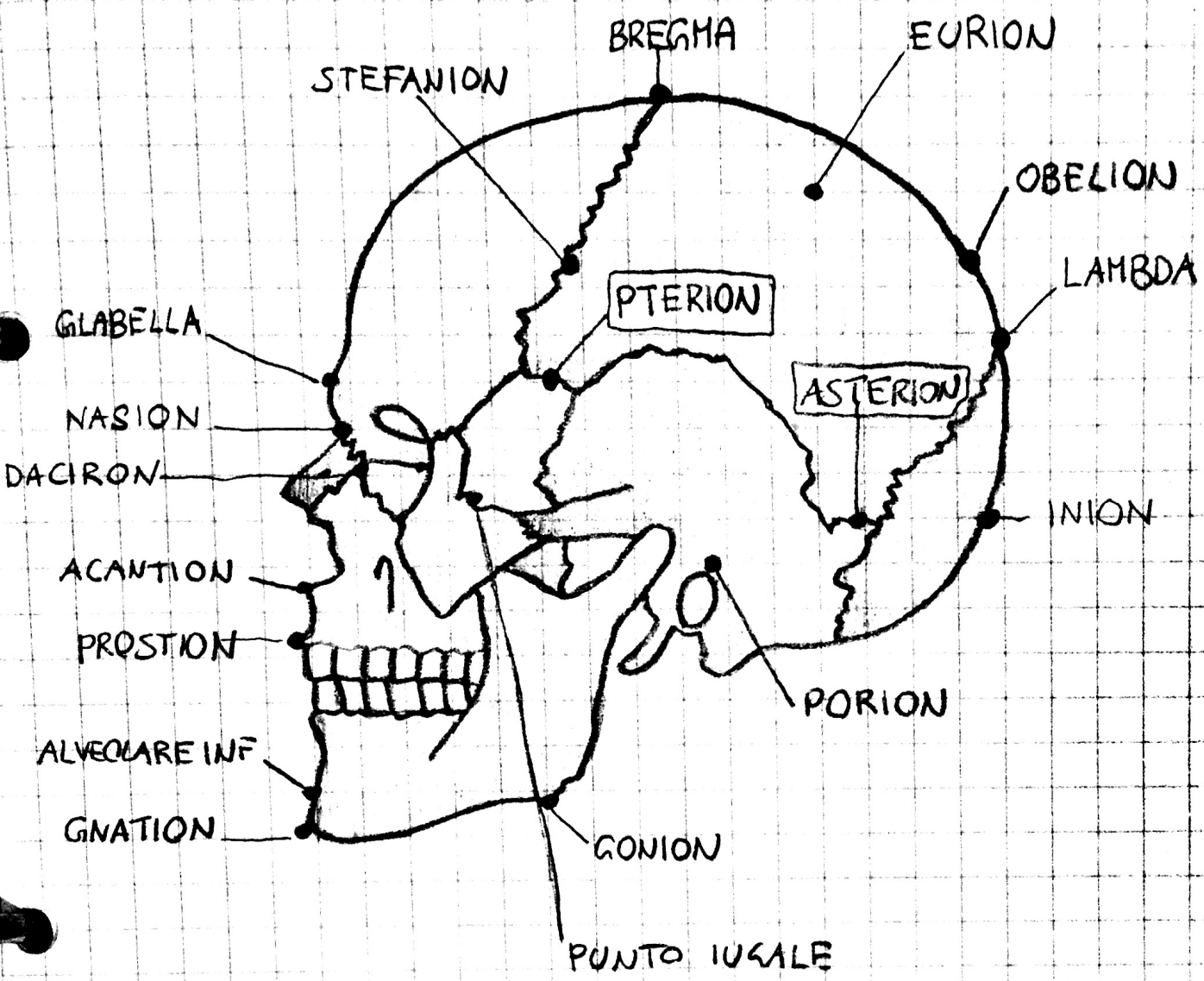


CRANIO E SISTEMA CRANIO-SACRALE

APPUNTI DI
OSTEOPATIA

PRINCIPALI PUNTI CRANIOMETRICI

Nella craniometria tradizionale si distinguono i seguenti punti di repere.



Osteopaticamente si considerano molti altri punti di repere che verranno trattati nei capitoli relativi alla specificità, ossia al trattamento osso per osso.

