

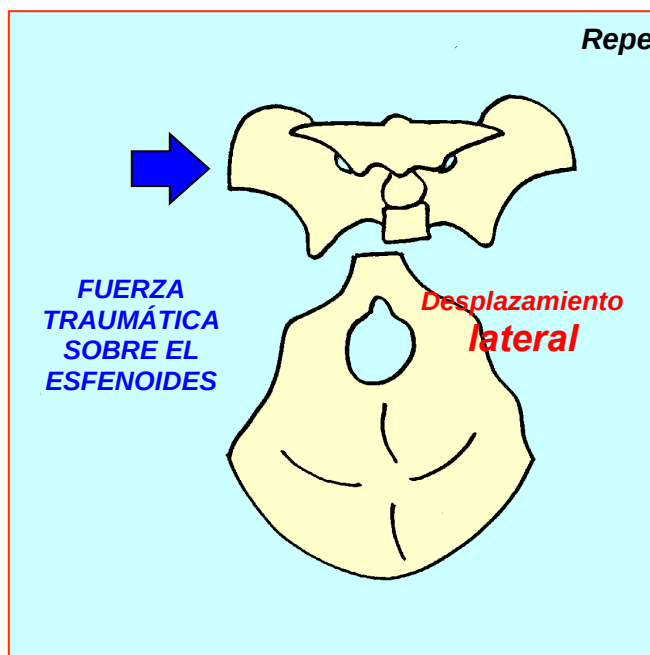
DISFUNCIONES CRANEALES. CONCEPTOS GENERALES.

Las disfunciones de la sincondrosis esfenobasilar son traumáticas o adaptativas:

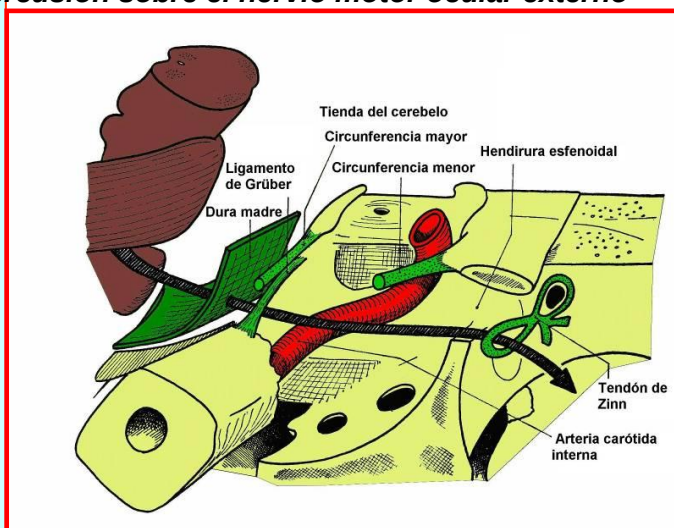
1.- DISFUNCIONES TRAUMÁTICAS

- ✓ Compresión.
- ✓ Lateral strain traumático de esfenoides.
- ✓ Vertical strain traumático de esfenoides.

