

# Síndrome de Disfunción Postural Descendente de origen oclusal (SDPDO) en la Hipocondroplasia (HACH)



De la Ballina Peruyera A. Estomatólogo, Villaviciosa, Asturias  
Fernández de la Ballina D. Odontólogo, Villaviciosa, Asturias  
Martín Santiago M P. Estomatólogo, San Sebastián, Leizor  
Rosell Juvillá R. Médico-Odontólogo, Lleida, Cataluña

**probooca**

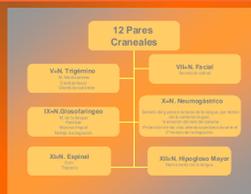
## Introducción

Cuando a la consulta odontológica, llega un paciente con una discapacidad en relación con una parálisis cerebral, deberíamos hacer una exploración intraoral y extraoral minuciosa en el ámbito del aparato estomatognático, para descartar cualquier tipo de patología oclusal, que desencadene un Síndrome de Disfunción Postural Descendente, que pueda empeorar el cuadro clínico que el paciente presenta.

**La Hipocondroplasia** es una displasia ósea de carácter autosómico dominante, que presenta anomalías del esqueleto, similares a la acondroplasia, aunque más leves. Se caracteriza por talla baja y dismorfias variables (cuerpo desproporcionado, rizomielia, lordosis lumbar, braquidactilia). El gen responsable de la acondroplasia e hipocondroplasia se localizó en la región 4p16.3, encontrándose una mutación, Asn540Lys en el dominio proximal del centro activo tirosinquinasa, que actúa como regulador negativo del crecimiento óseo. Actualmente las mutaciones C1620A y C1620G, comportan un cambio de lisina por asparragina del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR 3)<sup>4,5,6</sup>

**El síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal (SDPDO)**, es un cuadro clínico caracterizado por el conjunto de signos, síndromes y síntomas que tiene un paciente en la boca, y a distancia de la misma, incluida la postura, en relación con alteraciones en alguna de las partes que forman el aparato estomatognático, ya sean dientes, músculos y articulación temporomandibular (ATM).

Le llamamos disfunción postural descendente, porque el origen del problema está en el aparato estomatognático, y se transmite a la columna vertebral y la cadera e incluso a los pies, a través de las cadenas musculares<sup>5</sup>. La pérdida del control minucioso de la actividad neuromuscular, para mantener el centro de gravedad del cuerpo dentro de la base de sustentación, tanto en estática como en dinámica, se debe a alteraciones en la información sensitiva de los diferentes receptores propioceptivos: sistema vestibulo-labiríntico para la verticalidad, sistema oculo-motor para la horizontalidad, y el sistema estomatognático en las tres direcciones del espacio, ya que el espacio oclusal, la articulación temporomandibular y los músculos masticadores son tridimensionales, y su patología se manifiesta en sentido anteroposterior, vertical y transversal<sup>7,8</sup>.



## Objetivos

Diagnosticar y mejorar los signos y síntomas que se presentan en el síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal (SDPDO), en la hipocondroplasia:

**Base Cero Diagnóstica** es la recogida de datos mínima, que protocoliza nuestra sistemática exploratoria, en todos los pacientes. Dentro de este protocolo es preciso incluir: Hª clínica, ortopantomografía, telerradiografía lateral, exploración extraoral e intraoral en busca de signos, síndromes y síntomas que puedan confirmar la sospecha de un SDPDO.

**Hª clínica general:** paciente diagnosticada de HACH; operada de ambas caderas, y portadora de prótesis en las mismas, refiere dolores cervicales, de caderas, rodillas y pies, es decir dolores articulares generalizados e intensos, que no ceden con tratamiento antiinflamatorio y analgésico, el cuadro clínico se acompaña de cansancio matinal y dolor de espalda.

**Exploración intraoral:** ausencia de 36, desviación de la línea media hacia la izquierda, que se confirma radiográficamente, ausencia de guía canina bilateral.



## Metodología

**1. Exploración metódica** de signos intraorales: espacios edéntulos, facetas de desgaste, diastemas, edentulismo unitario, pérdida de dimensión vertical, dientes incluídos, enfermedad periodontal, oclusión dinámica: guía canina y/o incisiva, bruxismo, abrasiones dentarias, retracción gingival...etc.

**2. Exploración de signos extraorales:** rágades, hipertrofia de maseteros, asimetría facial...etc.

**3. Exploración postural** antes y después del test de Meersseman y Esposito, para poder comparar los cambios que se producen, en relación con la reprogramación oclusal<sup>6,7,12</sup>.

**4. Reprogramar Ocluso Postura kinesiológico (ROPK):** que consiste en la colocación de un dispositivo mandibular, que reprograma a través de la oclusión la postura, en los pacientes con síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal, comprobado y testado mediante exploración postural y test muscular<sup>6, 7, 13</sup>.

