e intelectual.

Cuando una familia llega a la consulta con la inquietud de que los dientes de su hijo están desacomodados y su consigna es que los acomodemos, son bienvenidos. Afortunadamente, por esta molestia estética que actúa como disparador, podemos, junto a los padres, ir buscando la causa por la que pareciera que le sobran dientes, que no

entran en su boca. Entonces, comenzamos a desarmar la madeja y observamos sus labios entreabiertos, ojeras marcadas, la mirada cansada, su postura corporal como vencida.

Al comenzar a preguntar surgen las coincidencias de los resfrios o resfriados frecuentes, las otitis de repetición, comer con la boca abierta, no dormir bien y, también, la dificultad para pronunciar algunas palabras. Es en este momento, durante la primera consulta, cuando en común acuerdo con los padres, cambiamos la prioridad de nuestro tratamiento: el objetivo ya no es el de acomodar sus dientes sino lograr que respire por su nariz.

Es en ese primer contacto cuando comenzamos a entender la importancia de que use su boca para una función a la vez, como tragar, masticar o hablar, en lugar de intentar hacer esas funciones mientras respira. Cuando se intenta realizar con la boca más de una de esas funciones a la vez, necesariamente, resultan mal logradas.

Para que quede claro, nuestro objetivo es: que el niño respire habitualmente por su nariz y mastique, trague o hable con su boca. Si logramos organizar estas funciones, a nuestro niño le va a cambiar el color de su piel y su mirada va a ser diferente, entre tantos otros beneficios. Como si fuera “la cereza de la torta”¹: no sólo que sus dientes se van a acomodar necesariamente, sino que se van a mantener correctamente alineados y nivelados con el pasar del tiempo.

Este libro está realizado con la característica de “inclusivo” porque, a medida que avancemos en su lectura, vamos a ahondar en las características del respirador bucal, que afecta de la misma manera a niños y adultos, con o sin discapacidades.

La única diferenciación que podemos marcar es que en un niño que está en pleno crecimiento y desarrollo, podemos revertir el cuadro con nuestro tratamiento. En un adulto, sólo compensaremos su situación.

En esta propuesta voy a aunar mi trabajo clínico profesional con mi experiencia de madre para contar, mostrar y comprobar la importancia de observar la forma de respirar de nuestros hijos. Muchas veces, los padres nos justificamos diciendo: “Ando tan apurado todo el día, todos los días...” Me imagino que con esta afirmación nos acostumbramos de a poquito a pequeños cambios que nos suceden. No importa si nos

hacen bien o mal, los aceptamos y listo. Por ejemplo, si nuestro niño tiene resfríos a repetición, siempre está con mocos, come con la boca abierta o babea, podemos observar su situación y convivir con ella mientras crece. Para enmascarar este cuadro, lo medicamos y tapamos los signos y síntomas mientras duren los efectos de los remedios. Lo que se torna relevante es cuando, resignada y gradualmente, nos adaptamos a convivir con la enfermedad a pesar de que podemos recuperar el estado de salud.

Si consideramos que el 25,5%² de la población argentina está compuesto por niños de hasta catorce años, del total de esos niños, veinticuatro mil seiscientos veintitrés tiene alguna discapacidad certificada³. Y la mayoría de todos esos niños, unos diez millones doscientos veintinueve mil ochocientos cincuenta y nueve, tienen o han tenido en algún momento de su vida alguna dificultad respiratoria. Por esas familias que están con esos niños que hay detrás de estos números es por lo que voy a describir en detalle el mecanismo normal de respiración y voy a dar a conocer una degeneración del mismo, la respiración bucal, con sus impensadas implicaciones.

Se trata de un síndrome parásito que se sobreagrega a nuestros niños ante la mínima predisposición y por muchas y variadas causas. Esta enfermedad, que se denomina Síndrome del Respirador Bucal, también citado como SRB, acompaña a nuestros niños con o sin discapacidades y, generalmente, no es tratado desde su causa, sino solamente se trabaja sobre algunos de sus signos y síntomas.

La mayor arma de la enfermedad es la ignorancia. No me refiero a que tenemos que ser doctores, sino a que nos debemos informar y consultar a un profesional cada vez que notemos algo que no nos parezca

¹“Cereza de la torta”, frase utilizada para denominar a un acto que culmina o cierra una situación.

²Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población 2010. Resultados definitivos. Variables seleccionadas. Total del país.

³Personas que han tramitado el Certificado Único de Discapacidad (CUD). La primera provincia en comentar a emitirlo fue La Rioja, en marzo de 2009. Al momento de ser realizado este anuario, había datos incompletos sobre Capital Federal y Córdoba. Se estima que el número de persona con discapacidad es mayor a las personas que han tramitado el CUD. Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad 2011. Subsecretaría de Gestión de servicios asistenciales. Servicio Nacional de Rehabilitación.

correcto. Si realizamos la búsqueda bibliográfica sobre la respiración de niños dirigida a padres, me encuentro con que la misma es escasa.

Me pareció oportuno compartir con ustedes los resultados alentadores y hallazgos superadores logrados en niños en edades de crecimiento, sólo con el cambio en el cuidado de algunos hábitos. No sólo nos vamos a conformar con describir las alteraciones producidas en niños en edades de crecimiento que son respiradores bucales, sino que también vamos a intentar comprender por qué ocurren, para que podamos prevenir o tratar las causas y no solamente sus consecuencias.

No pretendo dar una receta magístral para auto tratarse o tratar a nuestros niños, sino compartir una guía escrita en un idioma claro, para que los padres puedan detectar determinados signos o síntomas y solicitar la ayuda profesional.

Cada especialista determinará el tratamiento a seguir y las interconsultas a realizar. Nunca un problema tan complejo como el síndrome del respirador bucal puede ser solucionado por un solo profesional, a no ser que sea un Dios.

Este libro consta de tres partes: en la primera, describiré en detalle el camino del aire en nuestro cuerpo desde su ingreso hasta su salida, con su recorrido correcto y sus vías alternativas, ambas situaciones con sus correspondientes consecuencias. Ahondaremos en detallar la incidencia en las funciones y luego en la forma corporal que la respiración esculpe, según su vía de ingreso.

Una vez enterados de la importancia de cómo respiramos, llegaremos a la segunda parte, en la que detallaremos la importancia de la prevención y el tratamiento temprano del síndrome del respirador bucal.

En la tercera y última parte, antes de presentarles a algunos de los protagonistas de este trabajo, niños que forman parte de familias que se acercaron a mi consulta, voy a confesarles el secreto del éxito de cualquier tratamiento, un secreto tan duro que, aunque es sabido por todos los profesionales, habitualmente no es expresado de una manera tan contundente como la que les presento.

Para finalizar, voy a hacerles conocer a la responsable de haber tocado mis fibras más profundas y haber desencadenado este trabajo.

Por el desarrollo consecutivo y gradual de los temas tratados, les recomiendo leer este libro desde el inicio para lograr una mejor comprensión. Los temas se irán presentando con un análisis que intenta sacarles la cáscara a cuestiones complejas para desnudarlas y tornarlas sencillas ante sus ojos.

Si al terminar de leer este libro dedican unos minutos a observar a su niño cómo duerme, cómo come, cómo habla, se encuentran con su mirada, y saben que algo pueden hacer, nuestro tiempo invertido en este trabajo, habrá valido el intento.

La tarea, pues, no es tanto ver lo que nadie aún
no ha visto, como pensar lo que todavía nadie
ha pensado sobre aquello que todos ven.
Erwin Schrodinger

INTRODUCCIÓN

A la consulta llegan dos tipos de pacientes: el que dice:

—Doctora, cúreme.

Y el que dice

—¿Qué hago para curarme?

Sin dudarlo, el paciente que evoluciona mejor, es el segundo.

Esta situación queda en claro cuando cada uno de nosotros se involucra como parte activa en una consulta, al participar, colaborar y predisponerse a superarse, o por el contrario, actúa como si el protagonista fuera otro, siendo un partícipe secundario en su propia evolución.

Por esta razón, será que es tan importante entender que, al lado de un niño que llega a la consulta, hay una familia con una mochila de dudas, quejas y preguntas. Una familia que necesita ser escuchada y que también necesita entender bien el por qué, para qué y cómo del tratamiento de su hijo. El tiempo que dediquemos al diálogo entre profesional y padres es tan importante como el de la observación y exploración clínica del niño.

Sucede que si el profesional accede a la mayor información posible sobre la situación real del niño y su entorno, el plan de tratamiento será accesible. A su vez, si la familia entiende el por qué y para qué del tratamiento, será colaboradora activa y muy probablemente el trabajo será exitoso.

Sólo se trata de conformar un equipo entre la familia y el profesional para pensar y actuar diferente sobre algo que todos vemos como normal.

Por otra parte, debemos tener claro que en algunos casos sabremos que el tratamiento que deseáramos realizar no será posible (por su salud, la edad o la falta del apoyo familiar, entre otras causas). Este dato no tan afortunado, debe ser conocido previo a embarcarnos en un largo y difícil camino, en el que se ponen en juego nuestro trabajo, capacidad, experiencia, tolerancia al fracaso y, lo que vale más, la posibilidad de mejorar la calidad de vida de un niño que realmente lo necesita. Sólo valorando y escuchando las mutuas inquietudes, se puede arribar a un entendimiento para lograr un objetivo consensuado y acceder a un tratamiento realizable.

La importancia de expresar nuestras expectativas y evacuar la mayor cantidad de dudas se debe a que no es habitual que nuestro tratamiento se realice exactamente cómo lo planificamos. Durante su desarrollo, habitualmente surgen situaciones no contempladas, como viajes, enfermedades, cambio de rutinas del paciente o de algún familiar, que nos imponen una modificación o cambio en nuestro plan de trabajo. Esto significa que, en estos casos, nuestro tratamiento no será efectivo.

En algunos niños con discapacidad nos es más fácil trabajar en su rehabilitación que en aquellos que no la tienen. La razón reside en las verdaderas estrellas del tratamiento: sus padres. Lo más importante de cualquier tratamiento que se realiza correctamente no es el diagnóstico, ni el plan de tratamiento, o si el profesional es el mejor o es mediocre, si el niño colabora o no. Lo primordial es que sus padres estén realmente convencidos y lo quieran hacer y se comprometan a hacerlo.

La predisposición y participación de los padres es la piedra fundacional de cada tratamiento.

Esto es determinante de conocer antes de embarcarnos en la rehabilitación respiratoria de nuestro niño. Si como padres no nos involucramos, no lo intentemos. Será una pérdida de tiempo.

Entonces la pregunta es: ¿por qué preferentemente se rehabilitan respiratoriamente niños sin discapacidad? Cuando la realidad es que los niños con alguna alteración genética o neurológica necesitan más de la atención en salud que un niño que se pueda alimentar bien, que un niño que no tome jarabes azucarados o que descansa durante toda la

noche. Todos vemos las dificultades que tiene un niño con el síndrome del respirador bucal: está agotado, habla, duerme y come mal. El tema es pensar con optimismo que realmente podemos hacer algo para mejorar su calidad de vida. El tratamiento es posible en todos los niños respiradores bucales, con o sin discapacidad; sólo se trata de actuar y sorprendernos con lo que somos capaces de lograr.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, es decir no implica solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Esta definición hace referencia a un equilibrio fisiológico, adaptado a cada individuo; cuando nos alejamos de la delgada línea de equilibrio del estado de salud, nos referimos a que convivimos en un equilibrio patológico. Esta distancia que tomamos del estado de salud y que a la vez nos permite seguir con nuestra rutina, se denomina: enfermedad crónica. Ésta nos acompaña en el tiempo, logrando que nos acostumbremos a convivir con ella. Lo cual no estaría mal si no hubiera opción de mejoría; pero como existe la posibilidad de tratamiento y cura, podemos afirmar que está mal acostumbrarse.

Podríamos agregar a esta definición que la salud es el efecto de una combinación de factores externos e internos del ser humano. Los factores externos, como el medio donde crecemos (la calidad del agua, de la alimentación, del espacio físico donde desarrollamos nuestras tareas y descanso, etc.) actúan en conjunción con el ambiente interno de nuestros sentimientos y emociones. Esto hace que el complejo sistema de nuestro cuerpo que responde a las órdenes de nuestro cerebro, genere el bienestar que buscamos para sentirnos dignamente plenos.

Cuando una familia recibe la noticia de que su hijo tiene un determinado síndrome genético o una alteración neurológica, es muy común que el diagnóstico sea “googleado” y se lea cualquier información, con o sin fundamento científico. Esta situación favorece interpretaciones erróneas sobre un síndrome y favorece el distanciamiento de los padres con los profesionales. Lo grave de esta situación está en que nuestro niño es eso: un niño con un diagnóstico, no un diagnóstico de un niño. Él es único y no podemos estandarizarlo. Con esta afirmación me refiero a que, dentro de un mismo síndrome, pueden variar los signos y síntomas que se presenten, su intensidad, desde leve a severo; o pueden relacionarse con mayores o menores alteraciones. Al informar-

nos de manera autodidacta, posteriormente tenemos que conversarlo con un profesional para poder realizarle todas las preguntas y evacuar las dudas que tengamos. De no hacerlo, podemos formarnos una idea errónea sobre los cuidados, tratamiento y pronóstico de nuestro niño.

También hay que tener cuidado en relación con la búsqueda de bibliografía en revistas especializadas; la estructura de un protocolo, en algunos casos se nos ha vuelto en contra. Cada vez que busco bibliografía de apoyo aparecen artículos como: “Tratamiento odontológico de un niño con Síndrome, como por ejemplo: Cornelia de Lange”, en el que se describen las lesiones de caries y las técnicas preventivas de higiene y topicaciones con flúor. También se explica detalladamente sobre las posibles necesidades de realizar la atención bajo anestesia general. Sólo eso, dientes. Es como si aislaran los dientes de la persona. El resto, labios, paladar, nariz, lengua, se describen como estructuras intocables. Su postura y hábitos habitualmente no son contemplados.

El planteo que pretendo acá no es el de describir un sector de la enfermedad, sino interpretarla para detectar signos y síntomas sobreagregados, y poder así tratarlos y/o compensarlos de manera integral.

Porque tal es la realidad: cuando desconocemos los signos y síntomas, nuestra estructura de razonamiento adquirida nos bloquea las virtudes de la observación.

Para que puedan interpretar esta visión de diagnóstico y tratamiento les voy a dar un ejemplo. Si aparece una mancha de humedad en la pared y no hacemos nada, va a crecer, cada día va a ser más y más grande hasta socavar esa pared. Tenemos tres posibles acciones a seguir: a) ignorarla, b) enmascararla con pintura o colocar un mueble por delante, c) observar, buscar y encontrar cuál es la causa que la produce.

Una vez detectada esa causa, la arreglaremos de una manera si es producida por un caño roto, o de otra si fuera el causante el riego del vecino. Según el tiempo que actuó esa filtración, dependerá el costo y tiempo del arreglo para volver a dejar a nuestra pared impecable. Si la ignoramos y no detenemos a la causa que la provoca, crecerá hasta complicar la estabilidad de la mampostería.

Si, por el contrario, actuamos decididamente en hacer desaparecer a la mancha y la tapamos con el mejor de los maquillajes, tenemos una solución inmediata pero no duradera porque tarde o temprano va a reaparecer. Más grande y grave, porque no tratamos la causa, sólo sus efectos.

Si observamos que nuestro niño tiene resfríos a repetición, siempre está con mocos, come con la boca abierta o babea, podemos observar esa situación y convivir con ella mientras crece. Para enmascarar este cuadro, lo medicamos y tapamos los signos y síntomas mientras duren los efectos de la medicación. También podemos consultar y averiguar por qué usualmente está con la boca abierta y ronca de noche, lo que llamamos diagnosticar el cuadro clínico. Sólo accediendo a un diagnóstico profesional, podremos realizar el tratamiento adecuado.

Cada niño, con alteración genética o del sistema nervioso, combinadas o ninguna de ellas debe llegar a su estado de equilibrio en salud. Es decir, considerando su situación general física y emocional podemos y debemos aspirar a su mejor calidad de vida.

Un niño con un síndrome genético, el que se imaginen, no está enfermo, tiene la condición de un síndrome genético.

Repito: no está enfermo, pero generalmente tiene más predisposición a contraer enfermedades. Entonces, ¿por qué nos acostumbramos a que nuestro hijo conviva con la enfermedad oportunista de turno o, peor aún, instalada de manera crónica? Un niño sin ninguna alteración genética o neurológica tampoco debería padecer de manera crónica enfermedades que son totalmente tratables.

El tratamiento va a adaptarse a nuestro niño y a su diagnóstico. Va a variar según el tiempo que haya convivido con nuestro niño, y su estado general. También debemos tener en claro que no es lo mismo ser alérgico que tener amígdalas grandes. Remarco la importancia de la consulta profesional para acceder al diagnóstico y realizar el correcto tratamiento.

Seguramente, posterior a la consulta, encontrarán la o las causas que lo provocan y se puedan solucionar al tratarlas. A veces se solucionan totalmente, otras en parte; pero al reconocerlas, podremos limitar el daño. Y si no lo curamos, seguramente lo compensaremos. Cuanto antes se detecten los signos y síntomas de la enfermedad y se trabaje

en ellos, menor será el trabajo y el costo. Y lo que vale más, mayor será el beneficio porque, a diferencia de la mancha de humedad en la pared, nuestro niño es un ser humano en crecimiento.

La tarea, pues, es abrir nuestra cabeza y pensar que tenemos las herramientas para poder, de una manera simple, ver lo que todos ven y lograr, con pequeños cambios, lo que pocos hacen: mejorar la calidad de vida de nuestra familia.

**¿CÓMO FUNCIONA
NUESTRA PROVISIÓN DE
COMBUSTIBLE?**

La figura más admirable es la que,
a través de sus acciones, expresa mejor
la pasión que la anima.
Leonardo da Vinci

1.1 EL AIRE ES EL ESCULTOR DEL CUERPO Y EL COMBUSTIBLE DEL CEREBRO

El aire que respiramos es en nuestro organismo el combustible para funcionar, es la pasión que nos anima. Todos los seres vivos respiramos, humanos o no, con o sin discapacidad, grandes o chicos, sin importar sexo, religión o hábitos de higiene. Podrán transcurrir algunos días sin que comamos o tomemos agua y podremos mantenernos con vida; pero sin respirar, sólo podemos vivir algunos minutos.

Lo difícil es simplificar. Por esta razón, vamos a detenernos en algo tan simple y sencillo como es el aire. En esta primera parte vamos a intentar observar las huellas que el aire deja en el cuerpo de nuestros hijos durante su crecimiento.

Esta consigna parece que es un imposible, porque habitualmente miramos a nuestros hijos con ojos de padres. Padres que se despiertan temprano y se acuestan tarde, entre trabajo, colegio, comidas y actividades. Rutinariamente, día tras día, nuestra capacidad de observación se desvanece dando paso a la ocasional sorpresa cuando nos damos cuenta de lo crecidos y grandes que están.

Pero vamos de a poco. Comenzaremos describiendo a nuestro cuerpo, admirablemente perfecto, que en su excelencia, desarrolló la nariz como filtro natural y permanente, sin recambio, auto limpiante, para realizar el ingreso del aire.

Además posee células específicas en su parte superior para ejercer el sentido del olfato. Este complejo filtro de aire, es mejor aún que el de las máquinas que conocemos, no solo porque es gratis y no se agota, sino porque tiene una función más: es un filtro biológico, además de las funciones química y física.

El aire que ingresa a nuestro cuerpo en condiciones normales debería pasar por la nariz, porque es indispensable para limpiar, esterilizar y

adaptar el aire que inspiramos que va a tocar órganos tan sensibles como los pulmones principalmente, también cuerdas bucales y oídos.

Para espirar o expulsar el aire inspirado, como opción de salida, existen dos caminos: la misma nariz, o la boca. Es la vía alternativa o plan “B”: la boca se presenta como un atajo para espirar ante esfuerzos físicos intensos, o inspirar y espirar en cuadros esporádicos de congestiones nasales.

Todo este cuadro descrito sucede en una persona en estado de salud, en ese equilibrio fisiológico que suele ser difícil de mantener. Una manera de alejarnos del estado de salud, transformando nuestro equilibrio en patológico, es respirar la mayor parte del tiempo por la boca en lugar de hacerlo por la nariz. Esta alteración en el ingreso del aire de manera preferencial, nos produce cambios en las funciones y luego en la forma del cuerpo, que en un principio no son detectables a simple vista.

Con la persistencia en el tiempo de la respiración bucal, este proceso que se inició casi imperceptiblemente, se transforma en un síndrome. Se genera lo que denominamos **Síndrome del Respirador Bucal, SRB**. Este síndrome, cuando permanece en el tiempo, produce alteraciones en nuestro cuerpo que van desde la planta de los pies hasta la posición de la cabeza. No hay sistema de nuestro organismo que no se vea alterado. ¿Saben por qué? Porque el aire que ingresa por la nariz no tiene la misma calidad ni es la misma cantidad en nuestro interior que el que ingresa por la boca. La importancia es que, una vez dentro de nosotros, accede a lugares estériles y muy sensibles como lo son los alvéolos pulmonares para oxigenar todas las células vivas de nuestro cuerpo: desde las neuronales hasta las óseas.

Los pulmones actúan como órganos derivadores de los gases que ingresan hacia el resto del cuerpo. Ellos no distinguen ni discriminan si son tóxicos o saludables, porque el cuerpo ya ha habilitado a los sensores y filtros en la puerta de ingreso aéreo, en las narinas. Si estas barreras de control son esquivadas por un camino alternativo como es la boca, el costo es que nuestro cuerpo será contaminado con productos dañinos. Sin exagerar puedo afirmarles que el aire que respiramos oxigena nuestra mirada y le da color a nuestra piel.

Cada persona se desarrolla en un ámbito en particular, por ejemplo, el campo o la ciudad; cada lugar con un índice propio de contamina-

ción. Y a su vez cada grupo humano tiene hábitos propios de higiene: algunos ventilan los ambientes a diario, otros conviven con fumadores. Indistintamente del lugar geográfico y de los hábitos y costumbres, influye también el material con que se ha realizado la vivienda. Podríamos seguir sumando variantes como el lugar de trabajo o estudio, actividades recreativas, etc. Lo importante es que nos quede en claro que cada uno de nosotros vive en su hábitat con determinadas características. Algunas, como los hábitos de higiene, pueden mejorarse; y otras, como la contaminación zonal, lamentablemente no (por lo menos a corto plazo). Lo importante es tomar conciencia y aceptar que siempre nuestra opción de mejorar la calidad de nuestra oxigenación independientemente de nuestro lugar y forma de vida, va a depender si el aire que respiramos ingresa por la boca o lo hace por la nariz. Esta decisión es nuestra y la podemos realizar a corto plazo.

Si nos detenemos a observar a diferentes bebés recién nacidos, notaremos que los rasgos faciales de todos ellos son similares. Varían los tamaños, el color y la cantidad de pelo y tonalidad de la piel, pero las características faciales son parecidas. A medida que los bebés se desarrollan y crecen —además de expresar su carga genética— interactúan con el medio y adquieren hábitos: su fisonomía se diferencia del resto. Si desde su nacimiento, el bebé es alimentado y estimulado correctamente, su crecimiento será en un equilibrio fisiológico. Si persiste en hábitos y/o alimentación inadecuados, su crecimiento será en un equilibrio patológico.

Ejemplos de las posibilidades de alejarnos del equilibrio en salud hay muchos, como continuar con papillas o dieta blanda, aun cuando el niño ya tiene los dientes de leche erupcionados. O el uso de tetinas grandes con orificios que no estimulan la succión. Ambas situaciones favorecen la hipotonía de la musculatura de la cara.

Según estudios, el 54,68% de los niños entre cuatro y doce años⁴ sin una alteración genética o neurológica, respiran por la boca, lo que corresponde a más de la mitad de la muestra.

⁴Sobre un total de 192 niños y niñas sin una patología basal, observados, 105 respiraban con sus labios entreabiertos y tenían las características de respirador bucal. O sea un 54.68% de la muestra respiraba por la boca. Estudio realizado por la autora en Mayo del 2010 sobre la población infantil de un colegio primario de la ciudad de Neuquén, durante la clase en el aula.

O según otras observaciones, el 64.83% son respiradores bucales. La mitad de esos niños que respiran por la boca, lo hacen por alguna causa como alergias, hipertrofia de amígdalas, adenoides, etc., la otra mitad lo hace porque sí.

Seguramente compartimos la sorpresa ante este dato estadístico: la mitad de los niños respiradores bucales, respiran por la boca a pesar de que lo podrían hacer por la nariz. Se han acostumbrado y nosotros —los padres—, tal vez porque fue de a poquito y estábamos distraídos, no nos percatamos.

Al respirar por la boca, puede inspirarse una cantidad de aire considerablemente mayor que al hacerlo por la nariz. La respiración nasal requiere más esfuerzo y mayor desgaste energético que la respiración bucal.



IMAGEN FIG 1: Observamos a dos bebés de edades similares, ambos en brazos de sus madres. A pesar de presentar rasgos similares, observamos como la hipotonía muscular ya se expresa en los labios entreabiertos del bebé de la derecha. La foto de la derecha corresponde a la presentación del 1º Congreso Patagónico de Síndrome de Down. Neuquén, Cipolletti. U.N. del Comahue APASIDO Octubre 2010.

Para dejarlo en claro, nos es más fácil y económico, en gasto de energía, respirar por la boca en lugar de hacerlo por la nariz; pero esto no significa que sea mejor.

Un ejemplo sería que nos es más cómodo y genera menos desgaste de energía no lavarnos los dientes antes de irnos a dormir, lo que no significa que sea lo ideal. Lo ideal será lavarlos y luego ir a dormir para disminuir la incidencia de caries. Lamentablemente el camino más fácil no implica que sea el mejor, tampoco lo es para la respiración.

Qué cosa tan espléndida es la acuarela
para expresar la atmósfera y la distancia,
así los personajes están rodeados de aire
y parece como si pudieran respirar.

Vincent Van Gogh

1.2 LA BASE PARA LOGRAR EL IDEAL DE SALUD: LA RESPIRACIÓN NASAL

Respirar es elemental. Habitualmente lo realizamos sin darnos cuenta, es una acción automática, permanente y constante de los seres vivos. Mientras dormimos o estamos concentrados en otra actividad, es involuntaria, pero nosotros tenemos la posibilidad y la opción de controlarla. Cuando se interrumpe, dependiendo del tiempo que actúe, compromete la vida.

Existen técnicas para el manejo respiratorio consciente con el objetivo de mejorar nuestra oxigenación sanguínea potenciando nuestro desarrollo físico e intelectual. Lo podemos notar en técnicas milenarias de relajación y desarrollo espiritual, o en actividades deportivas como lo son la natación o carreras de resistencia, entre tantas otras.

La respiración es un proceso fisiológico basal, por medio del cual se obtiene oxígeno (O_2) del medio ambiente y se elimina dióxido de carbono (CO_2) y gases de desecho. En la rutina respiratoria, generalmente espiramos el mismo volumen de aire que inspiramos. Si por alguna circunstancia, en una inspiración se retiene en los pulmones menor cantidad de oxígeno, también se eliminará una cantidad disminuida de gases de desecho, como lo es el dióxido de carbono. En este caso, estaríamos regando nuestras células con gases tóxicos en lugar de hacerlo con oxígeno.

Si pensamos en el cuerpo de un bebé o un niño que se encuentre en crecimiento y por una obstrucción crónica lo alimentamos con tóxicos en lugar de oxígeno, entenderemos el por qué de sus complicaciones en el desarrollo y de la presencia constante de enfermedades.

El bebé, en el momento del nacimiento, pone en marcha su sistema respiratorio a través de la nariz. Los receptores neurales, instalados en las fosas nasales, enviarán información al cerebro sobre la pure-

za, humedad, presión y demás condiciones del aire inspirado. Si esos parámetros están dentro de los límites fisiológicos, se instaurará una función correcta y, en consecuencia, un desarrollo normal. Sucede que si se excitan las terminaciones nerviosas allí situadas, lo que se generan también son determinadas respuestas arquitectónicas, como son: control de la amplitud del movimiento torácico, desarrollo tridimensional de las fosas nasales (cuya base es el techo de la boca o el paladar), ventilación y tamaño de los senos maxilares e innumerables estímulos vitales para todo el cuerpo.

Como desde el nacimiento usamos la nariz para respirar, la boca queda liberada para succionar adecuadamente. La correcta posición y función de la lengua equilibra las fuerzas y determina la altura y dimensión transversal de la bóveda palatina o paladar (fig. 2).

Un niño con función respiratoria sana, o sea un respirador nasal, mantiene en reposo la boca cerrada, sus labios juntos, y los grupos musculares asociados operan en equilibrio, orientando el crecimiento de los huesos maxilares.

Los bebés en sus primeras semanas de vida tienen un contacto bilabial sin esfuerzo y esporádico y se observa una prolongación del paladar blando hasta la glotis que conforma una faringe con dos canales: uno para el aire y otro para los alimentos (fig. 3). Por esta razón pueden respirar y tragar al mismo tiempo, porque a partir de la cuarta semana de vida intrauterina, el desarrollo lingual permite la deglución del líquido amniótico, el feto está en situación de succionar y respirar.

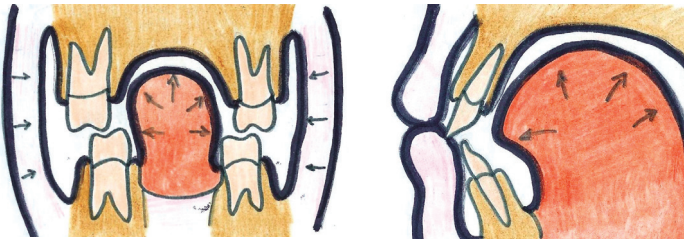


IMAGEN FIG 2: En un respirador nasal la lengua ocupa toda la cavidad estimulando el crecimiento en ancho del maxilar superior y por supuesto del paladar. Compensa su fuerza centrífuga con las fuerzas centrípetas de los cachetes y los labios. Su tercio anterior en reposo se apoya en las rugas palatinas, detrás de los incisivos superiores.

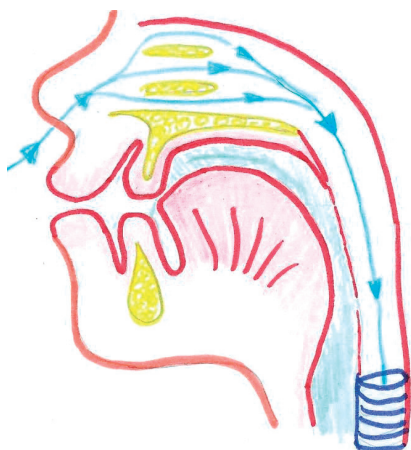


IMAGEN FIG 3: Por un mecanismo de preservación de la especie, los bebés, sólo en sus primeras semanas de vida, pueden respirar y tragar al mismo tiempo. Se debe a una prolongación temporaria entre el paladar blando y la glotis que genera una separación entre los sistemas digestivo y respiratorio.

