

DIAGNÓSTICO CRANEAL.

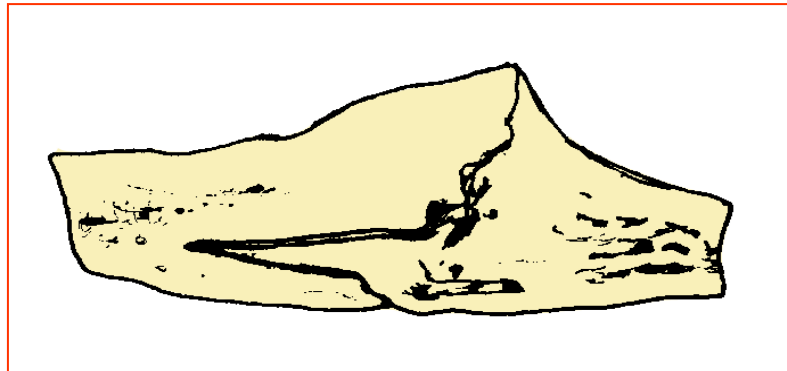
PRINCIPIOS DE LA PALPACIÓN DE LAS SUTURAS.

Se distinguen 4 tipos de alteraciones que se encuentran con frecuencia: disfunciones (A), deformidades (B), disfunciones sensoriales (C) y alteraciones de límite de elasticidad (D).

A.- DISFUNCIONES

1.- COMPRESIÓN SUTURAL

- ✓ Esta disfunción se percibe a menudo como un pico o una cresta a lo largo de la sutura : es una lesión de imbricación. Las superficies articulares están comprimidas una contra la otra y bloqueadas, se crea una tensión intra-articular que genera la formación de hueso.
- ✓ La cresta o el pico palpable es la consecuencia tensional del crecimiento hipertrófico óseo a lo largo de los márgenes de la sutura.



2.- ABERTURA SUTURAL

- ✓ Esta distorsión se percibe como una trinchera abierta y crea la impresión de que la sutura está separada a lo largo de su margen articular. El surco palpable es una consecuencia de la separación de los márgenes de la sutura.



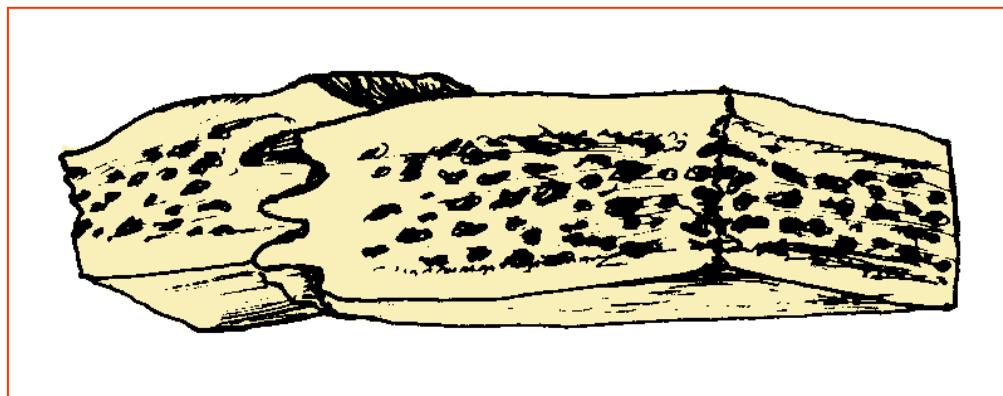
3.- BORRAMIENTO SUTURAL

- ✓ Esta distorsión se identifica como un área de crecimiento excesivo del hueso y se percibe generalmente como una zona ósea continua sobre un área donde se esperaba la muesca sutural.
- ✓ Esta deformidad se encuentra en varias ocasiones sobre la sutura sagital. La superficie es generalmente indefinida y carece de crecimientos hipertróficos palpables.



4.- SOLAPAMIENTO SUTURAL

- ✓ Esta distorsión se relaciona con un desplazamiento de un hueso por encima o por debajo del hueso vecino a lo largo de los márgenes articulares de una sutura.
- ✓ Esta distorsión se considera todavía más anormal cuando el área que se percibe presenta una inversión en la posición biselada natural de la sutura (coronal, bregma)

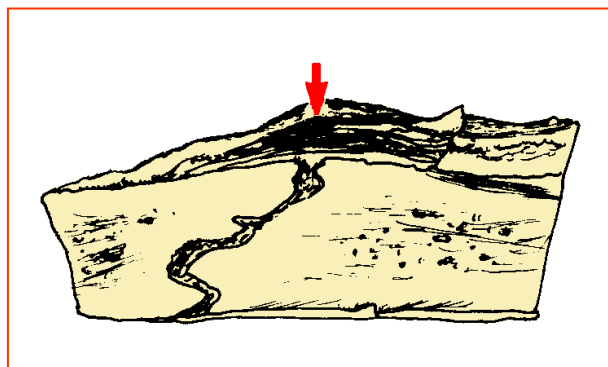


B.- DEFORMIDADES

Es una formación anormal anclada en o sobre una sutura. Las cinco deformidades siguientes son las que se encuentran más a menudo a lo largo de los márgenes articulares suturales.

