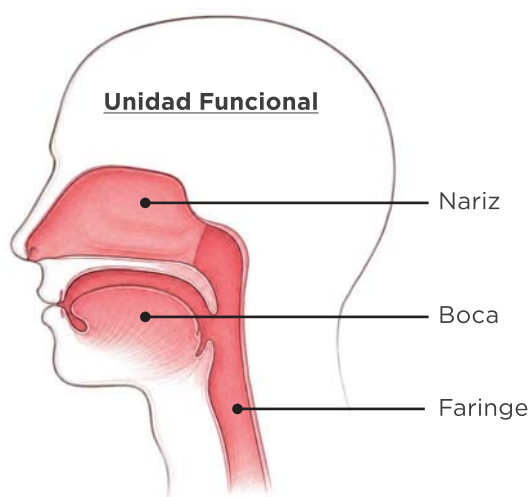


Origen bucal del ronquido y la apnea obstructiva



La boca, la nariz y la faringe son tres estructuras anatómicas de un sistema que trabaja como una unidad funcional: hay que incluir todas las estructuras para explicar la fisiología. El ronquido y la apnea de sueño son consecuencias del desequilibrio en este sistema. Manifestaciones de problemas obstructivos (bloqueo, atasco, tapado o taponado) en las vías respiratorias superiores por la anatomía de la boca, nariz y garganta.

El **ronquido** se entiende como una respiración ruidosa durante el sueño, aunque que se oiga la respiración es el inicio de roncar. El aire encuentra un espacio mucho más estrecho al pasar por la garganta o la nariz, que produce vibraciones del velo del paladar, causa física directa del sonido del ronquido.

En la **apnea obstructiva del sueño (AOS)** la respiración se detiene repetidas veces durante la noche cuando los músculos de la garganta se relajan y bloquean las vías respiratorias. Es una urgencia que genera una reacción central con contracción muscular, causando micro-despertares continuos, que impiden el sueño profundo. El oxígeno deja de llegar a los pulmones provocando la desoxigenación cerebral y sanguínea con el aumento del anhídrido carbónico. El ronquido fuerte es el síntoma más común de la apnea obstructiva del sueño.

Podemos estar ante una epidemia moderna, ya que ronca uno de cada dos hombres, una de cada cuatro mujeres y uno de cada diez niños. Millones de personas no saben por qué están cansadas, cuando en realidad se han pasado la noche roncando o con despertares sin saberlo, sin poder entrar bien en fase profunda del sueño.

Según la Sociedad Española de Neurología, **el 48 % de los adultos no tiene un sueño de calidad**. El sueño es una necesidad biológica fundamental que permite al cuerpo reparar tejidos, limpiar toxinas del cerebro y regular el sistema inmunológico. Las consecuencias de un sueño pobre pueden llegar a ser desde leves (cansancio diurno, estrés, irritabilidad, cambios de humor

o problemas de concentración) a graves, ya que, la falta de oxígeno repetida obliga al cuerpo a hacer un sobre-esfuerzo que a largo plazo puede derivar en fatiga crónica, dolor de cabeza y somnolencia, hipertensión, diabetes, ictus, arritmias u otros problemas cardio-vasculares, incluso a alteraciones de personalidad y del comportamiento.

¿Y qué pinta la boca? El **desorden funcional/estructural de la boca** forma parte primaria de la obstrucción del sistema. En el pasado encontramos mandíbulas anchas, maxilares amplios con espacio de sobra para tener dientes alineados. Los niños crecían con lactancias maternas prolongadas, masticando alimentos fibrosos, crudos y duros (raíces, carne...). Los huesos de la cara son mecano-sensibles, responden a fuerzas mecánicas, y ese estrés mecánico positivo constante estimula el crecimiento y avance de los huesos maxilares y el paladar, lo que se traduce (en la zona posterior) en unas vías respiratorias altas, amplias y libres.

Hoy esto ha cambiado, todos los chavales tienen los dientes torcidos y llevan tratamientos de ortodoncia causado por paladares estrechos, mandíbulas retrasadas en las que los dientes no están rectos porque no caben. Desde la Revolución Industrial la lactancia se sustituyó por el biberón, la alimentación infantil paso a ser de purés, potitos, papillas y en general llevamos una dieta blanda (todo cocinadito, blandito, procesado, cortado con cuchillo y tenedor). El simple acto de comer blando implica un pobre estímulo de desarrollo de la cara, lo que **cambia la física y la anatomía de los maxilares, la nariz y la garganta**. Y como consecuencia se crea el problema de

espacio maxilar para los dientes pero también el estrechamiento de la vía aérea y la faringe. Un maxilar más estrecho, produce un paladar más alto y angosto, una campanilla (úvula) muy larga, baja y posterior, un tabique desviado, una mandíbula más retrasada donde la lengua con menos sitio del que necesita, tiende a caer hacia atrás. Esto lleva a un **colapso de la garganta** que reduce físicamente el espacio libre disponible para que pase el aire, instalando primero una respiración por la boca, que progresa al ronquido y en los casos más avanzados y obstructivos la apnea del sueño.

Respirar por la boca no es un hábito; es una compensación de la falta de desarrollo maxilar desde los primeros años de la vida. Lleva a diferentes tipos de obstrucción estructural de la vía aérea con caras más estrechas o alargadas, altera la posición lingual llevando a paladar o maxilar estrecho, mordida profunda, vías aéreas disminuidas, tabique desviado, etc.

