

# CASO DE SDP TRATADO CON PRISMAS ACTIVOS

Cati Poveda Martínez DOO

# Introducción teórica al SÍNDROME DE DEFICIENCIA POSTURAL (SDP)

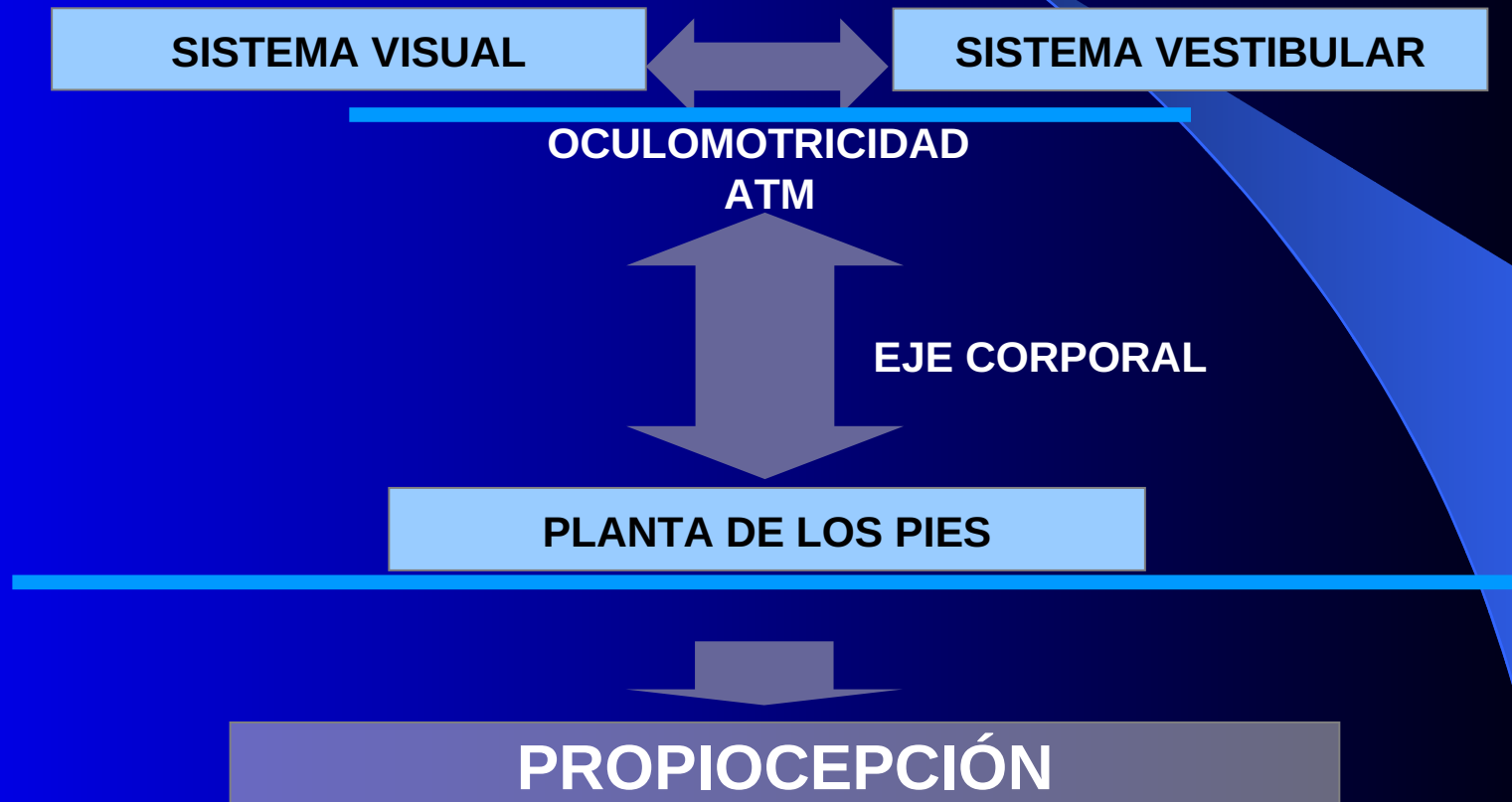
# ¿Qué es el SDP?

- El síndrome de deficiencia postural (SDP) es la disfunción del sistema postural fino (SPF).
- El SPF es el que controla nuestra posición ortoestática manteniendo nuestros músculos esqueléticos en permanente estado de tensión con pequeñas variaciones de contracción de un grupo muscular a otro (tono muscular).
- En el SPF los músculos esqueléticos que pertenecen a una misma familia funcionan con un tono muscular adecuado.

