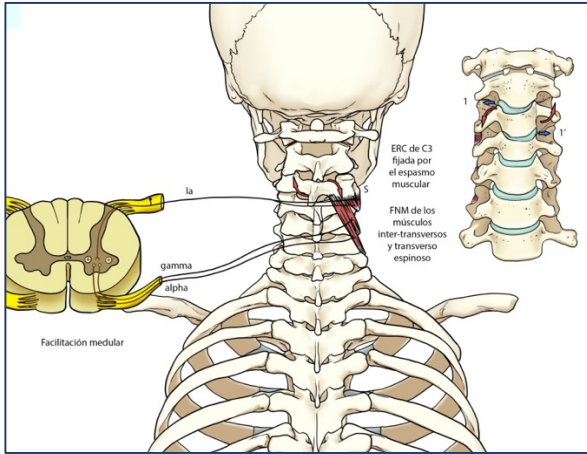
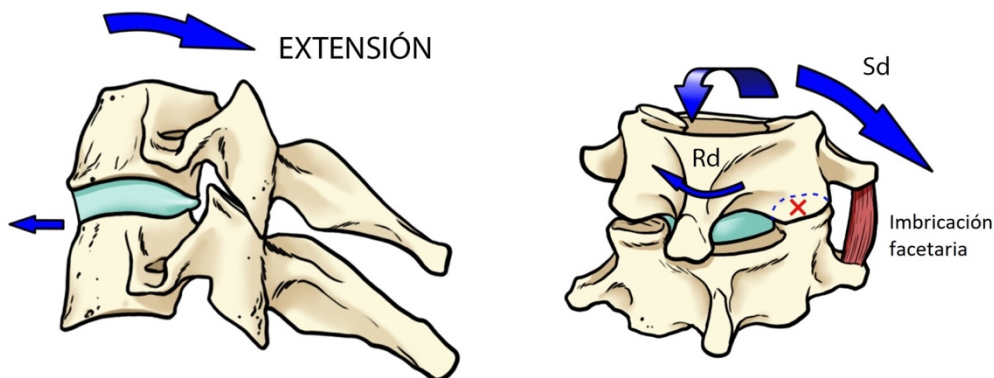


DISFUNCIONES OSTEOPATICAS CERVICALES.

LESIONES DE POSTERIORIDAD ERS



Esta disfunción puede asociarse a una neuralgia cervicobraquial homolateral por una hernia discal (mecanismo de cierre del agujero de conjunción, con actitud antálgica cruzada (los músculos contralaterales intentan disminuir la compresión de la raíz nerviosa)



I – FISIOPATOLOGÍA :

Lesión de imbricación del lado de la posterioridad. La rotación se produce del mismo lado de la lateroflexión.

El menisco sinovial hace protrusión anterior dentro del agujero de conjunción.

II – DIAGNÓSTICO :

-El espacio interespinoso está cerrado.

-La lesión es fijada por el espasmo del músculo transverso-espinoso homolateral.

-Movimientos restringidos en flexión, lateroflexión, rotación contralateral.

-Test de Mitchell: resistencia en el deslizamiento lateral hacia el lado de la lesión. La resistencia aumenta en flexión y disminuye en extensión.

-La palpación pone en evidencia una apófisis articular que sobresale posterolateralmente por culpa de la posterioridad asociada en la concavidad.

III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

-Meta de la manipulación: abrir la carilla imbricada.

DISFUNCIONES EN FRS

El desplazamiento del disco, del lado contrario a la inclinación lateral, pudiendo comprometer las estructuras nerviosas:

-El nervio sinus vertebral de Luschka, que se encuentra íntimamente relacionado con la cadena ganglionar, la cápsula articular y el ligamento intertransverso (entre otras estructuras), se ve irritado por, la elongación de las carillas articulares y el desplazamiento del disco.

-Este puede desplazarse posteriormente o posterolateralmente, donde no encuentra el sostén del L.V.C.P., por lo que en los casos más graves puede producirse una protrusión o una hernia discal con gran irritación y dolor.

