

Correlación plantar y maloclusión. Caso clínico

Correlation between footprint and malocclusion. A clinical case study

CD Ivonne Aguilar Rivero
Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría (EOP).
Universidad Autónoma del Estado de México.

Dr. Ignacio Sánchez Flores.
Doctor en Ciencias Odontológicas.
Investigación del CEIO.
Universidad Autónoma del Estado de México.

EOP. Guadalupe E. Pedraza Contreras.
Facultad de Odontología.
Universidad Autónoma del Estado de México.

EEP. Luis Javier Guadarrama Quiroz.
Académico UAEM.
Universidad Autónoma del Estado de México.

Recibido: Julio de 2011.
Aceptado para publicación: Diciembre de 2011

Resumen

La presencia de maloclusiones con gran frecuencia puede ser causada por diversos factores etiológicos, algunos de ellos son nutricionales, presencia de hábitos, herencia, defectos congénitos, de desarrollo y la postura. La alteración de la postura genera problemas a nivel craneofacial, que van acompañados de alteraciones funcionales, estructurales, y estéticas. En este trabajo se presenta el caso clínico de un paciente con escalón mesial exagerado, el cual fue diagnosticado también como problema de postura bípeda.

Palabras clave: *Maloclusión, postura, huella plantar*

Abstract

The presence of malocclusion can often be the result of diverse etiological factors, such as nutrition, habits, heredity, birth and developmental defects, and posture. Posture impairment creates problems on a craniofacial level, which are accompanied by functional, structural, and esthetic impairment.

This paper presents the clinical case study of a patient with exaggerated mesial step, which was also diagnosed as a problem of a bipedal posture.

Keywords: *Maloclusion, posture, footprint*

Introducción

Maloclusión es toda aquella situación en que la oclusión no es normal; esta puede estar dada por patologías orales. No solo es una alteración que afecta la cavidad oral, sino también involucra otros elementos, como: la estética, la fonética e incluso la postura del individuo.

Angle menciona que la maloclusión es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.¹ Gruber describe varios factores etiológicos que la provocan, como la herencia,

algunos defectos congénitos, el medio ambiente, los problemas nutricionales, los hábitos anormales de presión y algunas aberraciones funcionales (postura, trauma y accidentes).²

Las maloclusiones³ no sólo se pueden relacionar con la posición de la mandíbula y del cráneo, sino también con la columna cervical, las estructuras supra e infrahoideas, los hombros y la columna torácica y lumbar, las que funcionan como una unidad biomecánica. Los cambios en algunos de estos componentes también podrían desencadenar alteraciones en el sistema craneomandibular.

La posturología estudia el equilibrio del hombre de pie en posición estática con referencia a su entorno.⁴

El mantenimiento y el control de la postura corporal comprenden diferentes sistemas del cuerpo humano, como son los oídos, la vista, el sistema nervioso central y el sistema musculo esquelético.⁵ La postura ideal es aquella en la cual la organización del cuerpo se encuentra en buen equilibrio mecánico,⁶ sin embargo las posturas incorrectas conllevan a sobrecargas articulares, las cuales pueden ser contrarrestadas o disminuidas por la acción muscular.⁵

La estabilidad ortostática del cráneo sobre la columna cervical influye en la etiología de las disfunciones craneomandibulares y del dolor orofacial, porque determina la posición espacial de la mandíbula, influenciando por aspectos de la oclusión y la relación de contacto de los dientes en la oclusión habitual, además de la actividad de los músculos masticadores, que al alterarse pueden producir disfunciones del sistema craneomandibular.³

Existen varios métodos auxiliares para evaluar la alteración de postura, uno de ellos es el fotopodograma, con el cual se valora la impresión de la huella plantar.⁷ La importancia del análisis de la huella plantar, es que los pacientes que tienen lesiones en la postura debido a malformaciones en las plantas de los pies son pacientes que pueden llegar a desarrollar alteraciones cráneo mandibulares.⁸

Caso clínico Paciente de sexo femenino de 7 años 3 meses, que acudió a la clínica de la especialidad en Odontopediatría de la Universidad Autónoma del Estado de México, para valoración por múltiples procesos cariosos, y también porque “no mordía bien”. (Fotografía 1)



Fotografía 1. Extraoral de frente.

Se envió a la paciente a realizar estudios de diagnóstico, que incluían fotografías intra y extraorales, serie radiográfica periapical, radiografía lateral de cráneo y ortopantomografía. El diagnóstico bucal incluía caries moderada, con mordida cruzada anterior en órganos dentales 52, 53 62, 72, 73, 82, 83, escalón mesial exagerado, y clase canina uno bilateral. (Fotografías 2 y 3)



Fotografía 2. Intraoral lateral derecha



Fotografía 3. Intraoral lateral izquierda.

Se observó que la paciente muestra una posición bípeda anormal, por presentar escalón mesial exagerado (mesioclusión); la mandíbula se encuentra en relación mesial al maxilar, esto hace que la niña tienda a ubicar la cabeza hacia atrás, en una postura que no es normal, lo cual afecta la columna vertebral y la postura general de la paciente. (Fotografía 4).



Fotografía 4. En postura recta, la paciente coloca la mandíbula en relación anterior al maxilar, ubicando la cabeza hacia atrás.