# Funcionamiento del SPF

- El SPF funciona captando la información del exterior a través de las exoentradas y coordinando éstas con las endoentradas.
- Exoentradas:
  - Sistema visual.
  - Sistema vestibular.
  - Planta de los pies.
- Endoentradas:
  - Músculos oculomotores.
  - Articulación temporo-mandibular (ATM).
  - Husos neuromusculares, sistema de Golgi y receptores articulares.

# Funcionamiento del SPF



# Origen del SDP

- Se origina por perturbaciones en el procesamiento del sistema propioceptivo derivadas de:
  - Patologías que afecten a los órganos responsables de las exo o endo entradas.
  - La existencia de una incoherencia de información entre cada exo o endo entrada.

# Origen del SDP

- Siempre que pueda existir una asimetría de información entre las exoentradas o las anomalías musculares y esqueléticas que impidan una regular y correcta información de las endoentradas se instalará una disfunción postural.
- La adopción sistemática de posturas incorrectas acaba por perturbar la noción adecuada del esquema corporal y obliga a una reformulación de ese esquema que provoca el SDP.

# Origen del SDP

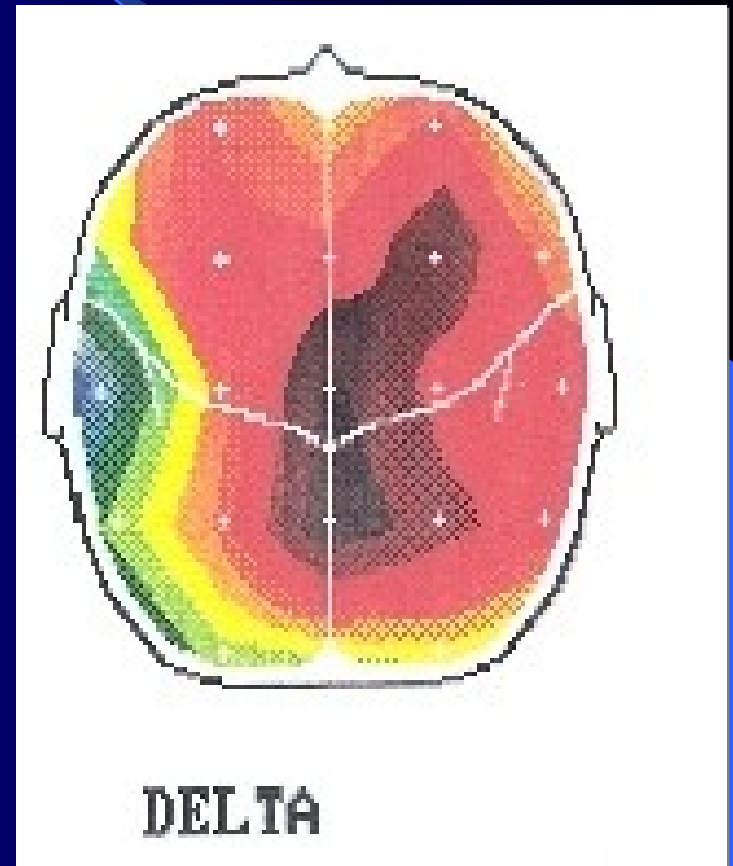
- En definitiva, el SDP se debe:
  - A un alejamiento inconsciente de la biomecánica ideal.
  - A una alteración del equilibrio tónico postural que conduce a una percepción equivocada del esquema corporal.

# Síntomas del SDP

- Desequilibrio.
- Patología dolorosa e impotencia funcional
- Perturbaciones de la localización espacial.
- Perturbaciones de los movimientos oculares.
- Alteraciones de la percepción sensorial.
- Dislexia y perturbaciones del aprendizaje.

# Pruebas diagnósticas

- **Topografía electroencefalográfica computerizada (TEC):** Demuestra la inhibición funcional de ciertas áreas del cerebro al detectar valores anormalmente elevados en el potencial bioeléctrico de las ondas delta en individuos con SDP.





# Pruebas diagnósticas

- **Perimetría Estática Computerizada (PEC).**
- **Examen de equilibrio en plataforma computerizada.**
- **Examen con el sinoptóforo.**
- **Pruebas objetivas:** Valoran la existencia de asimetrías en el tono muscular, la coordinación motora y el equilibrio.

# Tratamiento

- Se requiere hacer ejercicios de reprogramación postural.
- Dependiendo del caso, el SDP se debe tratar a través de una o de varias endoentradas:
  - Visual: Con prismas activos o posturales.
  - Podal: Con plantillas.
  - ATM: Corrigiendo la mala oclusión dental.