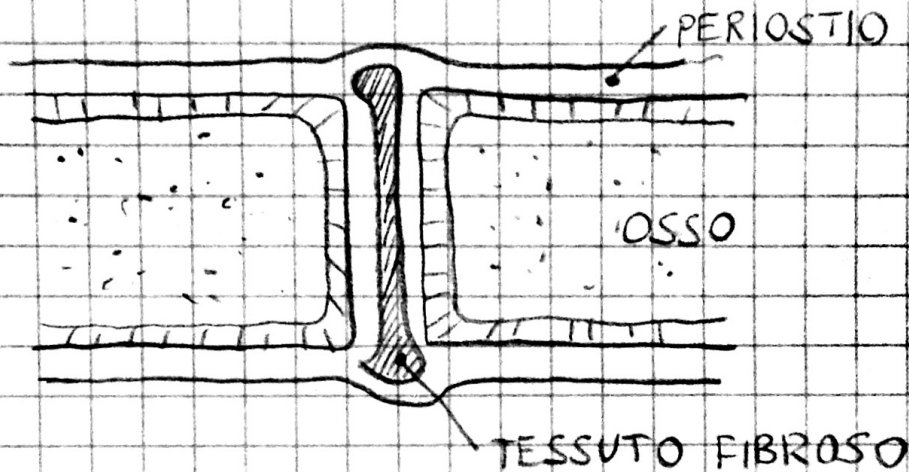
SOTURE, FONTANELLE

GENERALITÀ
SEZIONI DI TAGLIO
PUNTI PIVOT

LE SUTURE CRANICHE

Il movimento cronico è permesso dalla presenza di articolazioni particolari dette SUTURE.

Sono composte da tessuto fibroso denso molto vascolarizzato in continuità con il periostio dei segmenti combacianti.



L'istologia delle suture varia comunque con l'età.

Si distinguono infatti tre stadi:

1° Stadio (0-6 anni)

- SINFIBROSI
- estremamente mobili
- osso ancora modellabile

2° Stadio (7-70 anni)

- SINARTROSI
- Relativamente mobili
- molto vascolarizzate
- osso strutturato.

3° Stadio (>70 anni)

- SINOSTOSI
- ossificate.

LE FONTANELLE

L'ossificazione delle ossa del cranio avviene dal centro verso la periferia. In giovane età gli "angoli" di alcune ossa della volta non sono ancora ossificati tanto da assumere aspetto membranoso. Queste zone sono dette fontanelle.

Esistono le seguenti fontanelle:

① FONTANELLA ANTERIORE o BREGMATICA (12-18 mesi)

Situata al punto di incontro tra l'osso frontale e i due parietali

② FONTANELLA POSTERIORE o LAMBOIDEA (2+3 mesi)

Situata al punto di incontro tra l'occipite e i due parietali

③ FONTANELLA LATERALE ANTERIORE (6-8 mesi)

Sono due, una per lato, situate al punto di incontro tra frontale, parietale, sfenoide e temporale. in un punto cranico detto PTERION

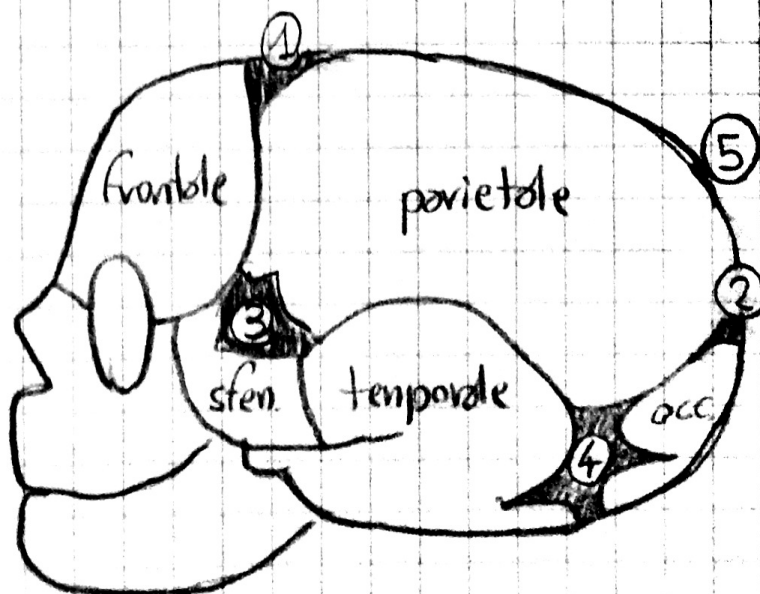
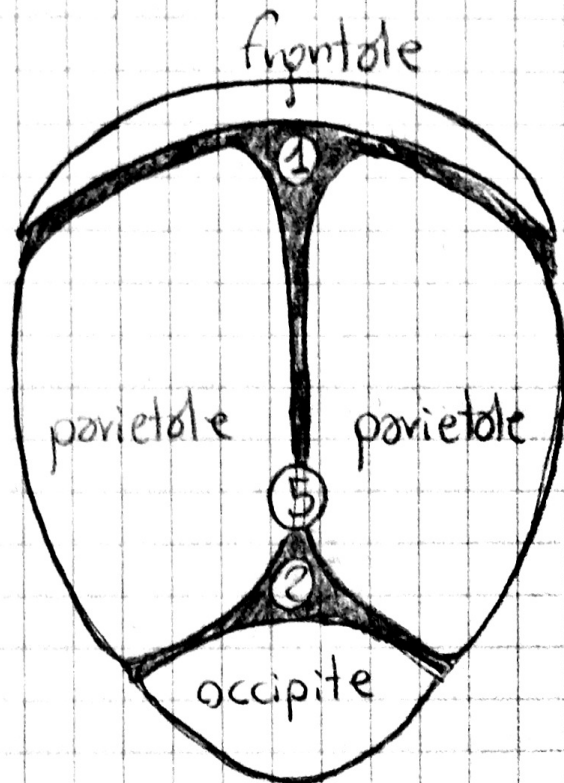
④ FONTANELLA LATERALE POSTERIORE (6-8 mesi)