DISFUNCIONES SOMÁTICAS EN FRSd: DISFUNCIÓN EN LATERALIDAD:

-En las disfunciones en FRS, se trata de una lesión en desimbricación ubicada del lado contrario a la posterioridad, en la convexidad.

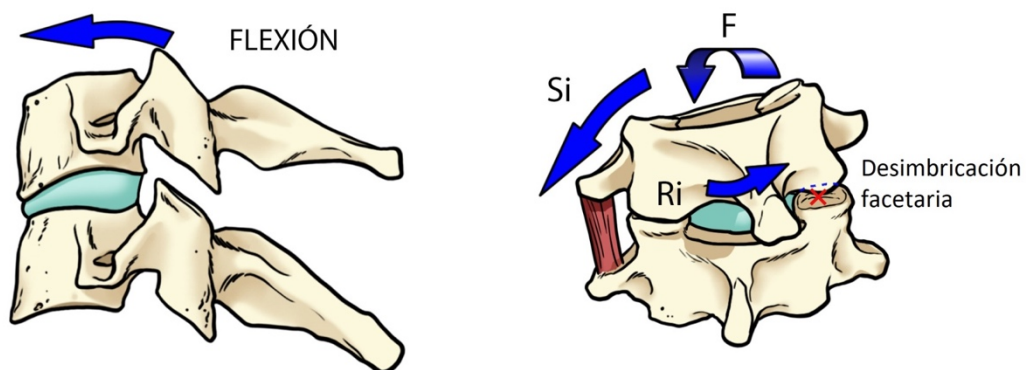
-Esta lesión en desimbricación se debe:

-O a un parámetro mayor de lesión en lateroflexión (protrusión discal).

-O a un parámetro mayor de lesión en rotación anterior (esto sobre todo en caso de WHIPLASH).

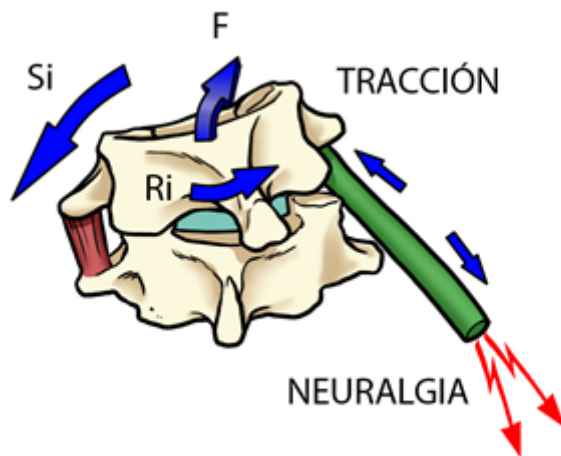
I- FISIOPATOLOGÍA:

-Es una disfunción en desimbricación que se coloca del lado contralateral a la posterioridad, es el disco intervertebral que fija la lesión.



-Durante la flexión cervical, el disco está retropulsado, la vértebra gira en la concavidad y el núcleo se desplaza en la convexidad formada.

Esta posición de la vértebra está fijada por el espasmo de los músculos intertransversos, transverso espinoso, largo del cuello y escalenos del lado de la post - El disco hace protrusión posterolateralmente y bloquea en desimbricación la carilla en la convexidad, del lado opuesto a la posterioridad.