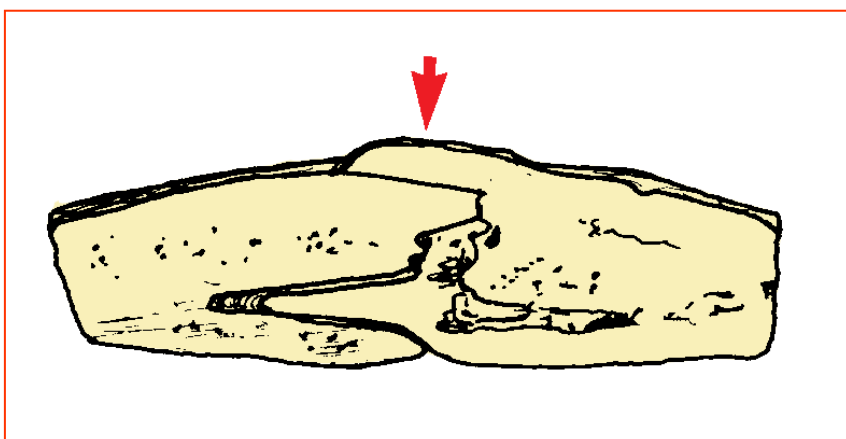
1.- ADHERENCIAS FIBROSAS

- ✓ Esta deformidad se percibe a menudo como una fibra que atraviesa, que cruza los márgenes articulares de una sutura.
- ✓ Estas adherencias se componen con frecuencia de tejido colágeno avascular que es fibroso por naturaleza .



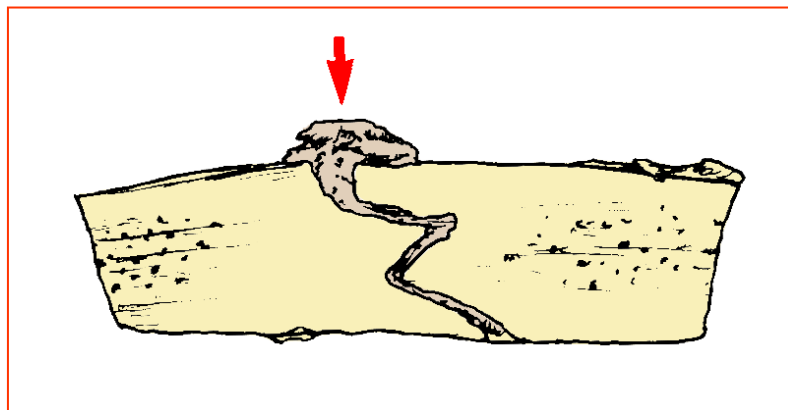
2.- ESPOLÓN ÓSEO

- ✓ Percibido como un puente de hueso que cruza una sutura, esta deformidad representa con frecuencia la alteración osteoblástica morfológica de una adherencia fibrosa con una formación crónica de espolón. El espolón óseo atraviesa la sutura y la borra parcialmente.



