

DEFECTOS POSTURALES

Dr. Hugo Noli Callirgos (1)

Muy frecuentes en el ser humano, así paga tributo a la osadía de estar en bipedestación (de pie, en dos miembros). Desconocidas en los cuadrúpedos: mamíferos; réptiles, mucho menos en los peces.

La postura relaciona a las partes del cuerpo con la línea del centro de gravedad. Ver figura (1).

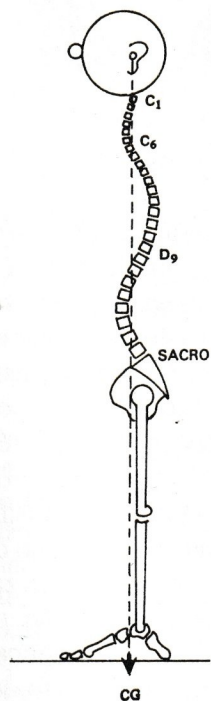


Fig No. 1

El defecto postural es la persistencia de un desequilibrio muscular que altera la disposición postural.

Los defectos posturales pueden clasificarse en:

a. Defectos axiales (que afectan la columna vertebral)

- torticollis
- escoliosis
- xifosis
- lordosis

b. Defectos periféricos

- cadera vara, cadera valga
- rodilla vara, rodilla valga, recurvatum
- tibias varas
- pie plano, equinovaro, cavo

c. Otras

- escapulas alatas

DEFECTOS AXIALES

Trataremos en este artículo las más importantes, por ser de interés general. Los defectos de la columna vertebral (axiales), son defectos frecuentes durante la adolescencia; pueden consistir en curvatura lateral (escoliosis) ver figura (2), o anteroposterior (cifosis), ver figura (3).



Fig. 2

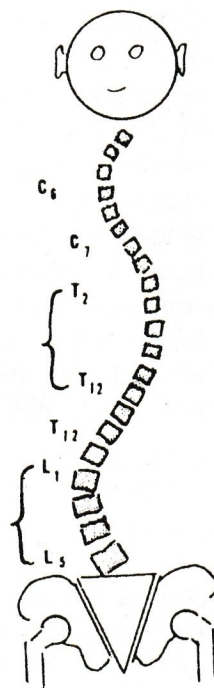


Fig. 3

La incidencia de deformidad raquídea es de cerca de 2% en la población en general. En muchos casos, la curvatura raquídea per-

manecerá en grado reducido al progresar, cinco de cada 1,000 individuos requerirán tratamiento. La mayor parte de las deformidades progresivas se hacen manifiestas clínicamente durante la aceleración del crecimiento en la adolescencia.

El diagnóstico de la escoliosis y Xifosis se realiza mediante la valoración clínica y exploración radiológica. En cuanto a la escoliosis la desviación de 10 grados o más indica escoliosis; en la Xifosis, cuando es mayor de 40 grados, se considera Xifosis anormal.

En cuanto al tratamiento de la escoliosis, ángulos inferiores a 30 grados nos limitamos al control y a la aplicación de Cinesioterapia: Ejercicios de postura.- Inclclinación pelviana, abdominales isométricos; Aumento de la flexibilidad: Ejercicios de gateo de Klapp. Entre 30 y 50 grados: Cinesioterapia, corsé ortopédico. Más de 50 grados, corsé, yesos, cirugía.

El tratamiento de la Xifosis, principalmente, es fisioterapéutico con: ejercicios posturales, fortalecimiento de músculos dorsales, de abdominales, relación de los flexores de cadera. Tener en cuenta que los tratamientos de estas patologías mencionadas son sobretodo en pacientes adolescentes, pueden haber muchas otras causas de estos defectos posturales de origen infeccioso o neoplásico, neurológico, que no se mencionan aquí.

(1) Jefe del Departamento de ayuda diagnóstico y tratamiento IPSS-Cusco. Docente de Reumatología de la FMH-UNSAAC

DEFECTOS PERIFERICOS:

La Rodilla valga.- En la cual los tobillos están separados, cuando las rodillas están en contacto ver figura (4).