# Prismas activos o posturales

- Son prismas de baja potencia (de 1 a 4 dioptrías prismáticas) por lo que no producen diplopia.
- El relajamiento muscular inducido por el efecto prismático produce una relajación de todos los músculos esqueléticos pertenecientes a la misma familia.

# Prismas activos o posturales

- Los prismas activos o posturales actúan:
  - Induciendo una alteración de la percepción de la localización de la imagen en el espacio (¿dónde está?).
  - Alterando las referencias espaciales egocéntricas preexistentes (¿dónde estoy?).
  - Relajando el músculo sobre el que actúan.

# Presentación del caso

# Anamnesis

- Mujer de 49 años que manifiesta dolores por todo el cuerpo que empezaron a aparecer hace 15 años.
- Un médico le dijo que tenía fibromialgia, pero otros no coinciden con el diagnóstico y dicen que tiene fatiga crónica.
- Medicación: Toma ansiolíticos para la depresión y relajantes musculares. Puntualmente toma ibuprofeno.

# Anamnesis

- Salud general:
  - Tiene depresión y una hernia de hiato.
  - Hace 2 años donó un riñón a su hermana, hecho que no le ha comportado ninguna complicación.
  - Tiene una incorrecta oclusión dental que le hace que se pellizque la lengua a menudo. Dice que una vez se le descolocó la mandíbula.
- Lleva prescripción de miopía y astigmatismo desde la adolescencia. La presbicia le apareció hace 5 años y desde entonces lleva lentes progresivas.
- Trabaja en una oficina.

# Anamnesis

- En relación al dolor manifiesta:
  - Le impide:
    - Agacharse con facilidad.
    - Levantar del todo el brazo derecho: Le dijeron que tenía tendinitis e hizo rehabilitación durante un mes sin resultados.
    - Mantener su pie derecho recto (se le va hacia fuera): Le dolía la rodilla, el traumatólogo le hizo pruebas y no encontró nada.
  - Se localiza en brazos, piernas, espalda (lumbares y cervicales) y en las sienes en forma de migrañas.

# Prescripción y tratamiento

- Se le prescriben unas lentes ZEISS progresivas sin prismas de aligeramiento que empezó a llevar el 16 de abril del 2008:  
OD  $175^{\circ}-1-1,50 / +0,50$  y  $3\nabla 125^{\circ}$   
OI  $-2,50 / -0,50$  y  $2\nabla 55^{\circ}$
- Se le dan ejercicios de reprogramación postural para hacer diariamente.

# Evolución del caso

- Cambios y percepciones que la paciente ha ido notando desde que lleva los prismas activos:
  - Primer día y medio de llevar los prismas activos: Percibe todo más bajo (me dice que me ve enana).
  - 1ª semana: El pie derecho se le coloca recto en todas las situaciones en las que antes se le colocaba hacia afuera (en el andar, en situación de reposo, etc.). También, una noche en la que se despertó, notó que se le había recolocado la mandíbula porque cuando la cerraba no le quedaban los huequecitos entre las piezas dentales que antes le hacían pillarse la lengua en muchas ocasiones.

# Evolución del caso

- Cambios y percepciones que la paciente ha ido notando desde que lleva los prismas activos:
  - 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> semana: Disminuyó significativamente el crecimiento de unos pelitos gruesos que le salían cada día en la barbilla y que se quitaba a diario.
  - Hacia la 5<sup>a</sup> semana: Puede levantar totalmente el brazo derecho sin dolor. También puede echar la cabeza totalmente hacia atrás; antes no podía.
  - 7<sup>a</sup> semana: Toda la semana anterior en la cadera siente malestar y dolores diferentes de los que había tenido anteriormente y después nota que la columna se le está poniendo recta. Anteriormente manifestaba cierta lordosis que no le permitía estar estirada cómodamente.

# Evolución del caso

- Actualmente la paciente se muestra enormemente satisfecha de los resultados obtenidos a pesar de que refiere que le quedan resquicios de dolor soportables. Antes de la prescripción de los prismas activos no era así.
- Antes le costaba dormirse por el dolor y no descansaba bien. Ahora concilia el sueño más rápidamente.

# Evolución del caso

- En general se siente mejor y con ganas de hacer más cosas. Tiene mejor humor. Se ha planteado incluso dejar los ansiolíticos para la depresión, aunque aún no lo ha hecho.
- Nos transmite que nunca ha sido muy estricta con los ejercicios de reprogramación postural aunque los que se refieren a las posturas correctas en el caminar, estar de pie y sentarse ya las hace de manera automática.

# Conclusiones

- El diagnóstico del SDP y su tratamiento con los prismas activos son una herramienta más de la optometría para mejorar muy significativamente la calidad de vida de nuestros pacientes, ya que manifiestan problemas que los tratamientos convencionales no les solucionan.

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN