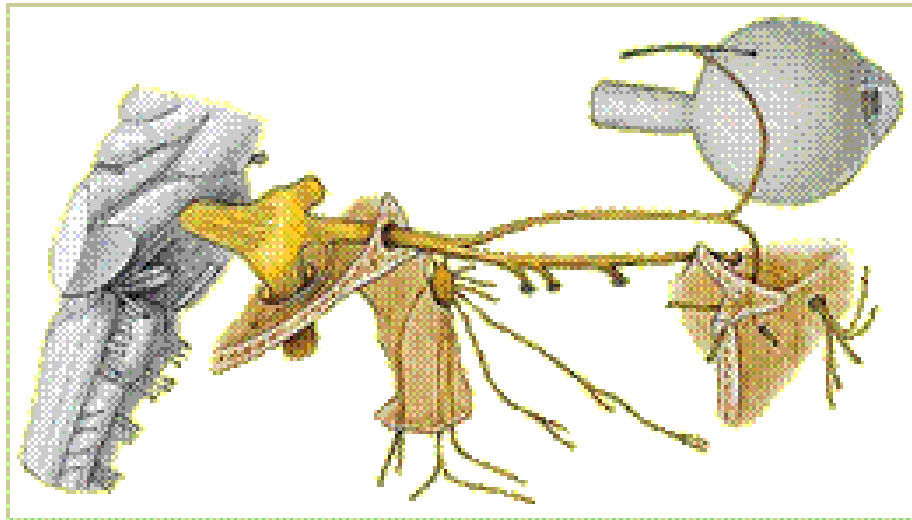


NEURALGIA DEL TRIGEMINO

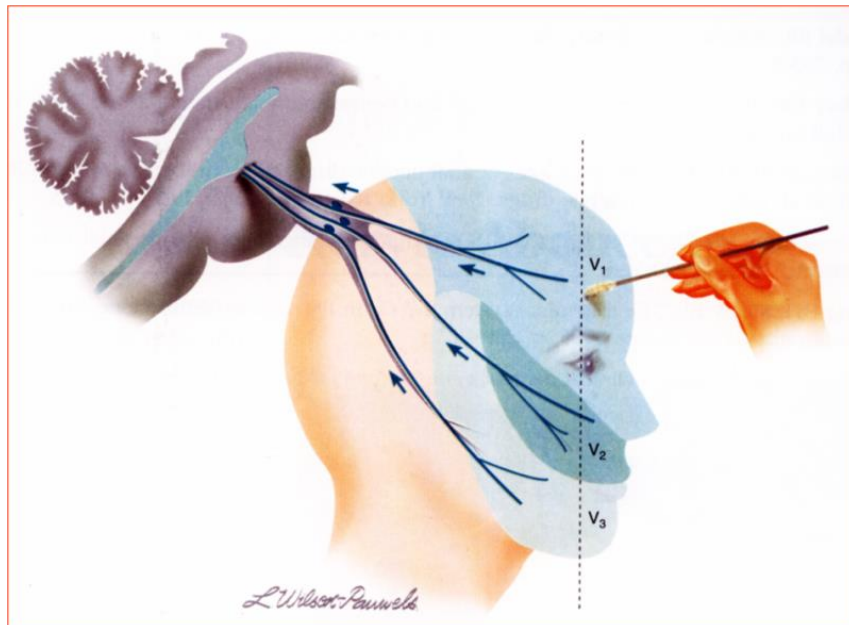


Modalidad de las fibras nerviosas	Núcleo	Función
Sensitivas generales (aférentes)	Trigeminal espinal	Dolor y temperatura Tacto simple Todas las modalidades sensitivas generales del rostro y el cuero cabelludo anterior hasta el vértice de la cabeza, las conjuntivas, el bulbo del ojo, las membranas mucosas de los senos paranasales, y las cavidades nasal y oral, incluidos la lengua y los dientes, parte de la cara externa de la membrana timpánica y de las meninges de las fosas craneales anterior y media*
	Trigeminal pontino Mesencefálico	Tacto discriminativo Propiocepción Sentido de vibración
Motoras branquiales (eferentes)	Motor (masticatorio)	Inervación de los músculos de la masticación (es decir, masetero, temporal, músculos pterigoideos medial y lateral, más tensores del tímpano, tensores del velo del paladar, milohioideos y vientre anterior de los músculos digástricos)

*Las meninges de la fosa craneal posterior reciben su inervación sensitiva de los pocos nervios cervicales superiores.

