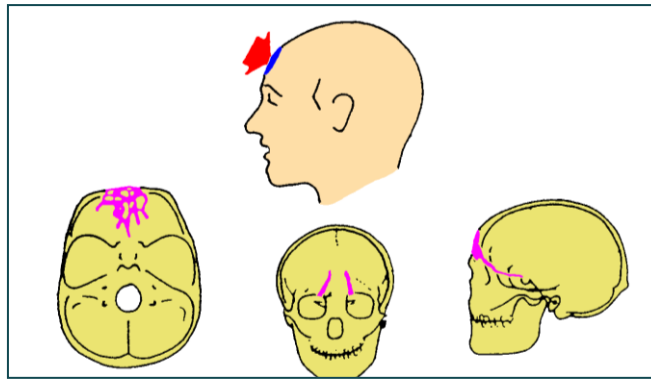


FRACTURAS

FRACTURAS DE LA FOSA ANTERIOR DE LA BASE DEL CRÁNEO

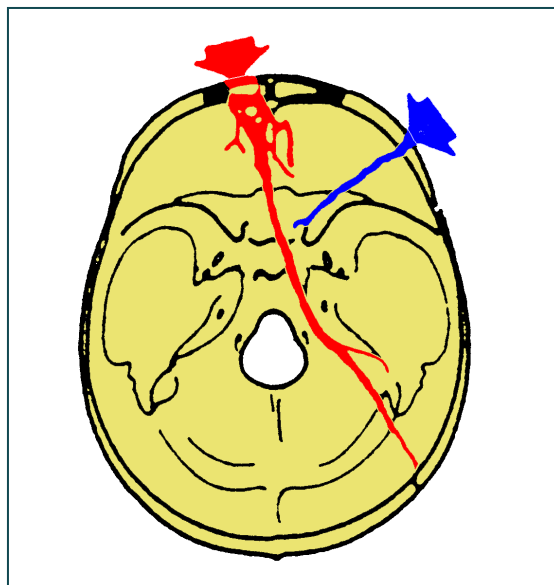
Un traumatismo anterior sobre el frontal pasando a través del seno frontal puede fracturar:

- ✓ la lámina cribosa y la apófisis crista galli del etmoides,
- ✓ el techo de la órbita.



Se pueden producir lesiones de los vasos y contusión del ojo. Los fragmentos óseos pueden desgarrar la duramadre frontal, el córtex frontal y el bulbo olfativo.

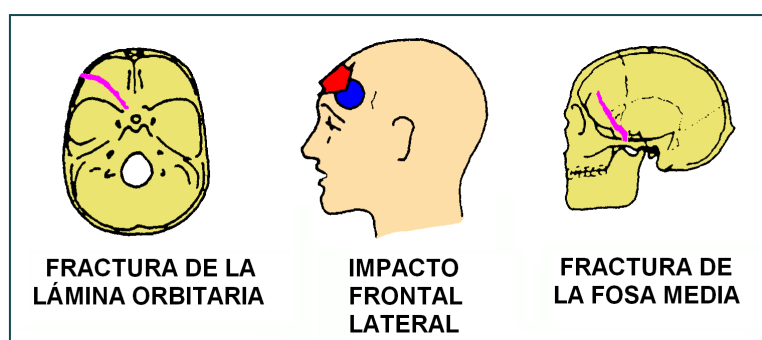
El paciente puede presentar rinorrea con expulsión de LCR, y puede alojarse aire en los espacios intra-craneales, el cuál será visible a la radiografía (neumocéfalo). Esta presencia de aire se acompaña de una rigidez cervical.



FRACTURAS POR IMPACTO ANTEROLATERAL

En un choque frontoparietal, las líneas de fractura se irradian hacia abajo en dirección de la base del cráneo, y también hacia delante o hacia atrás en dirección a la apófisis yugular externa:

- ✓ Las líneas anteriores atraviesan la lámina orbitaria en dirección al agujero óptico, el cuál pueden fracturar.
- ✓ Las líneas posteriores pasan a través de la parte externa del cuerpo del esfenoides y del temporal.