Se deben tratar con prioridad



Repercusión sobre el nervio motor ocular externo

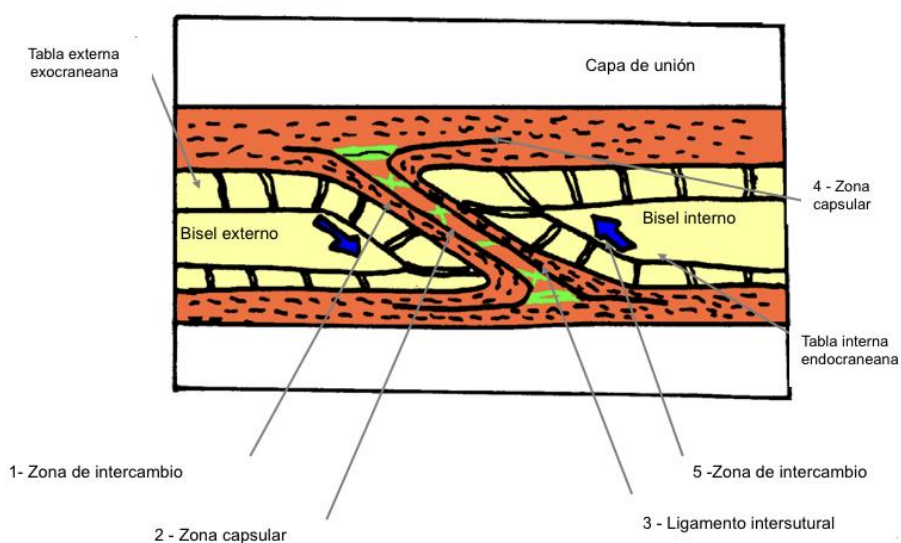


2.- DISFUNCIONES SECUNDARIAS

- ✓ Flexión/extensión.
- ✓ Lateroflexión.
- ✓ Rotación.
- ✓ Torsión.
- ✓ SBR.
- ✓ Lateral strain fisiológico.
- ✓ Vertical strain fisiológico.

Son las disfunciones de la bóveda craneal que originan estas lesiones .
Se debe tratar la bóveda craneal para disminuir o suprimir estas adaptaciones.

SUTURAS Y FACILITACIÓN NERVIOSA



Las 5 zonas de la sutura : 1- 5 Zona de intercambio 2 - 4 Zona capsular
3 - Zona central

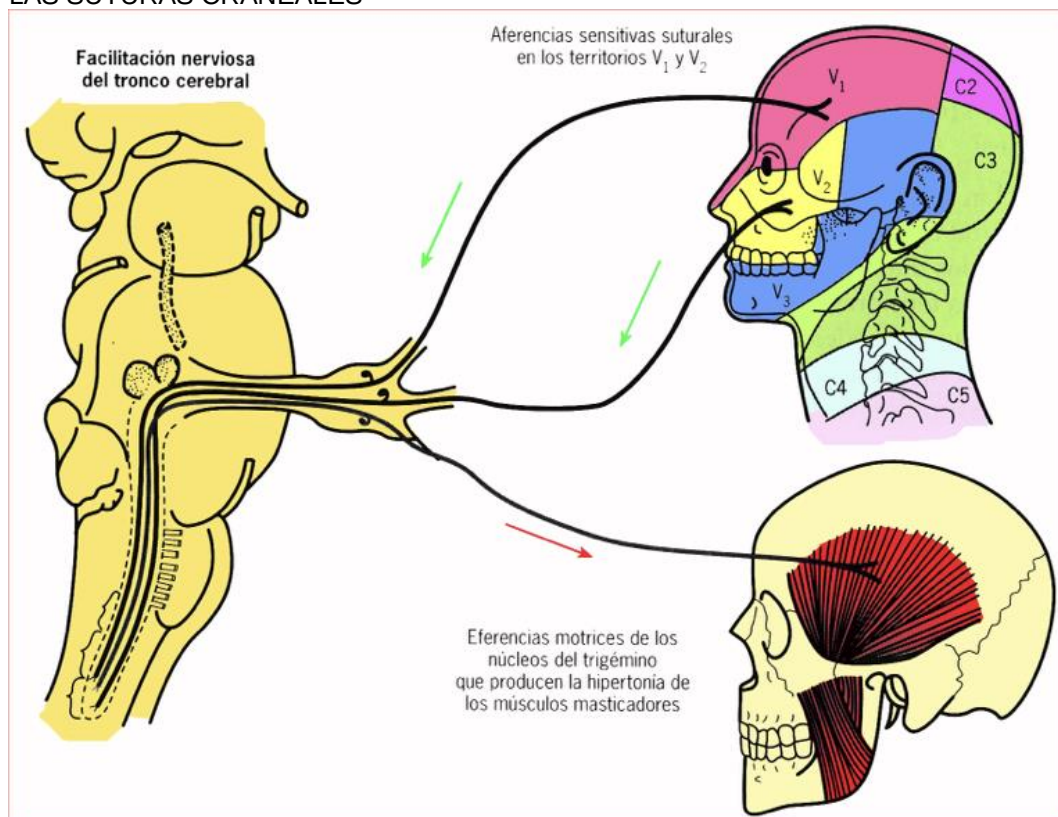
IRVIN KORR Y DENSLOW describieron la facilitación nerviosa medular debido a una disfunción somática vertebral .