COMENTARIO OSTEOPÁTICO

- Las zonas mayores de neuropatía de compresión son:
 1. Las disfunciones en flexión del temporal y de la tienda del cerebello para el ganglio de GASSER.
 2. La hendidura esfenoidal y el anillo de ZINN para el V1-nervio oftálmico de Willis.
 3. El agujero redondo mayor del ala mayor del esfenoides y el agujero infraorbitario para el V2 - nervio maxilar superior.
 4. El agujero oval del ala mayor del esfenoides y la articulación temporomandibular para el V3 - nervio mandibular.



PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

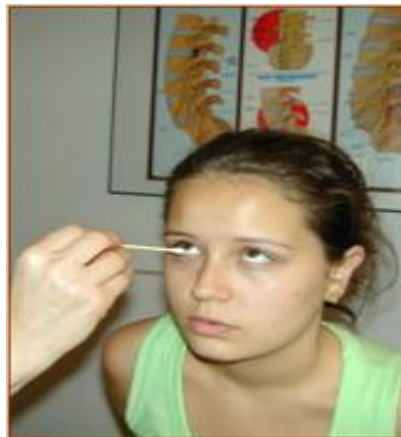
- El nervio trigémino es motor y sensitivo. La porción motora inerva los músculos de la masticación (masetero, pterigoideo, temporales). La porción sensitiva está dividida en tres ramas: oftálmica (V1), maxilar (V2), y mandibular (V3).

ESTUDIO MOTOR

- Se utiliza el testing muscular.
- La presencia de un músculo débil puede indicar una lesión del nervio trigémino. Una diferencia en la tensión del temporal también es una indicación de una lesión motora de trigémino. En la parálisis bilateral, la mandíbula no puede cerrar herméticamente. En las lesiones unilaterales, la mandíbula se desviará hacia el lado de la lesión cuando el paciente abre la boca.

REFLEJO CORNEAL

- Se pide al paciente que mire fijamente hacia arriba y hacia abajo mientras tocamos la córnea con un bastoncito de algodón. El paciente debe pestañear cuando se toca la conjuntiva.
- El reflejo corneal se produce a través de las fibras sensitivas del trigémino y de las fibras motoras del nervio facial.



REFLEJO MANDIBULAR

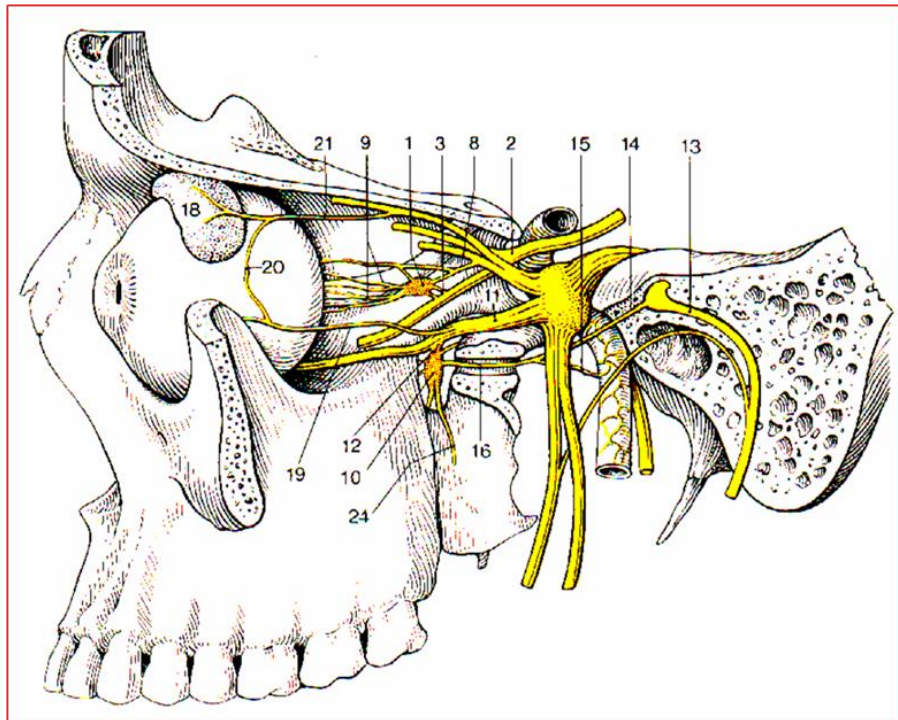
- El paciente abre ligeramente la boca. Colocamos el pulgar o índice sobre la barbilla del paciente ejerciendo una presión descendente.
- Con un martillo de reflejo neurológico, golpeamos sobre el dedo hacia abajo para abrir la mandíbula. La respuesta normal es un cierre rápido de la mandíbula.