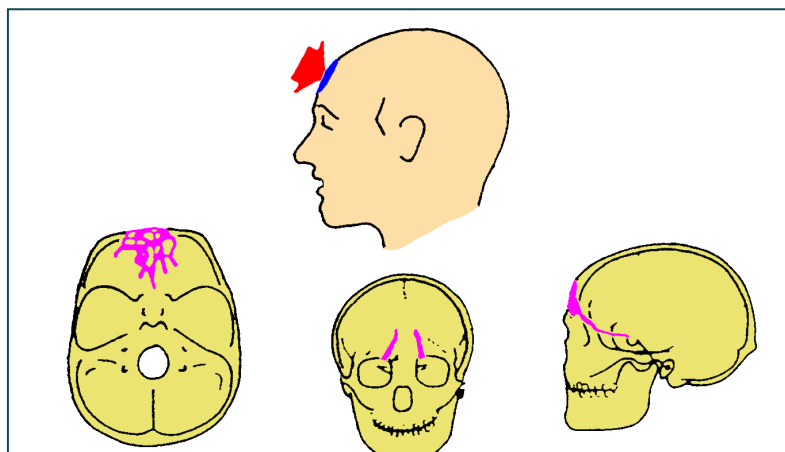


FRACTURAS POR IMPACTO FRONTAL INFERIOR

Un choque frontal inferior produce líneas de fracturas a través del seno frontal y también hacia las zonas parietales.

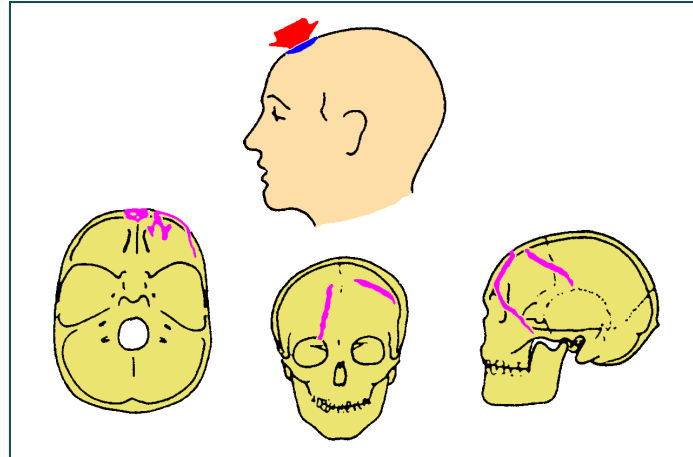
Cuando el pasajero del asiento delantero de un coche choca la cabeza contra el tablero se produce un traumatismo frontal que fractura:

- ✓ seno frontal,
- ✓ lámina cribosa del etmoides,
- ✓ techo de las órbitas,



FRACTURAS POR IMPACTO FRONTAL SUPERIOR

Un choque frontal superior produce líneas de fracturas a través del seno frontal y también hacia las zonas parietales.



DISFUNCIONES DEL FRONTAL

DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS (primarias):

Son disfunciones en rotación interna o rotación externa.

Estas lesiones son generalmente secundarias a la posición del esfenoides, aunque también pueden ser lesiones primarias de origen perinatal o de desarrollo.

Pueden ser unilaterales o bilaterales.

Pueden ser:

- ✓ primarias: perinatales o de desarrollo,
- ✓ Secundarias a la posición del esfenoides (en la mayoría de los casos).

DISFUNCIONES TRAUMÁTICAS:

Lesiones primarias de origen traumático, que asientan en una o más suturas:

- ✓ Frontoesfenoidal
- ✓ Frontomalar
- ✓ Frontomaxilar

- ✓ Frontoetmoidal
- ✓ Frontoparietal.

REPERCUSIONES

A NIVEL DE LOS HUESOS:

Restricción de la articulación frontoetmoidal, que puede limitar la acción de la hoz del cerebro.