En un plano frontal, se descarto desviación de la columna cervical, sin embargo la paciente inclina la cabeza ligeramente a la derecha. Debido a la maloclusión, presenta un síndrome postural descendente, el cual es aquel que tiene origen en las maloclusiones dentales o lesiones de la ATM, que va a repercutir en la postura mandibular y adoptara una postura incorrecta y que provoca deformidad en la columna vertebral, en las piernas y una postura general anormal.⁹ (Fotografía 5)



Fotografía 5. De frente se observa a la paciente inclinando la cabeza ligeramente hacia la izquierda..

Se procedió a realizar el fotopodograma, el cual sirve para observar la impresión de la huella plantar, y por lo tanto identificar las patologías del pie, ya que este último es la unidad funcional que estabiliza el resto del aparato locomotor durante la marcha, a través del contacto que establece con la superficie del suelo, y establece la proyección del centro de gravedad; cuanto más cercana sea la proyección al punto medio de la base de sustentación, más estable va estar el cuerpo.⁹ En la paciente se observo que la proyección del centro de gravedad, no está en posición céntrica, se encontró con una sobrecarga en la parte posterior y derecha. (Fotografía 6).



Fotografía 6. Fotopodograma.

La paciente fue rehabilitada bucalmente empleando selladores de fosetas y fisuras, resinas, se llevó a cabo también terapia pulpar, extracciones y se colocaron coronas níquel cromo. (Fotografía 7 y 8)



Fotografía 7. Vista intraoral oclusal superior del tratamiento realizado.



Fotografía 8. Rehabilitación de la arcada inferior.

Posteriormente se iniciará tratamiento ortopedia maxilar. Se remitió a una interconsulta con el ortopedista.

Discusión

El caso clínico refleja un desequilibrio postural descendente, el cual se define como alteración de la postura donde el problema de origen es el aparato estomatognático, y se transmite a la columna vertebral y la cadera e incluso a los pies a través de las cadenas musculares.⁸ No se observó la presencia de un pie plano en clase III de Angle, sin embargo presentaba un mayor apoyo en la zona derecha del retropié. Esto difiere del estudio de Machado y colaboradores, quienes estudiaron un grupo de niños de 5 a 10 años con maloclusiones clase II según Angle, quienes si bien no presentaban un pie plano, si presentaban un mayor apoyo en la parte media de la bóveda plantar, aparte de la zonas normales del antepié y retropié. En cambio en las maloclusiones clase I y clase III no se notó ninguna correlación aparente.⁹

El caso clínico presentado fue diagnosticado oportunamente y manejado de manera multidisciplinaria, ya que la paciente fue remitida con el ortopedista. El odontopediatra realizó la rehabilitación bucal y se iniciará un manejo con

ortopedia maxilar, teniendo en cuenta que también en un futuro participe el ortodoncista y el cirujano maxilofacial.

Conclusiones

Las maloclusiones con frecuencia son responsables de disfunción postural descendente, que cambia la postura bípeda, y pasa desapercibida en la exploración clínica rutinaria. Esta alteración puede ser evaluada con la valoración de la huella plantar, sin embargo por lo general los pacientes que ingresan a un tratamiento bucal, por alguna alteración de maloclusión, solo son tratados bucalmente, excluyendo el resto del cuerpo, lo cual podría generar un fracaso en el tratamiento.

El caso clínico presentado fue diagnosticado oportunamente y manejado de manera multidisciplinaria.

Bibliografía

1. Angle EH. Classification of the malocclusion. Dental Cosmos 1899;41:248-264, 350-35.
2. Graber TM. Ortodoncia teoría y práctica: Editorial Interamericana.3a. Edición 1990. pp.239-37.
3. Fuentes F, Freesmeyer W, Henríquez P. Influencia de la postura corporal en la prevalencia de las disfunciones craneomandibulares .Rev. Médica de Chile, 1999; 127(9): 1079-1085.
4. Bernard Weber. Posturología: regulación y alteraciones de la bipedestación.2da Ed. Barcelona: Masson; 2001, pp.1-8. Pierre-Marie G,
5. Daza Lesmes J. Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano. 1ra Ed. Bogotá: Medica Panamericana, 2007, pp.233-259.
6. .Bricot Bernat. Postura normal y posturas patológicas. Rev. Instituto de Posturología y Podoposturología. 2008;1 (2):1-13
7. Moreno de la Fuente, J.L. Podología general y biomecánica. 2da Ed. Barcelona: Masson, 2009, pp.147-151.
8. Restrepo C C, Quintero Y, Tamayo M, Tamayo V. Efecto de la posición craneocervical en las funciones orales fisiológicas. Rev. CES Odontología, 2008; 21(1):71-75.
9. Machado H, Quiros O, Maza P, Fuenmayor D, D Jurisic A, Alcedo C. "Correlación de la huella plantar y las maloclusiones en niños de 5 a 10 años que asisten a la escuela Arturo Uslar Pietri en Maturín, edo. Monagas. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws.

Correspondencia.

CD Ivonne Aguilar Rivero.
Reforma Esquina Barranca S/N
Colonia San Sebastián Xolalpan.
San Juan Teotihuacán, Estado de México.
Código Postal 55840.
Email. millenniumivon@hotmail.com