O sea, que para los recién nacidos, el proceso de masticación se puede realizar de manera completa y pausada sin comprometer la oxigenación del organismo. Sólo cuando se produce la deglución se interrumpe el mecanismo respiratorio por no más de dos segundos. Esto significa que nuestro organismo, desde que nacemos, diferencia claramente la función de respirar por la nariz con la de tragar por la boca. Marca un camino o pasillo para el aire y otro para los líquidos. Luego de unos días, la naturaleza entiende que ya se aprendió la diferencia y unifica en la faringe el pasaje desde la nariz hacia los pulmones y otro desde la boca hacia el estómago.

La respiración nasal crea una columna de aire que estimula la forma y simetría nasal. Esa columna de aire hace que el piso de la nariz y por consiguiente el techo de la boca —la bóveda palatina— bajen, estimulando el crecimiento de la cara para que se lleve a cabo el proceso de transformación de bebé a niño y con la aparición de los rasgos puberales en un adolescente.

Ese aire que ha ingresado por la nariz fue filtrado y luego entra a la faringe, que es la única vía para el pasaje aéreo superior para dirigirse

hacia los pulmones. Si aparece algo en la nariz o la faringe que obstruya el canal aéreo, se genera una resistencia que habilita el plan “B” de la respiración: la boca. En el caso de aparecer una obstrucción nasal o faríngea, se habilita de manera inmediata el ingreso del aire bucal. Ese “algo” que actúa de tapón, puede ser un aumento de tamaño de adenoides, amígdalas aumentadas de tamaño, pólipos, tabique desviado, moco, entre tantas otras causas.

Si la obstrucción es nasal, es lógico que se abra la boca para que ingrese el aire, pero si la obstrucción es en la faringe, aunque el aire ingrese por la boca igual padece la obstrucción, no la salva. Es verdad, lo que sucede es que el volumen de la inspiración bucal es mucho mayor al volumen de la inspiración nasal. Por lógica, a mayor cantidad de pasaje aéreo en el mismo diámetro, aumenta la presión y salva la obstrucción.

Entonces podemos concluir la idea de la siguiente manera: una obstrucción a cualquier nivel impide el intercambio gaseoso del organismo de la manera ideal, lo que iniciará el síndrome de respiración bucal por el mayor flujo de aire que éste necesitará que ingrese.

El aire que ingresa por la boca lo hace en mayor cantidad y con menor calidad.

La respiración nasal sirve al crecimiento y desarrollo dental, cráneo facial y postural armonioso. La nariz, desde el punto de vista higiénico o sanitario, presenta indudables ventajas: tiene en su interior unos pelitos muy finos denominados vibrisas que retienen las partículas de polvo. También presenta tres pasillos a cada lado con forma de cornetes que permiten que el aire sea humedecido y calentado a temperatura corporal. Por la presencia de la enzima lisozima, los microorganismos son eliminados. El aire nasal llega a los pulmones ya filtrado, caliente y estéril. Por el contrario, durante la respiración bucal el aire ingresa directamente hacia los alveolos pulmonares con las bacterias del compañerito que estornudó o tosió, con el polvo suspendido, entre otros.

Además de todo lo descrito, la nariz también participa en la función termorreguladora general del organismo al modificar la temperatura del aire ingresado. Por lo tanto, si el aire pasa por la nariz contribuye al mantenimiento de la temperatura corporal.

El aire que entra directamente por la boca, no recibe tratamiento de limpieza, calentamiento ni humidificación antes de pasar a los pulmones.

Esto causa un efecto secante que afecta la higiene bucal y aumenta las posibilidades de infecciones e irrita a las mucosas bucales y de las vías aéreas. La calidad y cantidad del intercambio de gases a nivel pulmonar disminuye: hay descenso de la reserva alcalina, insuficiente aporte de oxígeno, cambios de hiperreactividad inmunológica y desequilibrios ácido-básicos, que ejercen inmediata influencia sobre el metabolismo general y el sistema nervioso central. Potenciando un círculo vicioso, el tejido adenoideo y las amígdalas se hipertrofian en función defensiva y pueden alcanzar un volumen que acentúa las dificultades respiratorias y provoca trastornos de fonación y de deglución.

Por la falta de pasaje de aire, las cavidades neumáticas como son los senos paranasales, disminuyen su tamaño. Es como si se descomprimieran por la falta del juego de presiones de aire. Un ejemplo son los senos maxilares que dan soporte a los pómulos y en un niño con SRB, presentan el aspecto de hundidos, modificando la fisonomía de su cara. El perfil facial a la altura de los pómulos, en lugar de ser convexo, se presenta aplanado. Aparece la voz nasal, que es el timbre característico de las personas resfriadas.

Por estas alteraciones químicas, físicas y biológicas, el intercambio gaseoso es deficiente: queda poco oxígeno en los alveolos pulmonares y se espira en su mayor parte. Es decir, se están regando las células del cuerpo en un alto porcentaje con dióxido de carbono en lugar de hacerlo con oxígeno (cuadro 1).

Los niños con alguna discapacidad, por su hipotonía muscular de base, son respiradores bucales. Hoy existen en la bibliografía descripciones de síndromes genéticos con características propias y patognomónicas del síndrome del respirador bucal. Los signos y síntomas del síndrome del respirador bucal se describen como propios de los síndromes genéticos, a pesar de que no lo son, son adquiridos y tratables.

Lo llamo síndrome “parásito” porque se instala de manera oportunista en cada niño que presente la mínima predisposición. Un paciente con un síndrome genético y con una característica basal de hipotonía muscular va a tener un 100% de probabilidades de ser un respirador bucal.

CUADRO 1: Cuadro comparativo entre el aire que ingresa por la nariz y el que ingresa por la boca.

	RESPIRADOR NASAL	RESPIRADOR BUCAL
Filtración	Filtrado por vibrisas	Sin filtrar
Contaminación	Estéril por la enzima lisozima	Con microorganismos
Humedad	Humidificado por vapor de agua	Seco
Temperatura	Temperatura corporal	Frío
Flujo de Aire	500 cc por inspiración	Mayor cantidad de turbulento
Riesgos	Menor probabilidad de infecciones	Mayor probabilidad de infecciones
Resultado	Buen intercambio gaseoso en los alveolos	Intercambio gaseoso deficiente
OXIGENACIÓN SANGUÍNEA	MÁS OXÍGENO	MÁS DIÓXIDO DE CARBONO

¿Por qué es importante esta diferenciación? Porque los síndromes genéticos u otras discapacidades no se curan, se compensan; pero el síndrome del respirador bucal, SRB, sí: se trata y se cura. El SRB es un síndrome parásito que se desarrolla invadiendo todo el cuerpo. Lo importante es diagnosticarlo y diferenciarlo para poder tratarlo y curarlo.

En el próximo capítulo explicaré en detalle las características producidas en un niño respirador bucal desde su nacimiento, lo que sucede en cada una de las funciones alteradas y en la formas de su cara y cuerpo.

Quien busca la belleza en la verdad es un pensador,
quien busca la verdad en la belleza es un artista.
José de Diego

1.3 EL CAMINO PARA LOGRAR RESPIRAR A PESAR DE TODO: SÍNDROME DE RESPIRADOR BUCAL O SÍNDROME PARÁSITO

Existen muchas definiciones para la palabra belleza. Podemos decir que, entre tantos condicionantes, influyen raza, cultura, religión y edad. Defino a la belleza como la armonía que da la salud, es esa mirada intensa, un color radiante en la piel. Parece una definición muy vaga y casi común. Lamentablemente no lo es, esta belleza es la más difícil de conseguir, la que aporta el estado de salud, no usa maquillaje y no se compra en un quirófano, sino que nace desde nuestro interior.

A lo largo de este capítulo, vamos a recorrer las modificaciones, desde su comienzo, en las funciones y en la forma del cuerpo de un niño en edad de crecimiento que respira habitualmente por la boca. Sólo entendiendo este conjunto de alteraciones desencadenadas que se producen silenciosa y gradualmente en nuestro hijo, tomaremos conciencia sobre la importancia de su tratamiento.

Cualquier bibliografía que nos describa a un paciente con un síndrome, como por ejemplo el de Down, va a detallar en sus características faciales: nariz hipodesarrollada, inclinada hacia arriba mostrando las narinas verticales —se ven como si fueran los agujeritos de un enchufe—, maxilar superior pequeño, lengua aumentada de tamaño, mandíbula o maxilar inferior grande. Podemos ver características como las de sus pómulos hundidos, ojeras, mirada cansada y boca abierta. Una actitud postural con hombros caídos, brazos adelantados. Con respecto a las funciones, describiremos el babeo, dificultades digestivas, ahogos, enfermedades respiratorias a repetición (anginas, bronquitis, etc.), dificultades para pronunciar algunas palabras, entre otras.

Pero estas no son características privativas de este síndrome, las tienen también niños sin un diagnóstico médico, o con otros síndromes como lo son el de Kabuki, de West, X Frágil, de Williams, entre tantos otros. Son características que detallan signos y síntomas de un respirador bucal sobreagregadas a las alteraciones genéticas propias del

síndrome en cuestión (fig. 4.). Debo aclarar que existen características que sí son patognomónicas o propias de cada síndrome, sólo he descrito las que erróneamente son tomadas como propias, porque son comunes a todos los niños con el síndrome del respirador bucal, con o sin una alteración genética.

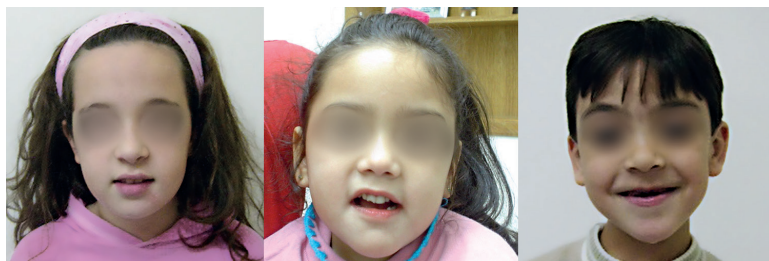


IMAGEN FIG 4: Observamos a tres niños: niña de la izquierda, sin discapacidad declarada, niña del centro con síndrome de Rett y niño de la derecha Síndrome Peri Silviano. Los tres a pesar de sus diferencias son respiradores bucales y comparten características faciales similares: ojeras, mirada cansada, nariz hipo desarrollada, labios separados.

Si comprendemos esta relación de convivencia, nos preguntamos: ¿por qué tratamos a nuestros pacientes respiradores bucales sin síndromes genéticos y no tratamos a nuestros pacientes respiradores bucales que además tienen un síndrome genético? Para intentar responder a esta falta de coherencia en los pacientes que acceden al tratamiento, intento una respuesta: por ignorancia. Suponemos que la prioridad en el tratamiento de nuestros niños es que vivan, intentamos molestarlos lo menos posible.

Por ser signos y síntomas propios y características del SRB instalado, cuando los observamos en un niño con una discapacidad, las podemos reconocer y tratar. Porque sí se puede tratar el síndrome del respirador bucal: es curable. Al tratarlo, mejoramos la calidad de vida de nuestros niños.

Salvo muy raras excepciones, todos podemos respirar por ambas vías: la nariz y la boca. La denominación de “respirador bucal” es para describir al respirador mixto con preferencia bucal, es decir al niño que respira habitualmente por la boca. A nivel mundial, el síndrome del respirador bucal afecta a lactantes, niños y adultos indistintamente.

Quien busca la belleza en la verdad es un pensador,
quien busca la verdad en la belleza es un artista.
José de Diego

1.4 FUNCIÓN: RENDIMIENTO ADAPTADO A LA CALIDAD DEL COMBUSTIBLE

Cuando nos apartamos de esa delgada línea del equilibrio de vivir en salud, de esa situación de plenitud que nos libera de la dependencia de medicamentos y terceros, entramos en el estado de enfermedad. Una de las tantas probables causas que nos acercan a este estado es la de separar los labios y bajar la lengua para permitir el ingreso del aire hacia nuestros pulmones (fig. 5).

Si ésta fuera una manifestación puntual y temporaria, no acarrearía mayores dificultades. Pero cuando permanece durante un tiempo prolongado en niños en edades de crecimiento, produce alteraciones. Estos cambios se deben a que disminuye la calidad de la respiración, situación que ya hemos explicado en el capítulo anterior.

Todos estos acontecimientos hacen de la boca un espacio “adaptado” para la respiración en desmedro de sus otras funciones como tragar, hablar y masticar, entre otras. Se altera el proceso de digestión: un niño con SRB siempre va a dar prioridad a respirar por sobre comer.

Come poco y muchas veces al día, preferentemente comida blanda, porque si mastica le llevaría mucho tiempo, y... ¡tiene que respirar! Come con la boca abierta, o mejor dicho: traga, no mastica. Si no lo hace no se forma el bolo alimenticio: los alimentos no son molidos, ni se embeben en la saliva, primer paso físico-químico de la deglución.

Cuando los niños comen y no mastican, el bolo alimenticio no es conformado en la boca, porque el alimento no se muele para que la saliva lo embeba. Entonces el estómago recibe trozos de alimento tal como están en el plato, que dificultan su procesamiento previo al ingreso al intestino. Estos sucesos acarrearán problemas a lo largo de todo el tubo digestivo, como diarreas o estreñimiento. Los niños con SRB, por un mecanismo de supervivencia, no pueden dejar de respirar, ni siquiera a expensas de su alimentación.

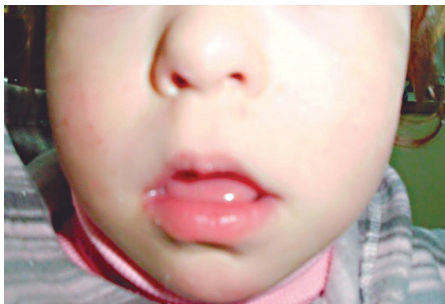


IMAGEN FIG 5: En esta foto de una niña de dos años, tenemos un resumen de las características faciales del respirador bucal: ojeras, nariz con las narinas asimétricas y hacia adelante, labio superior hipotónico, labio inferior evertido e inflamado, ambos separados para dejar ver a la protagonista: La Lengua. Está baja y adelantada, para permitir que transite el aire por la boca.

LA DEGLUCIÓN

Cuando decimos “deglutir” nos referimos a la acción que comúnmente denominamos tragar. Esta acción es fundamental para alimentarnos, e implica una serie de pasos que se deben realizar según la edad. Al igual que la respiración, por ser fundamentales para vivir, si no se pueden efectuar de la manera correcta, se harán después de un proceso de adaptación, por un camino alternativo. Los procesos propios de la alimentación como lo es la deglución estarán siempre subordinados al mecanismo respiratorio.

Esto significa que si una persona por alguna razón no puede respirar por la nariz, lo hará por la boca, dejando en un segundo plano las funciones propias de ésta, como son masticar, tragar y hablar.

La deglución propiamente dicha es el primer paso de la digestión; si no se realiza correctamente, indefectiblemente se alterará el resto del proceso digestivo. El objetivo es formar y transportar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago en dirección desde afuera hacia adentro. En sentido inverso, desde adentro hacia afuera, cumple una función de limpieza del tracto respiratorio, eliminando mucosidades desde la faringe hacia la boca y que se pueden realizar mediante la tos, el estornudo o el esputo.

La deglución puede ser voluntaria o involuntaria, es decir, no sólo la podemos iniciar conscientemente, sino que también la realizamos mientras dormimos. Dura desde tres segundos hasta ocho segundos. Es una función vital, pues es necesaria para garantizar la supervivencia del individuo.

Para entender mejor el proceso de la deglución, sólo para su explicación, lo vamos a dividir en tres fases. La primera, que es la masticación, se realiza sólo cuando la alimentación es dura o semidura y han erupcionado las piezas dentales. Estadísticamente entre el año y los dos años y medio, los niños deberían aprender el proceso masticatorio. La segunda fase es la deglución propiamente dicha que se realiza tragando los alimentos blandos o líquidos y comienza en la vida intrauterina. La tercera fase es la faríngea y es involuntaria, es decir, no se la puede controlar como a las etapas anteriores y se realiza indistintamente de la edad y del tipo de alimentación.

La primera fase o masticación se realiza cuando se prepara el alimento mordiéndolo, desgarrándolo y moliéndolo con las piezas dentarias que son: los incisivos para cortar, los caninos para desgarrar y los molares para moler. El alimento sólido debería ser transformado en un bolo homogéneo que tenga una textura que pueda ser aplastado por la lengua contra el paladar, facilitando así la deglución.

En la segunda fase, después de preparado, el alimento será posicionado sobre la lengua, que se acoplará al paladar duro, iniciando un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás, para llevar el bolo alimenticio conformado al fondo de la boca. Cuando el alimento sólido o líquido, junto con el dorso de la lengua, pasa el límite posterior de la boca, más allá de la campanita —o la úvula—, se desencadena el reflejo de deglución involuntario o la tercera fase.

El bolo alimenticio ingresa en la faringe, la epiglotis cierra la glotis y también se cierran las cuerdas vocales. Todas estas acciones son necesarias para que no haya pasaje del bolo alimenticio hacia las vías respiratorias. Si esto sucediera, el organismo desencadenaría mecanismos como la tos para expulsarlos del canal aéreo.

Otra manera de definir a la deglución es un mecanismo reflejo que tiene por objetivo llevar la saliva, los líquidos y sólidos desde la boca hasta el estómago. Es una acción motora automática, en la que actúan los músculos de la respiración y de la digestión. En los bebés recién nacidos, que no tienen sus piezas dentales aún, la deglución se hace con la len-

gua entre los dos rebordes gingivales o rodetes y con la contracción de la musculatura facial, que estabiliza la mandíbula. El mismo movimiento se hace durante el amamantamiento con la contracción del labio, de la lengua y de la musculatura perioral alrededor del pezón o tetina.

Durante el primer año de vida, por no contar con todas sus piezas dentarias e ingerir alimentos mayoritariamente líquidos o blandos, no se realiza la masticación o fase primera de la deglución. El bebé sólo lleva a cabo las fases dos y tres de la deglución: traga y realiza el pasaje faríngeo. Decimos que alrededor de los dos años y medio, un niño ya tiene todas sus piezas dentales temporarias y debería realizar el proceso de masticación. Es en ese momento cuando tiene todas las herramientas para poder iniciar su aprendizaje de la masticación. Cuando este proceso es realizado correctamente, cumple la acción física de moler los alimentos para permitir la acción química y así continuar el trabajo digestivo en el estómago. Su acción mecánica también ejerce un efecto de autolimpieza en sus piezas dentales, lengua, paladar y encías.

Cuando un niño mayor de dos años deglute sin masticar, realiza las fases dos y tres de la deglución igual que cuando era un bebé menor de doce meses; por eso decimos que tiene una deglución infantil o atípica.

O sea, que cuando el niño tiene en su boca las piezas dentales para morder, desgarrar y masticar y no lo hace porque mantiene sus hábitos de ingerir alimentos líquidos o muy blandos, no madurarán sus músculos ni su deglución, entre otras cosas. Es imposible para cualquier estómago humano embeber en los jugos gástricos y preparar para el pasaje al duodeno un cubo de queso o un fideos que no fueron masticados ni molidos con la saliva.

Cuando los hábitos alimenticios propios de un bebé perduran en el tiempo, perjudicarán su crecimiento y desarrollo. La dieta debe evolucionar e ir adaptándose a los cambios físicos y biológicos de un niño en crecimiento.

A pesar de que debería comenzar su transición hacia la deglución adulta o deglución propiamente dicha, se observa cada vez más en niños en edad escolar la deglución atípica o infantil. Podemos detectar la dificultad con la que el niño deglute interponiendo la lengua entre los labios, porque notamos un esfuerzo en su mentón o cachetes, movimiento de cabeza y además ruido. También podemos encontrar, luego

de deglutir, residuos dentro de la boca, en el paladar, sobre la lengua o en los surcos entre los dientes y los cachetes.

Los movimientos de cabeza, casi siempre con estiramiento de la musculatura anterior del cuello durante la deglución, están, en general, asociados a la mala o deficiente masticación.

Si un niño ingiere alimentos semiduros y no sabe masticar, no puede conformar el bolo alimenticio; sólo tendrá comida un poco aplastada no homogénea, que se hace difícil de tragar o deglutir.

El niño, sin darse cuenta, coloca la cabeza hacia atrás, enderezando el tubo por donde pasa el alimento, para que el pasaje del mismo sea posible. El movimiento de cabeza ocurre, por lo tanto, como consecuencia de un problema durante la masticación y no por un problema específico de la deglución.

Curiosidades de la deglución:

- Los niños. habitualmente, degluten menos que los adultos. Su promedio es de seiscientos a mil veces por día, cuando los adultos degluten de dos mil cuatrocientas a dos mil seiscientas veces. Los valores varían según el autor.
- Deglutimos menos mientras dormimos y más al hablar y al masticar, por ser funciones que requieren más producción de saliva.
- Producimos aproximadamente de un litro a un litro y medio de saliva por día.
- Las personas de más edad tienen menos saliva, deglutiendo menos veces.
- La deglución infantil se adquiere durante la vida intrauterina cuando el feto deglute el líquido amniótico.

Curiosidades de la lengua:

- Desde la vida intrauterina hasta los seis meses después del nacimiento, la lengua ocupa toda la cavidad bucal.

- En el período neonatal, en los recién nacidos la deglución se hace con la lengua entre los dos rebordes gingivales o rodetes y con la ayuda de la contracción de la musculatura facial, que estabiliza la mandíbula.
- El mismo movimiento se hace durante el amamantamiento con la contracción del labio, de la lengua y de la musculatura perioral alrededor del pezón, o tetina.
- La lengua está completamente formada antes del crecimiento óseo de la cabeza y de la cara.
- La correcta posición de la lengua en momentos de reposo, cuando no está ocupada en comer o hablar, es en contacto con el paladar. Su punta se apoya justo por detrás de los incisivos superiores y su parte posterior contra la campanita.
- En los respiradores bucales, la lengua se ubica en posición baja de manera casi permanente, para permitir el pasaje del aire que ingresa por la boca.
- La lengua es un conjunto de diecisiete músculos, que se fusionan como si fueran uno solo.
- El trabajo que desarrolle la lengua es de vital importancia en el desarrollo óseo. Si la lengua trabaja mal o con una función alterada, como consecuencia los maxilares se desarrollarán incorrectamente.

“ESTOY DESCOMPUESTO, QUIERO VOMITAR”

Esta es una frase que hemos escuchado de la boca de nuestros hijos, varias veces, sobre todo cuando viajamos. Después de haber entendido un poco el mecanismo de la deglución, resulta hasta lógico pensar que el estómago quiere expulsar la mercadería recibida en lugar de que continúe su recorrido por el tubo digestivo. Es que un trozo de alimento que no fue masticado en la boca y en consecuencia no tuvo los efectos de los jugos gástricos, producirá complicaciones digestivas. Estas dificultades serán tan frecuentes como las veces que el niño trague sin masticar el alimento sólido.

Los bebés al nacer tienen su reflejo nauseoso anterior; ante el menor contacto de un cuerpo extraño en el paladar se desencadena su deseo de vomitar.

Este es un mecanismo de defensa que traemos incorporado al nacer para evitar aspirar algo que pueda obstruir las vías respiratorias.

A medida que vamos creciendo, nuestros órganos van madurando y nuestros hábitos alimenticios también. Este desarrollo natural estimula que el reflejo nauseoso que se activaba tan tempranamente se retarde hasta ubicarse en el adolescente en la zona palatina más posterior, cerca de la campanita o úvula.

Cuando los hábitos alimenticios del bebé no son modificados de acuerdo a su crecimiento y se mantienen aunque el niño tenga más de dos años, el reflejo nauseoso no se desplaza hacia atrás, se mantiene igual que cuando era bebé.

La edad cronológica colabora en el crecimiento, los hábitos son los que estimulan el desarrollo. Si éstos no se van adaptando a la edad del niño, el niño aumentará en tamaño pero no madurarán sus funciones acorde a su crecimiento.

Las mamás, cuando nos enteramos de que estamos embarazadas, tenemos mucha expectativa por tener un ajuar para la niña o el niño por venir. A medida que van transcurriendo los meses, es común que vistamos a los bebés como pequeños adultos. Es muy curioso cómo nos preocupamos por el aspecto externo de nuestros hijos, casi como si quisiéramos apurar su crecimiento con su vestimenta. Pero por el contrario, con sus hábitos, con su dieta, muchas veces pareciera como si quisiéramos mantenerlo como un bebé.

¿QUÉ COMEMOS?

Con respecto a la alimentación podemos afirmar que estamos en la era de los postrecitos y yogures, de las papillas y de las multiprocesadoras. Los chicos ya no saben lo que es “pelar un hueso” o comer una manzana que no esté rallada. No hace tanto tiempo que si quisiéramos comer una pata de pollo la teníamos que “pelear”. Hoy, gracias a la

proliferación de criaderos y al sistema de engorde, los niños no desarrollan sus músculos, porque cuando toman una pata... se quedan con el hueso en la mano.

Nuestra dieta ha evolucionado (o involucionado) de una manera más rápida de la que nuestro cuerpo puede adaptarse. Tenemos todas las herramientas para cortar, desgarrar y moler los alimentos y por elección no las usamos. El desgaste dentario se produce por fricción, que se denomina bruxismo, y no por el natural proceso masticatorio. Estamos ante la presencia de la prolongación en la ingesta de la dieta blanda o semiblanda, más allá de los dos años de vida que sería lo adecuado.

Son varios los factores que influyen en que la oferta en nuestra mesa a la hora de comer sea de comida procesada y de baja dureza. Podemos referirnos a la oferta de consumo, la falta de tiempo en elaborar de manera casera los alimentos, y tristemente, la falta de tiempo familiar para sentarse a la mesa a “comer”. En este punto nos vamos a detener para remarcar la importancia del medio social y emocional en el que crece un niño, que potencia o provoca los estímulos de crecimiento, para bien o para mal, dependiendo de su naturaleza. Si el ámbito familiar no es sano, con peleas permanentes de los padres, gritos, indiferencias, absorberá esas energías y manifestará con malestares diversos, favoreciendo la instalación de cualquier enfermedad, como lo es el síndrome del respirador bucal, o el asma, las alergias, etc.

Para el caso del niño respirador bucal, la tarea de alimentarse se torna compleja. Varía entre los dos extremos en el peso del niño: tendencia al sobrepeso o a rozar la desnutrición. Porque por un lado puede comer ingiriendo grandes cantidades: coloca mucha comida en la boca, mastica poco o nada y traga rápidamente para poder respirar de nuevo, generalmente bebiendo grandes cantidades de líquido. Lamentablemente, en pocas ocasiones el líquido que se ingiere es agua, generalmente se acompaña de jugos endulzados sintéticamente, con colorantes y conservantes o, peor aún, gasificados, que dañan la salud, suman calorías y dan una fugaz sensación de saciedad. La preferencia por ingerir alimentos humedecidos no es inocente: potencia la ausencia de la masticación. Los alimentos se ablandan al remojarlos para disminuir su tiempo en la boca, así no es necesario que se embe-

ban en saliva y se mastiquen. Por ejemplo, es el caso de los cereales humedecidos en el yogur o las galletitas en la leche. De esta manera también se genera sobrepeso.

Por otro lado, los niños pueden ser muy delgados porque colocan pequeñas cantidades de alimento en la boca, mastican mucho mientras respiran y comen pocas cantidades.

Siempre debemos trabajar gradualmente para que la alimentación sea fibrosa, dura y seca. Este tipo de dieta favorece a la masticación: a morder, desgarrar, que son acciones que trabajan para conseguir el tono muscular equilibrado. Es decir, así sí se trabajan todos los grupos musculares, a diferencia de la succión que, al persistir en un niño, inhibe a algunos músculos (músculos de los labios, los orbiculares), y sobreestimula a otros (músculos de los cachetes o buccinadores, grupo muscular mentoniano).

Es fundamental comentar también que la deglución de diferentes alimentos determina una mayor o menor contracción de los músculos que suben a la mandíbula. Cuando deglutimos líquidos, en general, sólo trabajan los músculos que cierran la boca. A medida que el bolo alimenticio se va solidificando, esta contracción pasa a existir y a incrementarse. Cuanto más consistente sea la alimentación, mayor será el trabajo de la musculatura facial y más armónico será el desarrollo óseo facial.

En resumen, la dieta actual sumada a la hipotonía muscular de los niños con SRB, hace que la masticación, el efecto de cortar y moler a los alimentos, prácticamente no esté instalada; se eliminan las posibilidades de realizar autolimpieza en dientes, lengua y cachetes, además de la de trabajar en el tono muscular.

El problema es que gran parte de nuestros niños y adolescentes degluten como lo hacían durante su primer año de vida: no mastican, sólo itragan!

Podemos afirmar que un niño de nueve años que habitualmente traga sin masticar, lleva siete años de atraso en el trabajo de su tono muscular y estímulo de sus funciones.

PARA HABLARTE MEJOR

Cuando hablamos bien es porque respiramos bien y tragamos bien. El movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás que hace la lengua contra el paladar durante su segunda fase al deglutir, coincide con la pronunciación de algunas consonantes.

Cuando la lengua se apoya primero detrás de los incisivos, se pronuncian las consonantes como la “T”, “R”, “L”, “S”, “D”, “N”, “Z”, luego, en el medio del paladar, se articula la “CH” y finalmente contra el paladar blando, cerca de la campanita, se forman la “G” y la “J”. Estas consonantes serán pronunciadas correctamente por una lengua activa, compañera del paladar.

En niños o adultos con el SRB, todas estas consonantes se encontrarán mal pronunciadas por la “vagancia” de esa lengua que está recostada muy cómoda, allá abajo: en el piso de la boca.

En resumen, si no respira por la nariz, no traga bien y tampoco va a hablar correctamente.

Es habitual que cuando un niño habla mal o tiene dificultad en pronunciar alguna consonante, consultemos con una fonoaudióloga para que trabaje en su pronunciación. Pero para solucionar realmente esta dificultad en la articulación fonética, seguramente también deberá evaluar el otorrinolaringólogo si las vías aéreas están libres u obturadas para el pasaje aéreo y poder estimular su respiración nasal. El odontólogo examinará si esa posición baja de la lengua tuvo el tiempo suficiente para alterar la forma del paladar. Si el paladar de nuestro niño es estrecho y alto, por más que lo atiendan entre diez foniatras, su lengua jamás va a subir para apoyarse contra el paladar, porque no tiene el espacio físico para hacerlo.

Si la forma de los maxilares está alterada, primero se deberá corregirla para después poder trabajar en rehabilitar la función. En estos casos en los que lengua y paladar no son compatibles, generalmente nos encontramos con un paladar pequeño y una lengua agrandada, fofa, recostada en el piso de la boca. Equivocadamente se la suele denominar “macroglosia” o lengua grande, pero en realidad los músculos linguales están hipotónicos y, como consecuencia de esa inactividad lingual, el paladar no se desarrolló normalmente.