Sono due, una per lato, situate al punto di incontro tra parietale temporale e occipite. in un punto cranico detto ASTERION

⑤ FONTANELLE DI GERDY (false fontanelle) ⁶

Sono presenti talvolta in casi di ossificazione incompleta lungo la sutura interparietale in prossimità di LAMDA in un punto detto OBEZION.

Assieme a queste sono talvolta presenti anche ossa accessorie dette WORMIANE.



SEZIONI DI TAGLIO E PUNTI PIVOT

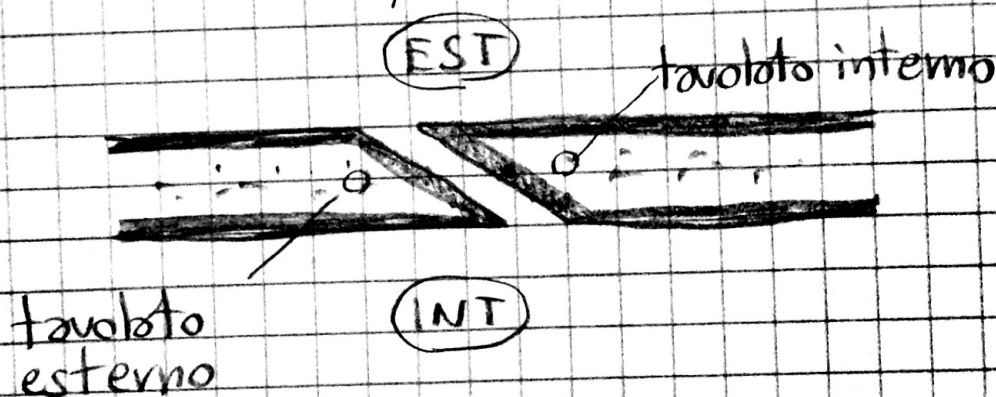
Le suture sono conformate anatomicamente in seguito alla anetia cronica nei primi 6 anni di vita.

La superficie articolare della porzione ossea si articola con la superficie articolare della porzione adiacente tramite una soluzione anatomica di taglio detta tavolato.

Ne deriva che il tavolato di un segmento osseo risulta coperto dal tavolato dell'altro.

Si dice tavolato esterno quello che guarda verso l'esterno pertanto è coperto.

Si dice tavolato interno quello che guarda verso l'interno quindi è coprente.



Quindi:

TAVOLATO INTERNO = COPRENTE

TAVOLATO ESTERNO = COPERTO

Lo stesso osso può avere margini a tavolato interno ed esterno.