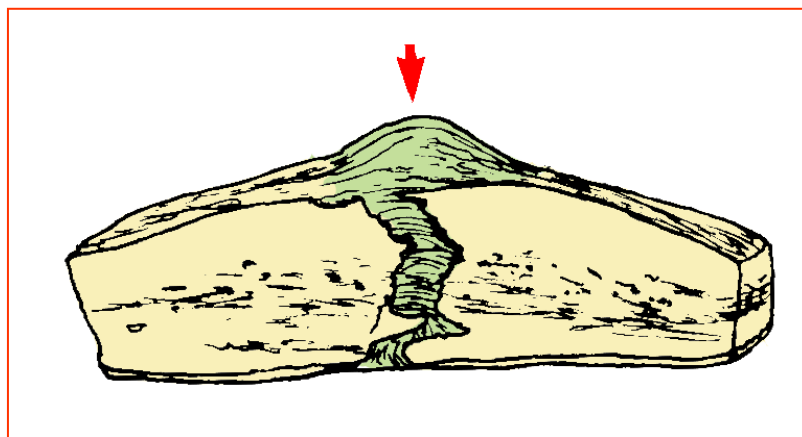
3.- ADHERENCIAS NODULARES FLEXIBLES

- ✓ Se identifican como un área de tejido algo flexible que traslapa la sutura en una formación nodular. Como con las adherencias fibrosas, el tejido en las adherencias nodulares flexibles se compone a menudo de tejido colágeno avascular.
- ✓ La diferencia con las adherencias fibrosas es que las adherencias nodulares flexibles han infiltrado el periostio sobre el cráneo y posiblemente la capa de periostio de los meninges dentro de la bóveda. Las adherencias nodulares parecen corresponder a una fase temprana del desarrollo.



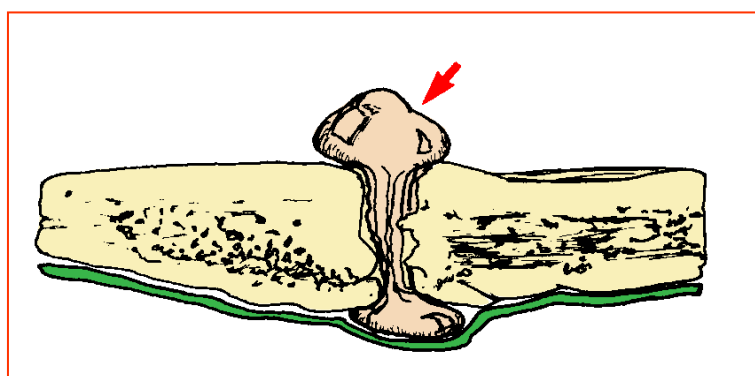
4.- ADHERENCIAS NODULARES SÓLIDAS.

- ✓ Estas adherencias representan una etapa adhesiva nodular más avanzada o más crónica.
- ✓ La adherencia nodular sólida, se infiltra a través de la sutura y alcanza el tejido meníngeo dural a lo largo de la superficie craneal interna. Esta deformidad se siente dura en la palpación o como el hueso .



5.- ADHERENCIAS NODULARES FLUIDAS.

- ✓ Esta deformidad se siente como un nódulo edematoso enquistado que cruza la sutura, se extiende en la bóveda y infiltra la región dural.
- ✓ La movilización del nódulo desde su posición original puede revelar la profundidad de las raíces de la formación. Si el nódulo es fijo e inmóvil, es que se ancla profundamente dentro de la sutura y puede incluso extenderse en la capa meníngea de la bóveda. El nódulo produce una separación de la dura madre del periostio del hueso craneal.



C.- DISFUNCIONES SENSORIALES.

1.- DISTORSIONES SENSORIALES LATENTES

- ✓ Las sensaciones anormales latentes pueden existir sin presencia de dolor y son producidas por una capacidad disminuida de la neurona de alcanzar su potencial de acción.
- ✓ El potencial de acción neuronal disminuido puede ser el resultado de la hiperpolarización de la fibra o de las neuronas del nervio. Por lo tanto, el malestar latente puede existir cuando los estímulos subliminales son elevados al límite de alarma por el estímulo creciente de los mecanorreceptores a la presión, a la temperatura, o a la vibración.

LA PRESENCIA DE UN PUNTO TRIGGER SUTURAL TRADUCE UNA DISFUNCIÓN QUE SE ACOMPAÑA DE UNA FACILITACIÓN NERVIOSA : ES IMPERATIVO TRATAR ESTA DISFUNCIÓN.

2.- DISFUNCIÓN SENSORIAL PROFUNDA.

- ✓ La sensibilidad superficial sugiere con frecuencia condiciones externas, mientras que la sensibilidad profunda puede ser originada por una condición vascular intracraneal.

3.- TIPOS DE SENSACIONES

- ✓ Dolor agudo o de puñal: éstasis sanguíneo.
- ✓ Dolor de stricción: desequilibrio del LCR o tensión meníngea.
- ✓ Dolor de presión explosiva: entrada excesiva de sangre en el cráneo y salida deficiente de sangre (ejemplo estenosis de las venas yugulares con actividad cardiovascular aumentada).
- ✓ Dolor de aplastamiento: condiciones espásticas arteriales.
- ✓ Entumecimiento: compresión, infección viral, o escasez vascular dando por resultado axonopatía sensorial o destrucción de la neurona.
- ✓ Puede también ser por el agotamiento de la bomba de transferencia de iones o hiperpolarización de la neurona.
- ✓ Si el entumecimiento es acompañado por degeneración walleriana, es decir, degeneración de mielina de una fibra nerviosa, la condición puede ser debida a la destrucción de los cuerpos de Nissl en las neuronas sensoriales.
- ✓ Puede también ser producida por un agotamiento de la bomba de sodio o hiperpolarización neuronal de las fibras del nervio.

