

**Síndrome de disfunción postural global de origen alimentario:
"Alimentación, boca y salud"**

Síndrome de Respiración Bucal (SRB). Las causas y las consecuencias de respirar por la boca.

Una de las consecuencias graves de una intolerancia, alergia o histaminosis alimentaria, es la hipertrofia mucosa de las vías respiratorias altas, generando una obstrucción o estrechamiento del paso del aire desde el exterior a través de las fosas nasales, que es el camino normal de la respiración. Esta dificultad favorece la apertura de la boca durante la respiración para completar las necesidades de oxígeno de nuestro cuerpo. Es lo que se conoce como Síndrome de Respiración Bucal (SRB). A partir de aquí se desencadenan una serie de reacciones celulares y orgánicas, que son la consecuencia imparable de respirar por la boca, con un crecimiento vertical del macizo craneofacial salvo que modifiquemos la causa de la intolerancia y corriamos la ruta respiratoria mediante ejercicios de reeducación lo más pronto posible.

Amelia de la Ballina Peruyera médico estomatólogo
Daniel Fernández de la Ballina odontólogo
Tamar Gómez Pérez ortodoncista
Andrea Fernández de la Ballina médico

I. SRB. ¿Por dónde debemos respirar?

Las fosas nasales son las únicas responsables de la función respiratoria, ya que la respiración debe ser exclusivamente nasal, para filtrar las partículas y microbios del ambiente y humedecer y calentar el aire para que éste llegue a los pulmones en condiciones ideales para su urgente utilización para el intercambio gaseoso que es lo que mantiene el organismo en equilibrio, salud y armonía.

La boca es una parte del cuerpo muy importante que tiene funciones como comer, tragar saliva y alimento, mantener el equilibrio postural y corporal, hablar, sonreír, expresarse, y solo debe utilizarse para ampliar la respiración durante el máximo esfuerzo.^{36,37,38}

Características de las fosas nasales

La nariz presenta dos cavidades, una al lado de la otra, las cuales reciben el nombre de fosas o cavidades nasales. Están separadas por un tabique cartilaginoso (tabique nasal) y se abren en su parte anterior a través de la ventana nasal y en la parte posterior se comunican mediante las coanas con la porción nasal de la faringe.

La mucosa produce aproximadamente 1/2 litro de líquido en 24 horas.

La pared lateral de las fosas nasales, es irregular debido a que presenta formaciones óseas especiales que reciben el nombre de conchas (por su forma) o cornetes. Estas formaciones, de acuerdo con la posición que ocupan, reciben el nombre de superior, media e inferior.

En diversas ocasiones (alergias y resfriados) pueden congestionarse (ingurgitarse) y producir cierto estado de obstrucción nasal.

La abundante irrigación nasal y las glándulas de la lámina propia garantizan que el aire inspirado tenga la humedad y temperatura adecuadas.

Zona olfatoria

En la parte superior de las fosas nasales, a nivel del techo de cada cavidad nasal, existe una región con características particulares que recibe el nombre de zona olfatoria, la cual se extiende hacia abajo en cada cavidad nasal.

A este nivel la mucosa tiene color amarillo que contrasta con el color rosa o rojo del resto de la mucosa, y en ella reside el órgano receptor de la olfacción.

Senos paranasales

Son cavidades que se encuentran en los huesos maxilares superiores, frontal, esfenoides y etmoides, que se comunican con las fosas nasales por pequeños orificios. El mucus producido por las glándulas es drenado hacia las fosas nasales; si las aberturas de los senos son obstruidas, como ocurre algunas veces en los resfriados, la falta de un adecuado drenaje puede ocasionar alteraciones patológicas (sinusitis).³⁹

II. SRB. "En la prevención está la solución"

Son múltiples las causas del origen del SRB ya que las infecciones respiratorias agudas de las vías respiratorias altas (IRA) son la enfermedad humana más frecuente, consumiendo buena parte del tiempo asistencial del pediatra (30-50%), el 20-40% de las hospitalizaciones, y una cantidad considerable de recursos asistenciales y económicos de la Salud Pública.