Quando si assiste ad un cambio di tavolato lungo un margine continuo (senza angoli) di un osso questo viene detto:

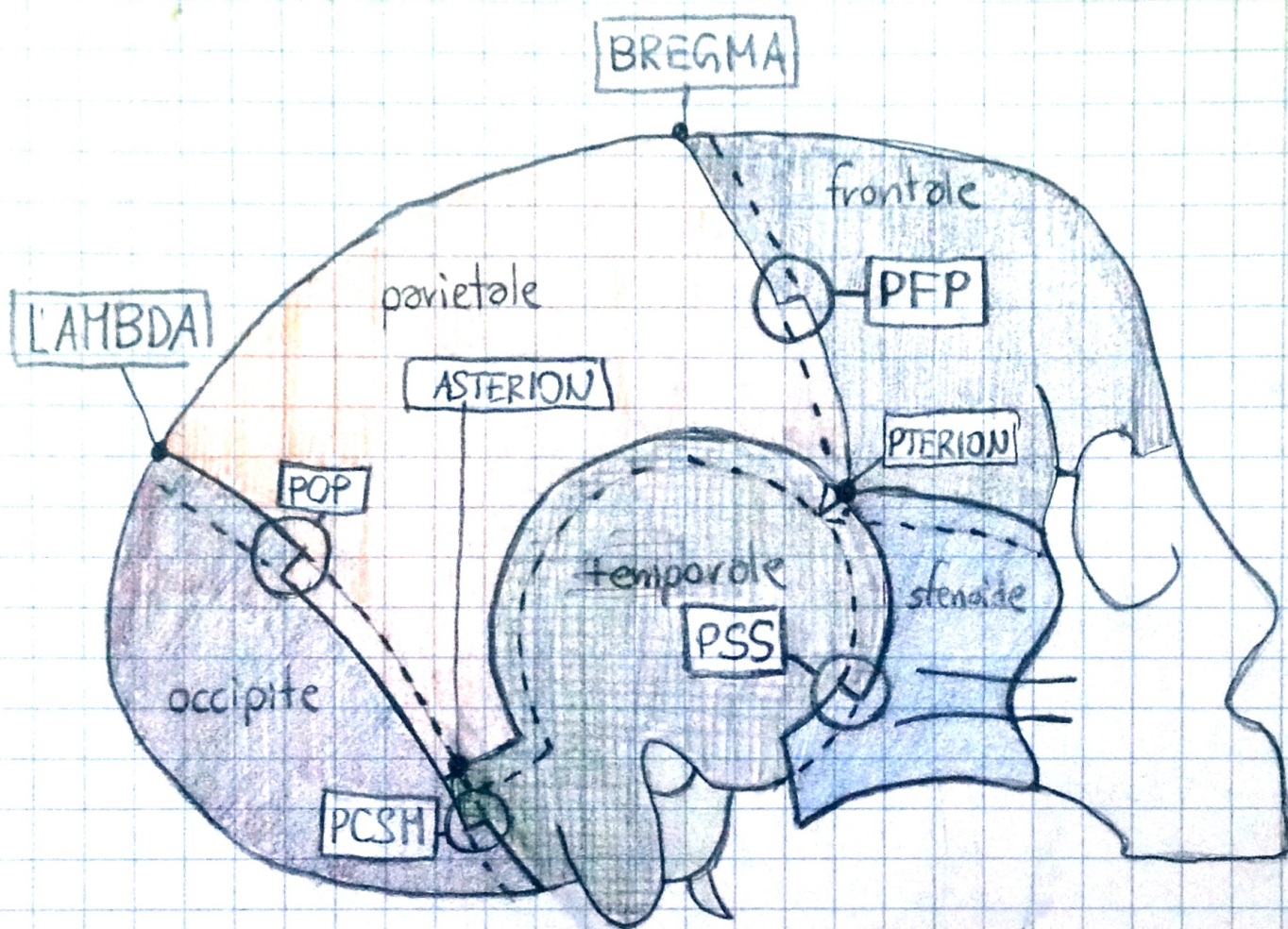
PUNTO PIVOT = Punto di inversione del tavolato lungo il margine di un osso.

I punti pivot nel cranio sono quattro.

- ① POP Pivot Occipito Parietale
Si trova a metà della sutura occipito - parietale.
- ② PCSM Pivot Condilo Squamoso Mastoideo
Si trova a metà della sutura occipito - mastoidea
- ③ PFP Pivot Fronto Parietale
Si trova a metà della sutura fronto - parietale
- ④ PSS Punto Sfeno Squamoso
Si trova a metà della sutura tra la squama del temporale e la grande ala della sfenoide

È intuitivo che i punti pivot rappresentano il passaggio di ASSI DI ROTAZIONE.

La disposizione dei tavolati e dei punti pivot è la seguente.