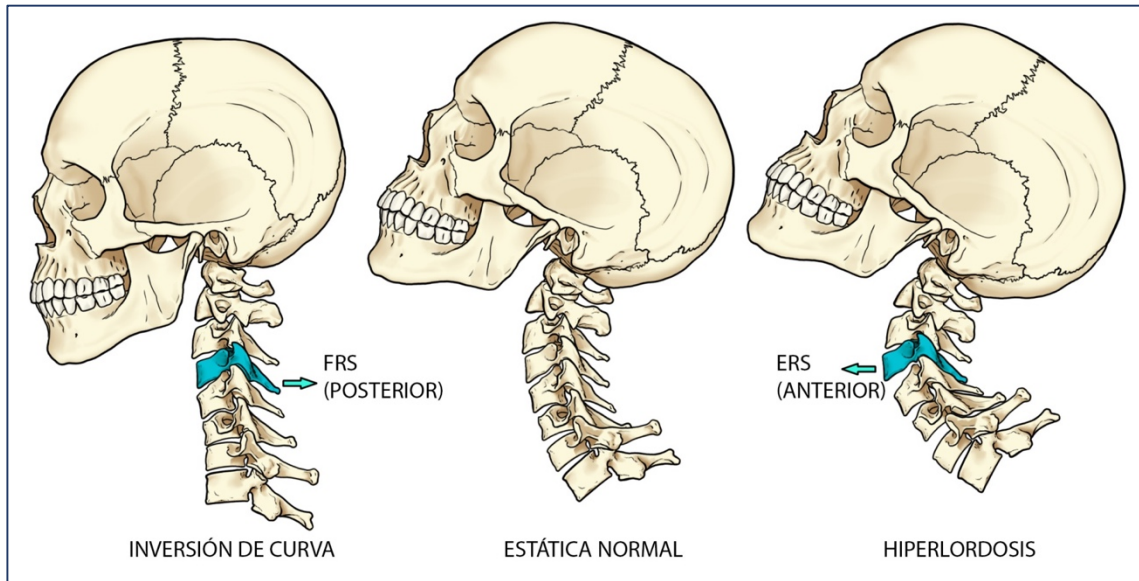
-La protrusión discal, por la tracción sobre la raíz nerviosa puede producir una neuralgia cervicobraquial
En este caso el paciente puede presentar una actitud antiálgica directa (los músculos traccionados intentan disminuir el bostezo discal y la tracción sobre la raíz nerviosa).

II - DIAGNÓSTICO:

- Los movimientos dolorosos o limitados son la extensión y la LATEROFLEXIÓN homolateral a la desimbricación.
- El espacio interespinoso está abierto.
- Al test de MITCHELL existe una resistencia en deslizamiento lateral, por ejemplo en caso de FRS derecha, de la izquierda hacia la derecha que aumenta en posición de extensión cervical y disminuye en flexión.
- El test de JACKSON es positivo en posición neutra del cuello y lateroflexión del lado contralateral a la desimbricación y a la neuralgia.
- La palpación pone en evidencia una apófisis transversa que sobresale lateralmente por culpa de la lateralidad asociada en la convexidad.

III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

Cerrar la carilla desimbricada y reducir la protrusión discal con una técnica de thrust en lateralidad desde el lado de la desimbricación hacia el lado de la posterioridad.



autor	C0-C1	C1-C2	C2-C3	C3-C4	C4-C5	C5-C6	C6-C7
injabi et al (in vitro)	NT	NT	S	S	S	S	S
injabi et al (in vitro)	S	O	NT	NT	NT	NT	NT
injabi et al (in vitro)	S	S	S	S	S	S	S
anning et al (in vivo)	S	S	S	S	S	S	S
chii et al (in vivo)	O	O	S	S	S	S	S

Movimiento cervical acoplado en análisis 3D con iniciación en lateroflexión (raquis en posición neutra)

autor	C0-C1	C1-C2	C2-C3	C3-C4	C4-C5	C5-C6	C6-C7
chii et al (in vivo)	O	O	NT	NT	NT	NT	NT
imura et al (in vivo)	NT	NT	N	N	S	S	S
injabi et al (in vitro)	O	O	NT	NT	NT	NT	NT
injabi et al (in vitro)	O	O	S	S	S	S	S
anning et al (in vivo)	O	O	S	S	S	S	S
et al(in vivo)	S	O	S	S	S	S	S

Movimiento cervical acoplado en análisis 3D con iniciación en rotación (raquis en posición neutra)

Coupling behavior of the cervical spine: a systematic review of the literature.

Cook C¹, Hegedus E, Showalter C, Sizer PS Jr.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: The purpose of this study was to investigate evidence of consistency of reported directional coupling patterns among selected studies and to determine its use in manual medical treatment.

METHODS: The study was a systematic literature review of English-only journals using PubMed and CINAHL. The keywords included "cervical vertebrae," "biomechanics," "coupling," and "three-dimensional movement" and required coupling directional assessment of individual spine segments.

