Alteraciones neuromusculares buco-faciales

Dr. Carlos Pizarro,* Sr. Ricardo Honorato**.

ABSTRACT

The present survey shows the results of an interdisciplinary approach to a highly common and neglected problem which is poor oral habits. The sample of 79 cases reveals the high incidence of the problem in general. The high frequency of POH detected were buccal breathing (respiration) and atypical deglutition.

Recommendations especially oriented towards their application by especially trained people are suggested and these are geared towards an early identification and derivation of each one of these POH.

Las causas o las consecuencias de los malos hábitos orales (MHO) pueden ser motivo de consulta a diferentes profesionales de la Salud, quienes establecen un diagnóstico y tratamiento de acuerdo a su especialidad, descuidando muchas veces el abordaje integral del problema. Un buen ejemplo es el Síndrome del Respirador Bucal, asociado a vegetaciones adenoideas, en el que luego de ser establecida la presencia de tejido hiperplásico se determina como tratamiento su extirpación, sin preocuparse de derivarlo a un Odontólogo-ortodoncista para corregir o descartar la maloclusión, casi siempre presente, ni al Kinesiólogo para su reeducación miofuncional, sin la cual no se puede considerar completo el tratamiento.

Las secuelas de los malos hábitos orales, en la forma de alteraciones dentomaxilares, faciales, torácicos y posturales son conocidas como para extendernos en su explicación. Nuestra intención es enfatizar que cuando los padres no están lo suficientemente informados, o cuando no existe una adecuada interrelación entre los profesionales in-

volucrados en la atención de estos pacientes, los resultados son frecuentemente insatisfactorios. De este modo, es preciso repetir que estos problemas requieren un enfoque multidisciplinario en que cada especialista debe enterarse de lo que puede esperar del otro. Pensamos que lo integral consiste en el enlace entre el Educador, el Pediatra, el Otorrino, el Odontólogo y el Kinesiólogo en la pesquisa y derivación, por una parte, y el oportuno tratamiento ortodóncico y miofuncional como complemento de la atención ORL y cirugía cuando sean necesarias, por otra parte.

Una conducta terapéutica racional debe considerar que la repetición de una conducta anormal de succión, respiración o interposición llega a establecerse en la forma de un PATRON NEUROMUSCULAR, enfoque que evitará muchos ejercicios inútilmente ensayados y pérdida de tiempo para el enfermo y para el tratante.

Para este estudio hemos elegido niños en edad pre-escolar (5 años), por ser ésta una etapa en la que el mal hábito se está fijando y determinando una serie de trastornos locales y generales.

Durante los primeros años de vida del niño, la enfermera, el pediatra y las educadoras son los únicos profesionales que se relacionan con él. En este sentido recalamos la importancia de que cualquier mal hábito sea detectado tempranamente.

*Odontología.

**Kinesiólogo.

Depto. Ciencias de la Salud. Universidad de Chile. Sede Antofagasta.

te, cuando se está instalando, a fin de establecer un tratamiento precoz.

Normalmente existe un equilibrio entre las fuerzas intra y extra bucales en posición de reposo. A pesar de ser mayor la fuerza intrabucal, representada por la lengua,¹³ se establece un equilibrio en base al efecto hidráulico, elasticidad del carrillo y patrón morfogenético (Weinstein, citado por Graber,⁵) cuando se instalan los MHO se rompe este equilibrio y se producen diversos grados de trastornos dentomaxilares. Estudios del rol de la musculatura en la maloclusión^{6, 13} electromiografía^{8, 9} y su relación con los malos hábitos, son la base del conocimiento actual del tema.