SEZIONI DI TAGLIO DELL'OCCIPITE

Relativamente al parietale

- Da lambda a POP tavolo interno
- Da POP ad asterion tavolo esterno

Infatti il primo tratto deve consentire la flessione dell'occipite (est. strutturale), il secondo tratto deve consentire la rotazione esterna del parietale (che avviene usando come asse la sutura interparietale con un movimento ad "ali di gabbiano").

Relativamente al temporale

- Da asterion a PCSM tavolo esterno.
- Da PCSM all'apofisi giugolare tavolo int.

Infatti il primo tratto deve permettere alla squama del temporale il movimento verso l'esterno.

Il secondo tratto deve consentire alla mastoide di muoversi verso l'interno.

SEZIONI DI TAGLIO DEL PARIETALE

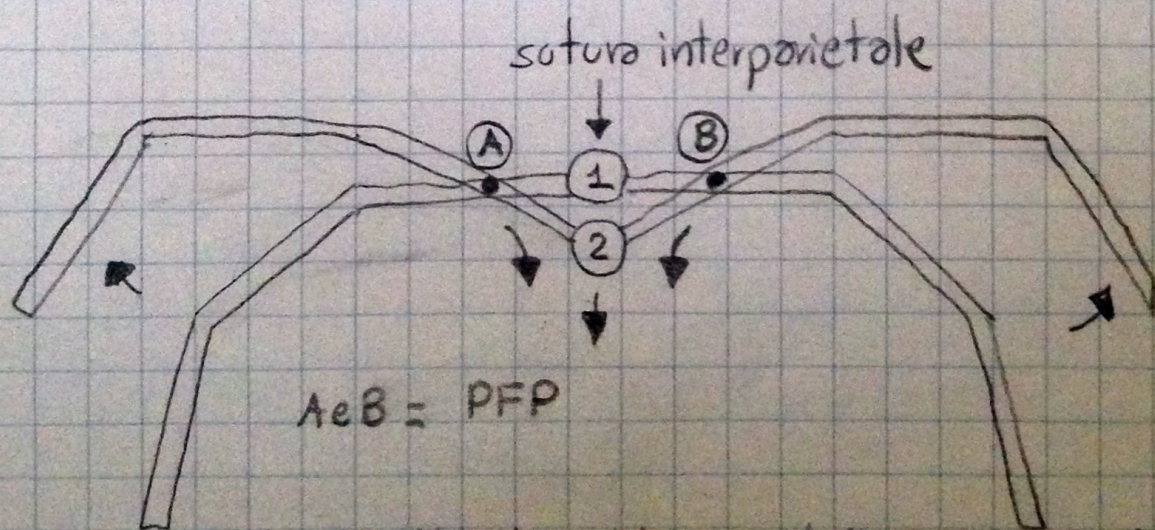
Relativamente all'occipite

- Da lambda a POP tavolo esterno
- Da POP ad asterion tavolo interno

Relativamente al frontale

- Da bregma a PFP tavolo esterno
- Da PFP a pterion tavolo interno

Infatti il primo tratto consente la flessione del frontale, il secondo tratto permette l'apertura ad ali di gabbiano dei parietali.

