



FRECUENCIA DE ANOMALIAS DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES RESPIRADORES BUCALES ENTRE LOS 6 – 11 AÑOS DE EDAD QUE PERENECEN AL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE BOGOTA

Modalidad: Oral
Área: Odontopediatria
Categoridad: Pregrado

Forero J, Lucero J.*
Torres E. **
Caycedo***
Otalora,J****

RESUMEN

Objetivo Identificar cual es la frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales en niños respiradores bucales entre los 6 – 11 años de edad que pertenecen al colegio nuestra señora del rosario de Bogota. **Método:** Se realizo un estudio descriptivo transversal, teniendo como población de estudio 322 escolares entre los 6 – 11 años de edad, de los cuales se tomaron 128 escolares que cumplieron con los criterios de inclusión;(dentición mixta, y consentimiento informado de los padres). Este estudio consistió en identificar el paciente respirador bucal, observando la permeabilidad, y la flacidez de las narinas. A los escolares con respiración bucal se les diligencio un instrumento de recolección de datos teniendo en cuenta las variables de estudio **Resultados:** La anomalía dentomaxilofacial mas frecuente que se presento en los escolares con respiración bucal fueron; la presencia de incompetencia labial, labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico y paladar ojival con un 100 % (18 escolares). Y De 128 escolares examinados el 14% (18 escolares) presentaron respiración bucal. El genero mas afectado con respiración bucal fue el sexo masculino y la edad mas afectada fueron los 8 años de edad con un 16.5 % (13 niñas) y 60 % (3escolares). Respectivamente. **Discusión:** Los resultados arrojaron un 14% (18 escolares). Con respiración bucal, lo que hace posible relacionarlo con los datos presentados en el artículo "Habito de Respiración Bucal en Niños. 2001" que arroja un resultado de un 24.7 % de niños respiradores orales en una muestra de 600 niños. **Conclusiones:** la incompetencia labial labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico y paladar ojiva, fueron las anomalías mas frecuentes en los escolares con respiración bucal, predomino el sexo femenino sobre el masculino y la edad más afectada fueron los 8 años de edad.

Palabras claves: Respiración Bucal, Anomalías Dentomaxilofaciales, Dentición Mixta.

ABSTRACT

Objective to Identify which is the frequency of the anomalies dentomaxilofaciales in children buccal breathers among the 6. 11 years of age that belong to our school lady of the rosary of Bogotá. **Method:** One carries out a descriptive traverse study, having as population of study 322 students among the 6. 11 years of age, of which took 128 students that fulfilled the inclusion approaches; (mixed teething, and the parents' informed consent). This study consisted on identifying the buccal patient breather, observing the permeability, and the flaccidity of the narinas. To the students with buccal breathing are obtained an instrument of gathering of data keeping in mind the variables of study **Results:** The anomaly dentomaxilofacial but it frequents that you presents in the students with buccal breathing they were; the presence of labial incompetence, lip superior hipotónico, lip inferior hipertónico and ogival palate with 100% (18 students). And Of 128 examined students 14% presented (18 students) buccal breathing. He generates but affected with buccal breathing it was the masculine sex and the age but affected they were the 8 years of age with 16.5% (3escolares) and (13 girls) 60%. Respectively. **Discussion:** The results threw 14% (18 students). With buccal breathing, that makes possible to relate it with the data presented in the I articulate I "Inhabit of Buccal Breathing Children. 2001" that it throws a result of 24.7% of children oral breathers in a sample of 600 children. **Conclusions:** the incompetence labial lip superior hipotónico, lip inferior hipertónico and palate warhead, they were the anomalies but you frequent in the students with buccal breathing, I prevail the feminine sex on the masculine one and the affected age they were the 8 years of age.

Key words: Buccal Breathing, Anomalies Dentomaxilofaciales, Mixed Teething.

*Estud. Xsemestre. Odontologia

**Asesor. Cient. Od. Espe. Ortodoncia-Malfo. Cong.

***Asesor. Meto. Od. Espe. Epidemiologia.

**** Asesor estadístico

INTRODUCCION

La respiración bucal se define como la respiración por la boca en lugar de hacerla a través de la nariz. Una de las funciones importantes de la nariz, es preparar el aire atmosférico para que lo usen los pulmones, y al mismo tiempo humedecer, limpiar y calentar el aire inhalado. (1,2).