D.- ANORMALIDADES DE LA ELASTICIDAD SUTURAL

- ✓ ENDURECIMIENTO O PERDIDA DE ELASTICIDAD: esta condición se asocia a menudo con cicatriz adhesiva crónica y a lesiones post-traumáticas de más de 2 años de antigüedad.
- ✓ ABLANDAMIENTO O AUMENTO DE LA ELASTICIDAD: esta condición se asocia a menudo a condiciones de deficiencia y a enfermedades degenerativas de la duración corta o larga.

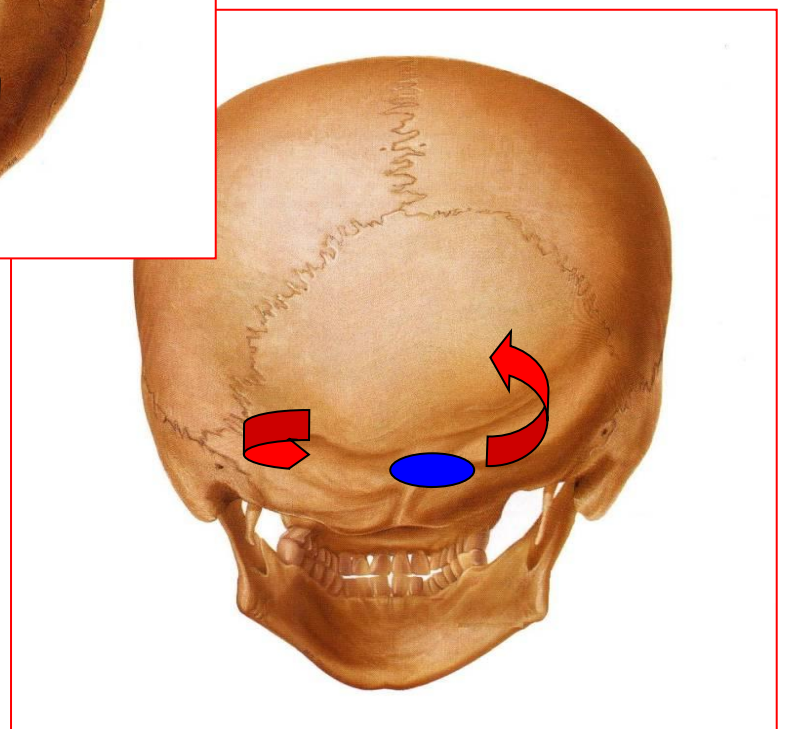
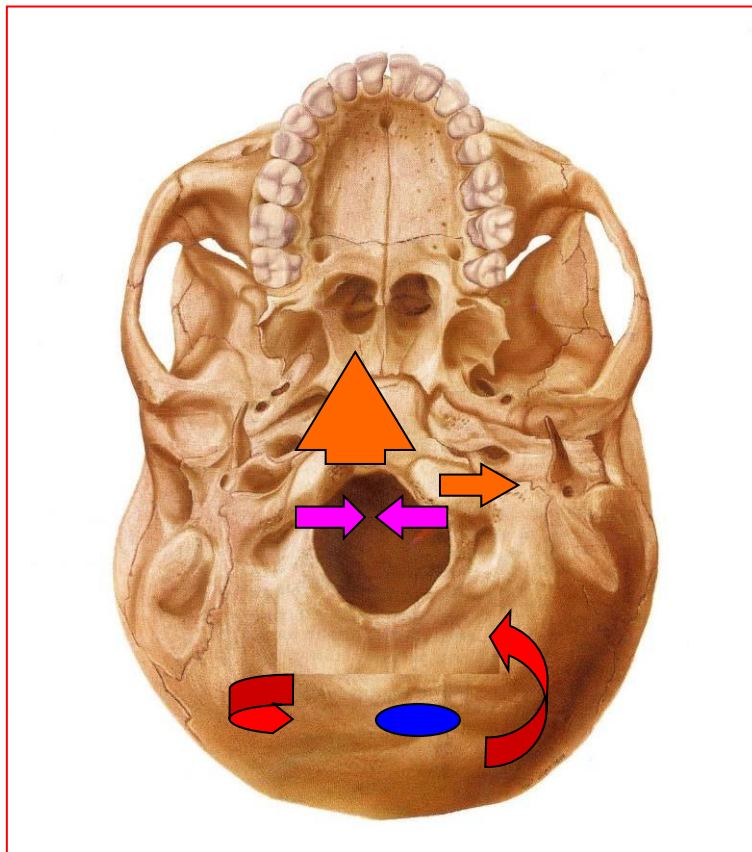
LAS LESIONES ÓSEAS

1.- CAUSAS PRIMARIAS:

- ✓ Lesiones intraóseas (causas prenatales y obstétricas).
- ✓ Traumatismo directo.