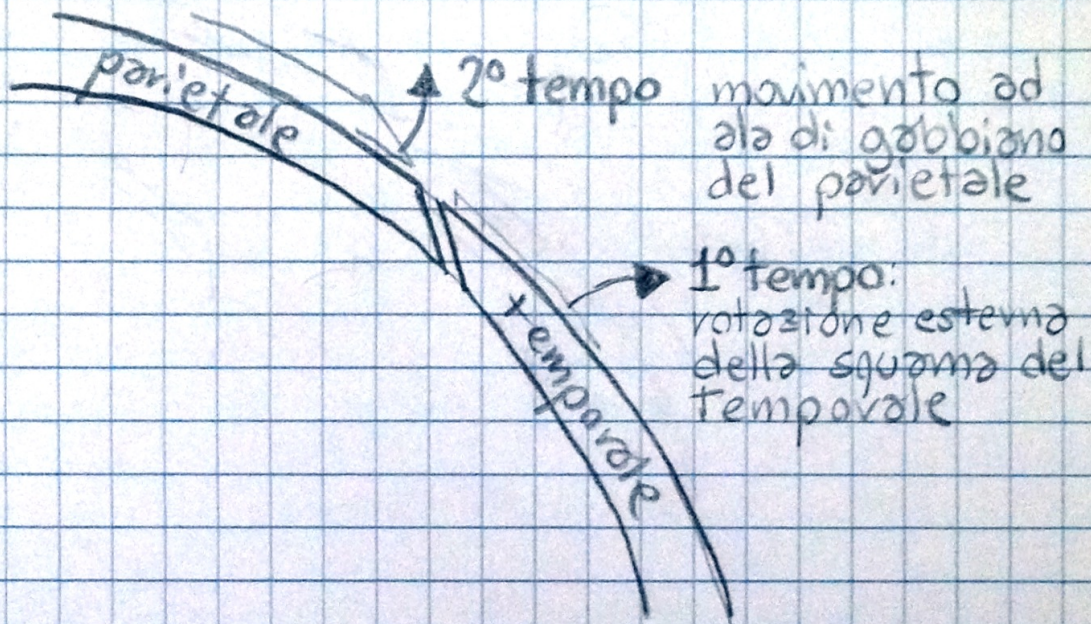


Movimento ad ali di gabbiano delle ossa parietali durante la flessione-estensione cranica.

Relativamente alla squama del temporale

o Da pterion ad asterion tavolo esterno.

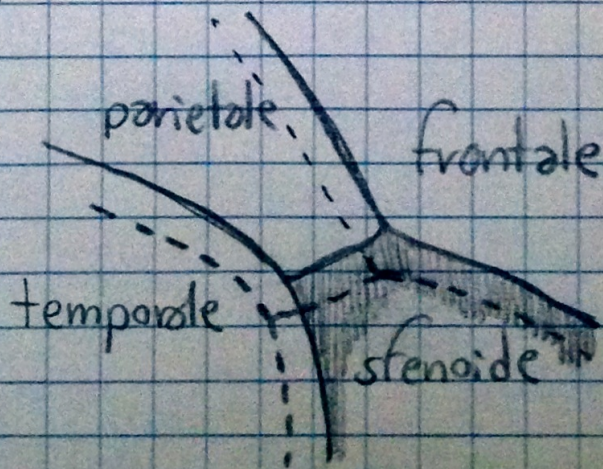
Infatti questo margine deve consentire inanzitutto la rotazione esterna della squama del temporale che, una volta avvenuta lascia spazio alla relativa risalita ad ala di gobbiano del parietale.



Relativamente alla grande ala dello sfenoide

o A livello di pterion tavolo esterno

Si tratta di un margine molto piccolo in cui il parietale si trova coperto dallo sfenoide.



Organizzazione dei tavolati presso PTERION

SEZIONI DI TAGLIO DEL FRONTALE

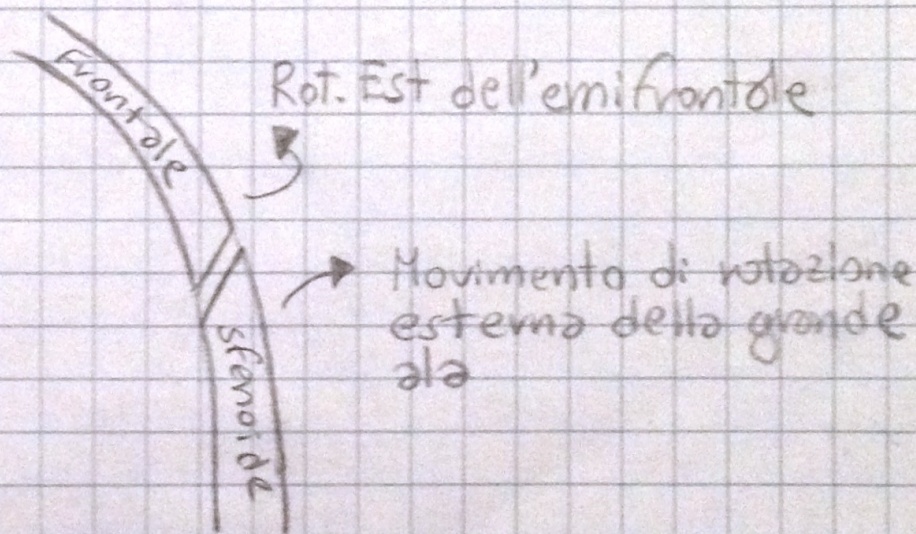
Relativamente al parietale

- Da bregma a PFP tavolo interno
- Da PFP a pterion tavolo esterno

Relativamente alla grande ala dello sfenoide

- Tavolo esterno

Il frontale, ricoperto dalla grande ala, si appoggia sulla stessa similmente a come il parietale si appoggia sulla squama del temporale



SEZIONI DI TAGLIO DEL TEMPORALE

Relativamente all'occipite

- Da asterion a PCSM tavolo interno
- Da PCSM all'apofisi giugolare tavolo esterno

(vedi spiegazioni relative all'occipite)

Relativamente ai parietali

- o Da pterion ad asterion tavolo interno.