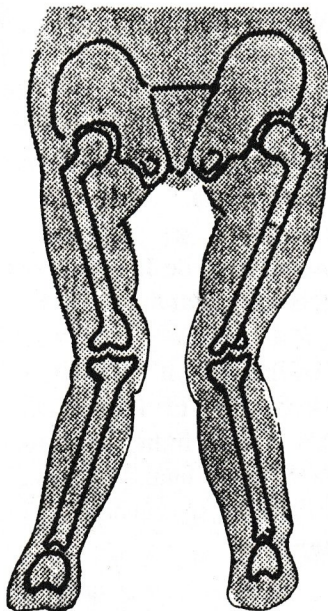


Fig. 4

Frecuentemente se presenta en la infancia y tiene una tendencia muy grande a ser padecimiento familiar. Se asocia a niños con exceso de peso que empiezan a caminar muy temprano. Puede ser secundaria a raquitismo o fracturas de fémur, etc. Tener en cuenta que hay una etapa del crecimiento del niño en que esta de-

formidad es fisiológica entre 3 y 5 años y no necesita tratamiento, hay que tener cuidado cuando persiste en grado importante.

El pronóstico depende de los factores etiológicos. Cuando los maleolos se encuentran separados a una distancia menor de 7.5 cm, el tratamiento es conservador: aplicando al zapato una cuña interna de 3 cm. de alto, pérdida de peso, y ejercicios pasivos de tracción proporcionados por los padres. En los casos graves, osteotomía.

La rodilla vara.- Por la cual las rodillas quedan muy separadas cuando los maleolos de los tobillos están en contacto. Figura (5).

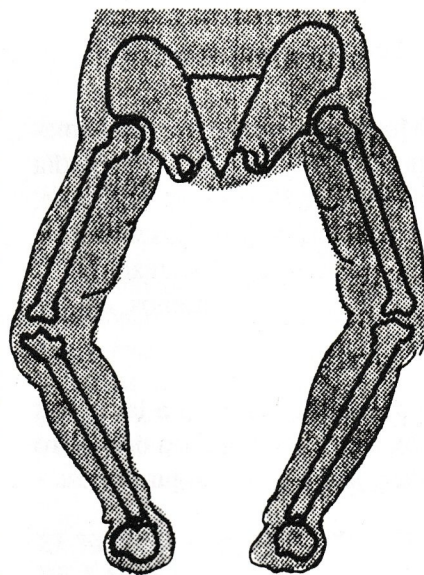


Fig. 5

Normalmente casi todos los niños al nacer y durante la infancia tienen cierto grado de rodilla en varo que persiste los tres primeros años de vida. Gran parte de esta deformación es aparente y no real, como resulta de la distribución normal de grasa en el muslo, la posición de las piernas causada por la interposición de gruesos pañales y el apoyo temprano de los niños muy obesos. A pesar de que la mayor parte de los casos de rodilla en varo tiene una causa fisiológica, puede deberse a una deficiencia de vita-

mina D. Normalmente debe evitarse que el niño camine a edad temprana, asegurarse una buena posición para dormir, evitar el uso de muchos pañales e instituir ejercicios suaves hechos por los padres pasivamente. Las férulas son benéficas para una deformación moderada que persiste durante la infancia. Si el niño camina, una corrección en el zapato ayuda a la realineación de la pierna deformada, se aplica una cuña externa en el zapato de 3-6 mm.

Viene de la Pág. 50

de la caries y otros factores dietéticos (Rugg Gunn et.al.1984).

3. Países con alto índice de consumo de azúcar per cápita tienen una alta prevalencia de caries (Sreebny 1982)

4. No hay evidencia de que la fécula pueda causar caries en una población (HEA 1987).

5. La concentración de sucrosa en la dieta influye notablemente en la incidencia de la caries (Newburn 1987)

6. El aumento en la frecuencia del

consumo de azúcar está vinculado al incremento de la incidencia de caries (Krase 1985, HEC 1986)

CONCLUSIONES

La etiología de la caries está bien documentada, la prevención está bajo el control del individuo y la educación sanitaria es una medida importante. La conclusión para prevenir la caries dental es fácil:

REDUCIR EL CONSUMO DE AZUCAR Y USAR PASTA DENTRIFICA CON FLUOR A DIARIO (HEC 1986)

BIBLIOGRAFIA:

- Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de enfermedades dentales más comunes. A. Sheiham y D. Plampling 1990).
- HEC: Health Education Council London