La respiración bucal puede ser por causa orgánica o por hábito. La orgánica esta relacionada con el desvío del tabique nasal, hipertrofia de adenoides, cornetes hipertroficados, hipertrofia de amígdalas palatinas, bronquitis, rinitis alérgica y sinusitis. Y por hábito el individuo respira por la boca aunque tenga la capacidad anatomofisiológica de respirar por la nariz. (3).

La función respiratoria nasal desempeña un papel importante en el desarrollo del esqueleto dentó facial, al estar alterada esta función, produce serias alteraciones en el aparato estomatognático, que afecta al niño tanto estética, funcional y psicológicamente. (1, 2).

Al estar alterada la función de la nariz, la introducción de aire es inadecuada, es frío, seco, y cargado de polvo en la boca y en la faringe, estableciéndose una respiración bucal cuyos efectos a largo plazo influyen en el crecimiento dentomaxilofacial. (2).

La posición de reposo de la lengua en el piso bucal no ejerce presión sobre el paladar, alterando el crecimiento en sentido transversal del maxilar superior: produciendo una mordida cruzada posterior y al mismo tiempo un paladar ojival o estrecho. (1, 3). Por lo anterior es importante conocer ¿Cuáles son las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes en los respiradores bucales entre los 6-11 años del colegio Nuestra Señora del Rosario de Bogotá? Teniendo en cuenta que La respiración bucal produce una serie de manifestaciones en el aparato estomatognático que afecta al niño tanto estética, funcional y psicológicamente. Creando casos graves de mal oclusión.

El objetivo general de este estudio fue identificar la frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales en escolares con respiración bucal entre los 6 -11 años de edad que pertenecen al Colegio Nuestra Señora del Rosario de Bogotá.

Se Identifico la frecuencia de los escolares con respiración bucal en la población estudio. Se asocio la respiración bucal con las características sociodemográficas que presento la población y por ultimo se determino las características dentomaxilofaciales presentes en el paciente respirador bucal.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en una población de 322 escolares entre 6 -11 años, pertenecientes al Colegio Nuestra Señora del Rosario de Bogotá. De los cuales 128 escolares cumplieron con los criterios de inclusión. (Dentición mixta y consentimiento informado de los padres), Se excluyeron aquellos escolares que presentaron enfermedades sistémicas, dentición temporal o permanente, y que en el momento estaban en tratamiento de ortodoncia.

En cuanto a las consideraciones éticas, el estudio de acuerdo a la resolución 8430/ 93 presento un mínimo riesgo para los participantes, se elaboro un consentimiento informado el cual fue firmado por los padres o tutores de los escolares participantes en el estudio, previa socialización del estudio.

Se elaboro un instrumento en el cual se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Incompetencia labial, labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico, Labios agrietados y reseca el tipo de perfil recto, convexo o cóncavo, paladar ojival, paladar estrecho, Agrandamiento gingival, apiñamiento, mordida abierta anterior (M.A.A), mordida cruzada posterior (M.C.P). (6)

Se realizo un examen clínico teniendo en cuenta las normas de bioseguridad, para identificar los escolares con respiración bucal, que consistieron en : **Flacidez de las narinas** : para determinar la flacidez o no de las narinas (hipotonía muscular) se busco el reflejo narinario", dando instrucciones al niño a tomar una respiración y contener la exhalación unos segundos, mientras se le mantenía comprimidas entre si ambas narinas; posteriormente se le sueltan para observar si una o ambas se separan rápidamente o si por el contrario se mantienen pegadas,

para posteriormente abrirse muy lentamente, signo este de flacidez. (5)