El recién nacido posee un mecanismo bien adaptado para chupar, y su aparato sensible peribucal constituye el medio de intercambio más importante con el medio ambiente.⁵ A través de él no sólo obtiene nutrición, sino también la sensación de bienestar, tan indispensable en las primeras etapas del desarrollo infantil. Anderson¹ sostiene que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales, conservando, también, menos mecanismos infantiles. Si la lactancia se realiza en forma natural o mediante biberones con tetillas anatómicas, y si el niño recibe el cariño y afecto normal de sus padres, la frecuencia de los MHO se reduce significativamente.⁵ Cuando el niño ha sido alimentado artificialmente, el uso del chupete es quizás necesario para el desarrollo de los maxilares. Sin embargo, cuando este hábito persiste más allá de los dos años de edad, es frecuente que se instalen una serie de alteraciones estructurales de los maxilares, tales como compresiones laterales, protrusiones maxilares y mordida abierta anterior. Muchas veces también se retira prematuramente el chupete y, como consecuencia de ello, se instala el hábito de chuparse el dedo. Cuando se elige el pulgar, la malformación que se induce es mucho más severa que cuando se elige otro dedo.

Cuando el niño va al colegio por primera vez, cambia el hábito de chuparse el dedo por otro que pase inadvertido, por ejemplo, morderse el labio inferior. Al ubicar el labio inferior detrás de los incisivos superiores, por acción del músculo borla del mentón, se proyecta hacia palatino, aumentando la sobremordida horizontal, y la mandíbula tiende a retruirse. La posición del labio inferior da como resultado que al deglutir deje sin acción el labio superior. La lengua se interpone

entre los dientes, y así el sellado lingual anterior es reemplazado por un sellado labial. De este modo, la porción posterior de la lengua cae, no realizándose la acción de válvula en la región faríngea ("válvula veloglosa"), constituyéndose el mal hábito de la "deglución atípica".¹²

Otro mal hábito que se asocia a malformaciones maxilares es la Respiración Bucal. Este mal hábito puede o no tener como causa directa la obstrucción de la vía nasal. El niño cambia su régimen fisiológico nasal, adoptando la vía bucal para respirar en forma permanente o intermitente. Sus secuelas llegan a comprometer a todo el organismo.

Muchas veces las maloclusiones presentes en los niños portadores de malos hábitos tienen una causa hereditaria y se acentúan con estos. También es importante mencionar el hecho de que aquellos niños con oclusión normal (normooclusión, según clasificación de Angle) que presentan MHO tienen una tendencia a normalizar el daño una vez que se establece la dentición definitiva. Pero aquellos niños que establecen una oclusión mesial (clase III de Angle) o distal (clase II de Angle) una vez establecida su dentición definitiva, tienden a magnificar el daño como consecuencia de los MHO, en la medida en que éstos han tenido una mayor duración en el tiempo, una mayor frecuencia durante el día y la noche y una mayor intensidad en su aplicación.

En este trabajo estudiaremos la frecuencia con que aparecen los MHO en pre-escolares de nuestro medio y la relación entre ellos, con el objeto de establecer pautas simples de evaluación que puedan proyectarse hacia un diagnóstico inicial que puede ser efectuado por aquellos profesionales que están en contacto con los niños, como las Educadoras de Párvulos. De este modo se puede detectar el problema y efectuar una derivación oportuna.

MATERIAL Y METODO

Se tomó una muestra de 79 niños de nivel de Transición (5 años de edad) de cinco Jardines Infantiles de la ciudad de Antofagasta, elegido al azar, de acuerdo a la técnica de Muestreo por Conglomerados, aplicando un instrumento, ficha clínica, que permitió determinar los MHO presentes y los signos y síntomas que lo acompañan. En el fichaje, dos aspectos fundamentales: pre-

guntas a los padres y Educadoras y un examen físico de los encuestados.

Para efectuar el diagnóstico de Respirador Bucal se empleó la prueba de la "mariposa de algodón", que consiste en colocar un algodón en forma de mariposa bajo las fosas nasales. Al hacer inspirar y espirar permanece inmóvil en la fosa que no funciona cuando hay obstrucción unilateral y cuando no hay respuesta en ninguna de las dos el niño presenta una respiración bucal franca. Además, para confirmar el diagnóstico se investiga con los padres y Educadoras si el niño se fatiga pronto al esfuerzo, y se le efectúa la prueba del espejo, haciéndolo respirar frente a él. Por empañamiento, o ausencia de éste, se efectuará el diagnóstico.