2.- CAUSAS SECUNDARIAS:

- ✓ Disfunción en flexión / rotación externa o en extensión / rotación interna adaptativas a una lesión primaria.



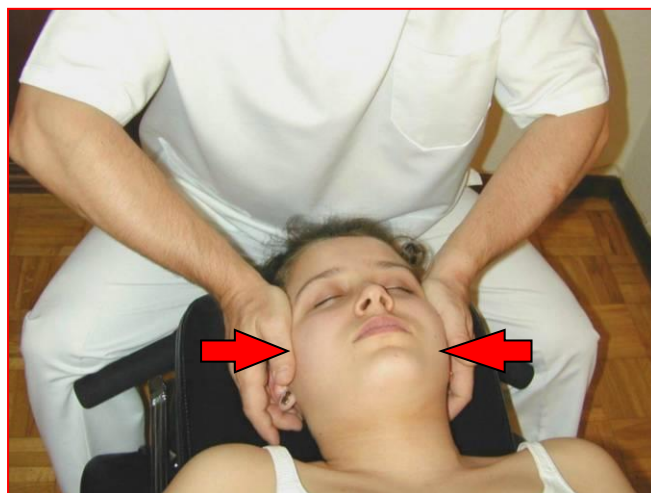
PALPACIÓN DE LOS PUNTOS TRIGGERS SUTURALES



PRINCIPIOS DE LOS TESTS CRANEALES

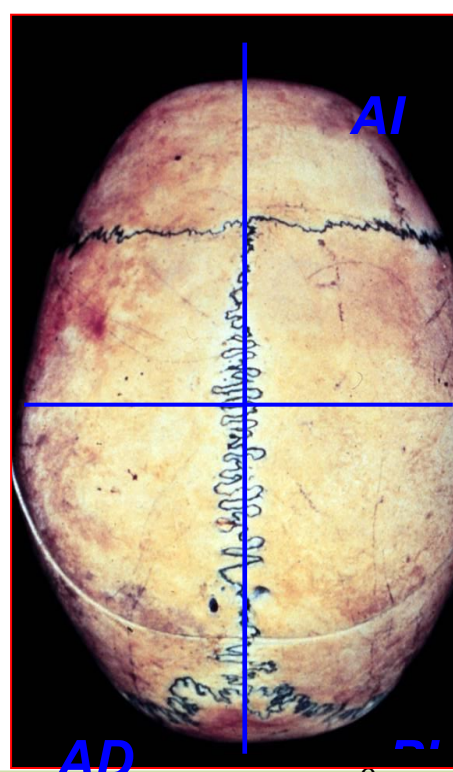
1.- QUICK SCANNING CRANEAL.

Consiste a estudiar, por presiones simétricas sobre el cráneo, la elasticidad ósea. Una dureza excesiva de una fosa craneal traduce disfunción, lesión sutural ó lesión intra-ósea.