Relativamente allo sfenoide

- o Da pterion a PSS tavolo interno
- o Da PSS alla spina dello sfenoide tavolo esterno.

Infatti la squama del temporale, muovendosi in rotazione verso l'esterno deve stare sopra. la base del temporale muovendosi verso l'interno, deve stare sotto.

SEZIONI DI TAGLIO DELLO SFENOIDE

Relativamente al temporale

- o Da pterion a PSS tavolo esterno
- o Da PSS alla spina tavolo interno

Relativamente al parietale

- o A livello di pterion tavolo interno

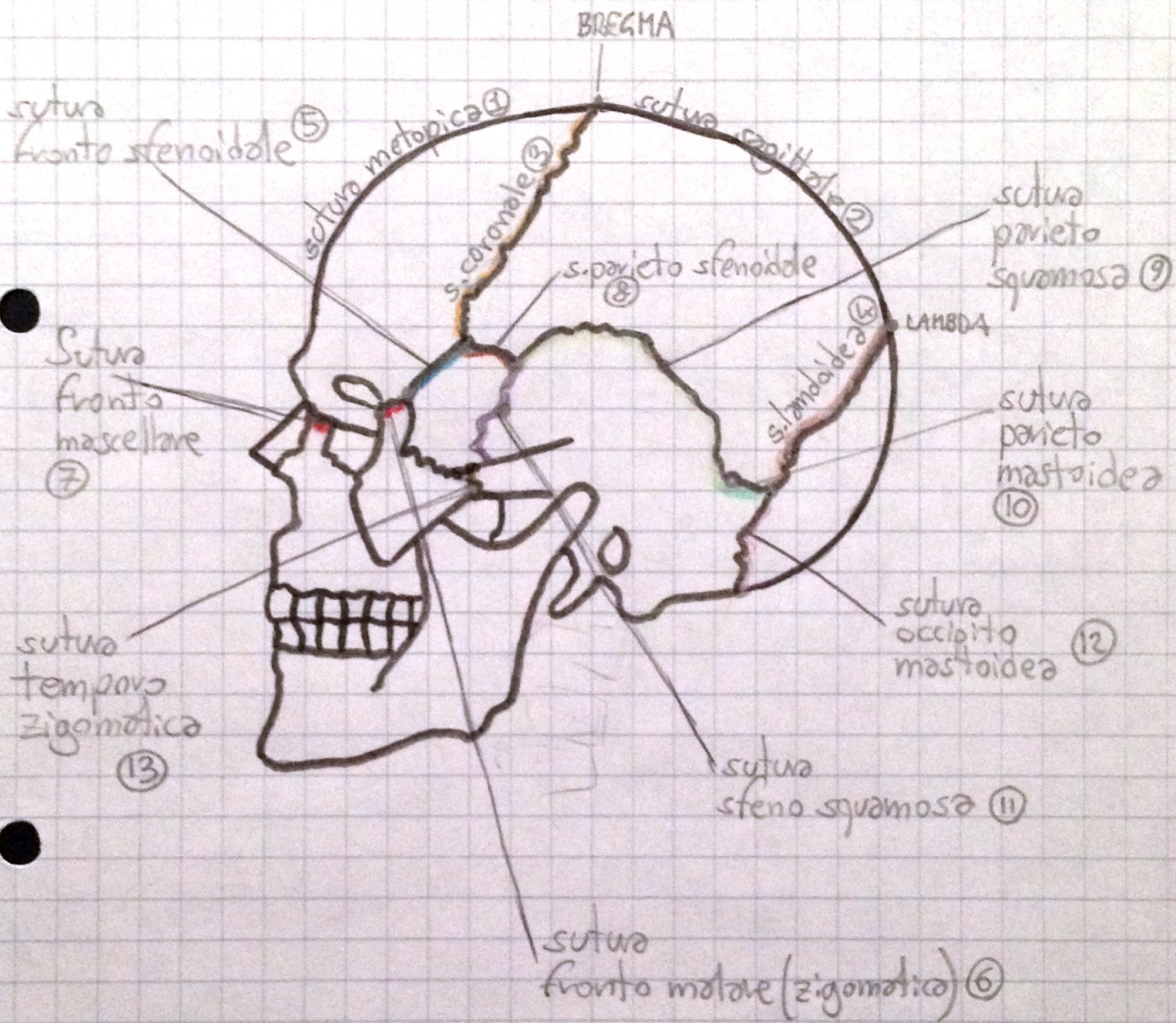
Relativamente al frontale

- o tavolo interno.