Para diagnosticar una deglución atípica se hace deglutir impidiendo el cierre labial mediante una tracción hacia abajo del labio inferior, colocando el pulgar del examinador sobre el vestíbulo labial inferior, mientras que con la otra mano se palpa el músculo temporal para sentir la contracción de este músculo, al tiempo que se observa la proyección lingual entre los dientes al momento de tragar.

El diagnóstico de los hábitos de interposición bruxismo se efectuó por observación directa o por descripción de sus padres y educadoras.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De los 79 niños examinados, se encontraron 15 sin alteraciones y 64 portaban algún MHO, lo que corresponde a un 18,9% en el primer caso y un 81,1% en el segundo. Como se puede observar en la tabla 1 y figura 1, la distribución por sexo es la siguiente: Pacientes sin alteraciones, el 40% son varones y el 60% mujeres. Entre los portadores de MHO se encontró el 68,4% de varones y el 31,6% de mujeres.

La frecuencia de los MHO en relación a los 79 niños examinados es la siguiente: respiradores bucales 48,1%,³⁸ deglución atípica 41,7%,³³ chupadores de dedos 27,8%,²² muerde objetos 16,4%,¹³ onicofagia 10,1%,⁶ finalmente, los bruxómanos constituyeron el 8,8%.⁷

RESPIRACION BUCAL

Este MHO se presentó en 38 casos, de los cuales, 10 eran puros y el resto se asoció a otros: 6 a deglución atípica; 2 a chupadores de dedos; 1 a

Tabla 1
Mal hábitos orales
incidencia-sexos

79 Niños	hombres		mujeres		total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Niños s/MHO	6	40	9	60	15	18,9
Niños c/MHO	3,9	68,4	25	31,6	64	81,1
Total	45	56,9	34	43,1	79	100

Fig. 1. Incidencia general de los MHO y su distribución por sexos.

Mal hábitos orales
frecuencia

Habitos	hombres		mujeres		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
Respiradores Buc.	27	71,1	11	28,9	38	31,4
Deglución Atípica	20	60,7	13	39,3	33	27,3
Chupa Dedo	14	63,6	8	36,4	22	18,2
Muerden Objetos	9	69,3	4	30,7	13	10,7
Onicofagia	5	62,5	3	37,5	8	6,6
Bruxismo	4	57,2	3	42,8	7	5,8
Total	79	65,3	42	34,7	121	100

muerdeobjetos; 3 a onicofagia; 4 eran, además de deglutores atípicos, chupadores de dedos; 1 a deglución atípica y muerdeobjetos; 1 a muerdeobje-

tos y onicofagia; 1 a deglución atípica y bruxismo; 2 a deglución atípica, chupaditos y muerdeobjetos; 1 a deglución atípica, chupaditos y bruxismo; 1 a deglución atípica, chupaditos y onicofagia, y 5 a chupaditos y muerde objetos.

Las características, en orden decreciente, de los respiradores bucales fueron las siguientes: el 71%²⁷ usaron biberón; el 47,3%¹⁸ usaron chupete; el 42,1%¹⁶ se resfriaban continuamente; el 39,4%¹⁵ presentaban amígdalas hipertroficadas; el 31,5%¹² con mordida abierta anterior; el 26,3%⁹ tenían pie plano; el 21%⁸ respiración costal superior; el 18,4%⁷ presentaban facies adenoideas; el 13%⁵ paladar alto; el 13%⁵ labio superior corto; el 13% compresión lateral maxilar superior y el 10%⁴ presentaban tórax estrecho.