Por otra parte, el pterion es un punto estratégico porque es el lugar de superposición de 4 huesos. El recubrimiento de los biseles se hace en el siguiente orden: frontal, parietal, esfenoides y temporal; un traumatismo a este nivel puede provocar una restricción de la articulación en L frontoesfenoidal, con consecuencias sobre la cinética de la SEB.

A NIVEL DE LAS VENAS:

Los éstasis circulatorios pueden producirse sobre todo el trayecto del seno longitudinal superior, y con respecto al frontal, a lo largo de la sutura metópica y en la inserción de la hoz del cerebro. Hay una zona bastante vulnerable a nivel del agujero tuerto en relación con las venas nasales en la escotadura nasal.

A NIVEL DE LOS MÚSCULOS:

Los traumatismos en el curso de la primera infancia pueden producir trastornos funcionales relacionados con los nervios motores del ojo y provocar un desequilibrio muscular por hiper o hipoactividad del nervio motor ocular correspondiente.

A NIVEL DE LOS NERVIOS CRANEALES:

El nervio olfativo es muy vulnerable a nivel de la lámina cribosa y de la escotadura etmoidal y su alteración puede producir hiposmia o anosmia.

A NIVEL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Los lóbulos cerebrales frontales están en relación directa con el frontal y contienen las áreas de los movimientos voluntarios, de la expresión, de la conciencia y de la inteligencia, así como el área del carácter; en un niño nervioso, inestable o con insomnio, deberemos verificar la cinética del frontal, particularmente a la izquierda (centro del carácter).

A NIVEL DE LAS MEMBRANAS DE TENSIONES RECÍPROCAS:

La hoz del cerebro puede estar involucrada por una disfunción del frontal, debido a su inserción sobre este hueso: desde el agujero tuerto y cresta frontal hasta su inserción a lo largo de todo el surco del seno longitudinal superior.

SINUSITIS

Son inflamaciones de la mucosa que recubre la cavidad de los senos frontales.

Se distinguen 2 tipos de sinusitis:

- ✓ sinusitis aguda: la mucosa presenta lesiones por catarros (hipersecreciones con pus).
- ✓ sinusitis crónica: la mucosa es hipertrófica y puede desarrollar bultos carnosos (ver pólipos).

SIGNOS CLÍNICOS COMUNES

- ✓ derrame de pus (fétido).
- ✓ olor feo en la nariz.
- ✓ cefaleas peri-orbitarias de horarios fijos (por la mañana) con posibles irradiaciones dolorosas a
- ✓ toda la cabeza.
- ✓ caída de mucosidades dentro de la faringe que pueden ser responsables de faringitis,
- ✓ bronquitis, tos rebelde.

LA SINUSITIS FRONTAL

ETIOLOGÍA:

- ✓ primitiva o idiopática.
- ✓ gripe.
- ✓ a veces, como consecuencia de una sinusitis maxilar (en general es la sinusitis frontal la responsable de la sinusitis maxilar).

EXAMEN CLÍNICO:

Síntomas:

- ✓ en la forma aguda: fiebre, dolor agudo a nivel de los arcos supraciliares y secreción mucopurulenta (cuando el paciente se suena la nariz).
- ✓ en la forma crónica: cefaleas de tensión, con dolor proyectado sobre la zona frontal fundamentalmente por la mañana, disminución del olfato y secreción mucopurulenta.

Dolor a la percusión de los senos frontales:

- ✓ Rinoscopia: examen de las vías nasales, ya sea por las ventanas (rinoscopia anterior) o por la nasofaringe (rinoscopia posterior). En la sinusitis frontal se observará derrame purulento en la parte anterior del meato medio.
- ✓ Diafanoscopia: consiste en poner una lámpara cerca del ángulo interno del ojo; normalmente el seno frontal se pone luminoso si está vacío y en el caso de sinusitis no se pone luminoso.

COMPLICACIONES:

Fístula frontal, infección de la órbita, inflamación de las celdas etmoidales...

SINUSITIS ESFENOIDAL

ETIOLOGÍA:

sinusitis frontal o etmoidal.

EXAMEN CLÍNICO:

Síntomas:

- ✓ cefaleas en nuca y hacia el vértex,
- ✓ catarros nasofaríngeos.