Permeabilidad de las narinas: con la ayuda de la "mariposa de algodón" y "el espejo bucal" se registro la permeabilidad de las narinas para verificar si el niño respira por la boca y/o por la nariz e identificar si existe obstrucción nasal. La técnica se desarrollo así: se abre un rollo de algodón, se coloco en la punta de la nariz y sostiene con el pulpejo de alguno de los dedos; se le indico al paciente que cierre la boca y respire por la nariz, para observar si la salida del aire era por las fosas nasales. Si se mueve el algodón que esta en la entrada de la fosa nasal, se considera que hay permeabilidad del aire a través de ellas y cuando no se mueve estamos en presencia de una obstrucción nasal. Se coloco el espejo bucal a nivel de las narinas para observar la permeabilidad de las mismas; si este se empañaba no hay obstrucción nasal y si por el contrario el espejo no se empañaba nos encontrábamos frente a una obstrucción nasal. (5)

Con la ayuda de estos tres exámenes se identifico a los escolares con respiración bucal, a los cuales se les diligencio el instrumento en donde se analizaron las características del respirador bucal.

Se observo al paciente en reposo para determinar si presentaba o no incompetencia labial, se observo si el labio superior estaba corto y flácido para determinar el labio superior hipotónico, y para determinar si el labio inferior estaba hipertónico se observo si este estaba grueso y evertido. De igual forma se observa si los labios se encuentran agrietados, resecos Y por ultimo se observó el tipo de perfil que presentaba ya sea recto, convexo o cóncavo. Pidiendo al paciente colocarse de perfil, observándose que tipo de perfil presentaba. (1,4, 5)

A nivel intraoral se utilizaron espejos bucales desechables, luz artificial, se le pidió al paciente sentarse en posición recta para realizar el examen clínico.

Se observa si presenta paladar ojival, o paladar estrecho, teniendo en cuenta el grado de compresión del maxilar superior, observándose un paladar profundo y una disminución del diámetro transversal del maxilar superior. Para identificar el agrandamiento gingival se tuvo en cuenta el cambio de coloración y agrandamiento a nivel de la encía libre o adherida. (1, 4,5).

Se observo la presencia de apiñamiento, la presencia de mordida abierta anterior (M.A.A), teniendo en cuenta la ausencia de contacto entre los incisivos inferiores y superiores. Para la mordida cruzada posterior (M.C.P). Se tomo la oclusión habitual y se observo si existía una relación inversa de 1 o mas dientes del sector antero superior con relación a los dientes inferiores. (6,7).

Una vez recolectados los datos se tabularon en una hoja de calculo de Excel 2000, para el análisis estadístico. Se calcularon frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La población estuvo conformada por 322 escolares entre los 6 – 11 años de edad, de los cuales 128 constituyeron la muestra de estudio. De los cuales el 14% (18) escolares presentaron respiración bucal.

La distribución de acuerdo al genero fueron fue: sexo femenino 77 (60%), masculino 51 (40%).

Tabla No. 1 Distribución por edad de los escolares del Colegio Nuestra Señora del Rosario Bogota

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	21	16.4
7	17	13.3
8	5	3.9
9	27	21.1
10	34	26.6
11	24	18.8
TOTAL	128	100.00

La frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales a nivel extraoral en escolares con respiración bucal, se muestra en la tabla No.2

Tabla No. 2 Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales extraorales, en escolares respiradores bucales del colegio Nuestra Señora del Rosario Bogota.

ANOMALIAS DENTOMAXILOFACIALES EXTRAORALES		
ANOMALIA	%	Nº
Inc. Labial	100 %	18
Labio Sup. Hipotónico	100 %	18
Labio Inf. Hipertónico	100 %	18

Labios Agrietados	33 %	6
Labios Resecos	61 %	11
Perfil Recto	11 %	2
Perfil Convexo	77 %	14
Perfil Cóncavo	11 %	2

Las anomalías dentomaxilofaciales a nivel intraoral en escolares con respiración bucal, se presenta en la tabla No. 3

Tabla No. 3 Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales intraorales, en escolares respiradores bucales del Colegio Nuestra Señora del Rosario Bogota

ANOMALIAS DENTOMAXILOFACIALES INTRAORALES		
ANOMALIAL	%	Nº
Agrandamiento Gingival	61 %	11
Apiñamiento	38 %	7
Mordida Abierta Anterior	66 %	12
Mordida Cruzada Posterior	50 %	9
Paladar Ojival	100 %	18
Paladar Estrecho	50 %	9

La relación de la frecuencia de escolares con respiración bucal y la edad, la mayor proporción de edad se encontró en el grupo de 8 años.