Un niño sufre una media de 4-8 episodios anuales en los 10 primeros años, con una incidencia mayor en los 3 primeros años. La clínica consiste en una combinación variable de fiebre, tos, rinorrea, dolor de garganta, congestión ocular y obstrucción nasal y estornudos, de 4 a 10 días de duración.^{40,41}

Las infecciones de repetición crean hipertrofia de adenoides y/o de amígdalas, otitis, sinusitis, rinitis y alergias que son una causa importante de uso y abuso de medicamentos, entre ellos, los antibióticos, con efectos perjudiciales en la salud de los niños.^{42,43}

"Somos lo que comemos"

Una de las múltiples manifestaciones clínicas, o expresiones externas de las intolerancias, alergias o histaminosis alimentarias, son visibles en la cara, en los cuadros de repetición de insuficiencia respiratoria



aguda (IRA), en la respiración bucal y más concretamente en la boca (Figura 1).

Las deformidades que se producen serán menos marcadas cuanto antes se realice el diagnóstico, para evitar un crecimiento anómalo del macizo craneofacial que resulte irreversible.

La atención al paciente debe ser multidisciplinar: pediatra, médico de familia, otorrinolaringólogo, alergólogo y odontólogo deben coordinarse para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de la respiración bucal secundaria a una intolerancia alimentaria.

El pediatra es el primer médico que atiende al niño y debe ser consciente de esta patología de intolerancias, alergias o histaminosis alimentarias, cada vez más frecuente, que es responsable de un SRB.

Igualmente el pediatra y el otorrinolaringólogo, ante la presencia de catarrros de repetición, otitis recidivantes, sinusitis y todo tipo de problemas de las vías respiratorias altas, que se presentan con frecuencia cada vez mayor, pueden pensar en una posible IA o HANA.

Está de moda hablar de la frecuencia de las alergias cada vez más rebeldes en su tratamiento, pero es lógico pensar que el alérgeno más próximo es el alimento que ingerimos y que hay que masticar, deglutir y realizar la digestión, absorción y eliminación de los residuos o los tóxicos alimentarios a través de los órganos de eliminación, uno de los cuales es la mucosa del aparato respiratorio, que responde ante una IA, HANA, con infecciones de repetición, y aumentando su espesor que origina un SRB que claramente se pone de manifiesto en la boca.^{26,27,28,29}

Figura 1.
La boca entreabierta, en reposo y comiendo es un signo del SRB.

Figura 2. Una de las consecuencias del SRB es el paladar estrecho, debido a la falta de respiración nasal.

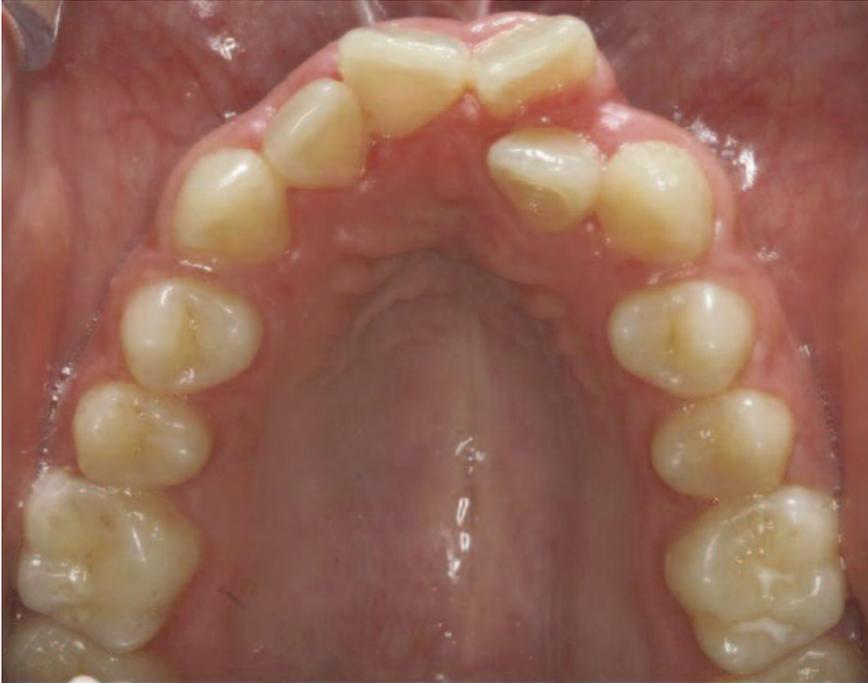


Figura 3. Apiñamiento de los dientes por falta de crecimiento de los huesos.