Los reflejos corneal y mandibular tienen un componente sensitivo a través del nervio trigémino. El reflejo mandibular tiene un componente motor por el nervio trigémino, el reflejo corneal un componente motor por el nervio facial. Si los reflejos corneales están ausentes, entonces se sospecha una lesión de la porción sensitiva del nervio trigémino o del componente motor del nervio facial. Si el reflejo mandibular está ausente, se sospecha una lesión del nervio trigémino.

ESTUDIO SENSITIVO

- Para estudiar un déficit sensitivo, se pide al paciente que cierre sus ojos. Tocamos la frente, mejilla, y barbilla con un alfiler para estudiar la sensación dolorosa; un trozo de algodón para la sensación del toque ligero; y con tubos pequeños de agua caliente y fría para la sensación térmica.
- Se realizan estos procedimientos de ambos lados de la cara y le pedimos al paciente que compare.
- Luego, se pide al paciente de abrir la boca y se toca la lengua, ambas mejillas, y el paladar duro con un depresor lingual de madera. Se pide al paciente de hacer un signo, como levantar su mano, cuando él siente el contacto.
- Una disminución en la sensación del toque ligero, dolor, y/o temperatura de un lado u otro es indicativa de una lesión de la porción sensitiva de la rama afectada del nervio trigémino. Las lesiones de las ramas oftálmica, maxilar, o mandibular producen una hipoestesia cutánea de la frente, mejilla, o barbilla.



NEUROPATÍA DE COMPRESIÓN DEL TRIGÉMINO

NEUROPATÍA DE LA RAÍZ DEL V

ETIOLOGÍAS:

Disfunciones C0-C1 (foramen magnum).

SÍNTOMAS:

3 ramas afectadas.