DEGLUCION ATIPICA

Este mal hábito se presentó en 33 casos, de los cuales 12 eran puros y el resto estaba asociado a otros MHO: 6 con respiración bucal; 4 chupadores de dedos; 4 con respiración bucal y chupadores de dedos; 1 con respiración bucal y onicofagia; 1 con respiración bucal y muerdeobjetos; 2 con respiración bucal, chupadores de dedos y muerdeobjetos; y 1 con respiración bucal, chupaditos y bruxismo.

Las características del MHO en orden decreciente fueron las siguientes: uso de biberón 57%;¹⁹ uso de chupete 48%;¹⁶ amígdalas hipertroficadas 45%;¹⁵ mordida abierta anterior 39%;¹³ chupar dedos 30%;¹⁰ protrusión maxilar 18%;⁵ compresión maxilar 15%;⁵ labio superior corto 12%;⁴ lengua descendida 12%;⁴ y paladar alto 12%.⁴

CHUPADORES DE DEDOS

El MHO de chuparse los dedos se presentó en forma pura en 2 casos del total de 22. El resto se asoció a los siguientes malos hábitos: 2 a respiración bucal; 4 a deglución atípica; 1 a morder objetos; 4 a respiración bucal y deglución atípica; 5 a respiración bucal y muerdeobjetos; 2 a respiración bucal, deglución atípica y muerdeobjetos; 1 a respiración bucal, deglución atípica y bruxismo; y 1 a respiración bucal, deglución atípica y onicofagia.

Las características de este mal hábito, en orden decreciente, fueron las siguientes: uso de biberón 68%;¹⁵ mordida abierta anterior 59%;¹³ uso de chupete 50%¹¹ muerden objetos 40%⁹ diastemas

31%;⁷ paladar alto 13%;³ y compresión maxilar 9%.²

MUERDEOBJETOS

Corresponden a 13 casos en total, de los cuales solamente un caso se presentó en forma pura. El resto se asoció a otro en la siguiente proporción: 1 a respiración bucal; 1 a chupadito; 1 a a-bruxismo; 5 a respiración bucal y chupadito; 1 a respiración bucal y deglución atípica; 1 a respiración bucal y bruxismo; 1 a chupadito y onicofagia; 2 a respiración bucal, deglución atípica y chupadito; y, finalmente, 1 a respiración bucal, deglución atípica y onicofagia.

ONICOFAGIA

Se presentó en ocho casos (8), de los cuales en sólo 2 se observó en forma pura, y el resto se asoció a otros malos hábitos: 3 a respiración bucal; 1 a respiración bucal y deglución atípica; 1 a chupadito y muerde objetos; y 1 a respiración bucal deglución atípica y chupadito.

BRUXISMO

Lo encontramos en 7 oportunidades, de las cuales 2 eran puros y el resto se asoció a: deglución atípica 1; muerdeobjetos 1; respiración bucal y deglución atípica 1; respiración bucal y muerde objeto 1; y a respiración bucal, deglución atípica y chupadito 1.

CONCLUSIONES

1. Se observa una alta incidencia de MHO en preescolares.
2. Los MHO predominan en el sexo masculino.
3. La asociación de dos o más MHO es lo habitual.
4. La respiración bucal y la deglución atípica son los MHO predominantes.
5. El uso prolongado de biberón y chupete, resfriado frecuente e hipertrofia amigdalina son las características que se observan con mayor frecuencia.
6. Las secuelas predominantes fueron: mordida abierta anterior, compresión lateral maxilar y paladar alto.
7. El respirador bucal presentó además las si-

guientes secuelas: pie plano, respiración costal superior y tórax estrecho.

8. El deglutidor atípico presentó, además de las secuelas enumeradas en la conclusión 6, labio superior corto y lengua descendida.