III. SRB. "La función hace la forma"

El crecimiento y desarrollo normal de los huesos de la cara depende de que funciones como la respiración, y la deglución (tragar saliva y alimentos), sean correctas, es decir fisiológicas, ya que suceden de una forma automática y no pueden pararse, durante el día y la noche.

Cuando por infecciones de repetición las mucosas de garganta, nariz y oídos aumentan de espesor y segregan moco en cantidad, el paso del aire durante la respiración es menor del que se necesita. Por ello tenemos que abrir la boca y adelantar la lengua para poder respirar mejor. Es lo que llamamos respiración bucal.

Si respiramos por la boca, el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara no es normal, ya que la nariz no se utiliza adecuadamente y como consecuencia el paladar no crece, queda estrecho por falta de uso y los dientes se apiñan (Figura 2). La lengua se adelanta para dejar que pase el aire por la garganta y se produce una mordida abierta (MA) por interposición de la lengua entre los dientes.

Si todo este problema de intolerancia alimentaria no se tiene en cuenta antes de finalizar el crecimiento, tendremos un problema óseo para toda la vida, ya que los huesos habrán crecido de acuerdo con la función y si la función no se corrige la forma es imposible de modificar (Figura 3).

La detección precoz de la respiración bucal es el mejor y más económico tratamiento de las deformidades en el crecimiento y desarrollo del macizo craneofacial, ya que modificando la respiración (función) se puede intervenir sobre el crecimiento de los huesos y modificar la forma.^{36,37,38,44,45}

Nota: El 12, 13 y 14 de octubre de 2012 se celebran en Villaviciosa (Asturias) las "II Jornadas Nacionales de Salud e Intolerancias Alimentarias" cuyo tema central será "Migrañas, boca y alimentación, dos pilares de una vida con dolor". El programa de las Jornadas se puede descargar de la web www.clinicaballina.es.

Bibliografía

1. <http://www.proyectosalud.com/nutricion.php>
2. <http://histolii.ugr.es/EuroE/NumerosE.pdf>
3. http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_agosto_03/.../aditivos.pdf
4. http://www.pasqualinonet.com.ar/los_aditivos.htm
5. <http://www.laprensa.com.ni/2011/06/14/suplemento/nosotras/5197>
6. www.duiops.net/seresvivos/celula_morfo_bio.html
7. <http://funciondenutricion.galeon.com/aficiones630909.html>
8. http://html.rincondelvago.com/principios-inmediatos-de-la-materia-viva_organicos-e-inorganicos.html
9. <http://www.alimentos-proteinas.com/lista-de-alimentos-proteinas.html>
10. Seignalet, J. (2004). "La alimentación la 3ª medicina". Cómo tratar enfermedades mediante una correcta alimentación. (1ª edición). Barcelona: RBA Libros, SA.
11. Hernández Ramos, F. (2007). Antienvejecimiento con nutrición ortomolecular. Integral.

