IX CONGRESO
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA PARA EL MINUSVALIDO Y PACIENTES ESPECIALES

San Sebastian, 26-27-28 de Noviembre de 2009

SEKMO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE KINESIOLOGÍA MÉDICA ODONTOLÓGICA

Síndrome de Disfunción Postural Descendente de origen oclusal (SDPDO) en la parálisis cerebral atetósica (PCA), a propósito de un caso

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

proboca

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 parálisis Cerebral Atetósica (PCA) es un trastorno del control motor, del tono, del movimiento y de la postura, caracterizado por la aparición de movimientos lentos, complejos e irregulares, relacionados con la contracción simultanea de los músculos agonistas y antagonistas, que provocan la adopción de posturas distónicas[1]. Es un transtorno situado en el sistema extrapiramidal, más concretamente en los ganglios basales[2,3]

Etiología

Anoxia cerebral: Por aporte insuficiente de oxígeno a las células de la corteza cerebral.
Infecciones. Meningitis, encefalitis,...
Traumatismos craneales.....

Signos acompañantes: inestabilidad de la postura, con cambios continuos del tono postural que afectan sobre todo a las partes distales de los miembros, dando lugar a actitudes típicas como muñecas flexionadas y pronodas, dedos hiperextendidos y abducidos, los pies presentan rotación externa y flexión plantar, con respuestas plantares extensoras de forma espontánea, la cabeza está retraída y rotada hacia un lado (tortícolis espasmódica) y se producen cambios continuos de los gestos de la cara.

Se observan movimientos de zigzagueo de las extremidades, que aparecen con los movimientos voluntarios y aumentan con la tensión emocional, produciendo posturas extrañas que provocan problemas para escribir y comer. Suele aparecer problemas de lenguaje. Su inteligencia es normal, aunque puede estar afectada en mayor o menor grado. Hacia los 15 años de edad, el cuadro clínico se estabiliza y los problemas motores no mejoran mucho más. Se pueden asociar otros signos: vértigo, tinitus, nistagmus, vómitos....etc[2,4]

El Síndrome de Disfunción Postural Descendente (SDPD) de origen oclusal, es un cuadro clínico caracterizado por el conjunto de signos y síntomas que tiene un paciente en la boca, y a distancia de la misma, incluída 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[5]. 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 vestíbulo-laberíntico 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[5,6]

Objetivo

Diagnoticar y mejorar los signos y síntomas que se presentan en el síndrome de disfunción postural descendente de origen oclusal en la parálisis cerebral.

HªClínica general: Paciente diagnosticada de PCA, refiere dolores intensos desde hace mucho tiempo, que no ceden con tratamiento antiinflamatorio y analgésico, y que relaciona directamente con su PCA. Como síntomas acompañantes presenta dolores de cabeza y dolores articulares pero su principal problema es el cuello.

Exploración intraoral: bruxismo grave, con total desaparición de las cúspides de todo el sector posterior, incluídos los caninos y los incisivos.

Exploración RX: importante la observación del movimiento característico de la PCA.

	Fecha 08/11/08		Fecha		Fecha	
	S	N	S	N	S	N
1) ¿Las articulaciones témporo mandibulares hacen ruido? ¿de qué lado?	X					
2) ¿siente dolores cuando mastica?	X					
3) ¿tiene algún diente particularmente sensible?	X					
4) ¿siente dolores cuando abre mucho la boca, cuando muerde algo voluminoso o bosteza?	X					
5) ¿siente a menudo dolores delante o detrás del oído?						
6) ¿tiene a menudo sensación de sequedad o de ardor en la boca?	X					
7) ¿tiene que buscar una posición particular para poder cerrar correctamente la mandíbula?						
¿toma algún medicamento contra los trastornos que acabo de citar?						
8) ¿tiene calambres, tirones en la cabeza, el cuello o la nuca?	X					
9) ¿tiene dolores de cabeza por la mañana, por la tarde o por la noche?	X					
10) ¿tiene dolores de espalda, lumbago?	X					
11) ¿tiene vértigo, mareos?	X					
12) ¿siente ruidos en el oído?	X					
13) ¿siente dolores retroorbiculares (por detrás del ojo)?						
14) ¿padece usted insomnio?						
15) ¿padece usted cansancio matinal?	X					

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 RX: Orthopantomografía.