9. Los MHO de interposición (chupado y muerdeobjeto) presentaron como secuelas diastemas y maloclusión focal.

RECOMENDACIONES

1. *Respiración bucal.* Al constatar ronquido nocturno, boca entreabierta persistente, fatiga precoz al esfuerzo físico en niños con antecedentes de resfriado continuo y/o amigdalitis repetidas, debe sospecharse de un mal hábito de respiración bucal. La conducta a seguir debe ser la siguiente:

a) Derivación al Otorrino para descartar o confirmar obstrucción de la vía aérea superior.

b) Derivación al Odontólogo para determinar magnitud de las secuelas dentomaxilo-faciales, y procedencia de un tratamiento ortodóncico.

c) Derivación al Kinesiólogo para el tratamiento miofacial correspondiente.

2. *Deglución atípica.* Al constatar la presencia de la lengua interpuesta constantemente entre los dientes, pronunciación defectuosa con ceceo, y lengua descendida en niños con antecedentes de uso prolongado de biberón o chupete, debe sospecharse hábito de deglución atípica. La conducta debe ser la siguiente:

a) Derivación al Odontólogo para establecer el diagnóstico y magnitud de las alteraciones secuenciales.

b) Derivación al Kinesiólogo para programar el tratamiento miofuncional.

c) Derivación al Fonoaudiólogo en caso de persistir la dificultad en la articulación de algunos fonemas.

3. *Hábitos de interposición.* Al constatar que el niño chupa alguno de los dedos de la mano, muerde lápices u otros objetos, usa biberón o chupete después de los dos años y medio de edad o se interpone el labio inferior o la lengua entre los dientes, se está confirmando el mal hábito de in-

terposición. Debe derivarse a los mismos profesionales mencionados a propósito de la deglución atípica.

Los padres y educadores deben adoptar una conducta psicológicamente adecuada al colaborar en la eliminación de estos hábitos de interposición, evitando entrar en "competencia" con el niño. Cuando la corrección es muy vehemente el niño reacciona negativamente, acentuando el mal hábito.

RESUMEN

Este estudio comunica los resultados de un abordaje interdisciplinario de un problema tan común y tan descuidado como los malos hábitos orales. La muestra de 79 casos refleja la alta incidencia de este problema en general. Los dos MHO más frecuentes fueron respiración bucal y deglución atípica. Se dan recomendaciones, especialmente orientadas a su aplicación, por educadoras enfocadas al reconocimiento y derivación oportuna de cada uno de estos MHO.

REFERENCIAS

- ¹Anderson, W. The relationship of the tongue-thrust Syndrome to maturation and other factors. Am. J. Orthodont. 40: 264-275, 1963.
- ²Ferrer, C. y Col. El niño respirador bucal. Rev. Otorrino. 36: 59-65, 1976.
- ³Gesell, A. and Hg, F. Infant and child in the culture of today, 2 Ed. Philadelphia H. and B. 1958.
- ⁴Graber, T.M. the three M's: Muscles, malformation and malocclusion Am. J. Orthodontic 49: 418-450, 1963.
- ⁵Graber, T.M. Ortodoncia. 3 Ed. México, Interamericana. 1974.
- ⁶Hotz, R. Orthodontia in every day Practice. Berne, Hans Huber, 1971.
- ⁷Lear, C. et al. The frequency of deglutition in man. Arch Oral Biology 10: 83-93, 1965.
- ⁸Moyers, R.E. Handbook of Orthodontic. 3 Ed. Chicago Year book Pub., 1972.
- ⁹Moyers, R.E. Rol de la lengua en las maloclusiones. Odont. Clínica de Norte América. 23: 325. Interamericana, 1968.
- ¹⁰Orellana, C.: Respirador Bucal. Tesis para optar título Kinesiólogo, 1967.
- ¹¹Rogers, A. and Other: Symposium on muscle function. Internat. J. Orthodont. 16: 254. 1930.
- ¹²Wildman, A.: Aparato motor. Am. Dent. Clinic. 20: 691-705, Oct. 1976.
- ¹³Winder, R.: An electronic technique to measure the forces exerted on the dentition by the dentition perioral and lingual musculature. Am. Dent. J. Orthodontic 42: 645, 1956.