La **respiración nasal** desarrolla el tercio medio de la cara, los senos para-nasales, la vía aérea superior con la nariz. Además, calienta, desinfecta, humedece el aire y produce óxido nítrico, que favorece directamente el intercambio de gases en los alvéolos para una mayor oxigenación del cuerpo, incluido el cerebro. Al respirar por la boca se pierden estos beneficios debido a que el aire entra directo, frío, seco y contaminado irritando e inflamando de forma crónica los tejidos de la garganta, lo que se manifiesta sobre todo en niños, con congestión nasal, alergias, resfriados, sinusitis, amígdalas inflamadas, vegetaciones, etc., dificultando más la entrada de aire y, a su vez, empeorando drásticamente los ronquidos y la apnea.

A todo ello le tenemos que sumar factores asociados a nuestro **estilo de vida**. El aumento de la esperanza de vida hace que con la edad los músculos pierdan tono, cayendo y cerrando más el tracto respiratorio. También estamos más gordos que en ningún otro momento de la historia, y el exceso de grasa acumulada alrededor del cuello y la garganta reduce físicamente el espacio por el que pasa el aire. Bebemos más alcohol y abusamos de tranquilizantes, lo que relaja todavía más la musculatura de la garganta cerrando más la vía aérea. Fumamos, y el humo inflama e irrita las mucosas de estas pobres vías respiratorias, con mayor presencia también de alergias.

Y ¿por qué pasa por la noche? Durante el día los músculos de la garganta y de la lengua permanecen activos y tensos, manteniendo la vía aérea abierta. Al dormir, todos los músculos del cuerpo pierden tono, se relajan por completo, están más flácidos, el velo del paladar cae, colapsando la vía aérea más fácilmente. A esto le tenemos que sumar el efecto de la gravedad, al estar acostados, sobre todo boca arriba y respirando por la boca, esta fuerza hace que la mandíbula y la lengua caigan hacia atrás estrechando más físicamente el diámetro de la vía aérea. Y por último, al pasar de estar de pie a acostados, la presión sanguínea se redistribuye. Esto provoca que llegue más sangre a los vasos del interior de la nariz, inflamando los cornetes nasales de forma natural, la congestión nasal. Con todos estos factores si una persona tiene poco desarrollo estructural de los maxilares y la nariz o alergias, el espacio es tan reducido que lleva a roncar o a la apnea.

Tratamientos disponibles

El dentista especialista en medicina dental del sueño juega un papel crucial en la identificación y el tratamiento de los ronquidos, la respiración oral y la apnea del sueño ligera o moderada. Su función principal es **analizar la anatomía de la boca** para detectar factores de riesgo que bloquean el paso del aire, como un paladar blando caído, una mandíbula pequeña o retrasada (retrognatia), una lengua demasiado grande (macrogllosia) o el bruxismo (rechinar los dientes), que el cuerpo suele activar inconscientemente para intentar reabrir una vía aérea colapsada.

La respiración oral, el ronquido y la apnea del sueño se consideran continuos, si no hacemos nada en el tiempo vamos a ir evolucionando hacia un proceso más avanzado. Lo ideal es empezar cuanto antes en el niño, con **estrategias preventivas** enfocadas a un buen desarrollo oro-facial para instalar una respiración nasal y una masticación bilateral.

En una fase inicial se recomienda hacer una **rehabilitación masticatoria-respiratoria** y consejos del **estilo de vida** como perder peso, evitar tabaco, el alcohol antes de acostarse, no cenar abundantemente antes de acostarse, dormir de costado mejor que boca arriba, y utilizar una almohada para mantener el cuello ligeramente elevado para mejorar el flujo de aire.

En casos más avanzados es fundamental un enfoque multi-disciplinar. El alergólogo trata alergias. El otorrinolaringólogo debe revisar si existen obstrucciones (cornetes inflamados, pólipos, amígdalas, etc.) que requieran una intervención quirúrgica. Y en caso de sospecha de apnea se suele indicar un estudio llamado **polisomnografía**, para registrar funciones corporales y las paradas respiratorias por hora durante el sueño.

La apnea del sueño y los ronquidos se han tratado tradicionalmente con el dispositivo médico que suministra un flujo de aire para mantener la vía aérea abierta a través de una mascarilla mientras se duerme, **CPAP**. Hoy disponemos de otros métodos que están validados y son de última generación, como el **dispositivo de avance mandibular** y la **terapia Biofuncional**, que permiten un enfoque integral e interdisciplinario para diversos grados de gravedad (leves o moderadas) y diferentes etologías.

Si el cierre valvular es la causa de la posición periférica de la lengua y la anatomía es normal, la terapia biofuncional con ejercicios del velo del paladar y estilo de vida suele ser suficiente. Si la vía aérea está constreñida y el cierre valvular no es suficiente, se puede dilatar mediante la protrusión mandibular. El seguimiento adecuado del éxito del tratamiento puede apoyarse mediante el uso de métodos establecidos como la poligrafía respiratoria, la polisomnografía y otros más.

JOSE IGNACIO ZALBA

Dentista especializado en Neurobiología funcional aplicada en Odontología

Centro Avanzado en Prevención
www.capdental.net