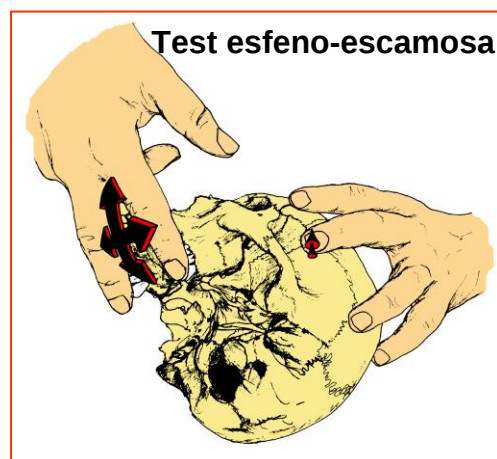
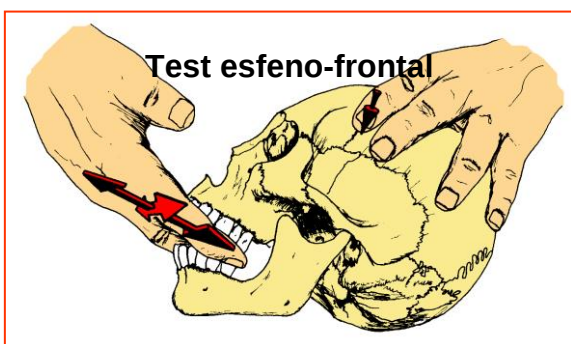
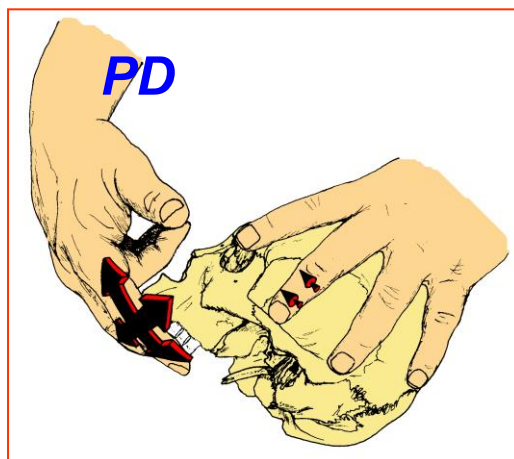
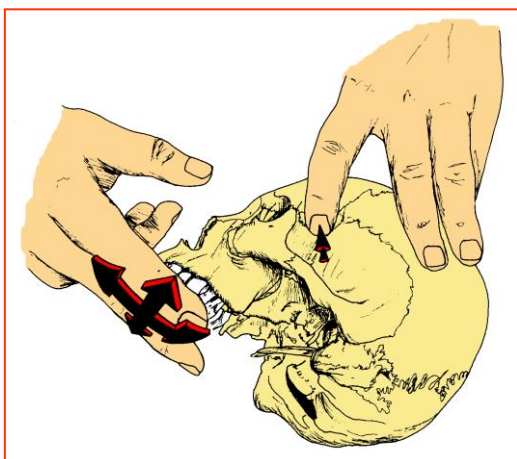
2.- TEST DE LOS CUADRANTES.

Permite valorar la posible pérdida de elasticidad ósea sobre las esferas anterior y posterior, que traduce una disfunción sutural o una lesión intraósea.

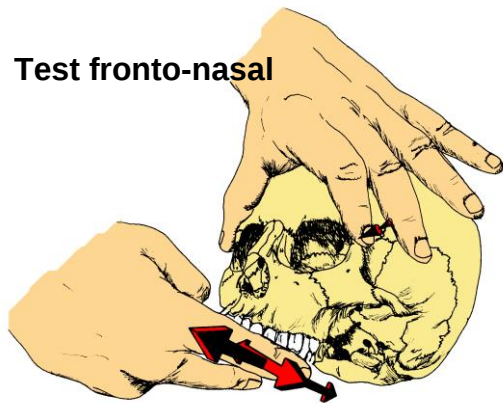


PRINCIPIOS DE LOS TESTS SUTURALES A PARTIR DEL MACIZO FACIAL

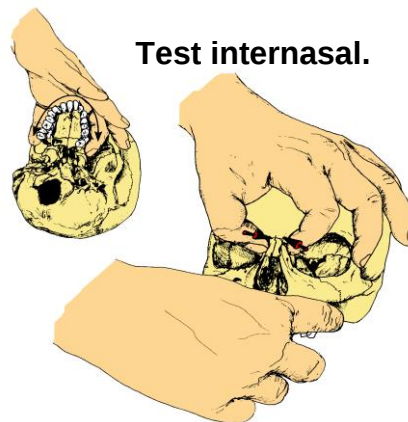
- ✓ El principio de este tipo de test biomecánico consiste en palpar la sutura craneal elegida y movilizándolo los maxilares superiores por un contacto intra-bucal a apreciar la repercusión sobre la sutura. La movilización maxilar debe provocar un movimiento perceptible, la aparición de tensiones de movimiento a nivel de la sutura palpada, lo que traduce su libertad articular y la ausencia de disfunción.
- ✓ Este tipo de test es válido para todas las suturas craneales y completa las informaciones que dan los otros test craneales.



Test fronto-nasal



Test internasal.