NEUROPATÍA DEL GANGLIO DE GASSER Y DE LAS 3 RAMAS

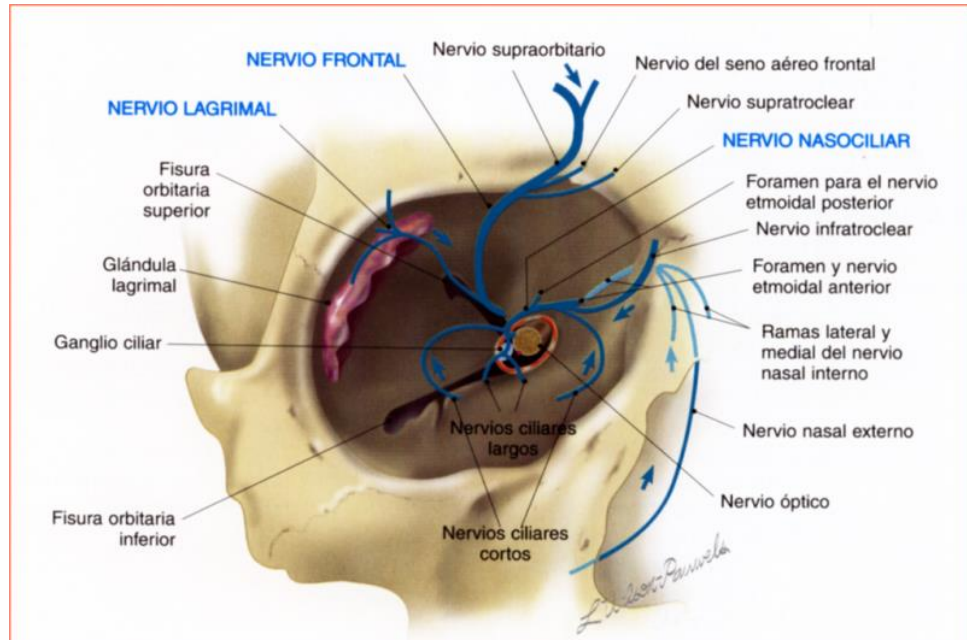
ETIOLOGÍAS

Disfunción en FLEXIÓN del TEMPORAL que hace subir el ápex petroso y bajar la TIENDA DEL CEREBELO.

Disfunción del ESFENOIDES produce torsión intra-ósea de las raíces del ala mayor, y afecta a los agujeros redondo mayor, oval y hendidura esfenoidal.

SÍNTOMAS

3 ramas afectadas.



NEUROPATÍAS DE LAS RAMAS TERMINALES

NEUROPATÍA DEL V1 - NERVIO OFTÁLMICO DE WILLIS

ETIOLOGÍAS

La disfunción del ESFENOIDES y del FRONTAL (ALA MENOR ++) producen torsión intraósea de la hendidura esfenoidal.

Torsión del ANILLO de ZINN.

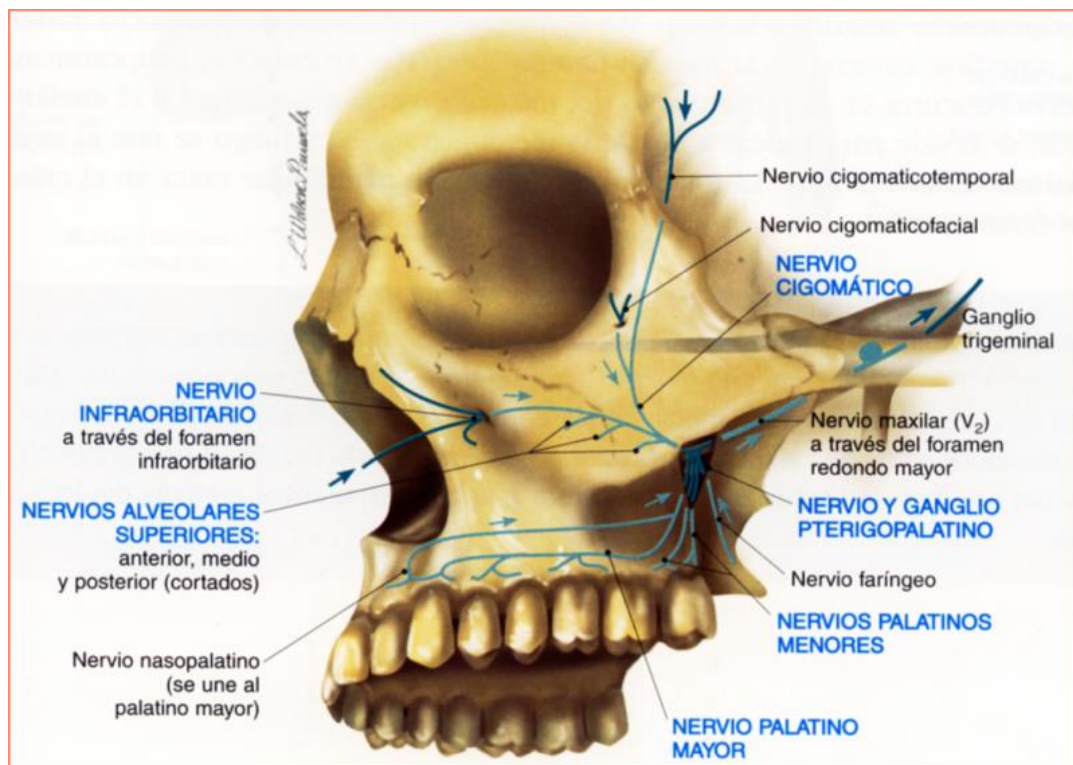
SÍNTOMAS

Problemas lagrimales (ojo seco o lloroso).