**5. Exploración postural** después de la colocación del ROPK.



## Resultado

La colocación del ROPK mejora el cuadro clínico que presenta la paciente, sea o no discapacitado, y más concretamente en este caso de HACH que se observa una mejoría ostensible de la postura después de la colocación del ROPK, y como consecuencia una desaparición de la sintomatología acompañante al cuadro clínico de HACH.

	Fecha inicio		Fecha actual		Fecha final	
	S	N	S	N	S	N
1) ¿sus articulaciones temporomandibulares hacen ruido? ¿de que lado?						
2) ¿siente dolores cuando mastica?						
3) ¿tiene algún diente particularmente sensible?						
4) ¿siente dolores cuando abre mucho la boca, cuando muerde algo voluminoso o blando?						
5) ¿siente a menudo dolores delante o detrás del oído?						
6) ¿tiene a menudo sensación de sequedad o de ardor en la boca?						
7) ¿tiene que buscar una posición particular para poder cerrar correctamente la mandíbula?						
8) ¿toma algún medicamento contra los trastornos que acabó de citar?						
9) ¿tiene calambros, tirones en la cabeza, el cuello o la nuca?						
10) ¿tiene dolores de cabeza por la mañana, por la tarde o por la noche?						
11) ¿tiene dolores de espalda, lumbago?						
12) ¿tiene vértigo, mareos?						
13) ¿siente ruidos en el oído?						
14) ¿tiene dolores retronasales (por detrás del oído)?						
15) ¿padece usted insomnio?						
16) ¿padece usted cansancio matinal?						

## Discusión

El aparato estomatognático es con frecuencia responsable de un síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal (SDPDO), que pasa desapercibido en la exploración clínica rutinaria.<sup>6,7</sup>

El origen embrionario, las relaciones anatómicas: óseas, musculares y ligamentosas; así como la innervación y sus funciones, sirven como base científica para justificar este argumento.

La matriz celular conecta todo el organismo, a través del sistema básico de Pishinger, que está también presente en todas las estructuras del aparato estomatognático.<sup>12</sup>

## Conclusión:

La exploración postural y la metodología kinesiológica, nos permite la confirmación del diagnóstico y la terapia, reafirmando la importancia de las implicaciones del aparato estomatognático, en la salud de nuestros pacientes.

El síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal (SDPDO), es una de las patologías que con más frecuencia se presenta en los pacientes que visitan nuestra consulta, sean o no discapacitados.



Bibliografía:  
1- Un nuevo horizonte. Guía de la Acondroplasia. (Diciembre 2007). Madrid Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.  
2- Fundación ALPE. Acondroplasia: <http://www.fundacionalpe.org/> Fundación ALPE. Centro de Referencia y Atención a la Acondroplasia y Hipocondroplasia. Madrid.  
3- Threlkeld L, Tondt MD, Jubb G, Hall OC, MD. (Marzo 1996). American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Health Supervision for Children with Acondroplasia. Pediatrics. (Volume 95, Numero 3, 443-451)  
4- Rouleau B. (15 de diciembre 1994). El rol Mutación in the gene encoding fibroblast growth factor receptor 3 Nature. (Volume 371, 252-254).  
5- Shanske R. (23 Julio 1994). El rol Mutación in the gene encoding fibroblast growth factor receptor 3 Nature. (Volume 371, 252-254).  
6- De la Ballina, A. (2009) Influencia de la hipocondroplasia en la hipocondroplasia. Tesis doctoral. Universidad de San Sebastián, Leizor.  
7- Esposito, G.M., Meersseman J. P. "Valutazione della relazione esistente tra l'occlusione e la postura". "Il Dentista Moderno" (redazione da settembre 1987) anno VI, nr.5, Maggio 1988, Pag.121.  
8- De la Ballina Peruyera A. (Enero 2007). IV Curso de Formación en Kinesiología Médica y Odontológica. San Sebastián, Leizor.  
9- Harman, J. P. "Anatomía: Fases de la acondroplasia: cabeza y cuello. Barcelona, Los Médicos, S.A. (2004).  
10- Rouleau B, Delmas, versión española Gómez García V, A. Anomalías Hereditarias Displásicas, topográfica y Funcional. Tomo 1. Cabeza y Cuello. 1ª ed. Edición Masson (197-199).  
11- De la Ballina Peruyera A, Fernández de la Ballina D, Martín Santiago M P. (2008) Análisis de la prevalencia y tratamiento con laser Reunión SELO (Sociedad Española de Láser Odontológico) Salamanca 2008  
12- Martín Santiago M P, Rosell Juvillá R. Evolución descendente del síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal. Aportaciones al estudio del sistema estomatognático. Cuadernos de la F.O. (Septiembre 2008) 130-148.  
13- Casado Llopón J. R. "Síndrome de Pseudo-Osteoartritis por el Estomatognático General". Revista Española de Estomatología XXXV, Nº Noviembre - Diciembre 1997.  
14- Pati A. V. Curso de Formación en Oclusión y ATM. CEBE Madrid 2005-2006.