Rinoscopia (el seno esfenoidal desemboca en el meatosuperior):

- ✓ anterior: pus en la zona de la hendidura olfativa.
- ✓ posterior: pus en el cornete superior.

COMPLICACIONES:

Trastornos endocraneales (ceguera, trastornos endocrinos por afectación de la hipófisis, trastornos de los nervios craneales a su paso por el seno cavernoso).

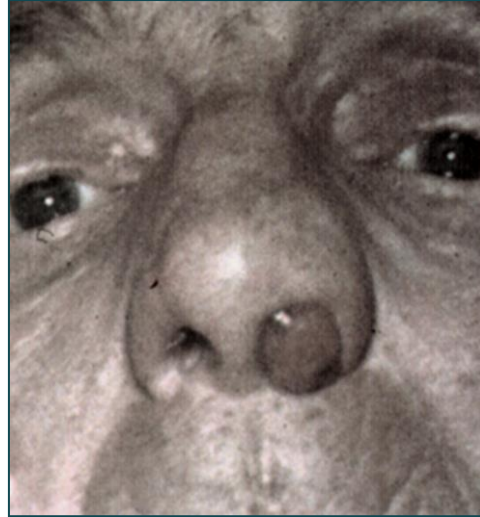
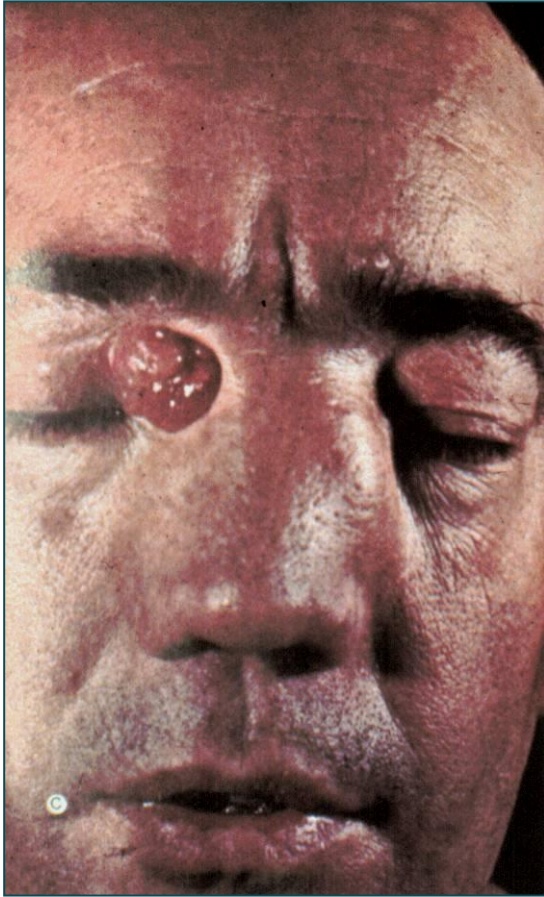
PÓLIPOS Y TUMORES INTRANASALES

I - LOS PÓLIPOS:

Son reacciones de la mucosa bajo influencia de infecciones repetidas. Pueden ser mucosos o fibrosos. Raramente únicos aparecen como masas blancas, rosa o gris. De aspecto liso tienen una consistencia blanda y gelatinosa.

Se insertan ya sea por una base ancha o por un pedículo en el meato medio, nunca en el meato inferior. Son siempre muy móviles y pueden salir en la nariz o en la garganta.

Localizado a un lado de la nariz, puede invadir la otra fosa nasal perforando el tabique.



II - LOS TUMORES:

A - EL SARCOMA:

Muy raro, se traduce por epistaxis, dolores neurálgicos y obstrucción nasal. El tumor liso, redondo y rosa puede ser pedunculado, más o menos duro según sea más o menos fibroso.

B - EL EPITELIOMA:

Aparece entre 50 y 70 años, está constituido de una masa en bulbo, que provoca hemorragias cuando se irrita.

LIBRO DE REFERENCIA:

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