4.- Exploración postural inicial.

5.- Test de Meersseman y Esposito como reprogramador del SDPDO.

6.- Exploración postural después del test de Meersserman y Esposito [5,6]

7.-Reprogramador Ocluso Postural 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.[5,11]

Resultado

La colocación ROPK mejora el cuadro clínico que presenta el paciente, en este caso de parálisis cerebral atetóxica, evidenciable en la Orthopantomografía, la postura y en los signos que en principio tenían relación directa con el cuadro de PCA. La paciente está más estable, sus movimientos son menores en intensidad y frecuencia.

Mejoraron sus dolores de cabeza y de cuello, la espalda, no tiene vértigo ni mareos, se levanta de la cama más descansada.

Conclusión

La metodología kinesiológica nos permite el diagnóstico y la terapia de este SDPDO.

El SDPDO es una de las patologías que con más frecuencia se presenta en los pacientes que visitan nuestras consultas sean o no discapacitados.

Discusión

El aparato estomatognatico es con frecuencia el responsable (SDPDO), que pasa desapercibido en la exploración rutinaria.

El origen embrionario, las relaciones anatómicas: óseas, musculares y ligamentosas; así como la inervación 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.[8,9,12]

Bibliografía:
1.- Tipos fundamentales de parálisis cerebral a tener presente en educación física José Gallego Antonio Universidad de Almería... cprtrujillo.juntaextremadura.net/n.e.../Par%E1lisi%20y%20E.F..pdf
2.- División of Child and Adolescent Health (División de Salud de los Niños y Adolescentes) Pediatric Screening and Genetic Services (Servicios de Examen y Genética Pediátricos) Virginia Genetics Program (Programa de Genética de Virginia. 1-800-523-4019 www.vahealth.org/genetics.
3.- Firefox. Google: Parálisis Cerebral Sicomotricidad. definición.de/Parálisis-cerebral.
4.- Firefox Google- Ataxia- Resultados de imágenes de ataxia síndrome ataxia 413x28kb-jpg.www.medspain.com/n6_sept99/atax6.jpg
5.- Expósito, G M.; Meersseman J.P.; Valutazione della relazione esistente tra l´ occlussione y la postura."Il Dentista Moderno"(redazione da settembre 1987), anno VI, nr5,Maggio 1988. Pag 121.
6.- De la Ballina Peruyera, A. (Enero 2007). IV Curso de Formación en Kinesiología Médica y Odontológica. SEKMO.Madrid.
7.- De la Ballina, A.; Fernández de la Ballina, D.; Martín Santiago, Mª P. (2008) Anquiloglosia y tratamiento con láser. Reunión SELO (Sociedad Española de Láser Odontológico) Salamanca 2008.
8.- Hansen, J.T.Netter. Anatomía: Fichas de autoevaluación: cabeza y cuello. Barcelona: Ed. Masson, S.A.(32-54)
9.- Rouviére H., Delmas, versión española Götzens García V., A. Anatomía Humana Descriptiva, Topografía y Funcional Tomo I Cabeza y Cuello. 10ª edición Masson. (157-170).
10.- Patti, A. V Curso de formación en Oclusión y ATM. CIECO Madrid 2005-2006.
11.- Casado Llompart, J.R., Suárez Feito J.Mª., Técnica de Placas Oclusales para el Estomatólogo General. Revista Española de Estomatología tomo XXXV - Nº6 Noviembre - Diciembre 1987.
12.- Martín Santiago, Mª P; Rossell, R. Evoución y desarrollo del sistema oclusopostural desde una visión kinesiológica. Aportaciones al estudio del sistema estomatognático. Gaceta dental 195 (Septiembre 2008) 130-148.