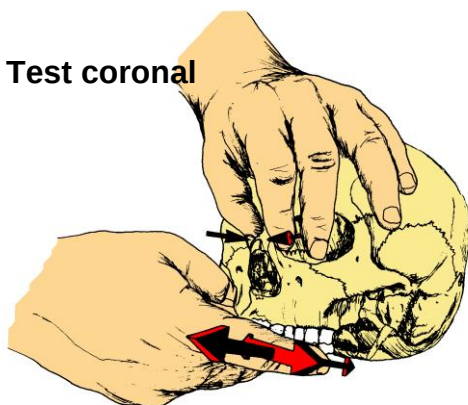
Test lambdoidea



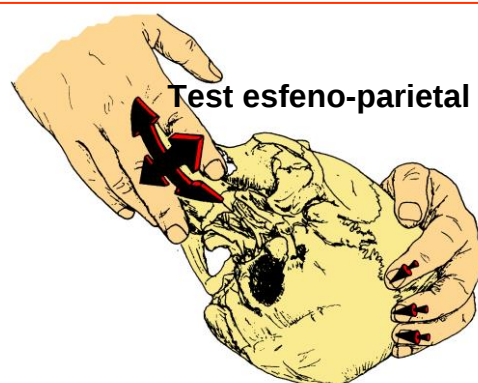
Test maxilo-nasal

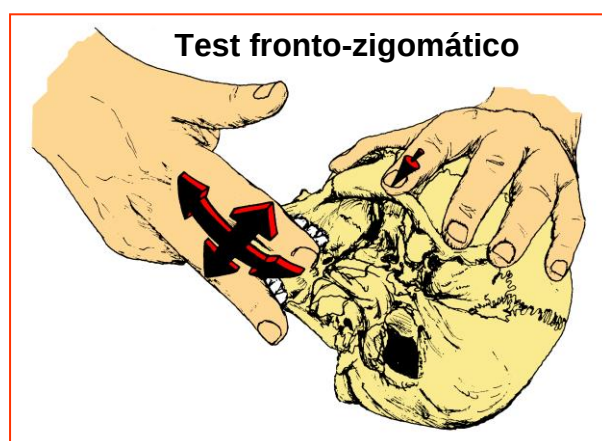
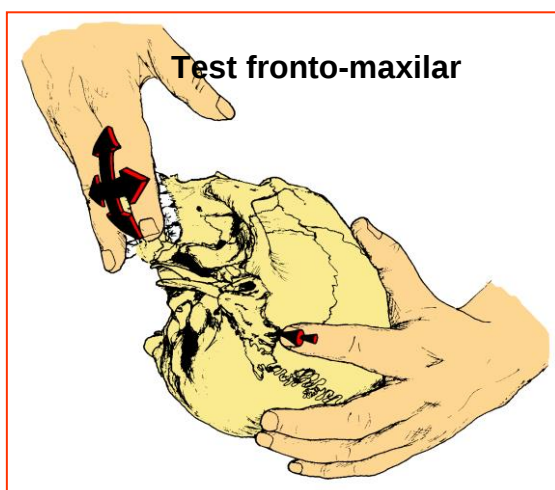
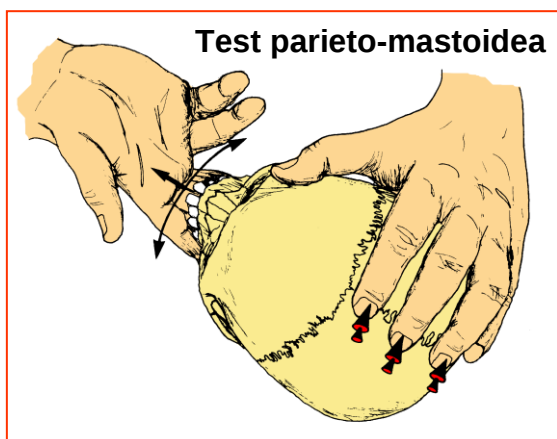
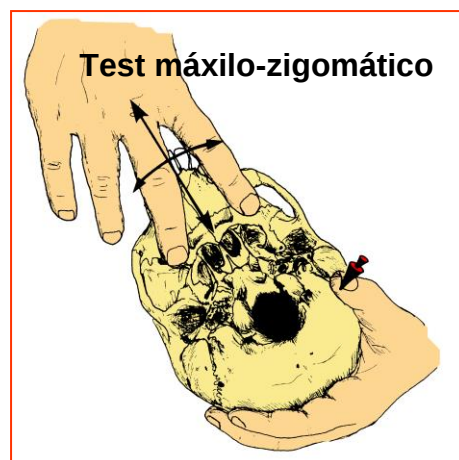
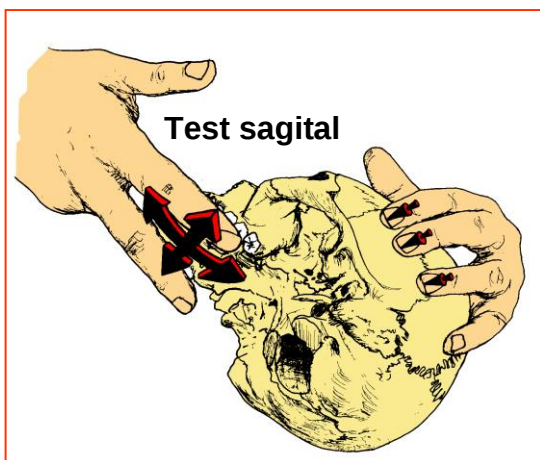