12. Román, D. (2003). (1ª edición). "Leche que no has de beber". El lado oscuro del alimento más sobrevalorado. Madrid: Mandala Ediciones
13. Cuevas, O. (2003). (4ª edición). "El equilibrio a través de la alimentación", sentido común, ciencia y filosofía oriental. España: Ed. Sorles, S.L.
14. Llorente, JR. (Junio 2006). ¿Es la leche animal adecuada para el consumo humano? Discovery Salud, 84.
15. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. www.aesan.msps.es
16. http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetical/guia/guia_nutricion/el._proceso_de_la_nut.htm. Alimentación y nutrición
17. <http://es.wikipedia.org/wiki/Diente>
18. http://www.gastroonline.com.ar/default.asp?pagina=publico/estv/art_067.asp
19. http://www.natureduca.com/anat_funcnutric_apardigestivo1.php
20. <http://digestiondalimentos.blogspot.com/2010/04/boca.html>
21. <http://www.araucaria2000.cl/digestivo/sistemadigestivo.htm>
22. www.med.ufro.cl/clases_apuntes/.../fisiología.../apunte-deglucion.pdf
23. <http://www.vidaysalud.com/daily/dieta-y-nutricion/la-digestion-empieza-en-la-boca-es-importante-masticar-bien/>
24. www.placerybienestar.net/alimentacion/digestion/digestionsimple.pdf
25. <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-5106/4/34.pdf>
26. http://www.nlm.nih.gov/cgi/medlineplus/email_request_sp.pl?refPage=http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000817.htm&emailTitle=Alergia+alimentaria
27. <http://www.institutobiologico.com/Obesidad/intolerancia%20alimentos.htm>
28. http://www.saeia.es/inicio/leche_trigo.htm
29. López Elorza F. "Numerosas patologías se deben a procesos de histaminosis alimentarias". Discovery salud, 121.
30. REIA ANÁLISIS ESPECIALISTAS, Intolerancias alimenticias www.reialab.com
31. http://www.el mundo.es/medscape/clinicas/19/seccion_3.html
32. Esposito, G. M. (1989, febrero). "Il triangolo della salute". Salutenatura (año 1, núm. 0).
33. de la Ballina, A. (2009). Influencia de la kinesiología aplicada en la Acondroplasia. Esculapio (nº 7, 5-10)
34. Zanardi, M. Curar las alergias con la medicina integrada. Colección Española de Medicina Integrada.
35. file:///Users/SANTONIA/Desktop/RB%2036.-%20paciente_respirador_bucal.asp.html
36. <http://www.odontologiamorfofuncional.org/pages/ea.htm> "Respiración insuficiente".
37. Clark G.T. Nakano M. (1989); Dental appliances for the treatment of obstructive sleep apnea.3 Am dent Assoc, 118. 5. 611-620.
38. Mendoza Corbetta, Marco. Respiración Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. Pág. 29-31, Revista Visión Dental Año III nº 14. Noviembre 2000.
39. Frida I., Huaraz Loyola, C., Calvo Huaraz, J. Aparato respiratorio. medicina. unmsm.edu.pe/.../aparato%20respiratorio%20capitulo%201...
40. de la Flor i Bru, J. Infecciones de vías respiratorias altas [Iwww.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/.../mayo09_art2.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/.../mayo09_art2.pdf).
41. <http://www.monografias.com/trabajos80/comportamiento-clinico-infecciones-respiratorias-agudas/comportamiento-clinico-infecciones-respiratorias-agudas2.shtml>
42. Álvarez Castelló, M.; Castro Almarales, R.; Abdo Rodríguez, A.; Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000100011&script=sci_arttext. Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line ISSN 1561-3038
43. www.scielosp.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1020. López Bravo IM, Sepúlveda H., Valdés I. Enfermedades respiratorias agudas en los primeros 18 meses de vida. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1996;120:378-388.
44. <http://www.cyberpediatria.com/respiradorbucal.htm>. Lanza, M. 2008 "El niño respirador bucal".
45. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/paciente_respiradorbucal.asp. Parra, Y. "El paciente respirador bucal una propuesta para el estado". Nueva Esparta 1996. VOLUMEN 42 nº 2 / 2004.
46. Remmeers JE. Anch AM. DeGroot WJ. Respiratory disturbances during sleep. Clin Chest Med 1980;1:57-71.
47. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. Mª Antonia Ruiz Varela y Ana Cerecedo Pastor. Cuadernos de Audición y Lenguaje.
48. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>. Carmen T. Medina A.1, María L. Laboren S1., Carolina Viloria R1. Oscar Quirós A2. Aura D'Jurisic 3, Carolina Alcedo3, Lennys Molero4, Jorge Tedaldi A5. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria.