LA BABA

¡El tan rechazado babeo! Éste genera una barrera para la interacción social con sus pares del jardín o de la escuela. Se produce porque, de tanto tener los labios separados para que pase el aire, éstos se volvieron vagos e hipotónicos como ya lo hizo la lengua. Por no usarse, esos labios no se juntan cerrando la boca y si lo hacen es con mucho esfuerzo. Lo podemos notar pidiendo a nuestro niño que cierre la boca y notaremos un puntillado rojo en la zona del mentón. Esta reacción nos muestra el terrible esfuerzo que hacen esos músculos para poder juntar sus labios, una maniobra normal en la salud pero muy difícil en el SRB (fig. 6).

Como nunca termino de sorprenderme, voy a compartir con ustedes una anécdota que sucedió no hace mucho en mi consulta. Derivados por su foniatra, llega la familia con su hija de 8 años para que le realice un control odontológico. Una hermosa niña, sin ninguna discapacidad certificada, que desde el saludo en la sala de espera dejaba en claro que era una respiradora bucal.

Después de la habitual conversación explicativa, la niña se sienta en el sillón y le controlo su estado bucal. Cuando le pido que se enjuague la boca en la pileta del sillón odontológico, en lugar de hacer el típico buche, toma el agua y girando su cabeza hacia atrás, como mirando el techo, hace gárgaras. Entonces insisto y le muestro cómo debía



IMAGEN FIG 6: En esta imagen podemos ver a los labios juntos, si observamos con un poco de detenimiento vamos a notar tensión en el mentón y labios por un gran esfuerzo en cerrar la boca.

hacer: dejar el agua en la boca, cerrar los labios y mover el líquido de un lado a otro dentro de su boca para luego largarlo en la baba. Lo que comúnmente se denomina un enjuague bucal. No lo supo hacer porque de tanto respirar por su boca, no estaba acostumbrada a juntar sus labios. No sabía cerrar su boca de la manera más natural, la de juntar los labios para dar un beso a mamá.

En este caso, la niña cada vez que necesita crear un cierre de su boca lo hace al contactar la lengua con el labio inferior, igual que los bebés, pero 8 años después. Podemos decir que han pasado 7 años de crecimiento cronológico pero no de maduración en sus funciones respiratorias, deglutorias, fonológicas y masticatorias. Esta niña tiene 9 años según su fecha de nacimiento pero tiene 2 años según su madurez digestiva.

Es habitual en niños con alguna discapacidad que no sepan realizar un enjuague bucal porque no saben largar o escupir el agua. Esta habilidad que consideramos muy simple, implica una importante madurez neuromuscular. Se adquiere al trabajar en las habilidades propias de la deglución y con los estímulos apropiados. Como todos los procesos naturales, esas habilidades tienen su momento de aprendizaje. Si durante el proceso de crecimiento y desarrollo del niño se pasa su tiempo de incorporación, dejará de haber un aprendizaje natural para tener que desarrollarse en conjunto con profesionales.

Suelo usar una frase en mi consulta, cuando llegan padres que cuidan y alimentan a sus hijos en edad escolar como si aún fueran bebés: “A veces los padres somos los que discapacitamos a nuestros hijos.”

¿Será ésta una de las razones por las que algunos no vuelven a su segunda consulta?

¡QUÉ FEO ALIENTO!

Dentro de la boca, los dientes y los tejidos blandos, como la lengua o la cara interna de labios y cachetes, fueron creados para estar en un medio húmedo y oscuro: la boca cerrada está permanentemente lubricada con saliva. Cuando se rompe este equilibrio y los labios se separan, además del babeo que ya describimos, la boca se seca, porque no hay un cierre bilabial o anterior que contenga el líquido elemento.

Se modifica la condición natural del interior de la boca: las encías se inflaman y sangran y la lengua se irrita ante el menor estímulo, como puede ser un cepillado deficiente. A esto debemos sumar los restos de comida que quedan después de la deglución atípica sobre la lengua o entre los cachetes y los dientes. También vamos a mencionar a la ingesta prolongada de golosinas, se mantiene el pH ácido en el medio bucal. Esta acidez favorece y potencia la inflamación de tejidos blandos (gingivitis), y tejidos duros (caries).

Tanto los restos alimenticios como del sangrado de las encías entran en estado de descomposición. Éstas son algunas causas del aliento desagradable y del aumento de la incidencia de caries.

En un niño respirador bucal, con sus encías secas e irritables, con toda la predisposición a la hemorragia, ante la mínima presencia de placa bacteriana por un cepillado ausente o defectuoso, sucede que dichas encías sangran.

Cuando llega a la consulta un niño con este cuadro, la medida más urgente es trabajar en técnicas de higiene, pero sin dejar de actuar sobre la causa predisponente que es la respiración bucal.

Le explico a la familia que el hecho de tener este cuadro de hemorragia gingival es como estar enviando y recibiendo microorganismos directamente a la sangre cada vez que comparten el vaso, la bombilla o una botella con otra persona. Estos niños o adultos son emisores y receptores de cualquier germen que ande dando vueltas, porque tienen heridas abiertas.

DULCES SUEÑOS

Cuando los niños con SRB duermen, tienen más posibilidades de desarrollar los síndromes de apnea obstructiva del sueño (SAOS) o el síndrome de resistencia de la vía aérea superior en la infancia (SRVAS).

Tal vez aquellos que no sean respiradores bucales no lleguen a comprender lo difícil que es respirar por la boca. La verdad es que dormir de este modo siempre, es un suplicio. Basta recordar cuando estamos con gripe y nuestra nariz está tapada. Para el respirador bucal, todas las noches son así.

El problema es que esta respiración bucal no se limita a ser incómoda, sino que puede provocar disturbios serios como: problemas del sueño, terror nocturno (el niño se levanta llorando sin causa aparente), sueño agitado, somnolencia durante el día, despertar cansado. Como es un dormir incómodo, los niños suelen necesitar hasta doce horas para descansar, o aprovechan cualquier oportunidad durante el día para dormirse (fig. 7).

El SAOS afecta a niños y adultos y es una patología frecuente entre los niños con SRB. Vale aclarar que no todos los niños que respiren por su boca tendrán el SAOS, pero todos los niños con SAOS son respiradores bucales.

Se trata de un conjunto de signos y síntomas que disminuyen la eficacia de la oxigenación y la amplitud de las excursiones torácicas; esto torna su respiración corta y rápida, aumentando el ritmo cardíaco. Cualquier grado de disminución del oxígeno en la sangre durante la noche es perjudicial para el niño, porque está en pleno desarrollo de su sistema neurológico y sus emociones juegan un papel importante en su desarrollo y madurez.

El síntoma principal del SAOS infantil es el ronquido. Se calcula que entre el 7 - 9% de los niños ronca regularmente. Sin embargo, en la mayoría de los casos este ronquido no se asocia con alteraciones respiratorias por lo que se denomina ronquido primario. Se estima que la prevalencia del verdadero SAOS en la infancia está entre el 0,7% y

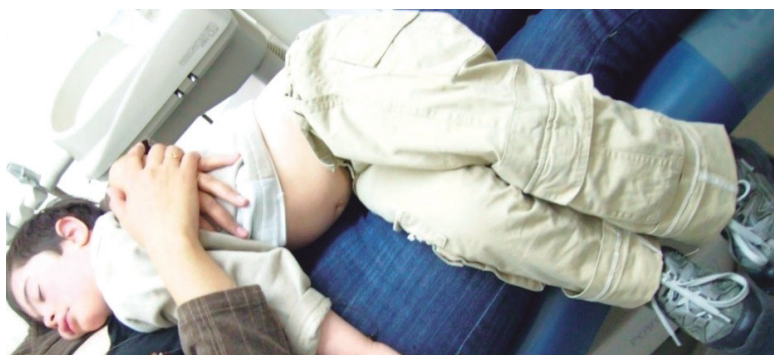


IMAGEN FIG 7: Cuando el descanso a la noche no es suficiente, se nota hasta en el sillón odontológico.

el 3%. Puede aparecer a cualquier edad, aunque el pico de máxima incidencia está entre los 3 y los 5 años de edad y coincide con el momento en que el tamaño de tejido adenoideo en la faringe es proporcionalmente más grande.

Si a cualquiera de nosotros se nos ocurriera la desagradable idea de dejar de vivir, sería lógico pensar: “dejo de respirar”. Pero jamás hemos escuchado sobre un suicida que haya tenido éxito con esta metodología. Sucede que, mientras estamos conscientes, tenemos la capacidad de dominar nuestra respiración, pero mientras nos domina el inconsciente, ella es involuntaria. Si eligiéramos no respirar, nuestro cuerpo se desmayaría ante la falta total de oxígeno a nivel nervioso, pero apenas nuestro piloto automático tomase el control, se retomaría el ritmo respiratorio.

Mientras dormimos, nos domina el inconsciente con un cuerpo en reposo que no puede levantarse para descomprimir y abrir el pasaje aéreo por las vías superiores. Es por eso que este piloto automático que denominamos inconsciente, enciende los sensores que tiene a su alcance para mantener la oxigenación mínima sanguínea, a pesar de todo. A estas señales las llamamos aumento del esfuerzo respiratorio, posturas extrañas, sueño intranquilo, como si nos estuviéramos preparando para despertarnos en cualquier momento. Es este mecanismo de supervivencia el que nos impide dormir tranquilos; si no funcionara, nos quedaríamos sin oxígeno mientras dormimos.

Estos niños, durante el día están cansados y molestos, lo cual resulta lógico si analizamos que durante la noche no pudieron descansar —y tampoco sus padres—. Además suelen alternar momentos de hiperactividad con momentos de apatía. También disminuyen su rendimiento intelectual y suelen necesitar medicación por referir dolores de cabeza. Datos que se detallan en la tabla 2.

El momento en que se secreta en mayor proporción la hormona del crecimiento en los niños, es mientras duermen. Cuando por alguna razón, como puede ser el SAOS, los niños no pueden cumplir con el sueño en calidad y cantidad suficiente, no tienen las concentraciones necesarias de esta hormona en sangre y presentan un crecimiento disminuido. Son de baja estatura para su edad. Entonces podemos resumir que los trastornos crónicos del sueño en niños, producen una disminución en la secreción de la hormona del crecimiento lo que puede acarrear déficit en el crecimiento.

TABLA 2: los síntomas clínicos diurnos y nocturnos en el SAOS del niño.

SÍNTOMAS NOCTURNOS	SÍNTOMAS DIURNOS
Aumento del esfuerzo respiratorio	Respiración bucal
Ronquido nocturno	Cefalea matutina
Sueño intranquilo y sudoración	Alteraciones del comportamiento
Apneas	Disminución del crecimiento
Posturas extrañas al dormir	Bajo rendimiento escolar
	Apatía, cansancio crónico
	Disminución de la actividad voluntaria

PARA SABERTE MEJOR

Las papilas gustativas se encuentran agrupadas en diferentes sectores según sus características a lo largo del dorso y laterales de la lengua. Ellas son las responsables de que podamos saborear y deleitarnos con las sabrosas comidas “de la abuela”. También nos alertan ante un gusto diferente porque sus receptores químicos actúan como sensores ante el riesgo de ingerir alimentos tóxicos.

En un niño con SRB, quien tiene alterado el proceso de la deglución, se disminuye o se pierde el sentido del gusto, sobre todo de sabores básicos como dulces, salados, ácidos y amargos.

Esto sucede por la poca permanencia de la comida en la boca y la resequead que produce el aire sobre el dorso de la lengua que irrita e inflama a las papilas gustativas.

La lengua, (como el resto de los tejidos blandos que conforman la boca, mejillas, labios, encías, entre otros), está preparada para funcionar en un medio húmedo y oscuro. Cuando la boca se usa para respirar, se genera un pasaje aéreo que altera principalmente al labio inferior, encía antero-superior y el dorso de lengua. Esta irritación va a depender del tiempo que se prolongue esta acción.

PARA OLERTE MEJOR

En el interior de nariz, a cada lado, existen tres estructuras óseas que se llaman cornetes que a su vez delimitan tres pasillos para el aire inspirado que llamamos meatos. La menor cantidad del aire inspirado que ingresa por la nariz, el 20% lo hace por los meatos más pequeños, los superiores, para estimular el sentido del olfato. En la optimización de recursos de nuestro organismo, se desvía una pequeña muestra del aire ingresado para ser analizado. Las responsables de este control de ingreso son las celdas olfatorias ubicadas en el techo nasal, justo por debajo de la base craneal anterior.

La detección temprana de olores actúa de manera similar a las papilas gustativas con los alimentos. Son sensores que indican sobre olores placenteros o posibles tóxicos, como por ejemplo, escapes de gas. En una persona, niño o adulto respirador bucal, el aire no es inspirado por la nariz, entonces sencillamente, se disminuye o anula el sentido del olfato con todos sus beneficios. Por lo tanto se elimina ese mecanismo de defensa y prevención que actúa por la identificación de olores, simplemente por tomar un camino alternativo para el ingreso gaseoso. Este camino alternativo, la boca, no ofrecería ninguna contraindicación si se usara solamente para la salida de los gases residuales, ya que éstos no necesitan ser filtrados ni analizados.

Cuando al aire que ingresa a nuestro cuerpo saltea la barrera de control y limpieza por usar a la boca como camino alternativo, se verá contaminado con productos dañinos como gases (ej., monóxido de carbono), vapores (ej., ácidos cáusticos), aerosoles (ej., insecticidas), sustancias volátiles (ej., benceno), material particulado (ej., sílice), fibras (ej., asbesto).

Es más fácil respirar por la boca, pero el costo que paga nuestro organismo es alto.

PARA ESCUCHARTE MEJOR

Existe un canal denominado trompa de Eustaquio, que comunica directamente el oído medio con la faringe. Es un canal creado para compensar las diferentes presiones internas del oído. Un ejemplo sería la molestia que nos provoca cuando estamos en una altitud superior a la habitual. Como cuando vamos por un camino de montaña o viajamos en avión y sentimos una presión en los oídos que nos molesta, y entonces tratamos de disminuirla moviendo la boca o soplando por la nariz mientras la tapamos con los dedos. La trompa de Eustaquio permite descomprimir esas presiones.

Es característico de las personas que respiran por la boca que el aire que ingresa a su organismo no pase por el filtro nasal, por consiguiente se impregna de microorganismos y partículas que, además de contaminar los pulmones, también ingresan por la trompa de Eustaquio al oído medio congestionándolo. Esta contaminación aérea vía faringe no es la única causa, pero suele ser el origen de las otitis a repetición. No todos los respiradores bucales padecen de infecciones en el oído medio, pero el SRB. es una de las causas predisponentes para que éstas sucedan. Por esta razón podemos considerar la mayor predisposición de los respiradores bucales para sufrir otitis a repetición, lo que alteraría el sentido de la audición.

SE PORTA TAN BIEN

Con respecto al comportamiento de los niños respiradores bucales, suelen presentar características como ansiedad, irritabilidad o impulsividad. Estas características son esperables en un niño al que todo le cuesta mucho esfuerzo, desde dormir hasta comer.

Imaginémonos a nosotros mismos levantándonos temprano después de una mala noche; obviamente vamos a estar un poco irascibles. Si sumamos a este cuadro nocturno el hecho de que durante el día tenemos que ir a la escuela, hablar, comer, entre otras tantas actividades, nos será más fácil comprenderlos.

Agreguemos a esa supuesta rutina que en cada acción alguien nos está corrigiendo porque no prestamos atención, no pronunciamos bien algunas palabras y, para rematarla, también comemos con la boca

abierta. A esta noche y este día repetámoslos durante los 365 días del año, sólo finalizando cuando se trate la causa que provoca ser respirador bucal. Es totalmente lógico pensar que un niño se sienta agotado, cansado e irritable.

También suelen ser niños hiperquinéticos que alternan periodos de hiperactividad con etapas de letargo. Estas situaciones influyen en la interacción con sus compañeritos de jardín o la escuela. Su personalidad está condicionada por el déficit de oxígeno y no permite expresar su temperamento real. En estos casos se favorece el aislamiento del entorno y una disminución en su interacción social. El rendimiento escolar y sus actividades recreativas se ven comprometidos.

¡VAMOS A JUGAR!

Los niños que respiran por la boca suelen estar frente a la computadora o la televisión y prefieren no comprometerse con una actividad deportiva. Como padres insistimos en incluirlos en alguna para integrarlo socialmente a un grupo de pares. Cuando por fin se interesan en algún deporte, su rendimiento físico es bajo porque se cansan apenas comienzan a practicarlo. Al estar disminuido su oxígeno en sangre, sus músculos tienen mayor predisposición a acalambrarse debido a una mayor producción de ácido láctico.

Así que debemos intentar comprender el esfuerzo que les representa moverse al igual que sus compañeros que sí están oxigenados de manera habitual. El menor aporte de oxígeno en una persona se puede ejemplificar con un aparato electrónico cuya batería se encuentra a punto de agotarse. En esa situación, anulamos algunas acciones que no son indispensables para mantenerlo encendido hasta que podamos recargarlo. Nuestro hijo, a diferencia de un teléfono celular, no tiene la posibilidad de conectarse y completar su carga o cambiar su batería. Es posible mejorar y optimizar su aporte de energía, pero no es tan sencillo. Él se acostumbró a vivir con poco aporte de oxígeno de manera crónica. Como su organismo se ha adaptado a esta situación, ya está acostumbrado a reservar sus energías para los procesos de funcionamiento básicos: respirar, comer, digerir, moverse, etc. El niño vive en estado de reserva.

Para completar su carga de energía es necesario que averigüemos por qué sucede, cuál es la causa que lo provoca, tratarla y adaptar a nues-

tro niño a vivir oxigenado, con energía. Si no lo intentamos, va a continuar con su vida, pero cada vez que practique un deporte se sentirá en inferioridad de condiciones. Generalmente este tipo de niños terminan abandonando su deporte con una frustración en sus espaldas.

LA MÍMICA

La gesticulación facial está ligada a la expresión del rostro. Hace intervenir al conjunto de los músculos superficiales, músculos labiales y faciales que constituyen una verdadera cobertura muscular. Cuando estos músculos están activos tienen un rol modelador en la cara del niño. La acción de contracción y relajación produce un estiramiento de las fibras sobre su inserción ósea y según su intensidad, estimula la remodelación de los huesos faciales.

Además la intensidad del juego muscular es sin duda muy diferente de un sujeto a otro, ciertos rostros son “de piedra”, otros fuertemente expresivos. En las personas respiradoras bucales, la mímica se encuentra disminuida y/o alterada. Esta acción se incorpora en el grupo de trabajos no prioritarios dentro de las funciones del organismo.

Uno debe intentar de vez en cuando cosas
que están más allá de su capacidad
Auguste Renoir

1.5 FORMA: ESCULPIENDO EL CUERPO CON EL COMBUSTIBLE EQUIVOCADO

Como dijimos unos párrafos antes, la respiración bucal que inicialmente produce cambios en las funciones, cuando se instala de manera preferencial y mantenida en el tiempo, produce cambios en la forma del cuerpo: “El aire es el escultor del cuerpo...”. Este proceso que se inició casi imperceptiblemente, talla alteraciones en el cuerpo que van desde la planta de los pies hasta la posición de la cabeza.

Esta información que pareciera superar nuestra capacidad de comprensión, es útil para poner en funcionamiento nuestra intención de superar nuestras capacidades actuales.

Cuando la disfunción respiratoria, en este caso el SRB, actúa durante un tiempo prolongado, produce una dismorfosis o la modificación de la correcta forma de las estructuras con una alteración en el esqueleto. Recordemos que la lengua está terminada de formar antes de que los huesos maxilares terminen su formación. Si ésta se ubica abajo, sobreestimulará el crecimiento del maxilar inferior y no ejercerá estímulos de crecimiento en el maxilar superior.

CORRIENTES DE AIRE

El aire que inspiramos tiene dos caminos naturales para ingresar o salir de nuestro cuerpo: la boca o la nariz. Mencionamos que son las dos opciones naturales de respirar, porque mediante una maniobra quirúrgica denominada traqueotomía se habilita un paso artificial.

La nariz, como fue explicado, forma parte del sistema respiratorio; la boca forma parte del sistema digestivo. Una vez inspirado, por cualquiera de las dos opciones, el aire continúa su camino por la faringe que es un conducto que comparten ambos sistemas, el respiratorio y el digestivo.

Desde allí atravesará la puerta de la glotis para ingresar a la tráquea que es el pasillo directo hacia los bronquios pulmonares. Para su salida o aspiración, repite los caminos obligados que son la tráquea y la faringe. El último tramo de salida será nuevamente opcional: la boca o la nariz.

El pasaje del aire se comportará como si fuera un sendero en el bosque, mientras más se transite, más marcado estará. Como lo muestran los esquemas de la fig.8.

Para que pueda pasar el aire por la boca los labios se separan y la lengua baja. En vez de apoyarse en el paladar y estimular su crecimiento en ancho y largo, se apoya en el maxilar inferior y lo hace crecer hacia adelante y abajo.

Mientras tanto, la columna de aire que ingresa por la boca estimula el crecimiento del paladar hacia arriba. La fuerza de los buccinadores,

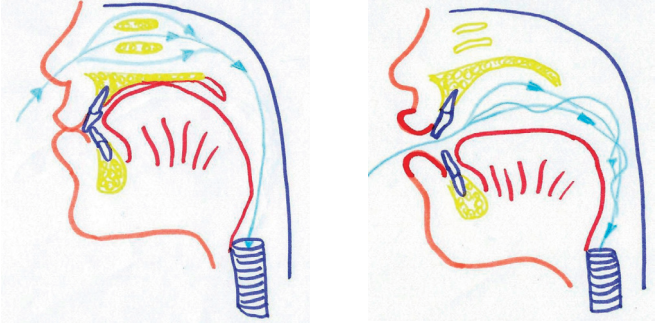


IMAGEN FIG 8: En el esquema de la izquierda, se marca con flechas celestes el ingreso del aire por la nariz, dividiéndose en sus tres pasillos: meato superior, medio e inferior. Por este camino es tratado y filtrado para llegar a los bronquios pulmonares. En el esquema de la derecha, el mismo aire, en mayor cantidad ingresa por la boca directamente a los pulmones. No tiene ninguna posibilidad de ser filtrado.

que son los músculos de los cachetes, no encuentra oposición con la lengua y actúa estrechando el maxilar superior. Esto sucede a expensas del desarrollo vertical de la nariz, que resulta inhibido. Y tenemos como resultado un paladar muy alto y estrecho, en el cual la lengua no va a poder apoyarse para hablar o deglutir (fig. 9).

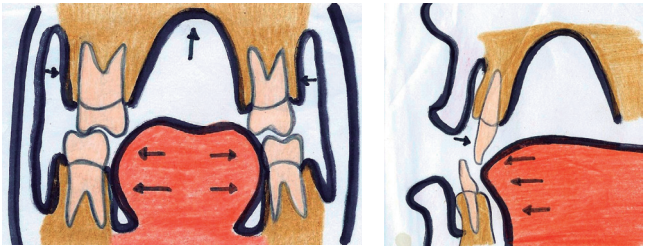


IMAGEN FIG 9: En el esquema de la izquierda se observa un esquema de frente de la cavidad bucal de un respirador bucal, con la lengua baja. En el esquema de la derecha la vista es de perfil.

MÚSCULOS DESCOORDINADOS

Si comenzamos por el principio, lo primero que sucede en el SRB es que los labios se separan y la lengua baja. Cuando la lengua baja comienza a estimular el crecimiento de la mandíbula hacia abajo y adelante, pero más grave aún es que deja de ejercer la fuerza centripeta en el paladar, deja de estimular el crecimiento transversal del maxilar superior.

La lengua no se relaciona con su pareja el paladar en las funciones de deglución, masticación y fonación. Al separarse por un tiempo, después es muy difícil que vuelvan a ser pareja, no sólo porque se han desadaptado, sino porque el paladar no crece y la lengua se acomoda en el piso de boca, llegando a veces a dar la apariencia de ser más grande de lo normal, lo que se denomina macroglosia relativa. Decimos que es una macroglosia relativa porque no es que la lengua sea grande, es que su espacio de reposo y trabajo, el paladar, no se desarrolló, por eso no entra y parece aumentada de tamaño. Generalmente parece, pero no lo es, como lo vemos en la fig. 10.

Si continúa con la posición lingual baja, en un niño respirador bucal, para que pase la columna de aire, no se estimula el crecimiento palatino en ancho y largo. Al no desarrollarse, el maxilar superior se ve atrasado y disminuido de tamaño. Por esta razón, los dientes de leche o temporarios están como amontonados, apiñados, y se caen de a dos para que salga un diente permanente.

Puede considerarse que es por una falta de espacio que los dientes permanentes aparecen en la encía o en el paladar. Como se supone que “no entran”, “afortunadamente” se produce un apiñamiento dentario superior. “Afortunadamente”, porque por esta razón muchos papás se deciden a traer a sus niños a la consulta.

Volvamos al tema de la posición baja de la lengua en el respirador bucal que no estimula el maxilar superior pero sí sobreestimula al maxilar inferior. Paradójicamente se suele ver a los dientes del maxilar inferior o mandíbula muy bien ubicados o hasta separados por un buen desarrollo mandibular. Esta discrepancia o falta de coordinación entre ambos maxilares rompe la relación normal en la que el maxilar superior debería cubrir discretamente al maxilar inferior. Tal como lo hace la tapa de la caja de zapatos con la caja.



IMAGEN FIG 10: En la figura de la izquierda se observa cómo la lengua desborda a los maxilares, dando la impresión de que no entra porque es muy grande para esa boca.

Pero cuando no existe el correcto engranaje dentario, la masticación es deficiente. Existe una relación directa: si no se tiene una oclusión o engranaje correctos la masticación tampoco lo será. Con esta relación intermaxilar alterada, la mandíbula, que es el único hueso móvil del cráneo, no se puede ubicar de manera estable, no se centra por dentro y debajo del maxilar superior, entonces se lateraliza. Esta situación produce una asimetría facial con trabas de crecimiento unilateral que son observables a nivel facial.

Generalmente nos es más cómodo masticar de un lado, lo que se denomina preferencia masticatoria unilateral. Esta situación genera un mayor desarrollo muscular del lado de trabajo que del lado de acompañamiento. Cuando esta preferencia es acentuada en el tiempo, la cara se observa asimétrica.

LAS BISAGRAS DE LA CARA

Las alteraciones que produce el síndrome del respirador bucal en los niños trae la consecuencia de ejercer fuerzas musculares y ligamentosas dispares en ambas articulaciones mandíbulo-craneanas, derecha e izquierda, denominadas articulación témporo-mandibular o ATM.

Para entender mejor este concepto, podríamos hacernos la idea de una hamaca que cuelga de un travesaño. Ambas cuerdas deben ser iguales, para que el asiento tenga estabilidad. Si alguna sufriera una modificación en su largo por alguna razón, se alteraría el nivel del asiento y el eje de balanceo. Un niño no podría hamacarse en una línea recta visto de frente, sino que con el movimiento se inclinaría hacia el lado más corto de la cuerda. En este caso el asiento de la hamaca sería el cuerpo de la mandíbula, y las cuerdas serían las ramas mandibulares.

Un niño que baja su lengua para respirar por su boca, no desarrolla el ancho del maxilar superior y la mandíbula no tiene posibilidades de acoplarse por dentro de él. Como de todas formas es necesario que ambos maxilares contacten, lo hacen a expensas de la lateralización mandibular. Pero con esta maniobra compensatoria se produce una asimetría entre los músculos y ligamentos derechos e izquierdos, encargados del cierre mandibular.

Esta asimetría hace que primero se altere la función modificando la posición y, después de un tiempo de acción, se produce una alteración en la forma: un cóndilo mandibular se desarrolla más que el otro. Esta situación asimétrica produce trabas y dolores en los sectores musculares faciales y cervicales. Localmente ésta es una situación predisponente para la instalación de trismus y saltos de la articulación en apertura y cierre, ambos acompañados con dolores y molestias al hablar, comer o bostezar. Si observamos de frente al niño, notaremos una asimetría facial que con el tiempo modifica hasta la línea bipupilar.

En todas las modificaciones que describo, los cambios son primero funcionales y luego se instalan transformándose en esqueléticos.

PARA MORDERTE MEJOR

La lógica nos dice que si un niño es respirador nasal, hay un juego equilibrado entre las fuerzas musculares en la cara, en la cabeza y en el tórax. Nada más y nada menos. Pero cuando nuestro niño empieza a crear adaptaciones para su oxigenación a expensas del uso de su boca, ese equilibrio muscular se altera, dejando su huella sobre los huesos: maxilares, craneales, y del resto del cuerpo. La correcta mordida corresponde a un ligero contacto del borde de los incisivos inferiores por detrás de los incisivos superiores. De tal manera que sirve de soporte para los labios en un correcto cierre.

Cuando ambos labios no contactan de manera habitual, tampoco permiten el correcto cierre entre los incisivos superiores e inferiores.

Como los labios se presentan mayormente separados, el cierre de la boca se hace por un contacto entre la lengua y el labio inferior. Mientras el labio superior se mantiene ajeno, enrollado como una cortina romana por delante de los incisivos superiores.

Este cierre oral anterior es engañoso, porque el labio inferior tampoco es actor, es levantado y movido por los músculos del mentón o mentonianos.

En este cierre entre lengua y labio se crea un equilibrio de fuerzas centrípetas de los músculos mentonianos y las fuerzas centrífugas de la lengua. Ambas fuerzas de direcciones contrarias, no son equilibradas. Si la lengua se ubica en posición baja coloca la punta hacia arriba, sucede que empuja a los incisivos superiores hacia fuera y se inclinan los incisivos inferiores hacia dentro por acción mentoniana (fig.11 A). Estas fuerzas separan a los incisivos inferiores de los incisivos superiores y rompen el contacto entre ambos grupos o la guía anterior. Esta guía es la relación entre los incisivos superiores e inferiores, que en equilibrio de salud permiten el contacto bilabial y linguo palatino. Es un objetivo a lograr en todo tratamiento ortodóncico.

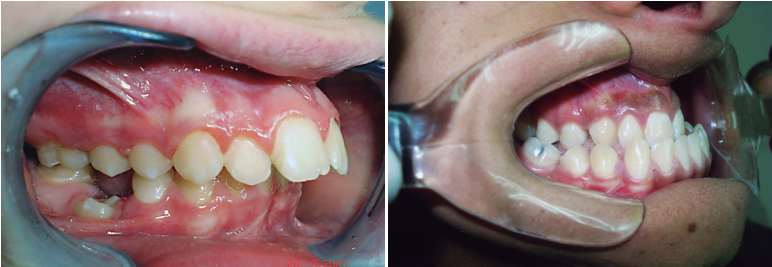


IMAGEN FIG 11 A: Vista de perfil de la boca, podemos imaginar la ubicación del labio inferior por delante de los incisivos inferiores, empujándolos hacia dentro y a la lengua por detrás de los superiores protruyéndolos o empujándolos hacia adelante.

IMAGEN FIG 11 B: A pesar de tener una alineación dentaria similar a las teclas de piano, bien prolijita, podemos ver las huellas de empuje lingual exclusivamente sobre la mandíbula hiper estimulando su crecimiento hacia adelante desbordando su relación con el maxilar superior.