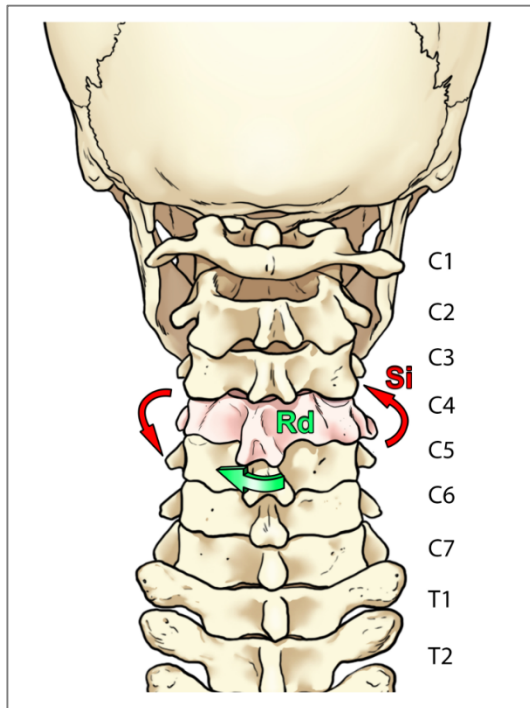
RESULTS: Four 2-dimensional and 8 3-dimensional studies met inclusion criteria. This study found 100% agreement in coupling direction (side flexion and rotation to the same side) in lower cervical vertebral segments (C2-3 and lower) and variation in coupling patterns in the upper cervical segments of occiput-C1 (during side flexion initiation) and C1-2. Dissimilarities may be explained by differences in measurement devices, movement initiation, in vivo vs in vitro specimens, and anatomical variations.

CONCLUSIONS: These findings suggest that use of 3-dimensional analyzed cervical coupling patterns for the lower cervical vertebral during apposition and treatment application may show clinical use for manual clinicians. The use of directional coupling based on 2-dimensional cervical coupling patterns or upper cervical spine coupling that addresses C1-2 should be questioned.

LAS LEYES DE FRYETTE A NIVEL CERVICAL EN LA LITERATURA

Los resultados de Cook et al, sugieren que la utilización de los modelos cervicales de acoplamiento analizados en tres dimensiones para los niveles vertebrales inferiores pueda utilizarse en terapia manual, pero que los modelos cervicales de acoplamiento a nivel cervical superior de C1-C2 deberían ponerse en entredicho.

- Cook C, Hegedus E, Showalter C, Sizer PS Jr. Coupling behavior of the cervical spine: a systematic review of the literature. J Manipulative Physiol Ther. 2006 Sep; 29(7):570-5.

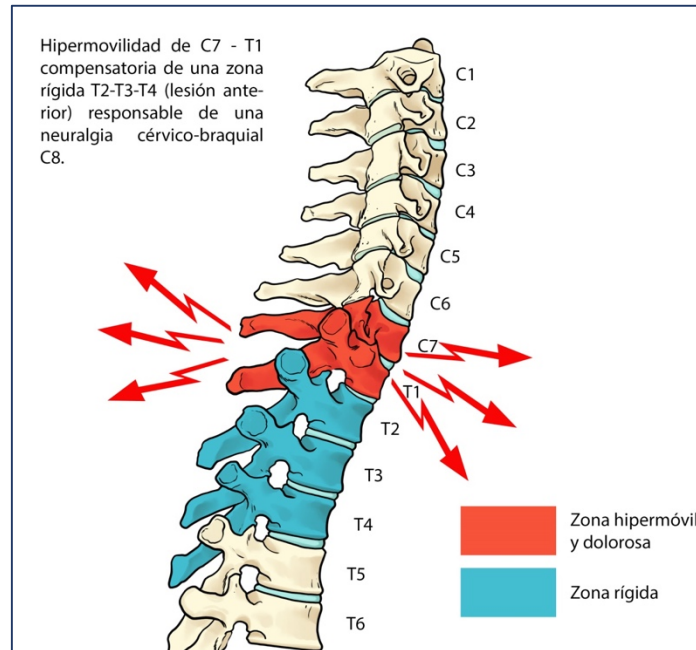


- Van Buskirk describe que a veces existe una disfunción somática cervical en primera ley de Fryette, es decir con lateroflexión de un lado y rotación contralateral.
- Se observa este patrón "neutro" raro cuando la curva cervical anterior-posterior está aplanada (Whiplash).
- Van Buskirk RL. The Still Technique Manual. American Academy of Osteopathy: Indianapolis. 2000.