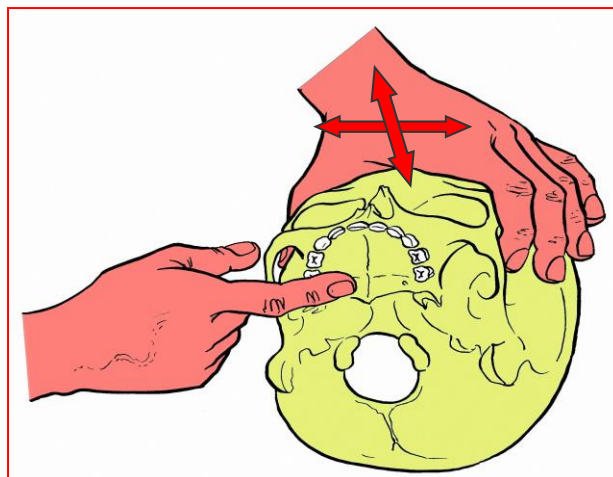
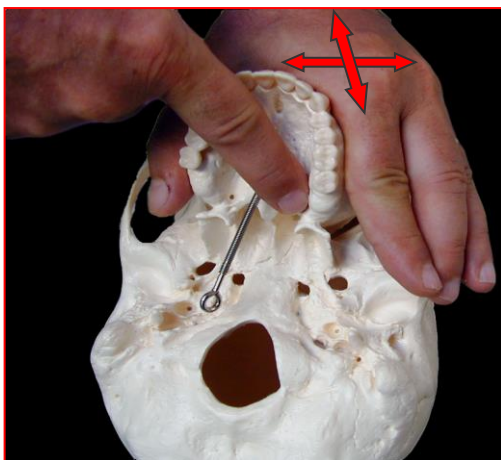
Test coronal



Test eseno-parietal





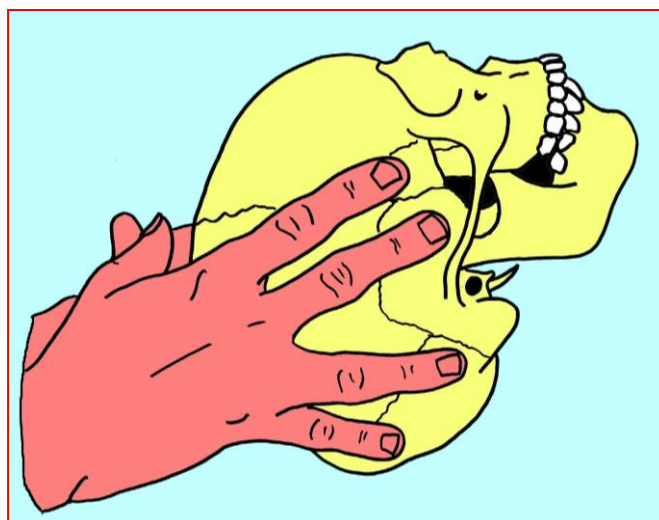


PRINCIPIOS DE LOS TESTS DE MOVILIDAD DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO

- ✓ Se estudia la elasticidad ósea movilizando el hueso en dirección de la FLEXIÓN o de la EXTENSIÓN biomecánica.
- ✓ La elasticidad se aprecia en final del movimiento producido.
- ✓ Determina cual es la disfunción del hueso craneal y permite elegir la técnica de corrección.
- ✓ Una sensación de resistencia elástica traduce una restricción sobre la duramadre.
- ✓ Tomamos un contacto específico según el hueso a estudiar, y pidiendo una respiración costal forzada a “escuchar” la movilidad cráneo-sacra espontánea que acompaña cada ciclo respiratorio:

INSPIRACIÓN COSTAL = FLEXIÓN.

ESPIRACIÓN COSTAL = EXTENSIÓN



LIBRO DE REFERENCIA:

François Ricard. Tratado de osteopatía craneal. Articulación temporomandibular. 3ªedición. Editorial Medos 2014.

François Ricard. Tratado de osteopatía craneal: análisis ortodóntico. Diagnóstico y tratamiento manual de los síndromes craneomandibulares. Panamericana 2005.