

RAQUIS Y DISFUNCIÓN CERVICO-FACIAL

Philippe. Brousseau do.mro(F) *



*CURRÍCULUM: Osteópata DO-MRO(F) diplomado de la Escuela Europea de Osteopatía. Maidstone (U.K) y del Instituto de Psicocineciología y de Osteopatía (Francia. Certificado del Instituto Clásico de Osteopatía –J Wernham (U.K).

D.U. de Anatomía Aplicada al Examen Clínica y a la Radiografía. Universidad de Paris.

Osteópata en ST Nazaire (Francia) durante 12 años y actualmente en Barcelona (España).

Fue el alumno de Thomas Dummer DO. Principal de L'EEO (U.K).

Profesor en Europa, Internacional Afíliate member AOA (USA).

El cráneo; principalmente el occipucio y el raquis cervical son el foco de numerosas anomalías, genéticas, de crecimiento o funcionales, o más bien disfuncionales.

Sus modificaciones pueden ser de causas de perturbaciones de respuestas a los tratamientos de ortodoncia, por ejemplo, y de Osteopatía por otro lado, aunque sean bien conducidos.

Nosotros constatamos de recidivas inmediatas o a distancia de disfunciones iatrogénicas de respuestas inadecuadas a los tratamientos, sin causas genéticas y de crecimiento aparentemente. El tratamiento Osteopático a veces puede liberar zonas de tensiones traumáticas o no, permitiendo así, una mejor adaptación a las fuerzas impuestas al cuerpo del paciente.

Nosotros hemos escogido de estudiar el interés de la practica Osteopática conjuntamente con especialistas de las funciones oro-faciales.

- Los análisis serán hechos a partir de fotografías de teleradiografías.
- La palpación será un complemento técnico no despreciable en la entrada de datos de la forma y de la estructura.

1 Estudio sistemático de la forma y de las dimensiones de la parte superior del raquis cervical, con relación a los elementos esqueléticos de su alrededor.

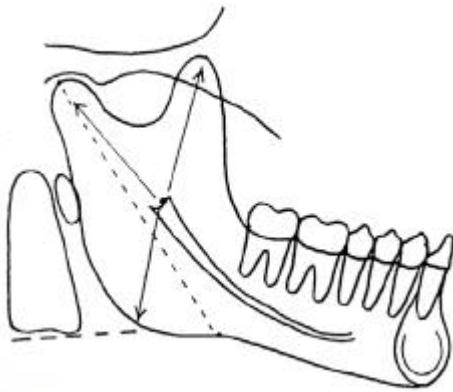
A la búsqueda de elementos morfológicos de estabilidad y equilibrio que muestran el buen equilibrio del raquis y de las funciones oro-faciales son necesarias a veces:

- Una teleradiografía del cráneo, de cara y lateral completa, visualizando el cráneo, el raquis cervical hasta C7; y a veces completar con una imagen boca abierta.
- Ortopantomografía.
- A veces se puede complementar con radiografías estándar del raquis.

Criterios del desarrollo mandibular:

Al margen de factores mandibulares bien conocidos por los especialistas de las funciones oro-faciales, en lo que se refiere a la cabeza, el cuello, la escotadura mandibular, el proceso coronoides, el canal mandibular la espina ósea denominada línula de la mandíbula, la sínfisis mandibular y los dientes. Insistiremos sobre la importancia:

A/ CRITERIOS DE CRECIMIENTO NORMAL:



Las dimensiones de la apófisis del cóndilo, de la apófisis coronoides, de la rama y del cuerpo mandibular, se parecen casi iguales.

La apófisis coronoides se sitúa al mismo nivel que la apófisis zigomática del hueso temporal.

Una buena anchura y altura de la rama, con una discreta curvatura anterior y posterior que empareja ligeramente el arco anterior del Atlas.

Espina de Spix esta en medio de la rama.

B/ CRITERIOS TELERADIOGRAFICOS :

De las relaciones de la odontoides con la línea basilar.

De un ángulo mandibular un poco abierto, su situación la encontramos Mirando hacia la segunda vértebra cervical.

El plano del paladar debe venir a la parte superior de la odontoides.

El plano oclusal entre la articulación C1/C2.

El hueso hioides, al borde inferior de C4.

La distancia entre la parte postero-superior del cóndilo y la línea C4 de Delaire, (1-2mm).
EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA MANDIBULAR Y EL RAQUIS CERVICAL, NORMALMENTE EMPAREJA LA PARTE ANT DE C1 SE SUPERPONE A LA PARED POSTERIOR DE LA FARINGE Y COSTEA A DISTANCIA LA PARED ANTRIOR DE LA 2º CERVICAL

Observamos en el caso nº2 (ver foto) la presencia de uno “ ponticulus atlantis posterior,” y del “foramen arcuale,” traduciendo una hiperfunción a este nivel.