Los dientes superiores son posicionados hacia delante aumentando el resalte, lo que favorece que se interponga el labio inferior por fuera y la lengua por dentro y genera el contacto linguo-labial. A este cierre lo denominamos: mordida invertida.

Si la lengua coloca su tercio anterior abajo y descansa todo su cuerpo en el piso de boca, supera con su fuerza al grupo muscular mentoniano. Esta vez la guía anterior se rompe porque la mandíbula crece hacia adelante y los incisivos superiores quedarán por detrás de los inferiores(fig.11 B).

En ambas situaciones, con la lengua totalmente baja o con su extremo arriba se rompe el equilibrio fisiológico y se impide la relación que debería existir en salud: lengua-paladar y labio superior con labio inferior, Fig. 12.

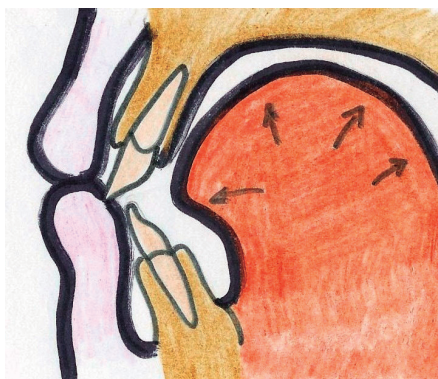


IMAGEN FIG 12: En este esquema observamos el contacto bilabial a la altura del tercio incisal del incisivo superior. Ocupación plena de la lengua contra todo el paladar.

Resumiendo, podemos asegurar que en la boca existen dos parejas: a) lengua/paladar y b) labio superior/labio inferior. Ante la menor intención de respirar por la boca, la lengua abandona su posición superior deja de contactar a su compañero el paladar y baja en busca del labio inferior. Éste se queda inactivo y recibe el contacto lingual. Los dos olvidados de esta historia son el paladar y el labio superior que quedan inertes sumándose a la nariz en su falta de desarrollo. Este letargo funcional y anatómico provocado por la inacción que les provoca el SRB, queda a la espera de cualquier estímulo de rehabilitación para revertirse.

LOS PILARES DE ATLAS

Este es el momento en que nos toca abrir aún más nuestra mente y desterrar mitos: voy a contarles y ejemplificarles cómo el hecho de ser respirador bucal nos altera la forma y posición de la columna. Podemos asegurar que existe una postura típica del respirador bucal a la que comúnmente denominamos posición adenoidea. Esto no es nada más ni nada menos que la continuidad de la comprobación de que el aire es el escultor del cuerpo.

Podríamos graficar el equilibrio de nuestra cabeza y la columna vertebral como si la columna fuera un palo de escoba y la cabeza una pelota de fútbol en equilibrio por encima de él.

Para completar la idea tendríamos que usar aún más la imaginación y pensar que esa pelota tiene una parte inferior móvil, para que se corresponda con el único hueso móvil del cráneo: la mandíbula o el maxilar inferior. Si por una razón, como puede ser el SRB, la mandíbula no está centrada en su posición correcta, la cabeza tiene que inclinarse para el lado contrario para compensar su equilibrio.



IMAGEN FIG 13: En la mitología griega, Atlas o Atlante era un joven titán al que Zeus condenó a cargar sobre sus hombros con los pilares que mantenían la Tierra (Gea) separada de los cielos (Urano). Escultura de Linderhof, Baviera, Alemania.

Como estamos ante muchas variantes, aisladas o combinadas, podemos ejemplificar en el plano frontal, que si la mandíbula se desvía hacia la derecha, la cabeza se inclina hacia la izquierda. Esto es el comienzo de una cascada de compensaciones: el hombro derecho se elevará por encima de su homólogo izquierdo y se continuará la alteración también, de la altura de las caderas izquierda y derecha.

La columna, que vista de frente debería ser derecha, va a compensar el corrimiento del eje del equilibrio de la cabeza con curvaturas en su trayectoria. A esta alteración en la postura de la cabeza, la columna vertebral va a compensarla con una actitud postural escoliótica (fig. 14). Esta situación sucede habitualmente y podemos detectarla al observar los cuellos de las remeras o los buzos cuando se encuentran corridos hacia un costado; esto nos indica que ese hombro está más caído en relación a su homólogo.

La necesidad de esta compensación postural está dada por la lógica de convivir con la gravedad. Desde que Newton vio caer a la manzana y describió esta fuerza que nos atrae hacia el suelo, entendemos que mantenernos erguidos significa buscar la posición más perpendicular posible a la línea del horizonte. Si estamos sobre una superficie nivelada, podríamos decir que debemos permanecer derechos, pero si estamos subiendo una montaña, nos inclinaremos hacia adelante, porque si pretendemos ponernos perpendiculares al piso nos caeríamos hacia atrás.

Ahora podemos entender que si inclinamos la cabeza y su eje queda por fuera del de la columna, ésta creará curvaturas o modificará las existentes para compensar el equilibrio que necesitamos para estar erguidos y no caernos. Digo “actitud postural escoliótica” y no “escoliosis”, porque es funcional, no esquelética.

Esto quiere decir que aún no está definido el diagnóstico de la alteración ósea, pero sí que está implícita la tendencia a que, si no se corrige, con el tiempo va a definirse como una alteración esquelética.

Si el origen de esas posturas alteradas de la columna son producidas por la posición lateralizada del maxilar inferior, al corregir su posición en edades de crecimiento, la postura corporal se corrige. Su tratamiento será más fácil si la causa actuó durante poco tiempo. Mientras mayor sea el tiempo de acción de la posición alterada de la mandíbula,

más complejo será el tratamiento de rehabilitación postural. Si el niño continúa su crecimiento sin corregir esta actitud postural, dejará de ser funcional para transformarse en esquelético.

En el plano lateral o de perfil, si la mandíbula baja, se abre la boca —para que pase el aire—, y para compensar esta acción, se levanta la cabeza adoptando una posición de extensión; es un mecanismo inconsciente para aumentar el flujo de aire bucal: con este levantamiento de la cabeza disminuye el tono muscular facial. Esta situación acentúa la característica de cara alargada.

La posición de la cabeza levantada genera un aumento de la lordosis cervical, lo que produce una cifosis dorsal y lordosis lumbar aumentadas, o sea, un aumento en las curvaturas fisiológicas de la columna

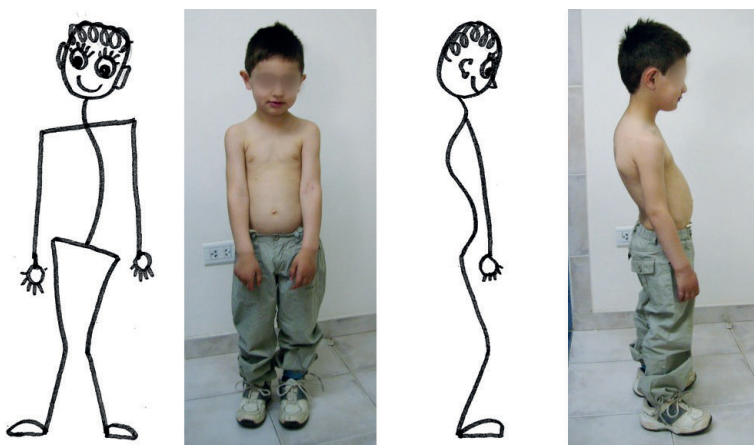


IMAGEN FIG 14: Comparamos los esquemas con la postura alterada de un niño sin ninguna patología de base: de frente, observamos la diferente altura de los hombros, su hombro derecho está más bajo que el izquierdo, con los brazos anteriorizados y rotados - observen la ubicación del codo - lo que nos describe una actitud postural escoliótica. De perfil se exageran las curvaturas de la columna. A pesar de no ser un niño con sobre peso, observamos papada que corresponde a la lengua baja, la espalda como insinuando una joroba, esbozo de una cifosis dorsal, y panza por su actitud postural lumbar lordótica.

(fig. 14). A edades tempranas y por poco tiempo son actitudes posturales funcionales. Al no ser tratadas se transforman en alteraciones verdaderas o esqueléticas.

A esta posición corporal la denominamos posición adenoidea, y la podemos describir cuando el niño pone el cuello hacia atrás e inclina la cabeza hacia adelante, con los brazos anteriorizados en lugar de estar lateralizados, y se para (está de pie) como si sacara panza (fig.14).

Esta posición tan característica de los brazos anteriorizados, se contraponen con la posición de hombros y brazos laterales, con los hombros lo más alejados posibles entre sí, típica de modelos publicitarios. En movimiento se delata porque, al caminar, en lugar de que los brazos se balanceen laterales al cuerpo y paralelos entre sí, lo hacen cruzándose por delante del cuerpo.

Esta situación que pareciera como si el niño quisiera juntar los hombros hacia adelante, produce una disminución de volumen de su cavidad torácica. Físicamente se pierde volumen torácico, lo que impide que los pulmones se expresen por permanecer comprimidos en una jaula de costillas.

Para que lo podamos graficar mejor, imagínense una hoja de papel sobre una superficie plana, a la que le levantamos sus dos laterales como si hiciéramos un medio cilindro.

Vamos a sumar otra limitante geográfica para la acción mecánica de inspirar: con esta constricción que realiza el mismo cuerpo al curvarse hacia adelante —como si quisiera sacar una joroba— también limita el trabajo pulmonar en capacidad aérea.

Es muy similar a la postura que adoptan los abuelos al envejecer, parecen que se doblaran y que disminuyeran su altura por encorvarse y no por achicarse. En todos los casos, el volumen del aire inspirado está disminuido en cantidad y calidad. Si continuamos con el ejemplo de la hoja de papel curvada en sus dos laterales, con este agregado de la cifosis dorsal es como si además de tener este medio cilindro, desde arriba, también curvásemos su lado superior, disminuyendo aún más el volumen aéreo.

Suele acompañar la posición alterada de las piernas en genu valgo, comúnmente llamado “pata de catre” y también es común observar

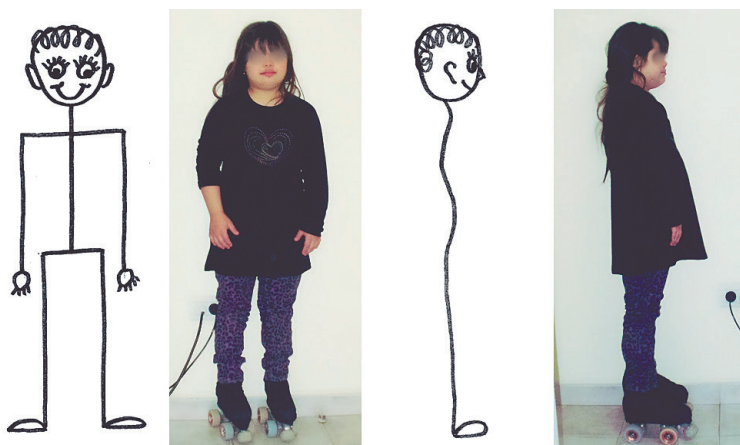


IMAGEN FIG 15: Esta niña con Trisomía del par 21 o síndrome de Down es respiradora nasal. En la foto de frente podemos observar una leve asimetría pero sus brazos están claramente lateralizados. En la foto de perfil observamos las curvaturas de la columna conservadas. Ella, era respiradora bucal, tuvo el SRB. Después de 5 años de tratamiento en equipo, se rehabilitó en la postura y en la función.

el pie plano. Ya en 1929, Mollier describió que del movimiento de apertura de la boca no sólo participa el maxilar inferior, sino también el cráneo y la columna vertebral. Existen estudios sobre la relación entre la movilidad de la articulación cráneo-cervical y de la columna cervical que es importante en el diagnóstico de condiciones patológicas relacionadas a las vértebras cervicales.

En un niño rehabilitado respiratoriamente, notaremos que su diagnóstico inicial de “actitud postural escoliótica, lordótica o cifótica”, se transforma en una correcta actitud postural corporal. Fig. 15.

Podemos asegurar que la posición alterada de la mandíbula en un niño respirador bucal, si se prolonga en el tiempo, necesariamente producirá cambios en la función y forma de la columna.

Toda esta descripción sobre la alteración postural del niño que respira por la boca, desde la cabeza hasta los pies, es una cascada que se inicia al separar los labios superior e

inferior y bajar la lengua alejándose de su posición natural de contacto con el paladar. En ese momento, el aire ignora a la nariz, ingresa al cuerpo por la boca y comienza a ser “... el escultor del cuerpo y el combustible del cerebro”.

LA SONRISA

En nuestra rutina, vivimos esclavos de una lista de prioridades; por ello, en niños o bebés con discapacidad, el cepillado de sus dientes no es prioritario, habitualmente es defectuoso o nulo.

Se culpan a los jarabes o la dieta hipercalórica y blanda que, sumadas al agotamiento de los padres y a la poca colaboración de los niños, son una receta magistral para las caries y gingivitis. También ayuda el uso prolongado de la mamadera.

La inflamación de las encías se potencia principalmente por dos causas: la masticación disminuida o nula y la ingesta de algunos anticonvulsivantes, sobre todo del grupo de la fenitoína (muy poco utilizada en la actualidad). Cuando la medicación es prolongada en el tiempo, se suma la aparición de infecciones oportunistas como los hongos bucales, denominadas candidiasis.

Todas estas situaciones son tierra fértil para que, ante el gatillo del SRB, se desencadene y potencie el círculo vicioso. Algunas frases que suelo escuchar en la consulta son: “No le cepillo los dientes a mi nene porque le sangran las encías” (le van a sangrar cada día más). “Come solo papillas porque se ahoga, no sabe masticar” (y de esta manera tampoco va a aprender). “Si mi hijo no toma la mamadera no se duerme”, (tiene tres años y su boca llena de dientes). “No quiere dejar el chupete” (también tiene tres años). Todas estas son potentes ayudas muy útiles para tener más caries y las encías más inflamadas.

Si sumamos a esta situación que, desde las publicidades comerciales, nos bombardean con información como: “con este enjuague o pasta dental el efecto dura doce horas”, pero no aclaran que ese es el efecto perfume. Porque la importancia del cepillado recae en la física, en el acto de remover mecánicamente la placa bacteriana, no en la química de pastas o enjuagues, salvo específica indicación profesional. Entonces tenemos a consumistas engañados que, por la necesidad de una solu-

ción fácil y rápida —sin consultar con un profesional— confían en que con “ese” enjuague están cubiertos del riesgo de caries e inflamación de sus encías. Podríamos continuar con los engaños de las publicidades con respecto a los alimentos, bebidas, cepillos dentales, etc. La solución mágica para no ser engañado consta básicamente de dos puntos: a) no querer ser engañado y b) investigar, consultar con un profesional los verdaderos efectos del producto.

SISTEMA AUTOLIMPIANTE

La lengua debería “acariciar” al paladar durante los procesos de deglución y de fonación. Durante los momentos de reposo bucal o aparente inactividad, la lengua debería permanecer en contacto con el paladar.

La masticación ausente o defectuosa elimina el efecto de “autolimpieza” superficial que habitualmente se realiza sobre dientes, lengua, cachetes y paladar con la ingesta de alimentos duros o fibrosos.

Las arrugas o surcos palatinos, que se encuentran en la parte más anterior del paladar, por detrás de los incisivos, son prominentes y retienen placa bacteriana, por no tener roce con la lengua. Al retener restos alimenticios, estos entran en descomposición. Estas situaciones descritas generan un caldo de cultivo que, si potencia a la alimentación inadecuada, dificulta el proceso digestivo, el mal aliento o halitosis y el babeo.

Una característica típica del SRB es que el labio inferior, sólo el inferior, se presenta paspado, reseco, aumentado de tamaño y evertido. ¿Por qué sólo el labio inferior está inflamado? Porque al estar la boca abierta para respirar, la entrada y salida de aire reseca e irrita al labio inferior que está en el camino. El labio superior está escondido, esquivando el pasaje aéreo, enrollado delante de los incisivos superiores (fig. 16).

Si la resequedad de los labios fuera producto del clima como el viento, el frío o el sol, dichos labios estarían afectados de igual manera tanto el superior como el inferior, porque los dos se ven expuestos al mismo clima.

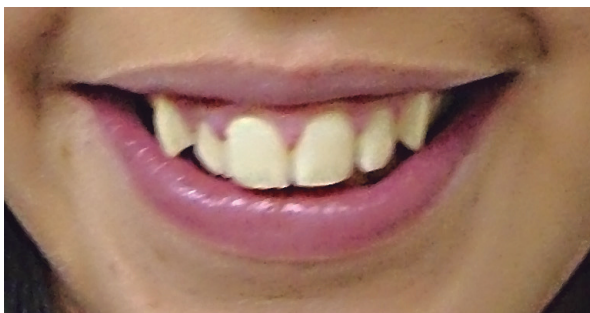


IMAGEN FIG 16: En esta imagen notamos la diferencia entre ambos labios en una niña respiradora bucal. El labio superior se mantiene como testigo de la normalidad, mientras el labio inferior se muestra evertido, aumentado de tamaño y de coloración más intensa.

LABORATORIO

Como es de esperar, podemos agregar que los valores de análisis sanguíneos de laboratorio estarán alterados, presentando una ligera anemia, hipoglobulinemia y ligera leucocitosis. Estos datos nos confirman que el aire también es el motor del cerebro.

Una vez descritas y detalladas las alteraciones que produce el hábito de respirar por la boca en un niño en edad de crecimiento, estamos en condiciones de afirmar la importancia de la respiración nasal.

Terminamos esta primera parte del libro luego de haber descrito las diferentes formas naturales de respirar y sus impensadas pero lógicas consecuencias. En la segunda parte, veremos diferentes maniobras y conductas preventivas para evitar la instalación del SRB desde el momento del nacimiento.

**¿CÓMO MEJORAMOS
EL COMBUSTIBLE QUE
UTILIZAMOS?**

Qué sería de esta vida, si no tuviéramos
el valor de intentar algo.
Vincent Van Gogh

2.1 ES MEJOR PREVENIR QUE CURAR

Para cada etapa hay un tratamiento y para cada niño hay una solución adaptada a su situación. Les voy a compartir nuestro lema en el consultorio: “El mejor tratamiento es el que no se realiza”. Si el tratamiento no se hace es porque no es necesario ya que, antes de que actuaran las causas generadoras de la enfermedad, estuvo presente la prevención. Créanme que es mucho más sencillo y gratificante trabajar en prevención que en limitar el daño.

Como ya lo mencionamos, el SRB es muy complejo y su tratamiento implica a varias especialidades, pero los que realmente van a transpirar la camiseta, las estrellas del tratamiento, son los padres. Porque se convierte en una “consulta” con sus hijos de veinticuatro horas los siete días a la semana, sin domingos ni feriados, en la que trabajan en el control de hábitos, de alimentación, del sueño, de la recreación y mucho más. Entonces surge la pregunta: ¿Para qué cambiar o adaptarnos en nuestros hábitos, si hasta ahora sobrevivimos bien? Podemos decir que todos tenemos la capacidad de encontrar el valor para intentarlo, de dejar de sobrevivir y comenzar a vivir.

La detección temprana de cualquier enfermedad favorece su tratamiento, siendo más fácil y menos costosa. En el caso del síndrome del respirador bucal, minimiza o elimina los problemas esqueléticos, dentarios y musculares antes del recambio dentario. Su detección logra aumentar la calidad de vida del niño y evita el desarrollo del síndrome durante el período de crecimiento.

A su vez, permite interceptar la instalación de deformaciones, que podrían llegar a ser severas y dejar profundas huellas funcionales, estructurales y psicológicas en el paciente afectado, y que muchas veces, con el tiempo, lo lleva a un quirófano buscando con desesperación alguna mejoría.

Cuando llega a mi consulta alguna familia con un niño con un caso severo, les comento a los padres que son preferibles siete años de rehabilitación ambulatoria a siete horas de quirófano (que también necesitan tratamiento previo y posterior de rehabilitación ambulatoria).

Afortunadamente existen malas oclusiones o dientes desacomodados, porque por culpa de ellos, los padres traen a sus hijos a la consulta. Los dientes torcidos serían como la mancha de humedad que comentamos en la introducción. El tema es que sólo son signos. Ocupan el cuarto lugar en prioridad para tratar: primero está la respiración bucal, segundo la deglución con todos sus estadios —como lo es la masticación—, tercero la articulación fonética, y cuarto y último lugar, la estética de la correcta posición dentaria. Generalmente, si las etapas anteriores están solucionadas, la estética dentaria aparece casi como por arte de magia.

Cuando un padre, acompañante, familiar o docente detecta algún signo o síntoma persistente de la respiración bucal en un niño, es muy importante consultar con algún profesional del equipo interdisciplinario que lo trata: pediatra, odontólogo, fonoaudiólogo (logopeda), otorrinolaringólogo, etc. Usualmente en la consulta, el profesional considera aspectos generales sobre el estado de salud del niño, por eso es importante que los padres manifiesten su preocupación puntual por la respiración bucal de su hijo.

Debemos tener en cuenta que, en el transcurso de un resfrío o una congestión de sus vías aéreas superiores que se presentan de manera esporádica, el niño va a respirar por la boca. Esta situación debe ser temporal. Cuando el niño se sana de su afección respiratoria, puede recuperar su respiración nasal, u olvidarla, por haber encontrado un camino más corto y fácil e instaurar definitivamente una respiración bucal. Si, una vez recuperado de su afección, la respiración bucal persiste, es en ese momento en el que debemos consultar y trabajar en revertir la instalación del síndrome de respiración bucal. Suele suceder que un resfrío o una gripe no son tratados correctamente, lo que provoca que pasen muchos días conviviendo con la congestión y tener el riesgo de que se acostumbren a esa situación.

Habitualmente sólo son tratados los síntomas del SRB y no sus causas. Debido a esto las recidivas son muy frecuentes y muchas veces se constata una mejoría temporal. Debemos tratar la causa del problema y no sus complicaciones. Como lo mencionamos en la

Introducción, está el ejemplo que para solucionar el problema de la mancha de humedad, no hay que enmascararla,. Primero hay que arreglar la causa que la produce. Porque si solamente tapamos la mancha, con el tiempo reaparecerá más grave aún.

La pregunta más frecuente de los padres es: ¿a qué edad se debe comenzar el tratamiento? La respuesta es: apenas se lo detecte, no importa la edad.

Pero debemos tener en claro que la prevención comienza cuando nace. Al principio sólo se trata de trabajar en recuperar la función, y si nos permitimos que la disfunción se instale y evolucione, el tratamiento va a prolongarse al tener que recuperar la forma para recién después rehabilitar a la función.

De ninguna manera nos será posible rehabilitar la función respiratoria si primero no recuperamos, para la edad de ese niño, la forma adecuada de sus maxilares.

Al nacer, la mayor percepción táctil está desarrollada más en los labios y la lengua que en los dedos. La succión es una función exploratoria y al mismo tiempo ejercita el sistema de percepción más sensible del cuerpo. El lactante usa su cara y su boca para funciones perceptivas, aún más que sus manos, y así continúa en el curso de su vida. En el hombre, la zona oral presenta el nivel más alto de funciones sensoriales integradas. Las funciones orales del recién nacido son guiadas por estímulos táctiles locales, en particular de los labios y de la parte frontal de la lengua.

2.2 LA TETA PRIMERO

Si queremos complicarnos lo menos posible, nos conviene “pensar en natural”. Significa que debemos intentar imitar lo que se ha realizado y se realiza hasta ahora en la naturaleza. Los mamíferos alimentan a sus crías con la leche de sus mamas desde el momento de nacer hasta cuando comienza la erupción de los dientes temporarios o de leche; ellas dejan de amamantar a sus crías y estimulan al comienzo de una dieta de sólidos. Por eso se llaman mamíferos, y nosotros... isomos mamíferos!

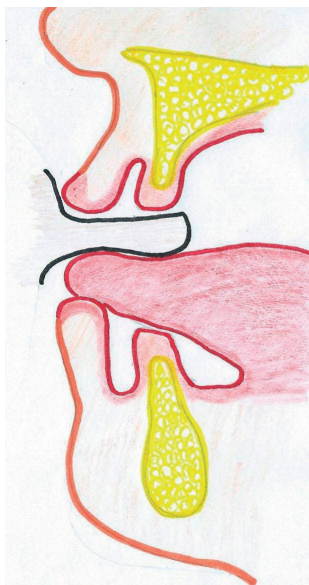


IMAGEN FIG 17: Esquema de perfil del momento de succión nutritiva de un bebé. El pezón materno se sostiene entre la lengua y el rodete superior, mientras los labios actúan sellando la succión.

La primera leche materna que produce la mujer luego de que el bebé nace se llama calostro. Es un concentrado de nutrientes y anticuerpos que el bebé debe recibir al nacer porque es tan importante como una vacuna para prevenir las infecciones más comunes. El bebé debe estar en contacto con el pecho de su madre al nacer y debe ser amamantado dentro de la primera hora de vida. Este contacto primario también redundará en ventajas para ambos, madre e hijo. Porque el efecto de succión que ejerce el bebé sobre el pezón materno libera hormonas que ayudan a que la recuperación post parto materna comience inmediatamente. Por esa cuestión de necesidad del bebé de alimentarse y de la mamá de alimentar, se genera esa conexión única, inexplicable que durará hasta que la muerte los separe (fig. 17).

El acto de amamantar es muy beneficioso para el bebé y la mamá. Está disponible a toda hora y en cualquier lugar. Así, la leche materna debe ser el único alimento que reciba el bebé durante los primeros seis meses de vida porque le brinda todos los elementos que necesita

para su crecimiento y desarrollo saludable. Esta práctica acostumbra al bebé a respirar por la nariz. No se debe alimentar al niño con jugos, agua, té ni ningún otro líquido.

Si por alguna circunstancia la lactancia materna no fuera posible, es importante que en el momento de alimentar al bebé, lo realice la mamá, aunque sea con la mamadera o biberón.

2.3 USO DE LA MAMADERA (BIBERÓN)

Hay situaciones que no son las ideales, por ejemplo cuando no es posible la lactancia materna y nos vemos forzados a buscar alternativas. En algunos casos, afortunadamente los menos, se utiliza la sonda nasogástrica. Cuando es utilizada, es de mucha importancia intentar estimular el reflejo de succión con un chupete, o el dedo de la mamá, aunque no sean para su nutrición, ese reflejo es muy relevante para el desarrollo y madurez del bebé.

Tomemos el caso de un bebé que por uno u otro motivo estuvo seis meses con una sonda, y durante todo ese tiempo solamente recibió alimento porque venía su mamá o la enfermera y con una jeringa inyectaba el alimento en la sonda para que entrara en su cuerpo. ¿Qué tipo de contacto ha tenido este bebé con el alimento? Ninguno. ¿De qué manera este niño puede desarrollar su paladar, su gusto? ¿De qué manera este niño puede estimular su tono muscular lingual y labial? Ahora fijémonos en el bebé que estaba a su lado; también fue alimentado por sonda durante seis meses, pero durante su alimentación, la mamá además tomó el alimento con el dedo o un chupete y se lo puso en su paladar, dejó que el niño sintiera el gusto, que moviera su lengua contra el paladar. Este niño tuvo la posibilidad de despertar y estimular sus funciones normales adaptándose para el momento en que tuviera que alimentarse por sí mismo. ¿A cuál de los dos niños les parece que le va a ser más sencillo rehabilitarse? Sin dudar, podemos asegurar que al segundo.

Describimos la forma adecuada de alimentarse de un bebé, ejerciendo la succión nutritiva (SN): sostener el pezón con los labios y ejercer la succión entre el rodete superior y la lengua, liberando el contacto lengua-paladar sólo para permitir el pasaje de la leche materna.

La segunda elección después de la teta, es la mamadera o biberón. En este caso debemos intentar que la succión que tenga que hacer el bebé se parezca en la mayor medida posible al acto de tomar de la teta. De esta manera nos aseguramos que al tomar la mamadera el bebé succione haciendo trabajar sus músculos y generando presiones neumáticas que estimulan su desarrollo muscular y óseo, de la manera más parecida a la forma de succión natural (fig. 17).

Si el orificio es mayor, los niños sólo tragan, sin hacer trabajar a su musculatura, retrasando toda posibilidad de desarrollar sus funciones deglutorias de manera satisfactoria. Si no se estimula la musculatura afectada a la succión, la mandíbula no tendrá estímulos de crecimiento producidos por el movimiento de adelantamiento. Al quedarse retrasada, comprime los canales por donde debe pasar el aire y los alimentos.

Por otra parte, cuando comienzan a erupcionar los primeros dientes, alrededor de los seis meses de edad, los bebés no deberían dormirse tomando la leche. Una justificación muy sencilla sería considerar que el pezón materno es tomado por el bebé entre su encía superior o rodete y la lengua; pero cuando los incisivos superiores erupcionan, este cierre natural es modificado para no lastimar a la madre. Otra causa que condiciona mantener la succión de los niños cuando han erupcionado sus dientes, es que aunque la leche no esté azucarada, está conformada por hidratos de carbono. Esto significa que si la leche se mantiene en boca durante el sueño y sus restos no son removidos con el cepillado, son cariogénicos. Con esta acción de mantener a los elementos generadores de caries en boca, sostenida en el tiempo, induce a que los dientes superiores se pongan negros por la caries. Esta situación no sólo es antiestética sino que también es un foco infeccioso que genera dolor.

2.4 ¿ES BUENO USAR EL CHUPETE?

Los niños poseen una necesidad biológica de succionar, llamada “succión no nutritiva” o SNN, que se manifiesta en la succión de sus dedos, pulgares, puños, biberones, chupetes, mantitas, etc. La SNN es normal en todos los niños y se inicia cuando el bebé está en el vientre de su madre, alrededor de la décima semana de vida intrauterina.

El uso del chupete se considera como un hábito de succión no nutritiva, SNN, presente desde que está en la panza de la mamá.

Existen registros sobre el uso del chupete desde el año 1000 a.c. Claro es que no eran como los actuales, sino hierbas envueltas en telas que permitían un sabor agradable y satisfacer la necesidad de succionar. En los registros figura que el primer chupete que se patentó fue en EE.UU en septiembre de 1900.

En el año 1993, estudios epidemiológicos demostraron que el chupete protege al niño del síndrome de muerte súbita del lactante, SMSL⁵, y evita el hábito de succión digital⁶. Pero también el chupete puede aumentar la incidencia de otitis media por interponerse entre la lengua y el paladar en mayor volumen y tiempo que el pezón materno, y de esta manera, coloca y educa a la lengua en una actitud postural baja y dificulta el cierre oral posterior, (contacto entre la parte posterior de lengua y paladar blando o el tercio posterior palatino). También puede causar problemas dentales por el crecimiento alterado de los maxilares. Esta situación favorece la instauración del SRB.

Por el placer que la succión produce en los niños la SNN, hasta los dos años se considera útil su uso. La tetina del chupete debe ser como la de la mamadera, lo más pequeña posible. La razón es que por no estar relacionada con la alimentación pero sí con el placer, está durante muchas horas al día en la boca del niño. Se interpone durante demasiado tiempo entre dos parejas que debemos cuidar y mantener: a) lengua y paladar; b) labio superior y labio inferior.