UPLEDGER-RETZLAFF-VREDVOOG pusieron en evidencia la presencia de fibras nerviosas mielinizadas y amielínicas, de terminaciones de receptores nerviosos y una red vascular dentro de las suturas. Varios de estos elementos provienen de las meninges intracraneales.

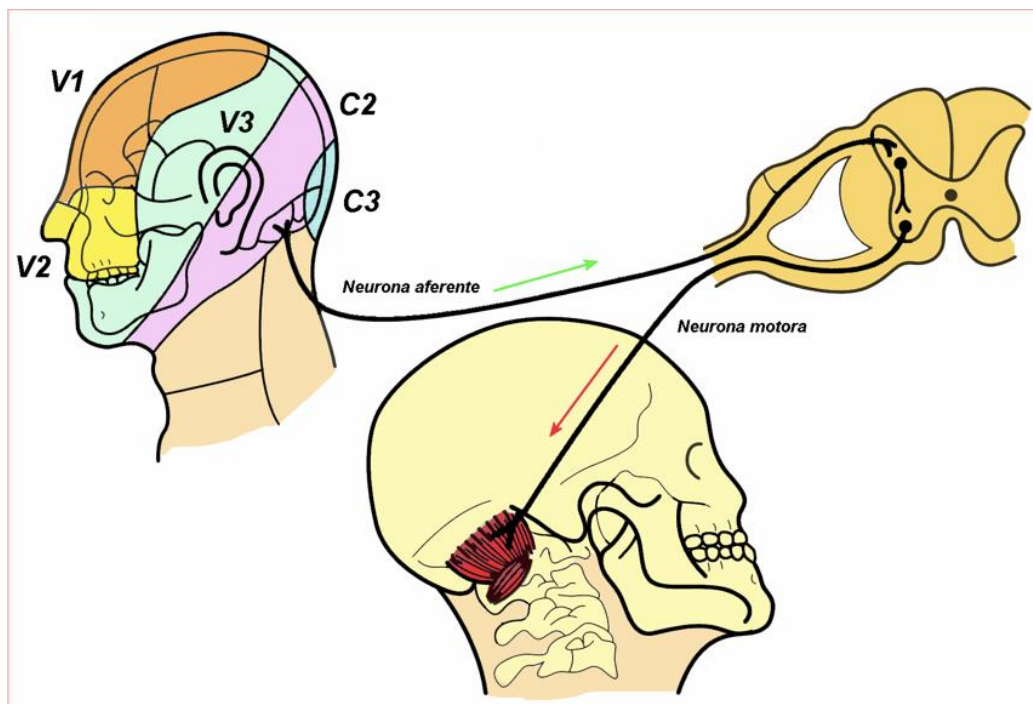
Una compresión sutural (DISFUNCIÓN SOMÁTICA SUTURAL) puede irritar estos tejidos vasculares y nerviosos, y provocar sintomatología (actividad neurogénica anormal con isquemia dentro de la sutura).

1.- CONCEPTO DE FACILITACIÓN (SENSIBILIZACIÓN).