Iridodilatación.

Dolores de la córnea.

Dolor en el dermatoma del V1.



NEUROPATÍA DEL V2-MAXILAR SUPERIOR

ETIOLOGÍAS

Estenosis del AGUJERO REDONDO MAYOR en relación con una disfunción de la SEB, ESFENOMAXILAR.

SÍNTOMAS

Problemas de lagrimeo.

Problemas de secreciones a nivel de las fosas nasales y de los senos (disfunción pterigomaxilar que repercute sobre el ganglio esfenopalatino).

Dolores dentales maxilares.

Dolores en el dermatoma del V2 (canal suborbitario: disfunción del malar o del maxilar superior).

NEUROPATÍA DEL V3-MANDIBULAR

ETIOLOGÍAS

Estenosis del AGUJERO OVAL por disfunciones de la SEB o por disfunción PETROESFENOIDAL.

SÍNTOMAS

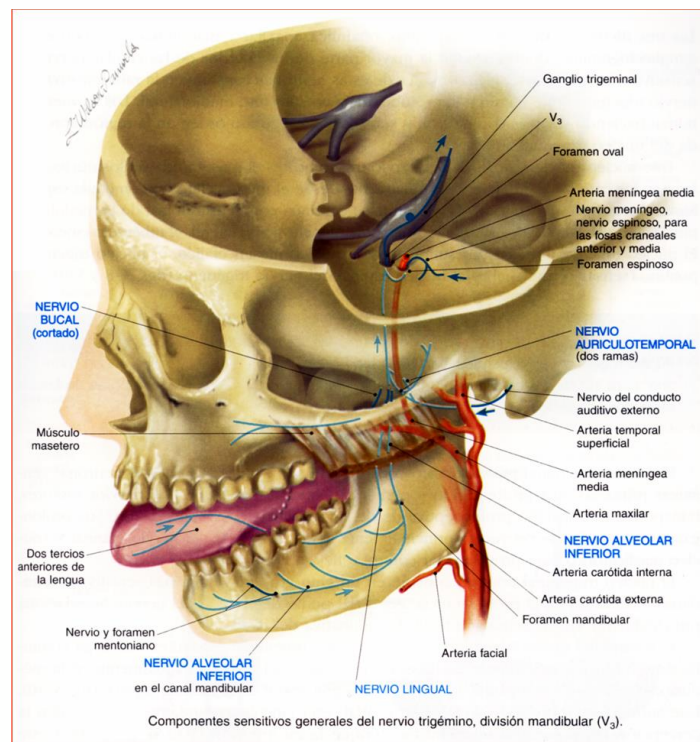
Hipertonía de los músculos MASTICADORES responsable de disfunciones de la ATM, de una posible MAL OCLUSIÓN DENTAL ++.

Trastornos de las GLÁNDULAS SALIVALES ,SUBLINGUAL y SUBMAXILAR.

Dolores dentales mandibulares.

Dolor de la ATM (nervio AURICULOTEMPORAL).

Dolores en el dermatoma del V3.



NOTA: Es importante que las 3 ramas del TRIGÉMINO estén libres a nivel del ALA MAYOR del ESFENOIDES, para eso es preciso investigar las relaciones: ES NECESARIO LIBERAR EL CRÁNEO ENTERO.

- **Frontoesfenoidal.**
- **Esfenoparietal (PTERION).**
- **Esfenotemporal.**
- **Esfenomaxilar.**
- **Esfenopetroso.**

LIBRO DE REFERENCIA:

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