Tabla No.3. Proporción de respiradores orales según la edad en escolares respiradores bucales del Colegio Nuestra Señora del Rosario Bogota

EDAD	RESPIRADOR BUCAL	PROPORCION
6	2	9.5
7	3	17.6
8	3	60.0
9	8	29.6
10	2	5.9
11		0.0
TOTAL	18	14.1

Frecuencia de Escolares con Respiración Bucal Según el género.

Tabla N° 4.

GENERO	FRECUENCIA DE RESPIRADORES BUCALES	PROPORCION
FEMENINO	13	16.9%
MASCULINO	5	9.8%

DISCUSION

Los resultados arrojaron un 14% (18 escolares). Con respiración bucal, lo que hace posible relacionarlo con los datos presentados en el artículo "Hábito de Respiración Bucal en Niños. 2001" que arroja un resultado de un 24.7 % de niños respiradores orales en una muestra de 600 niños.

Las anomalías dentomaxilofaciales que se presentaron con mayor frecuencia fueron:

Incompetencia Labial, Labio Superior Hipotónico, Labio Inferior Hipertónico y Paladar ojival con un 100% (18 escolares). Estos resultados coinciden con lo señalado por los autores Lidia Barrios, en Hábito de Respiración Bucal en Niños. 2001, y Yahaira Parra, en El Paciente Respirador Bucal una Propuesta para el Estado de Nueva Esparta. 2003." Donde reportan un 94.5 % de frecuencia en la presencia de incompetencia labial y un 86.5% en paladar ojival. Siendo estas las más frecuentes.

Se presento mayor proporción de respiradores bucales en el sexo femenino. Estos resultados coinciden con lo reportado por Barrios, en Hábito de Respiración Bucal en Niños. 2001. En el cual un 76.5% de niñas presentaban respiración bucal.

Los resultados muestran que la edad donde se presento con mayor frecuencia la presencia de respiración bucal sin importar el sexo fueron los 8 años de edad, con un 60 % , de 5 escolares que tenían 8 años de edad en toda la población, solo 3 de ellos presentaron respiración bucal. Demostrando que los efectos a mediano plazo son mas complejos y de mayor alcance que en edades menores, como lo señalan, Lydia Barrios, En el artículo "Hábito de Respiración Bucal en Niños". Donde reportan que la mayor frecuencia de pacientes respiradores orales según el

grupo atareó fueron de los 6 – 11 años, con un 39.2%. (58 niños).

CONCLUSIONES

La anomalía dentomaxilofacial más frecuente encontrada en escolares con respiración bucal fue la presencia de incompetencia labial, labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico y paladar ojival.

El 14 % de la muestra estudiada son niños respiradores bucales.

El cuanto a la relación con el genero, el género femenino presento mayor proporción al igual que los escolares que presentaban 8 años de edad.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las múltiples anomalías dentomaxilofaciales del niño respirador bucal, se recomienda sean atendidos en edades tempranas por el odontólogo general, quien realizara el diagnostico presuntivo y remitirá debidamente para que el otorrinolaringólogo realice el diagnostico definitivo e imponga el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTORGA. K. Anomalías Dentofaciales con Síndrome del Respirador Bucal. Rev. Chil. Pediatr. Vol. 6. 2003.
2. BARRIOS L. Hábito de Respiración Bucal en niños. Rev. Cubana Ortod. 2001; 16(1) 47-53.
3. BADRA. L. Evaluación Fonoaudiologica capitulo XXVI. 2000.
4. PAREDES. G. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentales en escolares Valencianos. Facultad de Medicina y Odontología de Valencia España. 2005.
5. PARRA. Y. Paciente respirador bucal una propuesta para el estado de nueva esparta. Rev. Cubana Ortod. V5. 1996-2001.
6. SALLES. A. Clasificación de las mal oclusiones. Capitulo V.
7. SERRATO. L. GORDILLO. C. Estudios epidemiológicos de la salud y mal oclusión

dental en niños de Bogota Colombia. (U. NACIONAL). Prevalencia de hábitos orales y asociación con la mal oclusión y desordenes temporomandibulares. 2000.