Desde el punto de vista profesional, es muy buena noticia para los que trabajamos en la rehabilitación respiratoria porque nos aseguramos mucho trabajo con un flujo incesante de pacientes. Pero si me pongo en el rol de madre, es duro darse cuenta de que, por no tener la información correcta, estoy acostumbrando a mi hijo a tener un hábito que va a alterar sus funciones básicas al deformar primero su boca y luego continuará con el resto de su cuerpo.

El mal uso del chupete va a desencadenar una sucesión de acostubramientos patológicos que si no se tratan y revierten a tiempo, van a predisponer al bebé a respirar por la boca y estar mal oxigenado, y todas las consecuencias que esto acarrea. Por estas razones repito y subrayo la impor-

tancia de que, ante cualquier duda, se debe consultar con un profesional.

Estudios realizados sobre los patrones de succión en niños, describen que si un bebé succiona dos o tres veces y luego traga, o si succiona una vez y luego traga, va a mantener ese patrón de succión si se le vuelve a pedir que succione 10 años después. Esto nos demuestra cómo los hábitos realizados desde el nacimiento quedan grabados en nuestro cerebro de una manera muy profunda. Si a un bebé le colocamos en su boca un chupete y le permitimos mantenerlo aun después de que su organismo no necesita de la SNN (pero la comodidad de sus padres sí), grabamos en sus costumbres que la lengua debe estar baja, en el piso de la boca separada del paladar con los labios entreabiertos.

⁵En el año 1993, Mitchell realizó un estudio de casos control e informó que el chupete es un factor protector contra el SMSL. Posteriormente, otros estudios confirmaron su hipótesis. En Inglaterra, Fleming realizó un estudio de casos control en el año 1996 y describió el efecto protector del chupete. En el año 1999, Fleming informó acerca de la disminución de la incidencia del SMSL entre aquellos niños que utilizaban chupete. En un estudio realizado en Noruega, el odd ratio de quienes utilizaban chupete osciló entre el 0,27 al 0,59 (1,5 a 4 veces menos riesgo). En un estudio realizado en Holanda, se observó que el chupete constituía un factor de protección del SMSL independientemente de otros factores de riesgo, como la posición prona para dormir al niño y la ropa de cama acolchado. Asimismo, en otro estudio de casos control realizado en Holanda, se observó un efecto protector asociado a la utilización del chupete, con un odds ratio de 0,05. En un estudio de casos control basado en la población, realizado en Chicago entre los años 1993 y 1996, se asoció al chupete con la disminución del riesgo (OR no ajustado .03 (0,2 - 0,5). En el año 2005, Hauck publicó un meta-análisis de todas las investigaciones a la fecha realizadas relativas la validez de la evidencia del chupete como mecanismo protector del SMSL. Como conclusión, afirmó que existe una fuerte asociación entre la utilización del chupete y la disminución del riesgo del SMSL.

⁶En las sociedades de occidente, el uso del chupete es una práctica habitual (del 45% al 60% de los niños lo utilizan), además de la succión del dedo o el pulgar (del 15% al 30%). En este contexto, durante los últimos 30 años, la utilización del chupete ha aumentado y la succión del dedo ha disminuido. En Suecia, entre los años 1950 a 1983, la utilización del chupete se incrementó del 10% al 70%. La succión del pulgar decayó del 50% al 15%.

⁷Instituto Nacional de la Propiedad Intelectual República Argentina. Patente en trámite Modelo de Utilidad sobre Dispositivo para la succión no nutritiva del lactante N°M 13 01 02004. Solicitante: Silvia Galetti.

Si nos detenemos a observar los chupetes que nos ofrece el mercado, algunos se parecen a una lamparita de luz, que son totalmente disfuncionantes por donde queramos analizarlos. Además de que todos rompen las uniones bilabiales y linguo-palatino, también ejercen una fuerte presión sobre el techo de la boca y el piso de la nariz curvándolos hacia arriba. De esta manera disminuye el calibre aéreo nasal y se profundiza y estrecha al paladar. Aunque nuestro niño no tuviera una predisposición de ser respirador bucal, se altera la forma de su boca y nariz, porque se modifican sus huesos maxilares, se anula el espacio aéreo nasal para trasladar a ese pasillo al paladar, la lengua es desterrada al sótano de la boca en lugar de vivir en la planta alta donde debe estar pegada y compañera del paladar.

Por desconocer el correcto uso del chupete y caer en un abuso, se prepara el terreno para tener un respirador bucal nato. Por estas razones se trata de informar masivamente sobre el uso adecuado del chupete y de la mamadera.

En la actualidad trabajamos en desarrollar un chupete que permita el hábito de la SNN sin romper el contacto linguo-palatino. Sí, aunque no lo crean; es posible contar con los beneficios de la succión no nutritiva como la disminución de la incidencia de muerte súbita y del hábito de la succión digital sin alterar el contacto entre lengua y paladar (Fig. 18).



IMAGEN FIG 18: Propuesta actual de chupete funcional: Izquierda, gráfico en 3D. Derecha, prototipo realizado por el INPI, ambos corresponden al chupete que permite el estímulo de succión y a su vez no rompe la unión linguo-palatina.

En este prototipo para la SNN, la parte activa, neumática o intrabucal que denominamos tetina, en lugar de estimular el crecimiento en alto del paladar, potencia su crecimiento en ancho sin modificar la correcta posición lingual. Esto se debe a que permite el contacto tan necesario y tan poco cuidado de la lengua con el paladar.

De esta manera podemos decir que a este nuevo chupete lo recomendamos también para que lo usen niños prematuros que son alimentados por sonda, para estimular y mantener el reflejo de succión; y en lactantes también, después del primer mes de vida para permitir que la lactancia se afiance. Usar este tipo de chupete permitiría mantener los efectos positivos del clásico chupete y disminuir los perjudiciales de su uso para nuestro bebé (Figs. 19 y 20).

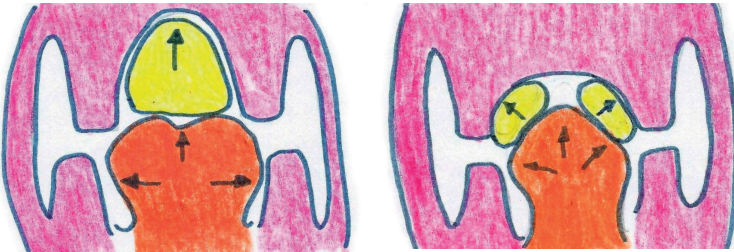


IMAGEN FIG 19: Esquemas de frente de dos momentos de succión: izquierda, un chupete convencional interpone su tetina entre lengua y paladar, estimulando el crecimiento en alto y angostando al techo de la boca. Derecha, la propuesta actual es que el la tetina ocasione el reflejo de succión y a su vez permita el contacto linguo-palatino, estimulando el desarrollo transversal palatino.

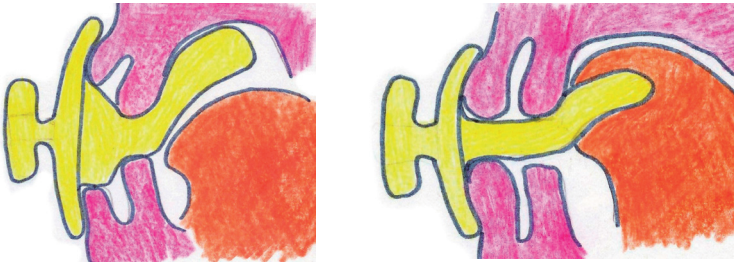


IMAGEN FIG 20: Esquemas de perfil de dos momentos de succión: izquierda, un chupete convencional interpone su tetina entre lengua y paladar. Derecha, la propuesta actual es que el la tetina ocasione el reflejo de succión y a su vez permita el contacto linguo-palatino.

Es muy importante que dentro de la primera hora de nacido el bebé, comience la succión de la teta de la mamá. Está claro que es una situación ideal. Si por alguna razón no fuera posible, como en bebés que por riesgo de vida deben ser alimentados desde su nacimiento mediante la sonda nasogástrica, es esencial despertar el acto reflejo de succión lo antes posible, con un chupete adaptado al tamaño de la boca del bebé. La prioridad es estabilizar al bebé con las maniobras que sean necesarias, pero debemos ser conscientes de que, una vez controlados todos los parámetros, se debe estimular la succión.

El mecanismo neuromuscular que se pone en marcha al momento que el bebé activa la succión es de vital importancia para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Pero como todo en esta vida, nada es para siempre, y el placer que produce la succión no nutritiva, tiene un plazo.

2.5 ¡SACÁTE EL DEDO DE LA BOCA!

Otro hábito que no debemos descuidar porque acarrea muchas consecuencias no deseables, es la succión digital o el acto de chuparse el dedo. Esta acción tiene similares consecuencias que el mal uso del chupete con el agravante de que el dedo uno lo lleva siempre consigo! Depende de la cantidad de dedos que entran a la boca —varía entre uno y cuatro— y la posición del resto sobre la cara, también se suele alterar la forma nasal además de la forma de los maxilares superior e inferior.

Se suma a las alteraciones ya descritas, una autoagresión al cuerpo, en este caso el dedo. Con la ayuda profesional adecuada se puede revertir. Depende de cada niño. Hay muchos tratamientos posibles para controlar este hábito. Recordemos que cada niño está en una circunstancia en particular que implica una atención adaptada a su realidad (fig. 21).

Una vez controlado el hábito, hay que evaluar si éste generó una alteración en la forma. Si está alterada, hay que dedicarse a recuperarla antes de pensar en corregir la función. ¿Por qué?

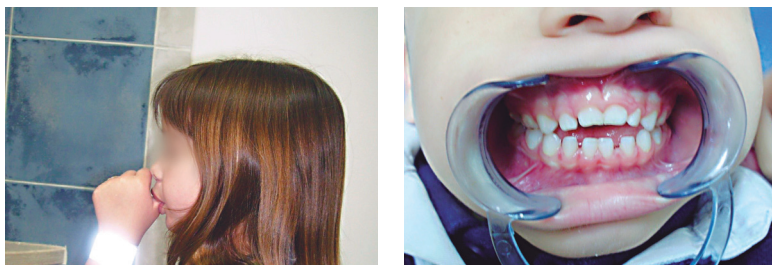


IMAGEN FIG 21: A la izquierda observamos a una niña con el hábito de la succión de su pulgar. A la derecha una foto de su boca, mientras muerde. Aunque las muelitas están en contacto, los incisivos no, lo que denominamos mordida abierta anterior. Nótese que los cuellos de los incisivos superiores describen un arco con concavidad inferior para ilustrar se está modificando al hueso del maxilar.

Porque en un niño con la boca como la de la Fig.19 si eliminamos el uso del chupete o la succión digital, pero no corregimos la forma, la lengua por dentro y el labio inferior por fuera ocuparán necesariamente ese espacio manteniendo la deglución infantil.

2.6 TIEMPO LÍMITE

Sea el dedo, el chupete o la mamadera, el tope máximo de uso son los dos años. Después de esa edad hay que trabajar en sacar el hábito del chupete y de la mamadera. ¿Por qué? Porque el niño no es un bebé, tiene la boca con suficientes dientes que la naturaleza le dio para que comience a alimentarse con una dieta fibrosa a la que puede cortar, moler y desgarrar con sus dientes temporarios o de leche. Al beber de un vaso o una taza comienza a trabajar en darles tono a sus músculos labiales y compañeros. De esta manera se trabajará desde edad temprana en el cierre bilabial y la correcta postura lingual. Más aún, trabajamos en nada más ni nada menos que en aprender a vivir bien oxigenado para desarrollar su mente y su cuerpo de la mejor manera: oxigenado.

Como se ha explicado anteriormente, el SRB es complejo, por eso necesita ser tratado desde muchos aspectos. Priorizaremos trabajar sobre los hábitos ya instalados. Un ejemplo es cuando el niño se duerme con la mamadera o el chupete. A partir del año los bebés en su mayoría no necesitan irse a dormir con la mamadera, es una comodidad para los padres pero es un hecho pernicioso para los niños porque persiste el hábito de succión inhibiendo la acción de masticación que genera la maduración neuromuscular.

A los doce meses los niños ya tienen sus primeros dientes en boca como para ingerir alimentos más consistentes. Esto permite organizar sus comidas, cuestión de no necesitar la mamadera nocturna. Significa que la mamadera tampoco debería ser necesaria para irse a dormir, ni durante la noche y mucho menos al levantarse.

Según un médico y escritor catalán⁸, dedicado a las alteraciones del sueño del niño, es muy frecuente que los chicos tomen una mamadera de agua o leche para dormirse. Sin embargo asegura que, en la mayoría de los casos, no lo hacen porque tienen hambre o sed, sino porque lo que realmente quieren es la presencia y el calor de sus padres. Así, la mamadera se convierte en una rutina asociada al sueño que requiere de la intervención de la mamá o el papá para prepararla y, en muchos casos, dársela en la boca a sus hijos. Por ello no deben confundirse las dos cosas: la presencia de los papás para tranquilizar el sueño de sus hijos, por un lado; y la presencia de una mamadera, por otro.

Si los padres ordenan las comidas de los chicos para que no necesiten alimentarse justo antes de dormir, se puede proceder a enseñarles a conciliar el sueño sin depender de una mamadera.

2.7 DEDOS TRISTES

Cuando recibo en mi consulta a un niño por primera vez, es rutina tomarle sus manitas. Entre tantos beneficios, esta acción me sirve para detectar si se come las uñas y/o cutículas (fig. 22). Habitualmente

⁸Eduard Estivill, co-autor del best seller “Duérmete niño”.

les digo a mis pacientitos que tienen este hábito, onicofagia, que sus dedos están tristes por las heridas crónicas. Ellos suelen corregirme respondiendo: “no me como las uñas, me las corto con los dientes”.

Si analizamos el hábito, podemos describir una alteración de la forma y otra alteración psicológica. Con respecto a la forma no sólo vamos a nombrar a la inflamación y frecuentes infecciones de la zona que rodean a las uñas de los dedos, sino que también vamos a referirnos a los cambios en la boca y en la articulación témporo-mandibular, ATM.

A nivel dentario, generalmente los más afectados son los incisivos y en menor grado los caninos. Se observan desgastes prematuros en sus bordes incisales o cúspides caninas. Para que contacten los incisivos superiores con los inferiores debemos bajar y adelantar a la mandíbula. Esta acción produce una posición forzada que tensa a los ligamentos y favorece que el disco articular migre de su posición protectora entre ambas superficies óseas articulares. Podemos decir que este disco o menisco se corre del medio y no trabaja protegiendo a las superficies duras.

Muchas veces, cuando al abrir o cerrar la boca sentimos un salto en la mandíbula, con o sin ruido, se debe a que el disco es recapturado o que migró. Cuando el acto de comerse las uñas es realizado con los caninos, se agrava el cuadro porque para que se toquen el canino

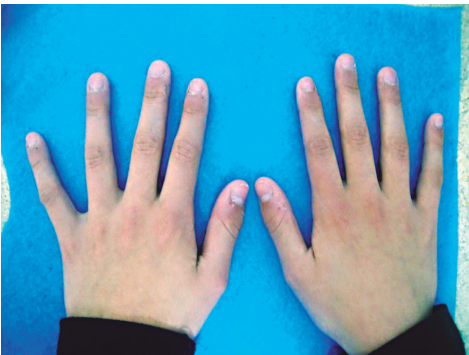


IMAGEN FIG 22: Observamos la mano de un niño que se corta las uñas de sus dedos con los dientes, lo que lleva a agredir también al tejido blando que la rodea, cutículas y piel. Habitualmente denominamos como que se “come las uñas”.

superior con el inferior de un lado, por ejemplo izquierdo, la mandíbula debe bajar, adelantarse y además, lateralizarse. Esto implica una asimetría en las fuerzas, se tensiona más el lado derecho y se presiona el lado izquierdo.

Hay diferentes curas para estos males, como poner esmaltes amargos, guantes, o como se hacía antes —hoy en día no se realiza más—atar la mano, etc. El mejor diagnóstico y tratamiento lo dará el profesional de confianza. Brindo esta información general sólo para conocer un poco más sobre este inocente hábito de comerse las uñas y sus consecuencias.

Con respecto al aspecto psicológico, con la ayuda profesional se controla y/o canaliza este hábito dañino de autoagresión. Es importante la consulta con el psicólogo porque suele reflejar un malestar relacional con los progenitores.

Recordemos que por no haber sido tratado, diariamente nos cruzamos con muchos adultos que mantienen el hábito de la onicofagia.

2.8 NIÑOS CONECTADOS

Algunos niños tienen posturas habituales que no son las más adecuadas. Un ejemplo es sentarse frente al monitor de la computadora que usualmente no está ubicado a la altura de los ojos del niño. Generalmente tienen que girar la cabeza hacia arriba, lo que denominamos hiperextensión o lordosis cervical, para poder ver el monitor: la postura adenoidea, típica del SRB (fig. 23).

Actualmente, la prolongación de las manos de nuestros niños, cada vez a edades más tempranas, es el teléfono celular (móvil) o algún aparato similar. El uso de estos artefactos durante tantas horas les hace poner la cabeza hacia abajo, posición totalmente opuesta a la de la computadora. Por una cuestión física, que tiene que ver con la ley de la gravedad, la mandíbula cae y la lengua se coloca abajo y adelante. La curvatura del cuello y la cantidad de tiempo oblitera parcialmente los canales aéreos, lo que automáticamente predispone a que el organismo tome el plan “B” y comience a respirar por la boca.



IMAGEN FIG 23: Curvatura de su espalda, cifosis dorsal, rectificación cervical con el cuello adaptando la posición de la cabeza para acceder al monitor.

La acción que se produce en los canales aéreos cuando se altera la posición de la cabeza de forma exagerada, es similar a lo que sucede en la manguera de nuestro jardín cuando al moverla, se dobla en un ángulo mayor de noventa grados y disminuye el caudal de agua. En nuestro cuello disminuye el calibre aéreo.

Esto mismo sucede con los niños con algunos síndromes como el de *Kabuki* o de *Down* que por tener los dedos con una inserción diferente, no llegan con los pulgares a completar una pinza para agarrar un objeto mediano, no pueden agarrar un autito o la muñeca con una sola mano, deben usar las dos manos e inclinan torso y cabeza hacia adelante, y favorecen la modificación de la posición lingual y mandibular también hacia abajo y adelante. También se agudiza esta postura por tener los brazos un poco más cortos.

Si de bebés están sentados en el piso, no pueden apoyarse con los brazos a sus costados, sino que deben adelantarlos y apoyar las manos un poco más adelante, inclinan su torso y repiten la postura viciosa de la lengua y la mandíbula.

En estos últimos párrafos se trazó un paralelismo entre los niños con uso prolongado de dispositivos electrónicos y los niños con alguna alteración genética. El SRB y las posturas viciosas no son discriminadoras.

También podemos afirmar que un niño síndromico potencia su mala postura al pasar un tiempo prolongado con un celular o similar de manera incorrecta.

2.9 EL POCO TACTO QUE PREDISPONE

En la palma de la mano en un niño hay una región triangular que se denomina “área analítica del tacto”. Es habitual que los niños utilicen esta zona de la palma para analizar y explorar a los objetos, como lo es, por ejemplo, el alimento. Por ello es común que en sus primeras experiencias de reconocimiento, usen el pulgar y el meñique para llevarlos a ese triángulo conformado por la unión entre estos tres puntos vistos en una mano abierta: 1° el extremo del dedo mayor, 2° el ángulo conformado entre la prolongación del pulgar y la muñeca y 3° el lado externo del pliegue de la palma por debajo del dedo meñique (fig. 24).

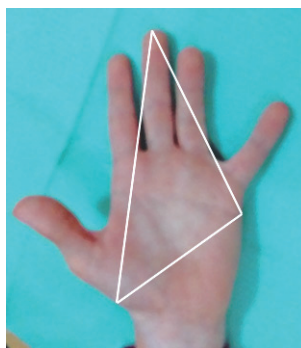
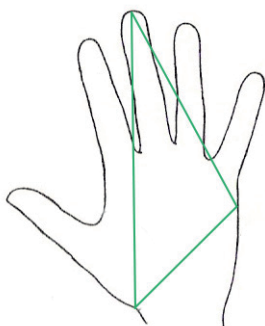


IMAGEN FIG 24: Trabajos de los Doctores Dikosky y Ludiar en los que publicaron sobre la región triangular de la palma de la mano llamada “Área analítica del tacto”.

Esta es la superficie que debemos estimular para el desarrollo táctil en los niños. Porque si no se desarrolla esta “área analítica del tacto”, su necesidad de explorar, hará que desvíen su atención y utilicen otros lugares del cuerpo. Suelen actuar como complemento las plantas de los pies y... ¡la lengua!

Cada parte de nuestro cuerpo está desarrollada y preparada para funciones y acciones específicas: la nariz para respirar, la boca para comer y hablar, por ejemplo. Si por alguna circunstancia, algunas funciones se modifican, es muy probable que se realicen en otro lugar de una manera deficiente y en desmedro de las acciones propias del sector. Cuando no respiramos por la nariz, lo hacemos por la boca, disminuyendo la calidad de la misma y dificultando la masticación, la deglución y la fonética.

Otra característica que debemos observar para intentar compensar, es que algunos niños con síndromes genéticos tienen los dedos más cortos con un meñique con extensión hacia afuera, y su pulgar con una implantación más baja. Esta modificación en la posición de los dos dedos responsables de llevar los objetos al centro de su mano les va a dificultar desarrollar su capacidad táctil de sus manos. Entonces, si a alguno le damos un objeto, lo va a tirar al piso. ¿Por qué lo tira al piso? Porque su mano no desarrolló la jerarquía que debería haber adquirido, por la simple razón de no haber sido estimulada (fig. 25).



IMAGEN FIG 25: Observamos una mano de un niño con características que sus dedos no pueden tocarse con la punta del pulgar a la base del dedo meñique. Esto dificulta la acción de agarrar algunos objetos que se podrían tomar con una mano, ellos lo deben hacer con las dos manos.

Así que este niño va a compensar la disminución de su percepción táctil con otra zona de su cuerpo que sí está estimulada, la lengua. Si no tiró el objeto al piso, se lo va a llevar a la boca, y necesariamente va a sacar la lengua. Ésta es otra invitación más para desalojar a la lengua de su correcta posición de trabajo y sacarla mientras los labios se separan por su interposición. Se llevan cada objeto que toman con ambas manos a la boca.

De esta manera suman más información a la que reportaban sus receptores táctiles, enviándola a su cerebro para identificar a este nuevo elemento.

Es común observar a los niños que llegan al consultorio y se descalzan. Lo hacen porque en sus pies tienen más receptores táctiles que en sus manos. Es importante darles una actividad a sus pies, como la de apoyo, para que estimulen y trabajen en la estimulación de sus manos.

Con respecto a la percepción táctil, si no utilizan sus manos, buscarán usar su lengua, para lo que separan los labios, la lengua baja y sale de la boca, justo, justo lo que queremos evitar. Es decir, si queremos que nuestro niño se rehabilite en su función respiratoria, postural, deglutoria y fonética, también tenemos que desarrollar su sentido del tacto en la palma de sus manos.

O sea, que además de la hipotonía muscular que ya tenemos incorporada, no debemos descuidar el estímulo del “área analítica del tacto”. Para ello debemos ocupar sus pies como apoyo para que no dividan su atención exploratoria entre la planta de los pies y la lengua, en lugar de hacerla con las manos.

2.10 DE FILTROS TAPADOS, NATURALMENTE

Como ya lo mencionamos, la nariz es el filtro de aire autolimpiante por excelencia, de nuestro organismo. No se gasta, no se recambia, no se recarga. Sólo se debe mantener limpio, acción que nos acarrea un costo significativo de pañuelos, puños y dedos. Es muy importante mantener las narinas bien higienizadas y sonarle todas las veces que sea necesario la nariz a nuestro niño (fig. 26).



IMAGEN FIG 26: En niños que no están acostumbrados a respirar por la boca, instintivamente van a intentar limpiarse la nariz - como sea -. En los niños que habitualmente respiran por la boca, tener la nariz tapada no es molestia, porque el aire ingresa por su boca. Como observamos en la foto de la derecha, la irritación crónica de la piel por la humedad de su saliva y mucosidades.

El organismo detecta cuerpos extraños en las vías aéreas superiores, tales como las partículas de polvo o alérgenos, y los envuelve en mucus para inactivar su acción irritante y favorecer su eliminación. Podríamos decir que el moco nasal es la basura embolsada de los pulmones y tubos aéreos que el organismo saca por la nariz.

La acción de aspirar con la nariz el moco o mucus nasal en lugar de sacarlo o excretarlo, ayuda a que este residuo se acumule en los senos paranasales o cavidades neumáticas que ayudan al equilibrio aéreo de nuestra cabeza, especialmente oídos y nariz. Se desecha la posibilidad de regular las presiones de aire de nuestra cabeza y dan la sensación de pesadez porque se produce lo que denominamos sinusitis. Todo esto se debe al hecho de no querer sacar los residuos “mocosos” de la nariz.

La nariz no es un depósito de mocos, es el filtro natural de aire de nuestro cuerpo.

Nuestro trabajo sería recolectarlos en un pañuelo, en el mejor de los casos. Cuando no hacemos el trabajo de recolección, el organismo no se da por vencido tan fácilmente y tiene algunos “ases en la manga” para eliminar sustancias irritantes o infecciosas —excretar—. Aunque las tenemos totalmente incorporadas como parte de nuestra vida las voy a describir para que se logre comprender su importancia: son el estornudo y la tos.

2.11 EL ESTORNUDO

Cuando el interior de la nariz está irritado por aire frío, alérgenos u olores picantes entre otros, el cerebro recibe esa información y envía mensajes a varios músculos a través del cuerpo, que trabajan juntos para producir el estornudo complejo. Es una inspiración lenta seguida de una espiración rapidísima que lanza el aire por la boca y las fosas nasales, acompañado con mucosidades y saliva de bucales y nasales. Algunos de los músculos usados en un estornudo incluyen los del estómago, pecho, cuerdas vocales, garganta y párpados. Y cuando ellos trabajan juntos a la perfección expulsan partículas de la nariz hasta ciento sesenta y un kilómetros por hora, cubriendo una superficie de siete metros cuadrados.

Es un mecanismo útil para expulsar las sustancias irritantes del aparato respiratorio. Para una persona es muy difícil mantener los ojos abiertos mientras estornuda y este reflejo de cerrar los ojos, tiene un objetivo: cuando el aire va desde los pulmones hasta la nariz puede aumentar la presión ocular y desplazar un poco los ojos haciéndoles daño. También es posible que los gérmenes contenidos en la saliva que sale disparada por la boca toquen el globo ocular y produzcan una infección. Cuando tenemos ganas de estornudar, debemos taparnos parcialmente la boca con el brazo o un pañuelo y no intentar contenerlo.

Es casi imposible estornudar sin mover la cabeza hacia delante. Un claro ejemplo es cuando entramos en contacto con la pimienta blanca. La pimienta contiene un componente irritante que se llama piperina y al entrar en contacto con las mucosas nasales, activa el mecanismo del estornudo. De esta manera el organismo evita que ingrese a sectores más sensibles, como lo son los alveolos pulmonares.

2.12 LA TOS

Consiste en una serie de espiraciones bruscas que tiene por objeto librar a los conductos aéreos de cuerpos extraños. Es una forma importante de mantener la garganta y las vías respiratorias despejadas, pero demasiada tos puede significar que se tiene una enfermedad o un trastorno. Algunas toses son secas, mientras que otras son produc-

tivas. Una tos productiva es aquella en la que se arroja moco, también llamado flema o esputo.

Como en el caso del estornudo, es recomendable taparse la boca y la nariz con un pañuelo o con el brazo cada vez que tosemos cuando tenemos ganas de toser, no debemos intentar contenerlo.

2.13 CUANDO LA CURIOSA FUE ENLAZADA

Es común, para los que estamos a diario en la consulta —o como solemos decir, “en el frente de batalla”— ir acumulando anécdotas luego de varios años de trabajo. Siempre recuerdo una de las primeras, cuando un paciente que no se podía adaptar a su nueva prótesis, me decía:

—Es que la curiosa no se acostumbra y empuja todo el tiempo.

Entonces me di cuenta de que nunca se me hubiera ocurrido mejor calificativo para nombrar a la lengua. “Curiosa” es un término que la describe como lo que es: aunque se lastime va a tocar, retocar y tratar de mover, si encuentra algo diferente en la boca. Es como si tuviera una curiosidad que supera a su instinto de preservación.

Después, con el tiempo, entendí que no era tan así: a veces la vagancia de esa lengua supera a su curiosidad, como lo es en casos que un niño tiene hipotonicidad muscular. En otros casos su instinto curioso no se puede despertar porque su lengua está “atada”.

Cuando un niño traga con dificultad y al pronunciar sus primeras palabras lo hace de una manera graciosa, nos provoca festejarlo. Este entretenimiento inicial se transforma en preocupación cuando comienza la etapa preescolar. Observamos que a sus compañeritos se les entiende mejor cuando hablan, entonces comenzamos el peregrinar por los consultorios para averiguar qué es lo que está pasando. Ésta es una de las tantas razones por las que recomiendo las consultas periódicas con el pediatra y el odontopediatra desde edades tempranas. Básicamente porque ambos profesionales observan en su integridad al niño, pero cada uno se enfoca particularmente en los campos que más le conciernen. Una consulta temprana con el odontopediatra es útil para constatar que la lengua no se puede despegar del piso de la

boca por tener un frenillo lingual corto o con una inserción anterior. A esta situación la denominamos anquiloglosia o lengua atada.

La importancia de reconocer a la lengua cuanto antes es que si está imposibilitada de moverse, por más estímulos que ejerzamos o aparatología que instalemos para su rehabilitación, todo será en vano. Primero hay que liberarla de sus ataduras para recién después rehabilitar sus funciones.

Esta situación, la de tener un frenillo lingual corto, condena a la lengua a reptar por el piso de boca. Y consecuentemente desde su formación se dificultó la succión, la deglución y la respiración; nada más ni nada menos. Una vez detectada, con una simple cirugía con anestesia local y de manera ambulatoria, se soluciona el problema. A este procedimiento se lo denomina frenectomía lingual. Luego queda evaluar las alteraciones en la forma y función producidas según el tiempo de acción, para recién entonces poder comenzar el tratamiento de rehabilitación.

Como siempre, cuanto antes se detecte y solucione, menor será el tratamiento y mejor el pronóstico. ¿Por qué? Simplemente porque la disfunción actuará por menor cantidad de tiempo y tendrá menos posibilidades de utilizar la fuerza del crecimiento para esculpir la forma ósea equivocada.

Así que un tratamiento siempre será más favorable a edades tempranas. Si llega a la consulta un adolescente o un adulto con la lengua “atada”, el tratamiento requerido posiblemente sea quirúrgico.