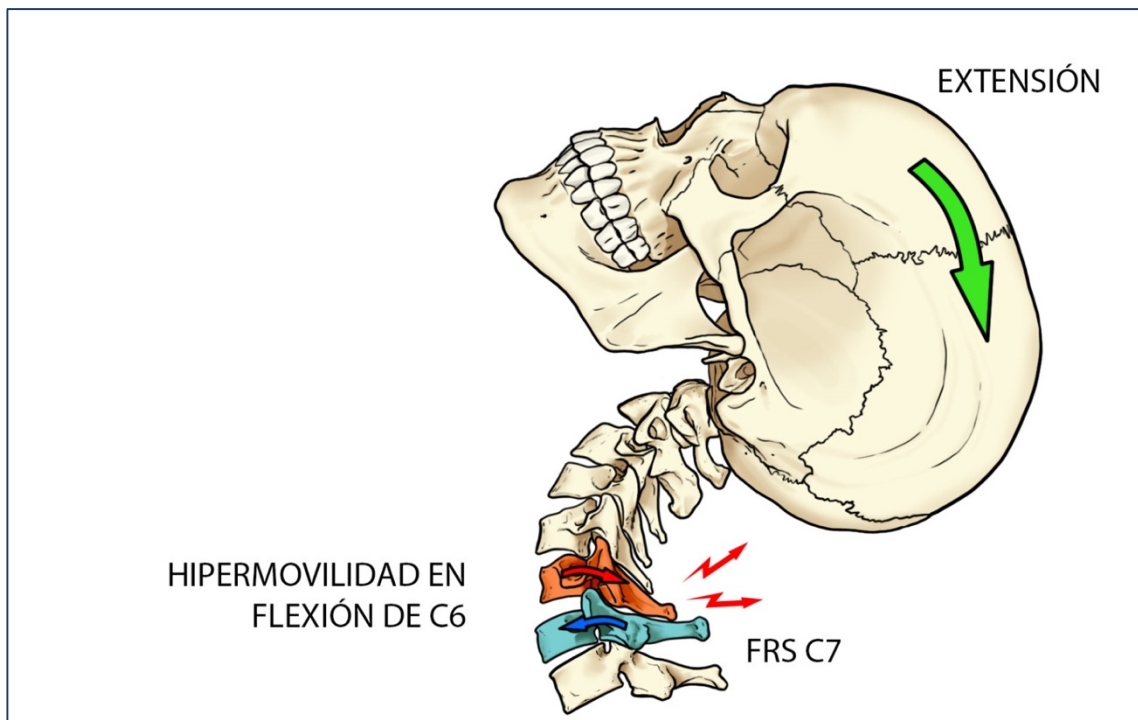
DISFUNCIONES SOMÁTICAS INUSUALES

- Por lo tanto, es la hipótesis de Van Buskirk que las articulaciones de Luschka no crean el tipo de límite mecánico hipotético o que la mecánica inusual sugerida en estas disfunciones "neutras" raras es el resultado de disfunciones de tejidos blandos en lugar de relaciones articulares.
- Van Buskirk RL. The Still Technique Manual. American Academy of Osteopathy: Indianapolis. 2000.

HIPERMOVILIDAD DE C7-T1 COMPENSATORIA DE UNA ZONA RÍGIDA T2-T3-T4 (LESIÓN ANTERIOR) RESPONSABLE DE UNA NEURALGIA CÉRVICOBRAQUIAL C8.



DOLOR A LA EXTENSIÓN CERVICAL



DOLOR EN LA FLEXIÓN CERVICAL