En boca abierta; observamos la adaptación funcional del raquis debido a la obertura bucal que consiste en una rotación de C1y C2 (de desdoblamiento de las facetas articulares y del ponticulus sobre una radiografía tomada con unos puntos de referencia).

Observamos una continuidad de acción de la charnela cervico-occipital al sector anterior de la cara que debe hacer reflexionar al especialista de funciones oro-faciales, sobretodo en el momento de recidivas o en las disfunciones de la A.T.M. cada vez más frecuentes dentro de la población y con unos antecedentes de tratamientos de ortodoncia durante la infancia; bien

que los factores sean difíciles a analizar a largo tiempo.

2 Caso nº 1

A/ Estudio de la teleradiografía.(foto1-2)



Foto nº 1



Foto nº 2

- Nos encontramos en presencia de una agenesia del arco posterior de C1.

Las curvas del raquis son mas o menos acentuadas según el individuo. La odontoides representa la cima de la columna y se encuentra orientada siguiendo las angulaciones de curvas subyacentes y influenciadas por las partes blandas oro-faciales que se encuentran en una situación pre-vertebral.

El espacio oro-faringeo induce la orientación del velo del paladar, la posición de la lengua, de la actitud mandibular y el comportamiento del raquis.

Hay una continuidad de acción de la charnela cervico-occipital con el sector anterior de la cara. Las numerosas influencias van a perturbar el desarrollo de esta zona y inducir la morfogénesis cervico-cráneo-facial. Esto es interesante para los terapeutas de la función oro-facial y también a los del raquis, de analizar las modificaciones durante el crecimiento, durante el curso de los tratamientos y de tener en cuenta de todas ellas.

A través de los diferentes casos clínicos, vamos a detallar con la ayuda de las teleradiografías algunos criterios de estabilidad entre las funciones oro-faciales y el raquis.

B/ - Relación del axis con la base del cráneo, durante el periodo de crecimiento y de tratamiento.:

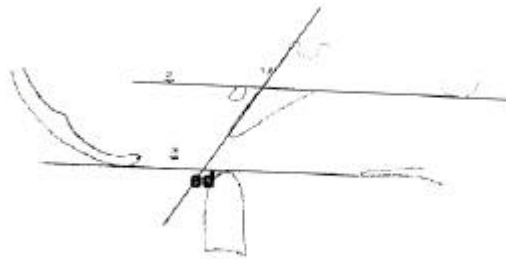


Fig. 1

- 1- Línea basilar (clivus)
- 2- Plano de Francfort
- 3- Línea de Macgregor (desde la espina nasal posterior a la parte más inferior del occipucio)

La línea basilar nos permite de evaluar la impresión basilar y la situación de la odontoides. Nosotros la estudiaremos la a la intersección del plano de Francfort para completar el examen posicional de la odontoides(3).

C/ Los ligamentos:

Aquí la estabilidad la encontramos asegurada por los ligamentos. (Ver fig.2,3).

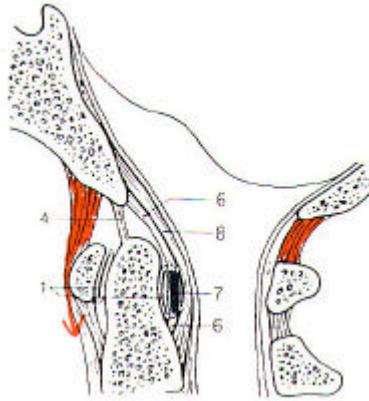


Fig. 2

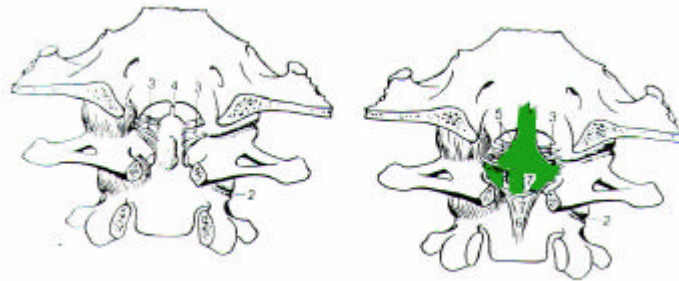


Fig. 3

TEXTO DE LAS FIGURAS 2-3 : 1-5

1- 2 :*Superficies articulares*

3-*Los ligamentos Alares que unen el diente al foramen magnum*

4-*Ligamento apical del diente (borde anterior del foramen magnum*

5-*Ligamento cruciforme*

6-*“Fasciculi longitudinales “ bandas longitudinales que se extienden desde el borde anterior del foramen magnum a la superficie posterior del cuerpo de la 2º vértebra cervical con el ligamento transversal (7), estas bandas constituyen el ligamento cruciforme del Atlas (5)*