2.14 PARA VERTE MEJOR

Hay niños que tienen que usar lentes y usualmente, si su nariz es pequeña por la edad, no ofrece el apoyo necesario para el soporte nasal de sus anteojos. Esta situación debe preverse en el momento de elegir el modelo del armazón. Es muy común observar que los niños usan lentes pequeños con una fijación insuficiente y se desplazan hacia abajo y comprimen lateralmente las narinas (fig. 27).

Esta posición que adoptan los lentes al bajarse y permanecer por tiempos prolongados sobre la parte media y blanda de la nariz es similar



IMAGEN FIG 27: Niña con puente nasal plano, el armazón se encuentra desadaptada y apoya sobre la parte blanda de la nariz y la comprime, dificultando el pasaje aéreo. Esta misma posición suele verse en los adultos en sus lentes para leer. La diferencia es que no están en periodos de crecimiento ni en tratamiento de rehabilitación respiratoria y que lo usan en esa posición por elección.



IMAGEN FIG 28: Niña con puente nasal plano, esta conformación anatómica se compensa con el suplemento de silicona que estabiliza el armazón de los anteojos.

al que hacemos para taparnos la nariz cuando nos metemos bajo del agua. Existen aditamentos de silicona que aumentan la superficie de contacto sobre la parte ósea o rígida del puente nasal y evitan el desplazamiento de los anteojos hacia abajo (fig. 28).

Este detalle es importante para tener en cuenta en niños, aunque no sean respiradores bucales. Porque si no lo son y les comprimimos los laterales nasales, pronto lo serán. También suelo observar lentes que son fijados con una cinta tensora que se ajusta en la zona posterior de la cabeza. En estos casos, no se bajan por su cercanía pero los lentes curvan las pestañas dificultando la acción de pestañear y por lo tanto la de auto lubricar los ojos.

Como la palabra lo dice, son “anteojos” que deben estar por delante de los ojos. Si su ubicación es inferior y el niño debe mirar hacia abajo, el único problema es la compresión nasal lateral. Ahora bien,

si debe mirar hacia adelante y los lentes se encuentran en una posición inferior, es casi como un acto reflejo girar la cabeza hacia arriba, levantando el mentón para interponer los lentes entre los ojos y el horizonte. Esta posición de la cabeza acentúa la curvatura del cuello, aumentando la lordosis cervical, o provocando una adaptación cervical. Además de la contracción anómala de los músculos de cuello y espalda, que se provocará, este aumento en la curvatura del extremo superior de la columna podrá ser compensado con un incremento de la curvatura en la región dorsal, que en casos extremos se expresa con una incipiente joroba.

El tiempo que destinamos a que el profesional oftalmólogo decida si nuestro niño debe usar lentes y cuál será su graduación, es tan importante como lo es el tiempo que debemos dedicar junto al técnico para elegir el armazón más adecuado a la cara y cabeza de nuestro hijo.

Como detalle comento que habitualmente utilizo mis alicates de ortodoncia para modificar la curvatura de las patillas —cuando son metálicas— y mejorar la estabilidad de los armazones de los anteojos.

2.15 ¡A DORMIR!

¿Existirá algún lugar para dormir en el mundo que sea mejor que estar upa de mamá? Lamentablemente este placer del contacto total entre la madre y su hijo, dura poco tiempo. Pero no por esto el acto de irse a dormir debe ser una sucesión de adaptaciones a caprichos y hábitos poco saludables.

Cuando un niño se va a dormir, es muy importante que no lo haga con ningún alimento en sus manos, en su boca ni debajo de la almohada. La situación ideal es que cene, se higienice los dientes y se acueste acompañado de su almohada, no de un chupetín, de un chocolate o de un vaso de gaseosa, tampoco la mamadera. Hablamos de niños mayores de dos años.

Es recomendable que la habitación en la que pasa las horas de sueño, haya sido ventilada por lo menos una vez al día. Está demostrado que

el hombre urbano pasa entre el 80 y el 90% de su tiempo en ambientes cerrados, contaminados en mayor o menor grado y según el *National Institute for Occupational Safety and Health*, en más del 50% de estudios realizados en edificios, los problemas eran causados por una inadecuada ventilación.

Es importante que el aire del dormitorio haya circulado, se haya intercambiado con exterior, haya rotado. Aunque vivan en una ciudad con un alto índice de contaminación, el aire debe circular, porque si no, sucede que la concentración interna de contaminantes puede ser mayor que la contaminación exterior. Existe una relación entre la concentración de contaminantes externos e internos que están relacionados cuando aumentan o disminuyen. A esta relación se debe el nombre que recibe el efecto rebote de los edificios: efecto escudo.

Si a un niño respirador bucal por preferencia, que usualmente no usa el filtro de aire natural que es la nariz, le sumamos un porcentaje extra de contaminantes, estamos potenciando las posibilidades de congestiones de sus vías aéreas. La incidencia de ambientes no ventilados sobre la salud de las personas son signos y síntomas que ya se han descrito en el SRB. Debemos evitar la contaminación interna ambiental, ventilando los ambientes de la casa, porque afecta directamente la salud.

Los efectos que produce permanecer en ambientes que no tienen intercambio de aire con el exterior —no ventilados— son: dolor de cabeza, mareos, náuseas, fatiga, piel seca, irritación de ojos. En el tracto respiratorio son irritación de nariz, garganta y bronquios, congestión de senos nasales y tos.

Existe la posibilidad de provocar cambios en la reactividad bronquial, o la aparición de rinitis, asma o neumonitis hipersensitivas. Los contaminantes microbianos —bacterias, hongos o virus— pueden provocar enfermedades infecciosas.

Aunque vivan en una ciudad con un alto índice de contaminación, el aire debe circular, se deben ventilar los ambientes porque si no se hace, sucede que la concentración interna de contaminantes será mayor que la externa.

Con respecto a la temperatura ambiente, debemos controlarla sabiendo que está directamente relacionada con la ropa que usa el niño para dormir. Las corrientes de aire y la humedad contribuyen a generar ma-

lestar térmico, entre otros factores. Para consultar, la *American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers* ha desarrollado estándares, aplicables a espacios cerrados, que deben garantizar una situación de confort al 90% de la población. Para poder adaptar una vivienda con las correctas condiciones, la ayuda profesional de matriculados en seguridad e higiene es de mucha utilidad.

Si a pesar de tomar los recaudos en cuanto a la temperatura y calidad del aire de la casa, varios integrantes de la familia presentan malestar al dormir, algo hemos pasado por alto. Existe una larga lista de posibles contaminantes: la calefacción de la casa suele estar en el primer lugar, generalmente por la falta de mantenimiento de los calefactores o por su incorrecta instalación.

Además, si existiera un agente contaminante en el hogar, generalmente, los niños son los primeros en manifestar los síntomas. Son los más vulnerables y también los que habitualmente permanecen más tiempo dentro de la casa.

Más aún, si dentro del grupo familiar, un solo integrante presenta alteraciones de sueño, como el SAOS, el tratamiento no debe basarse sólo en controlar los síntomas diurnos, sino en evitar las complicaciones a largo plazo tratando la causa. La consulta profesional es la mejor indicación. Después de realizada una adecuada historia clínica enfocada en los hábitos, síntomas y signos que acompañan a los trastornos del dormir, se accede a los test y técnicas de registro - todos ellos incruentos - permiten evaluar la cantidad, calidad y alteraciones del sueño de la persona que consulta.

El estudio del sueño nocturno que se denomina polisomnografía, es una herramienta que brinda al médico los elementos necesarios para llegar al diagnóstico y establecer el tratamiento. Es utilizada para estudiar a pacientes de todas las edades, desde los recién nacidos hasta los adultos mayores. Una vez diagnosticadas las posibles causas de las alteraciones del sueño, será posible determinar el plan de tratamiento, para mejorar la calidad del sueño —y de vida— de nuestro niño.

Las recomendaciones habituales son: concurrir habitualmente a los controles con el pediatra, tratar adecuadamente todos los resfríos y rinitis, ya que los mismos favorecen los procesos inflamatorios crónicos nasales con la consiguiente hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas.

Una vez recuperado del cuadro agudo, debemos trabajar sobre la función, puede ser con la fonoaudiología o con la ortopedia funcional maxilar. Si la función no se rehabilita, seguro la forma se vuelve a perder: las adenoides vuelven a crecer, el maxilar se achica, los dientes se vuelven a torcer, y todo lo demás. La magia no existe, existe el trabajo serio y comprometido de padres, y el equipo interdisciplinario.

Puedo citar el ejemplo de que incluso en el paciente adulto, en una obstrucción nasal crónica, el armazón de la faringe sufre aún cambios de forma que muestran hasta qué punto el exceso de adaptación posicional a los trastornos de la ventilación es capaz de degradar la conformación de la región naso-faríngea.

2.16 ¡A JUGAR!

Es muy importante capitalizar a nuestro favor el beneficio de la recreación para trabajar la postura. Hay actividades que ayudan a la interacción social, sobre todo en niños con dificultades en relacionarse con sus pares. Es válido inclinarse por actividades como fútbol o básquet, pero en la manera de lo posible debemos intentar pensar en la factibilidad de introducir un deporte o una actividad que además trabaje sobre la correcta postura. La razón es que en lugar de planificar sesiones de kinesiología a medida que se vaya creciendo, vamos introduciendo el hábito de la postura correcta como un juego, casi sin darse cuenta.

Para cada edad y cada niño hay una elección. No existe una receta magistral, ni una lista de instrucciones. Si nos detenemos a observar, se podría decir que en las disciplinas de las danzas, como pueden ser las clásicas, las españolas, el folclore, se fortalece la correcta postura corporal y cefálica. Lo mismo sucede con las artes marciales o la gimnasia deportiva. Hay niños que no pueden practicar una actividad física por su dificultad motora, pero pueden tocar algún instrumento musical, o cantar, también de esta manera se educa y trabaja en su correcta respiración y tono muscular. El instrumento musical preferentemente debe ser de viento, porque, al tocarlos, los músicos trabajan en la inspiración nasal.

Con respecto a la natación, es una actividad deportiva excepcional para el desarrollo de la cavidad torácica y el tono muscular general

corporal, pero tiene dos consideraciones: se respira por la boca y en zonas con inviernos con temperaturas bajas, predispone a los niños en rehabilitación respiratoria a que tomen frío lo que genera un aumento en la incidencia de gripes y resfríos.

2.17 ESPEJITO, ESPEJITO...

Cuando leo artículos o recibo consultas sobre la cirugía estética en niños con algún síndrome genético, me da mucha tristeza esta complicidad de algunos profesionales que se fortalece con la ignorancia de los padres. Con la corrección estética se acomoda la nariz, se levantan pómulos, se armonizan los maxilares, y se tensionan los labios temporariamente, claro está. Para este carnaval de la vida, compramos una careta temporaria. Porque no tratamos al niño para compensar o curar la causa de su respiración bucal, y en poco tiempo volverá a reaparecer.

Someter a un niño a todo lo que implica el ingreso al quirófano, solo para pintar la mancha de humedad, sin tratar la causa, es una obscenidad.

2.18 ACCESORIOS PRESCINDIBLES

También en búsqueda de la belleza estética, no son pocos los adolescentes que se someten a un acto quirúrgico en el que se colocan “accesorios” en su boca o nariz, que se denominan: piercing.

Este acto de incluir de manera semipermanente en nuestro cuerpo un elemento rígido, obedece a modas y a la necesidad de pertenecer a un grupo determinado.

Sospecho que no es necesario que les explique que todo acto quirúrgico debe ser realizado preferentemente en un ambiente adecuado y con instrumental esterilizado debidamente. Estos requisitos tienen el único fin de evitar contaminaciones que originen infecciones en el paciente y son parte elemental y básica de cualquier protocolo quirúrgico.

Suponiendo que nuestro hijo adolescente se coloque un piercing con un profesional que guarde los recaudos de esterilidad para evitar cualquier riesgo de infección, les voy a contar posibles consecuencias de colocar un aditamento extraño en un músculo que por su función motora y modeladora, no está preparado para tenerlo.

La peor ubicación para colocarse un piercing es en la lengua. Órgano sensible y estratégico para la respiración, deglución, masticación y articulación fonética, que al tener un objeto extraño adosado, altera su función normal. También se distrae al contactar o golpear las piezas dentales, lo que provoca cracs de fractura en el esmalte dentario. Ya hemos comentado la importancia de la correcta función lingual y si en situaciones de aparente normalidad es difícil lograrla, ¿imagínense lo que sucede si le incorporamos un objeto de distracción? Actuamos a favor de que se instale la disfunción, para que se altere la forma.

La presencia de un objeto extraño, en cualquier posición sobre los labios, suma un roce con los incisivos y caninos. Si los músculos están en reposo el contacto será contra las coronas. Al entrar en actividad, el roce será contra los cuellos dentarios y las encías, lo que provocará una retracción gingival y ósea. Esta retracción dejará al descubierto a la raíz dentaria y disminuirá la inserción ósea. Cuando el hueso alveolar que es el que contiene a la raíz dentaria se retrae, disminuye la fijación y aumenta el brazo de palanca cada vez que se muerde, lo que provoca la hipermovilidad dentaria.

Cuando un piercing es colocado en la nariz, altera los procedimientos de higiene nasal, lo que significa que se dificulta expulsar las mucosidades nasales con un pañuelo. Se limitan las posibilidades de higiene de nuestro único y excepcional filtro de aire. También se corre el riesgo que la parte interna del piercing se desprenda y sea aspirada hacia los alveolos pulmonares, o alojada en los senos maxilares. En cualquiera de estas dos situaciones, se necesitará de una intervención quirúrgica para poder ser retirados.

En el caso de la acción prolongada en el tiempo de un objeto cuyo roce irrite a los tejidos blandos, se producirá una ulceración. Esta es una herida sumamente dolorosa. Si no se elimina el agente causante, (piercing, prótesis mal adaptadas, arista filosa de una corona fracturada, etc), y se lo deja actuar de manera crónica, esta lesión evoluciona en una úlcera traumática crónica, UTC, que no es dolorosa. La UTC integra la lista de lesiones pre-cancerosas, lo que significa que si no

se trata tiene un porcentaje, (variable según las características), de evolucionar y ser cancerosa.

2.19 ¡PERO NO TIENE AZÚCAR!

Es la excusa que habitualmente escucho cuando pregunto: “¿Comés chicles?” Tenemos tan grabado en nuestra cabeza que el azúcar provoca caries, que no aceptamos que los edulcorantes sustitutos artificiales, también. En menor porcentaje pero también son cariogénicos. Igualmente, este no es el punto, lo que vamos a remarcar es la acción compulsiva de masticar un chicle durante un tiempo prolongado y preferentemente de un sólo lado: derecho o izquierdo. Esta acción provoca un esfuerzo temprano y nocivo sobre ambas articulaciones temporo-mandibulares, ATM. Cuando cualquier articulación de nuestro cuerpo es sobreexigida, comienza el proceso de artrosis. Lo vemos por ejemplo, en el “codo de tenista”, que el deportista por exigir de más una articulación como lo hace el tenista con su codo, generalmente genera molestias y deformaciones del lado de mayor uso.

Si esta artrosis temprana de ATM, se instala en un niño con correctas funciones respiratorias y deglutorias, queda sólo en la abrasión dentaria y artrosis de ATM. Nada más que eso: una boca de un niño que por su mal uso, acelera su envejecimiento y simula ser la de un adulto.

Pero si este hábito se instala en un niño disfuncionado, todas las modificaciones en la forma se acentúan agravadas por ser en un niño en crecimiento.

2.20 CURIOSIDADES

EL HIPO: consiste en contracciones bruscas del diafragma que provocan inspiraciones también bruscas. El espasmo es seguido de un cierre rápido de las cuerdas vocales, lo cual produce un sonido característico. Con frecuencia, el hipo comienza sin razón aparente y suele desaparecer después de unos pocos minutos. En raras ocasiones, el

hilo puede durar días, semanas o meses. El hipo es común y normal en recién nacidos y en bebés. Es común asociarlo con el crecimiento.

EL BOSTEZO: u oscitación se trata de una inspiración y espiración lentas realizadas con la boca abierta. La asociamos con el sueño, pero tiene una implicancia de recambiar todos los gases residuales del pulmón. Es la acción incontrolada de abrir la boca, con separación muy amplia de las mandíbulas. Cuando se bosteza, además, se estimulan los músculos faciales, se inclina la cabeza hacia atrás, se cierran o entornan los ojos, se lagrimea, se saliva, se abren las trompas de Eustaquio del oído medio y se realizan muchas otras, aunque imprecisas, acciones cardiovasculares, neuromusculares y respiratorias. No participa la nariz.

Con estas últimas curiosidades, cerramos la segunda parte sobre algunas herramientas para tener en cuenta para evitar o compensar los hábitos del respirador bucal. A continuación ingresaremos en la tercera y última parte de este libro para redondear la idea inicial. Voy a describir el secreto del éxito para poder llegar a buen puerto con el tratamiento de rehabilitación respiratoria de un niño, o mejor dicho, de la familia.

SÓLO NOS QUEDA
DECIDIR QUÉ VAMOS
A HACER

No teman a la perfección porque
Ustedes no la alcanzarán jamás.
Salvador Dalí

3.1 DE AMOR Y DE PADRES

En algunos niños con discapacidad nos es más fácil trabajar en su rehabilitación que en aquellos que no tienen ninguna. La razón es por las verdaderas estrellas del tratamiento: sus padres. Lo que más importa, no es el diagnóstico ni el plan de tratamiento, si el profesional es el mejor o es un mediocre, si el niño colabora o no, lo que importa es que sus padres estén convencidos y lo quieran hacer.

La predisposición y participación de los padres es la piedra fundacional de cada tratamiento. Éste es el gran secreto que debemos saber para embarcarnos en un tratamiento de rehabilitación de nuestro niño. Si como padres no nos involucramos, no lo intentemos, será una pérdida de tiempo.

En el caso de que decidamos comenzar el tratamiento, claro está que nuestro trabajo no será fácil, muchas veces tendremos ganas de abandonarlo, solo es necesaria una única razón para seguir: mejorar la calidad de vida de nuestro hijo. Como padres no alcanzaremos la perfección, pero lo importante es intentarlo durante nuestro camino.

Generalmente, los padres de niños con alteraciones de salud que ya han puesto en juego su vida, entienden la importancia de mejorar su calidad de vida. Son padres que se arremangan en el consultorio y colaboran como asistentes de lujo. Esto me ayuda a que el niño se sienta seguro: “si mamá está acá, conmigo y no se enoja con la doctora a pesar de que lloro, no debe ser tan malo”. O me imagino que también el niño debe pensar: “por más de que me resista, me cepillan los dientes, ayer, hoy y seguro mañana; mejor colaboro y terminamos más rápido”.

Como fuera detallado en la primera parte: “El aire es el escultor del cuerpo y el combustible del cerebro”. Más de la mitad de los niños que no tienen una patología de base, el 54.68%, son respiradores bucales. Para arribar a un porcentaje tan significativo, podemos decir sin riesgo

de equivocarnos, que alguna colaboración externa debe existir. Hay padres que sostienen que sus hijos no pueden comer una manzana si previamente no fue rallada o cortada en “casquitos”. Que a sus niños sólo les gustan los postrecitos o las pastas. Todos son ejemplos que nos describen la prevalencia del hábito de ingerir alimentos blandos, que permiten no ser masticados y simplifican la tarea de la alimentación. Recordemos que no siempre la acción más fácil, más barata para nuestro cuerpo, es la mejor.

Estos niños prefieren los alimentos blandos a los duros porque no han sido enseñados y/o estimulados a incorporar paulatinamente el hábito de la masticación. No quiero decir que sus padres han sido malos y lo han omitido a propósito. En realidad, son comodidades adquiridas: cuando un niño empieza a comer, le damos la papilla en la boca y le tomamos fotos cuando se pinta la cara con la comida; lo consideramos muy gracioso. Pero ese mismo niño, con el tiempo y por su propio crecimiento, adquiere el hábito de tomar el tenedor sólo y alimentarse sin encastrarse.

Además de aprender a comer solito, también se quejará si la comida es dura o fibrosa porque tiene que trabajar con su masticación. Entonces, con tal de que coma todo y no se queje, su dieta se va a limitar cada vez más a ser comida blanda o semiblanda.

De pronto nos encontramos con niños de once años a los que no se les caen sus dientes temporarios porque habitualmente no mastican, o con adolescentes que no saben comer una manzana al morderla mientras la toman con su mano. Es que toman una galletita y la prenden con sus dientes y la quiebran con la mano, ini siquiera la cortan con sus incisivos!

3.2 AGOTAMIENTO “INTERCONSULTORIOS”

A veces vienen padres tan cansados de visitar tantos consultorios que tienen ganas de que les diga que no se puede hacer nada más para cuidar sus dientes. Entre la visita al pediatra, neurólogo, neumóloga, cardiólogo y tantos otros, están cansados, no tienen ganas de sumar uno más. Llegan mal predisuestos a la primera consulta, y todo lo que hablemos no les hace cambiar de opinión.

Explicarles que si su hijo respira bien, es decir si lo hace por su nariz, va a dormir, comer, hablar y tragar mejor, no es suficiente para ellos. Estamos tratando una de las causas del problema, que si es tratada va a disminuir sus múltiples consultas.

Cuando un padre llega a la consulta y se entera de todos los hábitos que tienen que empezar a trabajar para cambiar, asiente con la cabeza y aprueba las causas, pero por dentro piensa: “¡pobrecito mi hijo, para qué cambiar, si hasta ahora creció así y tan mal no está!”! Lo que más potencia esta actitud de resistencia, es que si comienzan el tratamiento ellos tienen que trabajar.

El tratamiento no implica colocar inyecciones o tomar pastillas: involucra la corrección de hábitos familiares. Nada más ni nada menos que modificar conductas habituales de la familia. Las mismas costumbres que ayudaron a que el niño tenga el SRB. No es tan simple, es realmente un compromiso importante.

3.3 POR QUERER Y NO PODER

Otros padres entienden la necesidad de modificar ciertos hábitos y se comprometen a trabajar en ello. Pero no lo logran. Por diferentes circunstancias se ven desbordados ante las dificultades de los cambios necesarios. Algunos abandonan el tratamiento, otros vuelven para intentar readecuar el tratamiento y los menos intentan continuar el tratamiento y se mienten a sí mismos sobre lo que se ha realizado en la casa. Este último grupo de padres, afortunadamente los menos, es el más triste. Con estos padres, no hay opción de una evolución favorable para la rehabilitación de su hijo mientras crezca y se desarrolle. Son los que mientras atienden a su hijo, sentados en un lateral me cuentan la cantidad de horas que usó la aparatología, o los ejercicios que hicieron juntos, aunque está a la vista que nada de eso sucedió.

Mentir sobre el tratamiento es engañarse a sí mismos, a los profesionales nos queda la certeza de que no sólo no son padres colaboradores sino que también son cómplices. Cuando el niño sea adulto, ya se acostumbró y la solución no va a ser correctiva sino que será compensatoria.

Siempre me opongo a las generalizaciones, “no todas las mujeres conducen mal o no todas las suegras son iguales”, pero me atrevo a afir-

mar que con algunas excepciones, los abuelos están para malcriar a sus nietos. Por ello es que cuando instalo un aparatito, les pido a los padres que durante los primeros días, los nietos no vean a sus abuelos. Se imaginan, un niño con un aparatito recién instalado que le modifica la posición de su lengua y llega la abuela de visita. La lengua, órgano sensitivo por excelencia con un porcentaje altísimo de receptores táctiles, que está siendo molestada para que salga del piso de boca y se encuentre con el paladar. Es ley que el primer día de instalado el aparato, hasta que se produzca el proceso de acostumbamiento, va a molestar: ¡es una invasión extraña en su boca! Si lo sumamos a esta situación que llega su abuela y lo apaña, el período de adaptación se aumenta y... ¡se agrava!

No creo conveniente culpar a las publicidades que nos invaden con mensajes como que “si tu hijo no come tal producto, no va a crecer, si ingiere esa galletita tiene el aporte de vitaminas que necesita o que sólo si toma tal bebida va a ser feliz”.

Somos los padres quienes tenemos la plena decisión de la dieta básica de nuestros hijos. Nosotros compramos los alimentos y elaboramos la comida. Claro que es más fácil y cómodo ceder en el momento de la comida a la preferencia de nuestros hijos que consumieron varias horas de publicidades de la televisión. El problema que se nos presenta acá, es un juego de roles: nosotros somos los adultos, los que deberíamos saber qué es lo más conveniente, ellos están a nuestro cuidado.

Habitualmente, en mi consulta, suelo usar el ejemplo para explicarles a los padres sobre la necesidad de tratamiento de sus hijos, contándoles que al cruzar la calle no les preguntamos: “¿me das la mano?”, sino que les decimos: “me das la mano”, cediendo el tono interrogativo al imperativo.

Siendo un joven médico, me tocó asistir a un matrimonio que se acababa de enterar, en el momento del nacimiento de su hijo, que tenía una alteración genética: trisomía del par 21 o síndrome de Down.

Lloraban y se lamentaban muy angustiados, en ese momento no podía explicarles las dificultades y cuidados que iban a tener que recorrer. Después de observarlos durante algunos minutos, se me ocurrió preguntarles qué esperaban de su hijo, me miraron y entre sollozos me contestaron: “que viva.” Muy seguro les afirmo que sí, que iba a vivir. Entonces me dicen “que juegue con amigos”. A lo que les vuelvo a asentir. Subiendo la apuesta, me insisten en sus deseos: “que vaya a la escuela”. Va a ir a la escuela y va a egresar, les contesto. Ya sin llanto, continúan con sus deseos puestos en sus intenciones: “que pueda trabajar”. Les afirmo que va tener un trabajo con el que va a poder independizarse. Entonces se miran y luego de unos segundos, me dicen: “queremos que sea feliz”. Entonces, los miro y les respondo con una pregunta: “¿Ustedes... son felices?”. Al fin de cuentas, ser felices es lo que todos buscamos en esta vida.⁹

3.4 HÁBITOS Y OTRAS YERBAS

Otras veces, el empezar un tratamiento de rehabilitación respiratoria, implica también trabajar en las adicciones familiares. Esta situación es un gran obstáculo. La adicción más común es la de las bebidas cola. Entre sus varios efectos adversos, al acompañar las comidas favorecen que los niños coman menor cantidad porque se llenan fugazmente con la bebida. Al rato de haberse levantado de la mesa después del almuerzo o la cena están buscando algo para “picar”. La respuesta más común, es: “si mi papá no come con bebida gaseosa, no puede sentarse a la mesa”.

En estos casos y en los de los fumadores les recomiendo a los padres que los padecen que como ellos son grandes y saben lo que hacen, que hagan lo que quieran pero por favor, fuera de su casa. Que no les hereden a sus hijos estos hábitos tan difíciles de abandonar. En su hogar, con su familia deben dar el ejemplo.

⁹Extracto transcripto de la conferencia del 1º Congreso Patagónico sobre Síndrome de Down Neuquén, Cipolletti. Universidad Nacional del Comahue - APASIDO - Ministerio de Educación Gobierno de Río Negro. 22, 23, 24 de Octubre 2010 que dictó el Dr. Jesús Florez Beledo, Presidente de la Fundación Iberoamericana de Síndrome de Down.

Nuestros hijos copian nuestro ejemplo, hacen lo que nosotros hacemos no lo que les decimos que hagan.

Para no cerrar este capítulo con la idea errónea de lo terrible que es ser padre, poner límites y crecer junto a nuestros hijos, voy a mostrarles en casos clínicos, la realidad de algunos tratamientos representativos sobre rehabilitación respiratoria.

Las cosas no son difíciles de hacer, lo que es difícil es ponerse en situación de hacerlas
Constantin Brancusi

3.5 LOS PROTAGONISTAS

Carlitos Tevez, quien clínicamente presenta ojeras, pómulos hundidos, labios separados, mentón adelantado y cara alargada, podemos definirlo como un adulto respirador bucal. Igualmente es un destacado deportista, con una habilidad y rendimiento físico extraordinarios, todo esto lo logra aun respirando por su boca. Imagínense: ¿Cuál sería su rendimiento si fuera respirador nasal? Y si cambiamos el ángulo de observación: si nuestros niños siendo respiradores bucales, tienen tantos avances, ¿se imaginan si fueran respiradores nasales?

La función no hace a la genética, la impronta de síndromes genéticos predisponen a la disfunción.

Aquí es donde debemos trabajar, antes de que la disfunción se manifieste. No es difícil comenzar un tratamiento, sólo hay que ponerse en situación de hacerlo. A continuación, voy a mostrarles algunos casos clínicos representativos de algunos niños que junto a sus familias asisten o han asistido a mi consulta. Sospecho, que con algunos pueden llegar a sentirse identificados. Mis niños están presentados con un nombre diferente, para preservar su identidad.

RAMIRO

Para comenzar, les presento a Ramiro, de siete años que vino a la consulta derivado desde la fundación que lo atiende¹⁰, para realizar la evaluación de su situación bucal (fig. 29). Cuando Ramiro llegó al consultorio, lo hizo “upa” de su mamá.



IMAGEN FIG 29: foto de Ramiro de frente y de perfil, también de su mordida a los 7 años, edad de su primera consulta.

A primera vista es una carita típica de un niño con Trisomía del par XXI, que tantos libros y artículos describen como características típicas o patognomónicas del Síndrome de Down. Las vamos a describir para conocer en detalle lo que siempre miramos y no vemos: observamos una mirada cansada, triste, con ojeras. La parte media de su cara está atrasada, como hundida. Sus labios separados, con la boca abierta y podemos ver su lengua apoyada abajo. Su cabeza está inclinada hacia el costado y hacia adelante.

De la foto de su boca observamos una mordida invertida, es decir los incisivos inferiores están por delante de los superiores. Ésta es la impronta de la lengua que baja para que pase el aire y empuja los incisivos inferiores hacia adelante y no estimula el paladar, en su crecimiento hacia adelante, lo que deja a sus incisivos superiores atrasados. Podemos decir que en estas fotos de su primera consulta, resalta la boca muy abierta, - para que entre todo el aire posible - y también sobresale su mirada muy cansada.

¹⁰Fundación Naceres. Sistema Terapéutico Integral Naceres de la ciudad de Neuquén.

Vamos a describir lo que no vemos pero con todo lo que ya hemos razonado en las páginas anteriores, podemos afirmar qué sucede con las funciones de Ramiro. Él es un respirador bucal por preferencia, suele babear cuando su saliva cae por sus labios, no mastica y le cuesta tragar. Porque le cuesta mucho, prefiere no jugar a la pelota, y cuando le insisten, se enoja y empuja a sus compañeritos y se va mientras lo retan por no integrarse. Además de todo, le cuesta mucho comunicarse con palabras, lo hace mediante sonidos. A la noche, le cuesta dormir y cuando por fin lo logra, suele despertarse asustado. La madre cuenta que parecen pesadillas.

Acabamos de describir clínicamente a un niño de 7 años que se presenta a la consulta. Tenemos la posibilidad de pensar y preguntarnos:

¿Trabajamos sobre la técnica de cepillado y conductas preventivas para evitar lesiones cariosas, o comenzamos el incierto camino del tratamiento en su rehabilitación respiratoria? Si Ramiro fuera mi hijo, elegiría ambos, porque es totalmente compatible realizar ambos en conjunto. Más que compatible es inminentemente necesario para el crecimiento y desarrollo de Ramiro empezar inmediatamente a recuperar los siete años de estímulos perdidos.

Continuamos con Ramiro, pero a los ocho años. Ha pasado un año, y todavía continúa con la boca abierta, pero cambió su mirada, su actitud. Respira un poco más de tiempo por la nariz. En sus dientitos, se corrigió la mordida invertida anterior que actuaba como traba en su crecimiento de maxilar superior y por ende de su tercio medio facial. Continúa con el recambio dentario y nosotros con las enseñanzas de



IMAGEN FIG 30: Foto de frente y perfil de cara de Ramiro y frente de su boca. Imágenes tomadas a un año de iniciado su tratamiento.

técnicas de cepillado, aunque no parezca. Notamos en su perfil que tiene cerrada su boca en un gesto forzado, que no nos indica naturalidad, pero sí una actitud un tanto pícaro. El esfuerzo en su perfil, se nota por el contorno de su mentón y la tensión de sus labios (fig. 30).

Si comparamos estas fotos con un año de diferencia, podemos decir que no hicimos más que corregir la forma para que todo el trabajo de mis colegas del equipo interdisciplinario caiga sobre terreno fértil. No nos debemos olvidar que ha transcurrido sólo un año.

Ramiro siete años después de la primera consulta. Es una secuencia de fotos a sus 14 años, en plena adolescencia. Se nota el cambio: su crecimiento puberal se expresa en su cara. Detengámonos un segundo en observar su cara. Sus labios cierran prácticamente sin esfuerzo. Su tercio medio facial se ha desarrollado satisfactoriamente. Su nariz trabaja en la respiración, su boca en la deglución, fonación y masticación.

En su boca, están erupcionando los caninos, pero es una boca que del uno al diez, tiene un nueve. Mejor higiene, mordida y engranaje dentario que la de muchos niños que no tienen ninguna alteración genética ni neurológica (fig. 31).

Son siete años de tratamiento, es mucho tiempo. ¿Se justifica? Cuando mejora el color de la piel, cuando desaparece el babeo y mejora su relación con los compañeros, cuando disminuyen los episodios de infecciones respiratorias durante el año, cuando duermen y descansan toda la noche, cuando comienzan a articular sus frases de manera más fluida, cuando mejora su alimentación, sí, se justifica.



IMAGEN FIG 31: Foto de frente y perfil facial y frente de la boca de Ramiro a los 14 años.

También podemos observar fotos de Ramiro en un control cuatro años después de finalizado el tratamiento (fig. 32).



IMAGEN FIG 32: Ramiro con 18 años. Observamos la estabilidad en los parámetros logrados, debida a cambios de hábitos y rehabilitación respiratoria.

En estos cuatro momentos de perfil podemos comparar y valorar la evolución a lo largo de once años. Lo que aceptamos como una norma, como una característica inamovible es la postura de su boca abierta con la lengua baja y adelantada. Ahora podemos entender que más que ser un designio para aceptar, es la causa de la necesidad imprescindible de respirar. Por su boca entra el aire, bien o mal, es la única opción que tiene para vivir. En la foto intermedia ya deja de ser obligatorio para ser opcional. En la tercera vemos que la normalidad es usar la nariz para respirar. Nos acompaña un desarrollo armónico de sus maxilares y, de toda su cara. En la cuarta, se plasma el beneficio de trabajar sobre la causa de la patología y no sobre los signos y síntomas (fig. 33).



IMAGEN FIG 33: Fotos de perfil de Ramiro al inicio del tratamiento con siete años, un año después, en controles con catorce y dieciocho años.

¿Podríamos describir ahora las características clínicas de Ramiro como las típicas de otro niño con Trisomía del par 21? ¿Saben por qué no? Ramiro no es respirador bucal. Noten que sus labios son iguales, generalmente el labio inferior está paspado, inflamado, aumentado de tamaño y evertido, el superior está impecable, porque no se usa. Acá claramente los vemos iguales, los dos trabajan bien porque su boca se usa para comer y hablar, su nariz para respirar. Simplemente eso.

Podemos describir nuevamente labios, pómulos, actitud, etc. Pero como sé que todos ustedes ya tienen clarísimo todos los cambios voy a saltar esta descripción y les voy a contar los momentos respiratorios: en la primera foto, al inicio del tratamiento Ramiro sobrevive, al año lo intenta y en la tercera encontró su equilibrio en la salud.

Me queda una pregunta... ¿Creen que Ramiro sin nuestro tratamiento hubiera tenido esta evolución? Es decir, ¿cuál sería hoy la realidad de este niño de no haber tenido el trabajo multidisciplinario que tuvo? ¿Se imaginan poder llegar solito a esta situación? (fig. 34).



IMAGEN FIG 34: Fotos de frente de Ramiro al inicio del tratamiento con siete años, un año después, en controles con catorce y dieciocho años.

Podemos decir que Ramiro sigue teniendo el síndrome de Down o Trisomía del par XXI, pero también podemos decir que después de once años de evolución desde su primer consulta, él no tiene el síndrome del respirador bucal.

Para cerrar esta descripción analizamos la comparativa de su boca en los cuatro momentos a lo largo de once años, considerando que corregir la posición de sus dientes nunca fue el objetivo, sino simplemente el motivo de la primer consulta. La posición final y mantenida se debe a la corrección de la causa que lo provocó: la respiración bucal (fig. 35).



IMAGEN FIG 35: En la primer foto, a los siete años, observamos que su maxilar inferior está por delante de su maxilar superior. En la segunda foto, a los 8 años, se corrigió la posición anterior pero no la situación lateral: el maxilar inferior, es más ancho, desborda al superior. En la tercer foto, con 14 años, aún falta terminar la erupción de algunas piezas dentales, pero existe buena relación entre sus maxilares. En la última, a los 18 años, su mordida u oclusión, ha perdurado sin contención después de cuatro años de finalizado el tratamiento.

ABRIL

Cuando nos conocimos con Abril, ella tenía dos años y seis meses. Llegó a la consulta en brazos de su madre y acompañada de su hermanita. Su hermana, unos pocos años más grande, le cantaba canciones de la Virgen María para que no se pusiera tan tensa mientras la atendía. Abril fue derivada a mi consulta porque además de frotar sus manitos de manera compulsiva, también movía su mandíbula raspando sus dientes haciendo mucho ruido, como si fuera un bruxismo intenso. Cuando su mami la dejaba recostada en el sillón odontológico, su ansiedad se manifestaba cuando se sentía invadida al revisarla o cepillarle sus dientes.

Hay momentos en nuestras vidas que nos quedan grabados a fuego. Esa primera consulta con Abril y su familia fue uno de esos momentos.

Cuando las vi a las tres en la sala de espera, las saludé y las invité a pasar al consultorio. Conversamos con la mamá y

me cuenta que quería que evaluara su estado bucal. Entonces le pregunto cómo se comunicaba con Abril y serenamente me contesta: “con la mirada”. Ante su respuesta, la miro directamente a sus ojos y fue la primera vez que una niña que acababa de conocer me habló con su mirada.

¡Bella Abril, ese regalo que me hiciste en tu primera consulta, no me lo olvido más!

Abril nació por parto natural, sin ninguna alteración aparente, todo iba sobre ruedas. Después de los catorce meses de vida, gradualmente comenzó a frotar las palmas de sus manos y a friccionar sus dientes ejerciendo movimientos de la mandíbula hacia adelante y atrás (fig. 36). Entonces comenzaron los estudios y llegó el tan buscado diagnóstico: un espectro de autismo denominado síndrome de Rett. Abril iba a ir perdiendo de a poco todas sus capacidades adquiridas: sentarse, caminar, comer.

Los profesionales de la salud generalmente no somos inventores, somos conocedores de los trabajos de nuestros predecesores, con sus virtudes y defectos. Entonces, aprovechando nuestra situación de ser descendientes en la profesión de grandes diseñadores de la ortopedia, tomamos de cada aparato ya creado la o las partes que nos puedan ser de utilidad para cada caso clínico en particular. Con Abril la prioridad no fue su respiración nasal, sino intentar controlar sus movimientos mandibulares, para luego reevaluar lo logrado y elaborar un plan de tratamiento. Instalé un aparatito fijo, cementado sobre sus molares superiores con un arco anterior para limitar sus movimientos excéntricos mandibulares. Grande fue la sorpresa, cuando a la siguiente



IMAGEN FIG 36: Abril en brazos de su mamá jugando con sus manos.

consulta después de la instalación de la placa interceptiva¹¹, la mamá me cuenta que Abril había disminuido sus episodios de convulsiones y que comenzó a dormir toda la noche.

A veces suceden estos hallazgos. Son buenos pero pocos en comparación a las frustraciones que conlleva un tratamiento de tantos años. Analizando los hechos sucedidos, puedo decir que cada trabajo que realizamos interfiere y afecta todo un sistema. Es que una alteración respiratoria altera todo, desde la posición de la cabeza hasta la planta de los pies.

Con Abril buscaba ejercer un control sobre sus movimientos excéntricos mandibulares y sin proponerlo, tuvimos la grata sorpresa. Con las superficies planas de acrílico interpuestas entre sus molares, ejercimos una desprogramación neuromuscular.

Sí, la misma relajación muscular que ejerce una placa desprogramadora sobre un adulto cuando son utilizadas para dormir como tratamiento del bruxismo. En este caso logramos utilizarla de manera permanente, cementada fija, con resultados de relajación de sus contracturas musculares y disminución de sus convulsiones. Abril comenzó a dormir mejor y por más tiempo. Si uno duerme bien, la familia descansa también durante toda la noche. Hoy Abril tiene 14 años.

TAMARA

Cuando Tamara llegó a la consulta lo hizo acompañada de su hermana y su madre, el trío fantástico. Siempre con problemas para estacionar o moverse. ¡Cuesta tanto que los conductores respeten las señales de libre acceso para personas con movilidad reducida! Al ingresar a la sala de espera ella se vestía con su mejor sonrisa, y su madre... una madre muy amante de la charla! Como le gustaba hablar, contar,

¹¹Placa Interceptiva Aitue sobre un BBC superior con superficies planas de acrílico unidas con un arco de Eshler, fue premiada como Mejor trabajo presentado en el capítulo Joven, "La Respiración Bucal como Etiopatogenia de las Discrepancias". Casos clínicos de niños con capacidades diferentes. "UN DÍA CON LAS DISCREPANCIAS", Fundación Monti. Junio 2006

preguntar. Por todo lo que Tami no podía expresar en palabras, lo hacía su madre. ¡Ella lo necesitaba!

Tamara nació con Parálisis Cerebral por haber sufrido hipoxia durante el parto. El motivo de la consulta fue por su higiene dental y sus dientes desperejados o apiñados, ¡afortunadamente! Al momento de hacer la historia clínica, pudimos describir su SRB, contractura muscular generalizada, dificultades para alimentarse, babeo y frecuentes gestos de dolor. También tenía una gran diferencia entre sus dientes que le dificultaban totalmente poder juntar los labios. Su maxilar superior era muy alargado y estrecho y su mandíbula había quedado muy atrasada y le comprimía sus vías aéreas, dificultaba la respiración y deglución.

Nos planteamos como primer objetivo poder ensanchar su paladar para permitirle a esa mandíbula que estaba estancada y escondida tan atrás que se adelantara y permitiera que se abriera la luz de la faringe para el pasaje aéreo. También al ensanchar el paladar se aumentó el espacio en el techo de la boca y simultáneamente en el piso de la nariz. Recién después de haber modificado la forma del paladar y adelantar su mandíbula, y que el otorrinolaringólogo certificara que sus V.A.S permitían el pasaje aéreo, estuvimos en condiciones de trabajar coherentemente con la fonoiatra en rehabilitar sus funciones.

Bucalmente, luego de haber creado el espacio con la disyunción, con brackets antero-superiores logramos disminuir la inclinación de sus incisivos, tan pronunciada hacia adelante para permitir que al cerrar la boca contactaran con los inferiores. De esta manera logramos que cierre los labios y que pudiera oxigenarse mejor. Con la instalación fija de las superficies planas de acrílico buscamos y conseguimos su neuro-mio-relajación.

Significa que disminuyó su contractura muscular, mejorando su posición en su cama y silla de ruedas. Mejoró su mirada, al disminuir su dolor.

CELESTE

Celeste vino a la consulta acompañada de su madre cuando todavía no tenía un diagnóstico genético. Pero eso no importaba, porque ella estaba disfuncionada: respiraba por su boca, tragaba mal y tenía la



IMAGEN FIG 37: Fotos de Celeste, a la izquierda en su primera consulta, con dos años y 8 meses. A la derecha una imagen a sus 12 años.

postura alterada para su edad. En acuerdo con sus padres y en equipo interdisciplinario, comenzamos el tratamiento de rehabilitación respiratoria (fig. 37).

Al inicio, con episodios de llanto cada vez que accedía a su boca, con reflejo nauseoso por tomarle impresiones pero con paciencia Celeste fue superando sus temores. Después de un largo y extenuante trabajo de su madre, primero con aparatología fija y luego con aparatos removibles, podemos decir que hoy usa su aparato removible de ortopedia funcional de los maxilares mejor de lo que lo usaron mis hijas. Hoy tiene una de las mejores sonrisas del mundo, tiene pasión por la música, y es muy deportista. A ella no la detiene saber que tiene una alteración en el cromosoma siete y su diagnóstico es síndrome de Williams. A Celeste le encanta vivir.

Si se limpian las puertas de la percepción,
todas las cosas aparecen como son, es decir infinitas.
William Blake

3.6 ¿QUÉ HACEMOS?

¡Qué buena pregunta! Me parece importante reconocer y aceptar que somos diferentes: cada familia es un mundo.

Cada uno vive en una circunstancia y una situación en particular. Desde el momento que ustedes se sentaron a leer este libro sobre cuidados básicos de niños en edades de crecimiento, es que algo les interesa modificar o aprender.

Puede ser que la información presentada sea mucha o tal vez, sea demasiado simple para su realidad. O una combinación de ambas.

Con esta presentación tengo como objetivo compartir el trabajo diario que se realiza con niños que están disfuncionados respiratoriamente, desde una visión de madre pero con un poco de influencia odontológica. Pueden optar por la postura de: “si hasta ahora venimos más o menos bien, ¿para qué cambiar?” o también se podrían proponer comenzar por incorporar gradualmente algunos tips. Es sólo cuestión de limpiar las puertas de la percepción, los invito a tomar su decisión.

A continuación enumeraré algunas conductas preventivas para evitar la instalación del síndrome del respirador bucal o para trabajar acompañando el tratamiento. En cualquier caso, siempre es importante el reconocer, buscar, aceptar y colaborar con la ayuda del profesional de nuestra confianza.

Les recomiendo que intenten consultar con profesionales que atiendan lo más cercano posible a sus residencias. Es habitual menospreciar a los que atienden en nuestra ciudad y sobrevalorar a los de las grandes capitales. En todos los oficios y profesiones existe un amplio rango de capacidades. Es importante nuestro aporte en la consulta de expresar nuestras necesidades y expectativas para coordinar nuestros objetivos. Tampoco debemos dejar de lado el compromiso familiar para generar modificaciones y cambios en algunos hábitos y rutinas.

Cuando se comienza un tratamiento de rehabilitación, es lógico que se prolongue en el tiempo. Al intermediar grandes distancias, éstas colaboran con el abandono del mismo porque permiten que múltiples factores intervengan en las asistencias a las consultas. Suelen surgir diferentes necesidades de consultas no programadas durante un tratamiento prolongado, la distancia con el profesional en estos casos, también es un factor importante.

Siempre debemos recordar la importancia del papel de los padres en cualquier tratamiento. En nuestra voluntad y aporte radica el éxito del mismo.

RESUMEN DE CONDUCTAS PREVENTIVAS

- A pesar de todo lo que saben amigos y vecinos, ante cualquier duda o inquietud, consultar siempre con un profesional.
- Alimentar al bebé con pecho materno por lo menos hasta los seis meses.
- Si el niño usa chupetes y/o mamaderas, éstas deben estar correctamente limpias y adaptadas.
- Evitar la succión de dedo.
- Observar cómo duermen los niños, si con la boca abierta, si roncan, si se despiertan. Estas son señales para consultar con un profesional.
- Mantener las narinas del niño bien higienizadas, o sea, sonar la nariz en lugar de inspirar los mocos.
- Preparar alimentos duros y fibrosos para estimular una masticación vigorosa favorable para en tono muscular y el desarrollo armónico de los huesos de la boca.
- Concurrir habitualmente a los controles con el pediatra.
- Tratar adecuadamente todos los resfríos y rinitis, porque cuando no son correctamente tratados, favorecen los procesos inflamatorios crónicos nasales con la consiguiente hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas.
- Practicar actividades deportivas y/o recreativas que eduquen la postura corporal.
- Lavarse las manos y las del niño antes de comer.
- Ventilar los ambientes de la casa por lo menos una vez al día.
- Evitar la colocación de piercing en cualquier parte de la boca y/o la nariz.

- Los chicles, con o sin azúcar, también son dañinos para la salud articular.
- Las golosinas con edulcorante también son cariogénicas.
- Invertir tiempo y dedicación en la elección del armazón para los lentes de nuestro niño que se adapte perfectamente a su cara, que no se deslice hacia abajo sobre la nariz.
- Adaptar la pantalla y el teclado de la computadora a la correcta posición según la altura de nuestro niño. Anualmente readaptarla, y de esta manera mejorar posturas frente a la computadora o la Tablet.
- Disminuir el tiempo del niño frente a la computadora, preferiblemente menos del justo y necesario.
- Tomarse el tiempo adecuado para sentarse con los niños para desayunar, almorzar, merendar y/o cenar.
- Controlar las ingestas entre comidas.
- No luchar contra “los molinos de viento”: en los cumpleaños de los compañeritos, las bebidas gaseosas y las golosinas serán los permitidos.
- Irse a dormir sin comida. En la cama no se come. Se escuchan los cuentos para los dulces sueños, se reza y se duerme.
- Controlar hábitos de higiene.
- Estornudar o toser tapándose la boca con el antebrazo.

EN BOCA CERRADA NO ENTRAN MOSCAS.

Para finalizar este viaje por hábitos y costumbres típicos de nuestros niños, algunos buenos y otros no tanto, quiero compartir con ustedes una experiencia muy significativa y movilizadora para mí.

Lo que mueve a los hombres de genio,
lo que inspira su trabajo, no son las ideas nuevas
sino la idea obsesiva de que todo lo que ha dicho,
no es suficiente.
Eugene Delacroix

EPILOGO

“La vida se hace de presencias”, alguna vez lo dijo una amiga, y lo tomé como lema. Por esa razón es que viajamos con mis hijas y sobrino para acompañar a su primo en la fiesta de egresados en Junín de los Andes. Fue un viaje placentero; salimos desde el Valle de los ríos Limay y Neuquén y luego recorrimos las mesetas desérticas para empezar a disfrutar del aire de la pre-cordillera al llegar a Piedra del Águila. Unos kilómetros más y el imponente volcán Lanín nos guiaría hasta los lagos cordilleranos para llegar a nuestro destino en las orillas del río Chimehuín.

Compartimos un reencuentro familiar de algunas horas que retribuía con creces el arduo camino recorrido. De regreso, con la satisfacción de haber hecho la mejor inversión con nuestro tiempo, recibo un llamado telefónico. Como conducía, atiende mi hija; la escucho responder con monosílabos y corta la comunicación y me mira con desconcierto. Al preguntarle quién era, me responde que llamó la mamá de una pacientita, (en tratamiento de rehabilitación respiratoria desde hacía varios años), quien le había pedido que me diera el mensaje de que su hija había fallecido. Su alma había decidido, luego de 18 años, dejar ese cuerpo que tenía Parálisis Cerebral.

Por algún motivo, por cobardía o por exceso de respeto, nunca devolví el llamado para expresarle mi pésame. Pero como dicen los que saben, “en la vida todo vuelve”. Así que un año y medio después esa mamá vino a mi consulta. Fue un momento muy fuerte. ¿Habrán sido treinta o cuarenta minutos de conversación? Los suficientes para dejar una marca en mi camino. De madre a madre me agradeció porque su hija disfrutaba del hecho de ser atendida en mi consultorio. Sonreía y se sentía una reina, en lugar de sentirse una discapacitada. Además me dijo que como mamá de esa nena había tardado dieciocho me-

ses, desde aquel llamado, en poder venir a compartir sus sentimientos conmigo.

Con esas pocas palabras en esos pocos minutos, ella me hizo valorar la importancia del tratamiento personalizado para con los niños con discapacidad. Magnifiqué la responsabilidad que nos cabe a los profesionales, asistentes y docentes que elegimos trabajar con ellos. También tomé conciencia de que, aunque es un trabajo intenso y comprometido, con implicancias tan fuertes, no siempre está reconocido ni remunerado como debiera estarlo. Pero más grave aún es lo difícil que se les torna a esos padres acceder a la atención en salud y a la educación, lo cual debería ser un derecho adquirido. Tal vez por esta razón, son pocas las familias que acceden a un tratamiento integral y somos pocos los profesionales que trabajamos en discapacidad.

Desde aquel viaje de regreso, costeadando el Chimehuín, me surgieron nuevas inquietudes, algo comenzó a cambiar en mí. Recién después del encuentro con esa mamá, me di cuenta de que algo tenía que hacer para poder compartir con más familias y colegas este tipo de tratamiento integral y de rehabilitación. Aun cuando muchos piensen que no es necesario, que “ya está”, “no hay nada que hacer”, “es lo que hay y tenemos que aceptarlo”, estoy totalmente convencida de que todavía podemos intentar algo nuevo. Podemos hacer mucho más.

“La vida se hace de presencias”, me dijo una amiga...

GLOSARIO

A

Adenoides: son una alfombra de tejido linfático que cubre la zona de la faringe que se encuentra por detrás de la nariz. Cuando son demasiado grandes, producen la obstrucción del paso de aire a través de la nariz. La misión de las adenoides es ser filtro de las bacterias y virus que entran a través de la nariz, produciendo anticuerpos frente a las infecciones.

Agentes irritantes en el aire: aire con porcentajes de humedad y temperatura inadecuados. Presencia de microorganismos y partículas de polvo, también alta concentración de dióxido de carbono.

Alveolos pulmonares: son la unidad terminal de la vía aérea, ubicados en los pulmones. Su función es el intercambio gaseoso entre la sangre y el aire ingresado. El pulmón humano contiene aproximadamente unos 30.000.000 de alvéolos que miden cada uno aproximadamente 50 micras de diámetro.

Amígdalas: son dos masas de tejido de defensa o linfóide ubicadas atrás y a los costados de la úvula. Cuando se inflaman parecen dos higos colgando a los laterales de la garganta que empujan la lengua hacia adelante y dificultan la respiración y la deglución.

Anemia: Disminución anormal de la cantidad de glóbulos rojos en la sangre, lo que implica una disminución en el transporte del oxígeno desde los pulmones hacia las células de todo el cuerpo.

Anginas: Nombre coloquial para referirse a la amigdalitis, o inflamación infecciosa de las amígdalas faríngeas.

Anquiloglosia: lengua atada con acortamiento extremo del frenillo lingual.

Anticonvulsivantes: Los anticonvulsivantes son un grupo de fármacos frecuentemente usados para tratar episodios de epilepsia, y también son efectivos para el tratamiento del dolor producido por lesiones al sistema nervioso. Algunas drogas son carbamazepina o gabapentina.

Articulación fonética: Sonidos de una lengua desde el punto de vista fisiológico; es decir, describe qué órganos de la boca intervienen en su producción, en qué posición se encuentran y cómo esas posiciones varían los distintos caminos que puede seguir el aire cuando sale por la boca, nariz, o garganta, para que se produzcan sonidos diferentes.

Artrosis: Es una enfermedad reumática que lesiona el cartílago articular produciendo una degeneración o envejecimiento temprano en determinadas articulaciones.

ATM: Articulación temporomandibular que como su nombre lo indica articula la cavidad glenoidea del hueso temporal, fijo del cráneo con el cóndilo mandibular, hueso móvil. Es única en nuestro organismo no sólo por sus características de remodelación y crecimiento, sino por su condición de ser bilateral: derecha e izquierda. Articula un hueso único o impar: la man-

díbula, con dos huesos pares componentes del macizo craneal: temporal derecho e izquierdo.

B

Baba: nombre que se otorga a la saliva que involuntariamente sale de la boca por la falta de sellado o cierre bilabial.

Base Craneal Anterior: el cráneo se divide en tres partes, la más anterior y superior que se corresponde con la parte frontal es la base craneal anterior.

Bimaxilar: refiere a que involucra a ambos maxilares: superior e inferior.

Bionator de Balters: Es un aparato removible bimaxilar y flotante que se utiliza en tratamientos de rehabilitación funcional de los maxilares. La filosofía de Balters, su creador se basa en la correcta posición lingual y el cierre bilabial.

Bracket: denominación habitual en ortodoncia de los instrumentos terapéuticos que son utilizados de manera temporal adheridos a los dientes para corregir anomalías de posición dentaria o de los maxilares.

Brazos anteriorizados: frase utilizada para describir a la posición curva del tórax en sentido transversal, acercando ambos hombros hacia adelante.

Bronquitis: es la inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno hacia los pulmones. Puede ser de corta duración (aguda) o crónica, es decir, que dura por mucho tiempo y a menudo reaparece.

Bruxismo: es el hábito involuntario de apretar o rechinar los dientes de manera involuntaria. El bruxismo afecta entre un 10% y un 20% de la población; y puede conllevar dolor de cabeza y músculos de la mandíbula, cuello y oído. El rechinar puede desgastar los dientes, aumentar su movilidad disminuyendo su inserción ósea o ser el inicio de una artrosis temprana en las ATM.

C

Campanita o úvula: es un pequeño músculo con forma de campanita que cuelga del borde inferior del paladar blando por encima de la raíz de la lengua. Su función se coordina con el resto del paladar blando separando la cavidad bucal de la nasal; controla el acceso a la cavidad de resonancia nasal, impidiendo que la comida o los líquidos lleguen a la nariz durante el vómito. También es importante para la articulación fonética de los seres humanos.

Candidiasis: La candidiasis ocurre en niños y adultos cuando demasiada cantidad de un hongo llamado *Candida albicans* se multiplica en la boca. Una pequeña cantidad de este hongo vive normalmente en la boca y, por lo general, es mantenido a raya por el sistema inmunitario y otros micro-

bios que también viven allí. Se denomina infección oportunista porque florece cuando por alguna razón bajan las defensas o mueren algunas de las bacterias presentes en la flora bacteriana habitual de la boca.

Caninos: son las piezas dentales ubicadas entre los incisivos y los premolares, antiguamente llamados colmillos. Se usan para desgarrar a los alimentos.

Caries: enfermedad irreversible de los tejidos duros dentarios. Es irreversible, porque el tejido afectado es removido, no se cura.

Cariogénicas: se refiere al conjunto de situaciones y productos que predisponen a tener caries.

Cavidades neumáticas: Senos nasales o paranasales son un conjunto de cavidades aéreas que se encuentran en los huesos frontales, esfenoides, etmoides, y maxilar superior, que comunican con las fosas nasales. Estas cavidades son estructuras que influyen en la respiración, la fonación, el calentamiento y la olfacción adecuados. Los senos que tienen mayor relación con la nariz son los senos maxilares que se encuentran por debajo de los pómulos.

Celdas olfatorias: sector superior de la nariz en dónde se encuentran ubicadas las células olfatorias.

Contractura muscular: acortamiento doloroso e involuntario de un músculo, puede llegar a durar de días hasta meses y es menos dolorosa que un calambre muscular; además, el alargamiento o masaje no alivia los síntomas. Causas posibles de una contractura son la tensión nerviosa, malas posturas, ejercicio excesivo, fibromialgia, problemas psicoemocionales, y otras patologías que causan bloqueo muscular.

Convulsión: un síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta.

Cornete nasal: son tres huesos pares pequeños que se ubican en sentido antero posterior de abajo hacia arriba en lateral del tabique medio nasal. Tienen forma semicircular como enrollada, el espacio que conforman se denomina meato. Sirven para tener más superficie de filtración y tratamiento del aire ingresado por la nariz.

Corona dentaria: parte expuesta del diente que se utiliza para la masticación.

Cracs de fractura: líneas longitudinales que se suelen apreciar sobre el esmalte dentario, debido a la respuesta por su fragilidad, ante pequeños traumatismos. No ofrecen riesgos de caries o una fractura dentaria.

Chicles: golosina también denominada goma de mascar.

D

Deglución: Proceso que implica el ingreso del alimento desde la boca al esófago. Comúnmente se denomina deglutir a la acción de tragar.

Diafragma: es el principal músculo de la respiración. Se contrae de manera rítmica y continua la mayoría del tiempo, de manera involuntaria. Separa a la cavidad torácica de la abdominal.

Diarrea: es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en comparación con las condiciones normales. Además de la gran pérdida de agua que suponen las evacuaciones diarreicas, los pacientes, por lo general niños, pierden cantidades peligrosas de sales, electrolitos y otros nutrientes.

Dióxido de Carbono: es un gas cuyas moléculas están compuestas por dos átomos de oxígeno y uno de carbono. Su fórmula molecular es CO₂. La mayoría de los organismos en la Tierra que respiran expulsan dióxido de carbono como desecho del metabolismo, incluyendo al ser humano.

Discapacidad: es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Naciones Unidas, 2006.

Disyunción: se refiere a la separación palatina a nivel de la sutura media, no cruenta. Se realiza mediante un disyuntor que es cementado sobre los molares superiores y es activado en la casa por los padres según la indicación del profesional. Involucra a cuatro huesos: el maxilar superior el palatino, derechos e izquierdos.

Duodeno: Primer tramo del intestino delgado, de mucha importancia para la digestión de lípidos, glúcidos y prótidos.

E

Enzima lisozima: también llamada muramidasa, es una enzima que daña las células bacterianas. Es abundante en numerosas secreciones como la saliva, las lágrimas y el moco. Una gran cantidad de esta enzima puede hallarse en las claras de huevo. Actúa como una barrera frente a las infecciones.

Esmalte dentario: Es el tejido más duro y frágil del organismo que recubre las coronas de las piezas dentarias.

Espujo: mucosidades eliminadas o excretadas desde la faringe hacia la boca, para ser sacadas del organismo.

Estreñimiento: consiste en la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que produce una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras.

F

Faringe: Canal de tejido blando que se encuentra por detrás de la nariz y la boca comunicando a ambas entre sí y en su porción inferior a través de

una válvula llamada glotis se conecta con la laringe y el esófago. Es un tubo que después de las primeras semanas de vida comparte el pasaje de alimentos y de aire.

Fenitoína: es un antiepiléptico de uso común. Es un compuesto aprobado para su uso en convulsiones.

Fisiológico: relativo a las funciones normales de los seres orgánicos.

Fonación: es el trabajo muscular que se realiza para emitir sonidos, es decir, para que exista la comunicación oral. El objetivo último de la fonación es la articulación de palabras, a través del proceso por el cual se modifica la corriente de aire procedente de los pulmones y la laringe en las cavidades supraglóticas como consecuencia de los cambios de volumen y de forma de estas cavidades.

Frenectomía: resección simple del frenillo lingual.

Frenillo lingual: es el tejido que une a la lengua con el piso de boca al estirarse parece un abanico translúcido. Es una banda fibrosa que une la lengua con el suelo de la boca o con el proceso alveolar. Se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo anterior, hasta la línea media de la mucosa del suelo de la boca. El extremo anterior del frenillo lingual se asienta en la cara lingual de la mandíbula, entre los incisivos centrales. Es importante recordar que, además de las estructuras musculares existentes en esta zona (músculos geniogloso y genihihoideo), el frenillo lingual se relaciona con los conductos de salida de glándulas salivales mayores.

Fuerza centrífuga: fuerza que en su acción genera presión hacia el exterior.

Fuerza centrípeta: fuerza que en su acción genera presión hacia el exterior.

G

Gingivitis: término con que se denomina a la inflamación de las encías.

Googleado: término habitualmente utilizado para referirse a nuevos hábitos y costumbres de buscar en la red información sobre cualquier tema de nuestro interés.

H

Halitosis: se denomina así al mal aliento o aliento desagradable.

Hipermovilidad dentaria: movilidad perceptible de un diente. La raíz dentaria no está inmóvil en el hueso, tiene una articulación que le permite una movilidad im perceptible. Cuando sentimos aunque sea una leve movilidad, la denominamos "hipermovilidad".

Hipertróficas: Aumentadas de tamaño.

Hipoglobulinemia: Disminución anormal de la cantidad de proteínas globulares en sangre.

Hueso alveolar: hueso esponjoso que se desarrolla periférico a las raíces

dentarias, adosado al hueso basal. Si se realiza la extracción de la raíz, el hueso alveolar se reabsorbe.

I

Incisivos: Dientes en forma de paleta que se encuentran en la parte más anterior de los maxilares. Son ocho, dos centrales y dos laterales, superiores e inferiores. Su uso es para el corte.

Infecciones oportunistas: es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no afecta a las personas con un sistema inmune sano. Un sistema inmune enfermo representa una oportunidad para el patógeno de causar infección.

L

Lengua: es un poderoso órgano muscular, con gran inervación sensorial, sensitiva y motora que debe gozar de gran movilidad para poder realizar diversas funciones dentro de la cavidad oral, siendo un importante regulador del desarrollo del aparato masticatorio.

Lengua atada: Es una malformación que se debe a la unión de la lengua con el piso de la boca, lo cual es la excepción. Encontrarla de manera total es rara (1 por cada 10000 nacidos) aunque es más frecuente la forma parcial, en la que la lengua presenta un frenillo muy corto o insertado demasiado cerca de la punta lingual.

Lesiones cariosas: refiere a caries, la típica enfermedad de los tejidos duros dentarios.

Leucocitosis: aumento de los leucocitos o glóbulos blancos contenidos en Sangre.

Líquido amniótico: es un fluido líquido que rodea y amortigua al embrión y luego al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico. Permite al feto moverse dentro de la pared del útero sin que las paredes de éste se ajusten demasiado a su cuerpo, además de proporcionarle sustentación hidráulica.

M

Macroglosia relativa: macro se refiere al aumento del tamaño normal y glosia a lengua. Es el término de lengua grande, el adjetivo relativo, nos indica a que su apariencia no es por sí misma, sino que su lugar ubicación está poco desarrollado o es chico. Parece una lengua grande, pero en realidad el paladar es chico.

Meato nasal: El pasillo que conforma cada cornete nasal para el paso del aire. Existen tres de cada lado, seis en total: meato nasal inferior, meato nasal medio y meato nasal superior.

Morfológico: se refiere a la forma esquelética.

Movimiento convulsivo: un síntoma transitorio caracterizado por contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta.

Músculos buccinadores: son los más importantes de los cachetes son derecho e izquierdo.

Músculos mentonianos: son los que conforman el mentón o comúnmente llamada pera.

Músculos orbiculares: son los de los labios, superior e inferior.

N

Narinas: orificios de entrada aérea de la nariz.

Neuro-mio-relajación: significa relajación nerviosa y muscular.

O

Oído medio: Es una de las tres partes del oído (siendo las otras dos: el oído externo y el oído interno), y se encuentra en la parte superior del cerebelo, entre las masas encefálicas y el tímpano.

Ojeras: Se refieren al tono azulado que se ubica en forma de media luna por debajo de ambos ojos, generalmente relacionados con cansancio u oxigenación deficiente.

P

Paliativa: Que mitiga, suaviza o atenúa. Se dice especialmente de los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y refrenar su rapidez.

Parásito: Qué vive a costa de otro de distinta especie, alimentándose de él y depauperándolo sin llegar a matarlo.

Patológico: relativo a la enfermedad.

Patognomónico: término utilizado para referirse a que es característico específicamente de algo.

PC: se refiere a Parálisis cerebral.

Picar: se refiere al hecho de comer poco entre comidas.

Piercing: es la práctica de perforar o cortar una parte del cuerpo humano, generalmente para insertar aretes o pendientes. Estas perforaciones son una forma de modificación corporal y reflejan tanto valores culturales, como religiosos y espirituales, y además parte de la moda, erotismo, inconformismo o identificación con una subcultura.

Piezas dentales: término utilizado para nombrar a los dientes incluyendo incisivos, caninos y molares.

Piperina: agente irritante para nuestras mucosas nasales contenido en la pimienta.

Placa Bacteriana: Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes. Es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías y pueden endurecerse y convertirse en sarro si no se retira diariamente.

Polisomnografía: es un estudio que no representa dolor para el paciente, mediante el cual se evalúan simultáneamente diversas variables fisiológicas (actividad cerebral, cardíaca y respiratoria, tono muscular, movimientos oculares, movimientos anormales, sonidos, etc.) mientras la persona duerme. Dra. Averbuch Jefa de la Unidad de Medicina del Sueño. Fundación Favaloro.

Posición adenoidea: la podemos describir con un niño pone el cuello hacia atrás e inclina la cabeza hacia adelante, con los brazos anteriorizados en lugar de estar lateralizados, y se para como si estuviera sacando panza e insinuado una joroba.

Pósterio anterior: se refiere a los movimientos desde atrás hacia adelante, por ejemplo se produce durante el crecimiento o tratamiento de la mandíbula o el maxilar superior.

Preferencia masticatoria unilateral: se entiende como una alteración del funcionamiento del sistema masticatorio que origina un desbalance de fuerzas, ya que concentra las mismas en un solo lado, el lado de trabajo, pudiendo generar cambios en varios sistemas como el dentario, muscular y esquelético, principalmente en personas jóvenes cuyas estructuras son altamente adaptativas.

Proceso fisiológico basal: Se refiere a un mecanismo elemental para nuestro organismo, no se concibe ningún tipo de vida sin la función respiratoria.

Protocolo quirúrgico: es el documento fundamental de constancia del procedimiento quirúrgico realizado, tanto desde el punto de vista médico como legal. Los datos registrados serán la memoria de los cirujanos participantes en la operación y el conocimiento de otros médicos que - no habiendo sido parte del equipo quirúrgico - son tratantes del paciente en el futuro inmediato o lejano.

R

Receptores táctiles: son receptores nerviosos ubicados en la piel que se encargan de transformar los diferentes tipos de estímulos del exterior en información susceptible para ser interpretada por el cerebro.

Resfriós: es una enfermedad que produce congestión nasal y estornudo. Asimismo, es posible que se presente dolor de garganta, tos, dolor de cabeza u otros síntomas.

Retracción gingival: se denomina así cuando la encía se aleja de la corona dentaria, dejando al descubierto las raíces dentarias. Son varios los factores que pueden actuar, solos o combinados: déficit en el cepillado, cepillado muy brusco con cepillos dentales duros, bruxismo, entre otros.

Retracción ósea: se denomina así cuando el hueso alveolar disminuye su tamaño dejando al descubierto las raíces dentarias. Son varios los factores que pueden actuar, solos o combinados: déficit en el cepillado, cepillado muy brusco con cepillos dentales duros, bruxismo, entre otros.

Rinitis: inflamación nasal.

Rodete: se refiere a la encía que conforma los arcos en donde después erupcionan los dientes.

Rugas Palatinas: Se ubican en el sector anterior del paladar y se caracterizan por su textura rugosa. Tiene las funciones de ayudar a la conformación del bolo alimenticio junto con la lengua y el resto del paladar y también contribuye en la conformación de algunas consonantes en la articulación fonética.

S

Senos paranasales: son cavidades neumáticas que se encuentran en la cabeza para equilibrar las presiones de aire internas y disminuir el peso. Ellos son los senos maxilares, etmoidales, frontales y esfenoidales.

Síndrome: conjunto de signos y síntomas clínicos que caracterizan a una enfermedad.

Síndrome de Cornelia de Lange: desorden genético conocido que puede llevar a graves anomalías del desarrollo. Afecta tanto al desarrollo físico e intelectual de un niño. Incidencia exacta se desconoce, pero se estima en 1 de cada 10.000 a 30.000. Los niños con este síndrome se encuentran a menudo para tener pestañas largas, cejas espesas y sinofridia (cejas unidas). El vello corporal puede ser excesivo y las personas afectadas suelen ser más cortos que los miembros de su familia inmediata. También puede incluir una serie de problemas de conducta, incluyendo la auto-estimulación, la agresión, la auto-lesión o preferencia de una rutina estructurada. Muchos niños con CdLS presentan comportamientos autistas.

Síndrome de Down: es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales, por ello se denomina también trisomía del par 21. Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva psíquica. No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con síndrome de Down tienen una probabilidad superior a la de la población general de padecer algunas enfermedades, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más. Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están desvelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes a la discapacidad cognitiva.

Síndrome de Kabuki: también conocido anteriormente como Síndrome de la Máscara de Kabuki o Síndrome de Kiikawa Kuroki, es un desorden congénito muy raro de causas desconocidas que provoca múltiples anomalías congénitas y retraso mental. Existe un amplio espectro de problemas congénitos asociados al Síndrome de Kabuki, con grandes diferencias entre unos y otros individuos. Algunos de los problemas más comunes son defectos cardíacos (30%), anomalías del tracto urinario, pérdida de oído(50%), hipotonía y deficiencias de crecimiento postnatal (83%). También anomalías del esqueleto, laxitud en las articulaciones, baja estatura y patrones inusuales de huellas dactilares. Discapacidad intelectual entre suave y moderada (92%). Los niños afectados por este síndrome tienen características distintivas de comportamiento. Por ejemplo, el 50% son descritos como inusualmente sociables, el 30% sólo mantienen una mínima interacción con las personas de su entorno; el 74% desarrollan rutinas, y el 87% mantienen una disposición alegre. Sólo algunos tienen una inteligencia normal, aunque muchos de estos tienen dificultades de aprendizaje, como problemas con la coordinación motora fina, el habla y la memoria.

Síndrome Peri Silvano: Un muy raro trastorno nervioso caracterizado por debilidad o parálisis de la cara, mandíbula, lengua y músculos de la garganta. Otros síntomas incluyen convulsiones, retraso del desarrollo y retraso mental.

Síndrome de Rett: es un síndrome congénito con compromiso neurológico, que afecta a la gran mayoría de las veces al sexo femenino. No es evidente en el momento del nacimiento, se manifiesta generalmente durante el segundo año de vida, y en todos los casos antes de los 4 años. Afecta aproximadamente a 1 niña de cada 10.000. Puede observarse retraso grave en la adquisición del lenguaje y de la coordinación motriz, así como retraso mental grave o severo. La pérdida de las capacidades es por lo general persistente y progresiva. Provoca grave discapacidad en todos los niveles, haciendo al enfermo dependiente de los demás para el resto de la vida. Toma su nombre del médico austriaco Andreas Rett, que fue el primero en describir la enfermedad en 1966.

Síndrome de West: es una encefalopatía (alteración cerebral) epiléptica de la infancia, grave y poco frecuente. Se caracteriza típicamente por tres hallazgos: espasmos epilépticos, retraso del desarrollo psicomotor y electroencefalograma con un trazado característico de hipsarritmia, aunque uno de los tres puede no aparecer. Los niños con SW suelen manifestar la enfermedad entre los 3 y 6 meses de edad, aunque en ocasiones esto ocurre hasta los dos años. El SW siempre genera algún grado de retraso global en el desarrollo infantil y, a pesar de que el conocimiento sobre él ha mejorado considerablemente, todavía hay casos en los que no se diagnostica a tiempo, ante todo cuando los síntomas son leves (las convulsiones se pueden confundir con cólicos o dolor abdominal) o debido a la falta de experiencia por parte del pediatra.

Síndrome de Williams: también llamado síndrome de Williams-Beuren o monosomía 7 es un trastorno genético poco común, este es causado por una pérdida de material genético en el cromosoma 7, que fue descrito por primera vez en 1961 por el cardiólogo neozelandés John Williams y paralelamente por el pediatra alemán Alois Beuren. Los síntomas más destacados consistían en un retraso general en el desarrollo mental, una expresión característica de la cara y un defecto de nacimiento, conocido como estenosis supraaórtica (ESA) y consistente en un estrechamiento de la aorta en las proximidades del corazón y de las arterias pulmonares.

Síndrome Peri Silvano: o síndrome Foix-Chavany-Marie. Se conoce con el nombre de opérculo la porción de telocorteza cerebral que cubre a la cisura de Silvio. Los enfermos pierden el uso voluntario de la musculatura facial, de los labios, la lengua y la faringe. No pueden dar besos, mover los labios, sacar la lengua y mantienen un salivaje permanente, no obstante, de forma automática, pueden llorar o reír utilizando dicha musculatura. En ocasiones, no pueden hablar, y pueden llegar a una verdadera anartria, así como pueden presentar dificultad para masticar y deglutir.

Síndrome X: frágil o fragilidad del cromosoma X o síndrome de Martin-Bell, es un trastorno hereditario que ocasiona retraso mental, pudiendo ser éste desde moderado a grave, y siendo la segunda causa genética del mismo, sólo superada por el síndrome de Down. Afecta tanto a varones como a mujeres, si bien hay diferencias en las manifestaciones y en la incidencia del mismo. En varones, la incidencia es de 1 de cada 1.200, mientras que en mujeres es de 1 de cada 2.500, estando esta diferencia entre sexos estrechamente relacionada con la causa genética del síndrome.

SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño, conjunto de alteraciones físicas y psicológicas al dormir, causadas por interrumpir por un tiempo variable la respiración. Implica el cese de la respiración durante al menos diez segundos durante treinta veces en siete horas. Se diferencia de los Síndromes de apnea central, o de apnea mixta en su origen en alguna obstrucción en las vías aéreas superiores.

SRB: Síndrome del respirador bucal, conjunto de alteraciones físicas, metabólicas y psicológicas debidas a la deficiente oxigenación producida por inspirar por la boca en lugar de hacerlo por la nariz.

SRVS: Síndrome de resistencia de las Vías superiores, apnea obstructiva del sueño, conjunto de alteraciones físicas y psicológicas al dormir por interrumpir por un tiempo variable la respiración.

Sinusitis, Inflamación de los senos paranasales: maxilares, etmoidales, frontales, esfenoidales.

T

Trastorno General del desarrollo: un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y mo-

dalidades de comunicación así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo.

Trismus: o trismo, significa ser incapaz de abrir la boca por completo. Puede ser causada por problemas en el músculo, nervio o daño de las articulaciones. No es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma de otro problema mayor. Se refiere al síntoma caracterizado por la reducción de apertura de los maxilares o quijadas causado por el espasmo de los músculos de la masticación, o puede referirse en general a todas las formas de limitación o dificultades para la apertura de la boca.

U

Úlcera traumática crónica: Es una lesión ocasionada por un daño agudo, súbito o la aplicación de una sustancia agresiva a la superficie externa del epitelio bucal, tales como, mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total o parcial, lesión por cepillo dental, exposición de la membrana mucosa a un diente con bordes cortantes, lesión por rollo de algodón o algún otro irritante externo. Estas lesiones pueden ocurrir en individuos de cualquier edad y sexo, así como en cualquier región de la boca, aunque se observan con mayor frecuencia en zonas que pueden ser fácilmente dañadas como, el borde lateral de la lengua, después de que el paciente se la mordió muy fuerte; sobre la mucosa bucal, labios y en ocasiones sobre el paladar.

Ulceración: Formación de una lesión dolorosa en la piel o en la superficie de un órgano.

Úvula: es un pequeño músculo con forma de campanita que cuelga del borde inferior del paladar blando por encima de la raíz de la lengua. Su función se coordina con el resto del paladar blando separando la cavidad bucal de la nasal; controla el acceso a la cavidad de resonancia nasal, impidiendo que la comida o los líquidos lleguen a la nariz durante el vómito. También es importante para la articulación fonética de los seres humanos.

V

Vibrisas: Pelos rígidos más o menos largos que actúan como receptores táctiles y que presentan gran número de mamíferos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad 2011. Subsecretaría de gestión de servicios asistenciales. Servicio nacional de rehabilitación.
2. Egil Harvold, D.D.S, Ph. D, Ll.D Centro de Anomalías Craneofaciales. Universidad de California.
3. Linder Aronson, S.; Woodside, D.G. and Lundstrom, A Mandibular growth Direction Following adenoidectomy. Am. J. Orthod. 89: 273-284 (1986).
4. <https://detenganlavacuna.files.wordpress.com/2010/09/la-biologia-de-la-creencia-dr-bruce-h-lipton.pdf>.
5. Petrovic, A. Sistemas naturales – sistemas artificiales: aproximación sistémica. La concepción cibernética y la noción de “discontinuidad” en la metodología de la investigación biomecánica. Rev. Asoc. Arg. Ortop. Func. Max. 26: 27-46 (1993).
6. Rios H. Desarrollo Posnatal Maxilofacial. Rev. Asoc. Arg. Ortop. Func. Max. 29: 23-27 (1995).
7. McCaffrey, T.V. Nasal Physiology in children. Rhinology 24:7-13, (1986).
8. Moss, M. C. Facial Growth: the functional matrix concept. In: Cleft Lip and Palate: surgical, dental and speech aspects. Rosenstein G. Cd. Little, Brown & Co. 97 – 107 (1971).
9. P. Cozza , R. Fidato, C. Germani, F. Santoro, G. Siciliani. Il Università degli Studi di Roma Università degli Studi di Ferrara Mondo Ortodóntico Vol XVII 2/ 1992. Traducción Miguel Angel Cacchione.
10. Maryvonne FOURNIER L'Orthodontie Francaise Vol 64 1993 Pags 33-38.
11. Beni Solow y Ellen Greve. Instituto de Ortodoncia del Colegio Dental Royal.
12. Petrovic, 1975; Ten Cate, 1994.
13. Van Cauwenberge, 1986; Linder Aronson, 1986, Woodside, 1991.
14. Woodside, 1983; Kiliaridis, 1985; Poikela, A., 1995.
15. Estudio estadístico realizado en la ciudad de Neuquén sobre una muestra de niños entre 4 y 12 años.
16. Hábito de la respiración Bucal en niños. Dra Barrios Felipe, Dra Puente Benitez, Dr Castillo Coto, Dra Duque Hernandez.
17. Manual sobre crecimiento facial. Donald Enlow. Intermédica Buenos Aires, Argentina 1982.
18. Historia del chupete. Salud, Sociales. Diario Clarín, 28/05/08.
19. NSISPSC, proyecto de cooperación entre First Candle/SIDS Alliance y el HRSA (Health Resources and Services Administration), el MCHB (Maternal and Chile Health Bureau) y el Programa “Sudden Infant Death Syndrome/Infant Death Program”.
20. La Terapia Bionator Vol 29 N°77/78 Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares. Pag 34-44.
21. Balters, W.: Krafteinwirkung oder formgestaltende Reiszsetzung? Zah-

- narztl. Welt. 7:437-441,1952.
22. Frankel, R. Biomechanical aspects of the form/function relationship in craneofacial morphogenesis: a clinician's approach. In McNamara, J. A., Ribbind, K.A., Howe, R.P. (Eds.): *Clinical Alteration of the Growing Face*. Monograph 14, Center for Human Growth and Development. Ann Arbor, University of Michigan, 1983.
 23. Petrovic, A.: Research validation of functional appliances. In Graber, T.M., Rakosi, T., and Petrovic, A. (Eds): *Functional appliances*. St. Louis, C. V. Mosby, in press.
 24. American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE).
 25. Polisomnografía y otros estudios diagnósticos para los trastornos del sueño. Dra. Averbuch Jefa de la Unidad de Medicina del Sueño. Fundación Favaloro.
 26. Provine, Robert R., "Medicina interna", *Mente y sistema nervioso*, 18, 2006, págs. 17-25.
 27. L.Chicharro, F. Vaquero. *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Ed. Panamericana, 2008; pag. 242.
 28. Care of the newborn. *Operational Medicine*. Bureau of Medicine and Surgery, Department of the Navy.
 29. <http://www.operationalmedicine.org/Powerpoint/Lectures/Newborn.html>.
 30. Why do we sneeze? *Scientific American*. April 2000. Disponible en <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=why-do-we-sneeze>
 31. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. Ma^a Antonia Ruiz Varela y Ana Cerecedo Pasto.
 32. ¡Anda niña cierra la boca!...El problema del respirador bucal. Dra. Maritza Ramirez G. Rodrigo Silva G. PUC.
 33. Ventilación, mecánica de los tejidos blandos oro-faciales: un equilibrio a dominar. Jacques Talmant l' *Orthodontie Francaise*. Vol 64 1993.
 34. Roncopatías SAOS en la infancia. Dr G. Ruiz, Dr Sabarido Montaner.
 35. Petrovic-Stutzman y col. de Estrasburgo.
 36. Angulación craneocervical y resistencia respiratoria nasal. Beni Solow y Ellen Greve. Instituto de Ortodoncia del Colegio Dental Royal.
 37. Lactancia Materna del Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
 38. Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares, Curso Internacional Neuroanatomía del Sistema estomatognático. La importancia de la terapia sobre el sistema nervioso. Prof Dr. Nelson Annunciato. 6/6Nov. 1999.
 39. Fármacos anticonvulsivantes para el dolor agudo y crónico (Revisión Cochrane traducida) Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A.
 40. FRUGONE ZAMBRA, RE y RODRIGUEZ, C. Bruxismo (en español). *Av Odontoestomatol* [online]. 2003, vol.19, n.3 [citado 2010-01-06], pp. 123-130. ISSN 0213-1285.

41. Rafael Núñez, Alfonso Morales-Front, Pilar Prieto i Vives, José Ignacio Hualde (1999), "Fonología Generativa Contemporánea de la Lengua Española", Georgetown University Press, pág 27.
42. W.G. Shafer, B.M. Levy. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana, 4ª Edición, México D.F. 1988, pp 567,568.
43. Vázquez HJ. Epilepsia en flexión generalizada. Arch Argent Pediatría.
44. LA DEGLUCIÓN ATÍPICA P. Cozza, R. Fidato, C. Germani, F. Santoro, G. Siciliani. Il Università degli Studi di Roma Università degli Studi di Ferrara Mondo Ortodóntico. Vol XVII 2/ 1992.
45. NTP 243: Ambientes cerrados: calidad del aire, Berenguer Subils Martí Solé.
46. Martínez-González JM y cols. Frenillos Bucales. Nuevo Enfoque Terapéutico. Revista Europea de Odonto-Estomatológica 1993; 6(5): 377- 82.
47. Marchesan IQ. Lingual frenulum: quantitative evaluation proposal. International Journal Orofacial Myology 2005; 31: 39-48.
48. Ventilación, mecánica de los tejidos blandos oro-faciales: un equilibrio a dominar. Jacques Talmant l' Orthodontie Francaise. Vol 64 1993.
49. Diccionario de Medicina Océano Mosby. Océano. p. 402. ISBN 84-7555-074-6.
50. Diccionario de la lengua española (22ª ed). Madrid: Real Academia Española; 2001.
51. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. Am Fam Physician.2012;86(2):153-159.
52. Escola Pejoan. Peligros del piercing bucal.
53. Isolation of amniotic stem cell lines with potential for therapy. Abstract: Nature Biotechnology.
54. National Library of Medicine - Medical Subject Headings. Opportunistic infections.

La verdadera compasión es más
que dar una limosna a un mendigo;
permite ver que un edificio que produce mendigos
tiene necesidad de una reestructuración
Martin Luther King

CAMINO RECORRIDO

La autora es hija de maestros, quienes estrenando su título a mediados de los sesenta, migraron a la cordillera neuquina desde Corrientes y San Luis. Como sus tres hermanos, es nacida en una reserva indígena, Aucapán, que se encuentra a la vera del Volcán Lanín. Cursó sus estudios primarios y secundarios en la ciudad de Neuquén. En “La Docta”, Universidad Nacional de Córdoba, con veintidós años, se recibió de Odontóloga en el año 1993. Sus estudios de especialización en Ortopedia Funcional de los maxilares fueron realizados en el Círculo Argentino de Odontología, Fundación Monti y Círculo Odontológico de Neuquén.

Durante el año 1994 trabajó en la Villa de Piedra del Águila, y desde Enero de 1995 hasta la fecha, trabaja de manera independiente en su consultorio particular. Como docente auxiliar se ha desempeñado en cursos de especialista en Ortodoncia en la Fundación Monti y en el Círculo odontológico de Neuquén, de manera alternada entre los años 2001 y 2011.

En el área de la investigación han sido varios los trabajos realizados y presentados o publicados:

Monografías: Crecimiento y desarrollo de la Articulación Temporo Mandibular I, Fundación Monti. 1999; Crecimiento y desarrollo de la Articulación Temporo Mandibular II Fundación Monti. 2001.-

Trabajos de investigación: Adaptación del Cefalograma de Schwarz a la población de la Ciudad de Neuquén, Círculo Argentino de Odontología 2003; “Clase II 1º división nuevos parámetros en el estudio cefalométrico para su diagnóstico” Fundación Monti, Mayo de 2005; “La Respiración Bucal como Etiopatogenia de la Discrepancias, Fun-

dación Monti. Junio 2006; COMPARACIÓN DE TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE TRES VÍAS: UNA APLICACIÓN A LA CEFALOMETRÍA. San Miguel de Tucumán, 17 al 19 de Setiembre de 2008; Behaviour of the light of rinofaringdisgnacicspatients in theages of growth, IIIº INTERNATIONAL CONGRESS I.F.U.N.A. University of Turin – Dental School – Lingotto (ITALY) 1st – 4th October; Tamaños maxilares dinámicos, Fundación Creo - Córdoba - Mayo 2011; Salud Bucal en personas con Síndrome de Down, Iº CONGRESO PATAGÓNICO SOBRE SÍNDROME DE DOWN. APASIDO, Cipolletti, Neuquén, 22 al 24 de Octubre de 2010; Odontología en personas con Síndrome de Williams, XVº JORNADA DIFUSIÓN Y ACTUALIZACIÓN SOBRE LAS PERSONAS CON SINDROME DE WILLIAMS, organizado por la Asociación Argentina de Síndrome de Williams. Colegio Médico de Neuquén, 17 de Octubre de 2014; Salud Bucal y Discapacidad, JORNADA SALUD BUCAL EN LA DISCAPACIDAD. Dirección de Discapacidad, Subsecretaría de Derechos Humanos y Sociales, APASIDO, Carrera de Odontología UNRN. Ciudad de Neuquén, 14 de Mayo de 2016.

Publicaciones: Propuesta de valores pertinentes para utilizar en los estudios cefalométricos de la población local. Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los maxilares Vol. 36 – Nº1 – Año 2009 Pág. 19 – 24; REHABILITACIÓN RESPIRATORIA: LIBRO: “EN BOCA CERRADA NO ENTRAN MOSCAS” Tips inclusivos para padres, sobre el cuidado y el tratamiento de niños y no tan niños... 1-ed. Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2015. 180 p;23x16. ISBN 978-987-604-448-6; LIBRO: “EN BOCA CERRADA NO ENTRAN MOSCAS” Tips inclusivos para padres, sobre el cuidado y el tratamiento de niños y no tan niños... 2-ed. Neuquén, Semilla Creativa. 180 p;23x16. ISBN 978-987-42-1154-5

Premio Recibido: Mejor trabajo presentado en el capítulo Joven, “La Respiración Bucal como Etiopatogenia de la Discrepancias. Casos clínicos de niños con capacidades diferentes. “UN DÍA CON LAS DISCREPANCIAS” Fundación Monti. Junio 2006.

Patente: modelo de utilidad: Dispositivo para la succión no nutritiva del lactante. M 13 01 02004, Instituto Nacional de la Propiedad Industrial, Argentina, (en trámite).

Contacto: silviacristinagaletti@gmail.com

Facebook: El Placer de Respirar.

PUBLICACIONES DE LA FUNDACIÓN IBEROAMERICANA DOWN21

Colección DOCUMENTOS

- 100 Editoriales en Canal Down21
- Programación educativa para escolares con síndrome de Down
- Los bebés con síndrome de Down tienen derecho a vivir

Colección RECURSOS

- Síndrome de Down: lectura y escritura (sólo en versión electrónica)
- Bienestar mental en los adultos con síndrome de Down: Una guía para comprender y evaluar sus cualidades y problemas emocionales y conductuales
- Síndrome de Down: habilidades tempranas de comunicación. Una guía para padres y profesionales
- Síndrome de Down: Neurobiología, neuropsicología, salud mental. Bases para la intervención en el aprendizaje, la conducta y el bienestar mental
- Educación postsecundaria en entorno universitario para alumnos con discapacidad intelectual. Experiencias y resultados

REVISTAS

- Revista Virtual Canal Down21
- Síndrome de Down: Vida Adulta

PÁGINAS WEB

- www.down21.org
- www.downciclopedia.org
- www.sindromedownvidaadulta.org

Silvia Cristina Galetti

RESPIRAR POR LA BOCA: CONSECUENCIAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Este libro profundiza, de una manera simple y sencilla, la mirada de los padres hacia sus hijos. ¿Cómo y cuándo duermen? ¿Cuándo y qué comen? ¿A qué juegan? Son algunos interrogantes que se analizan a través de la lectura, para lograr evacuar dudas y consultas habituales.

Narrado desde la mirada de una madre y, a su vez, profesional en la rehabilitación respiratoria, crea una conexión inmediata con la rutina de nuestros niños al tener como hilo fundamental la respiración. Con la certeza de que “El aire es el escultor del cuerpo y el combustible del cerebro”, algo tan básico como es el acto de respirar condicionará a nuestros hijos en su desarrollo físico y emocional. Es así como cobra particular protagonismo la respiración bucal.

A lo largo de esta obra se reconocerán los malos hábitos que, sin querer, incorporamos en nuestra rutina, sus consecuencias y los recursos para enderezarlos y tratarlos. Al reconocer como usuales las situaciones planteadas, en especial por causa de la respiración bucal, nos sentiremos protagonistas tornándose en una grata lectura.