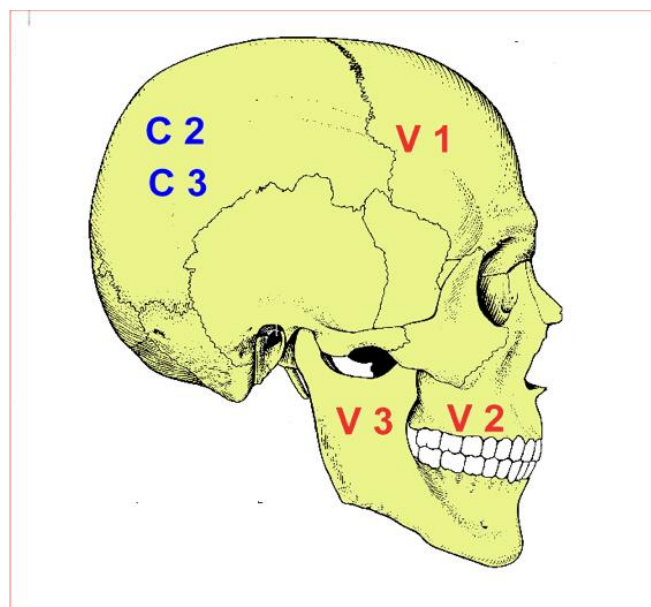
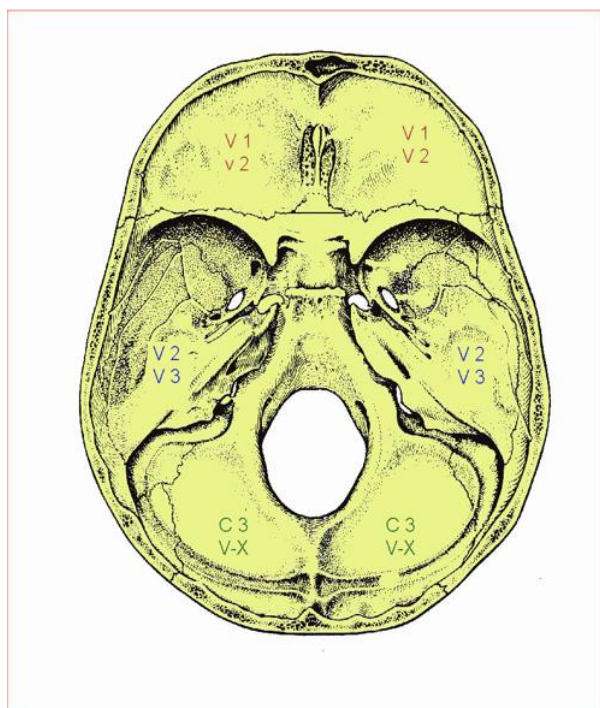
EJEMPLO 1: FACILITACIÓN DE LOS NÚCLEOS DEL TRONCO CEREBRAL A PARTIR DE LAS SUTURAS CRANEALES



EJEMPLO 2: FACILITACIÓN DE LA MÉDULA CERVICAL A PARTIR DE LAS SUTURAS CRANEALES.



EJEMPLO 3: INERVACIÓN DE LA BASE Y LA BÓVEDA DEL CRÁNEO.



Una disfunción sutural, según su territorio de inervación sensitiva, puede repercutir sobre los núcleos de los nervios craneales, produciendo problemas de tono sobre los músculos masticadores por el V3 (nervio mandibular, la oclusión y las articulaciones temporomandibulares), problemas de tono de los músculos del ojo por el V1 (nervio oftálmico de WILLIS), el III (motor ocular común), el IV (nervio patético), el VI- (nervio motor ocular externo) ó problemas de fosas nasales por el V2 (nervio maxilar superior) y el petroso profundo mayor.

De la misma manera se pueden explicar disfunciones cervicales altas recidivantes, por disfunción de la sutura occipitomastoidea inervada por C3.

EJEMPLO 4: MECANISMO DE LAS NEUROPATIAS DE COMPRESION CRANEALES.



2.- CONCLUSIONES

Podemos esperar de una técnica craneal varios efectos reflejos:

- ✓ Neurovasculares, para luchar contra la isquemia que puede afectar a las arterias intracraneales y a los nervios craneales.
- ✓ Mecánicos sobre las suturas y membranas intracraneales.

- ✓ Reflexógenos para interrumpir los arcos reflejos que mantienen la facilitación nerviosa de los núcleos grises de los nervios craneales y la supresión de sus efectos patológicos.
- ✓ Vasculares de drenaje sobre el sistema venoso intracraneal.
- ✓ Las disfunciones craneales pueden tener una influencia importante sobre la postura global del paciente. Existen varios captosres que influyen sobre nuestro equilibrio postural: los OJOS, la OCLUSIÓN y el SISTEMA MASTICADOR , los PIES y la PIEL. Los pies representan un terreno de tratamiento importante en osteopatía parietal, así como el sistema masticador y los ojos en osteopatía craneal. Es decir, una disfunción craneal puede repercutir sobre todo el cuerpo y a veces puede provocar síntomas a distancia sin ninguna relación aparente a primera vista.

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.