7-*Ligamento transversal del Atlas que une las dos masas laterales del atlas pasando por*

8-*Membrana Tectoria entre el ligamento cruciforme y el ligamento longitudinal posterior.*

En rojo las membranas atlanto-occipitales anterior y posterior, bandas de tejido conectivo fibroso que se extienden del occipucio a C1 ; a este nivel se puede encontrar calcificaciones

o “ Ponticulus Atlantis posterior “ (4)



El ligamento del martillo.
 El ligamento esfeno-mandibular.
 La capsula de la ATM y su LLI.
 El ligamento de civinini

Fotonº3

D /-Palpación: Excepto la anomalía estructural nos da una hipermovilidad.
 La movilidad general y segmentaria, es decir: al nivel de las apófisis articulares es buena y sin sintomatología por el momento.

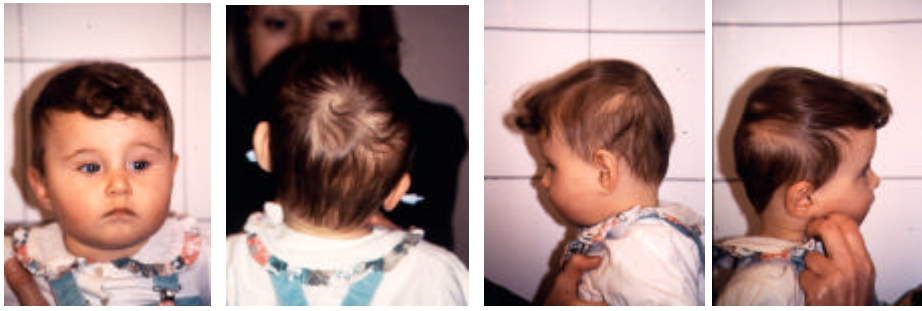
3 Caso 2.



Foto 4-5: La apófisis de C2 es un punto estable.

4 La asimetría es fisiológica:

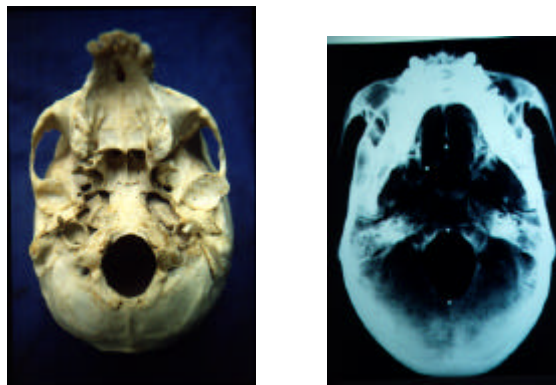
A/ Plagiocefalia.



B/ Anomalías de C1.



C/ Asimetría de la base del cráneo:



CONCLUSIÓN

El estudio simultáneo del raquis y de las funciones oro-faciales, pone dos preguntas primordiales; saber si el tratamiento de una dismorfosis dento-facial va a ser suficientemente eficiente o solamente compensador dento-alveolar, dejando un desequilibrio dento-esquelético pudiendo hacer recidivas.

De otra parte sí el Osteópata, competente y con una buena formación va a poder influenciar la fisiología del raquis, o modificarla.

· El ser humano, ajusta a cada momento sus comportamientos, para adaptarse al entorno.

Siempre esta compensando las modificaciones naturales de su cuerpo como, los traumatismos, las enfermedades y la vejez.

Bibliografía

1-Delaire,J.: L' évaluation des "capacités de réponse " de la mandibule aux traitements orthopédiques. Etude morphologique et analyse architecturale cranio faciale. Cah de Stom et chir max faciale n°5,1996;5-

2-Heinz, F.: Répertoire illustré d'anatomie humaine Edition française Antoine Dhem Medsi paris 1986; 58-59.

3-Knapp,C .: Les modifications des relations de voisinage de l' apophyse odontoide de l'axis.
Rev Orthod Française, vol 52; Lyon 1981-747.

4-Wackenheim, A.:Lignes et repères en radiologie clinique, in imagerie du rachis cervical 1
Springer- Verlag, Paris,1989-47-52-63 .

5-Werne, P.: Atlas de anatomía Tomo 1; Barcelona; 60-61.

6-Documentos fotográficos

Clínica de ortodoncia del Dr. Carlos Serra de Fortuny
Centro de osteopatía de Philippe Brousseau-Carme Recasens . Osteópatas DO
C/ Benet Mateu, 48-50 1º 1ª
Tel: 00 34 39 205 01 94
Fax: 00 34 93 205 01 49
e-mail: recasens@pulso.com