SINGOLE SUTURE CRANICHE

ANATOMIA
FISIOLOGIA
REPERI
TECNICHE SUTURALI

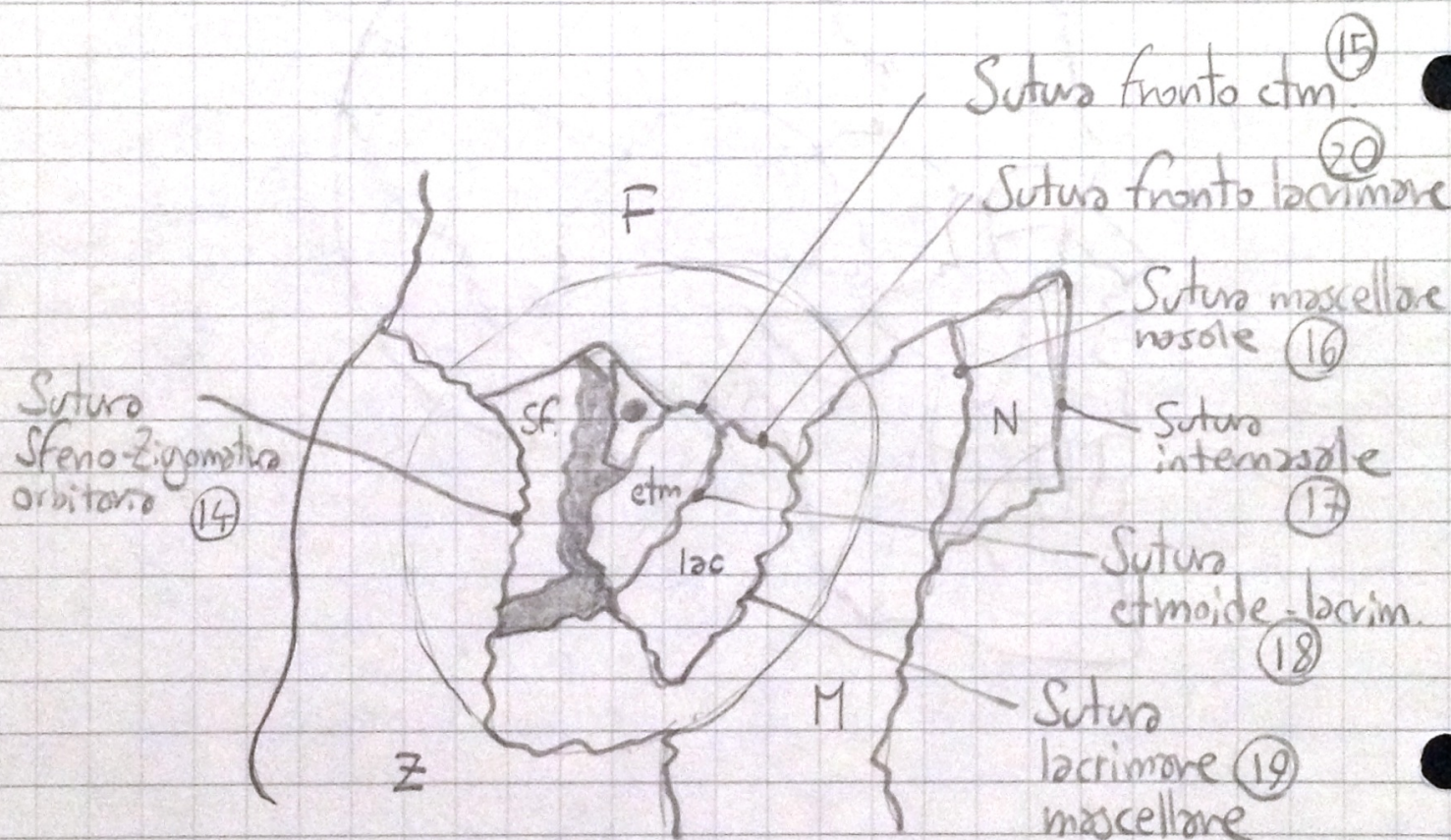
SUTURE INDIVIDUABILI DA UNA VISIONE LATERALE



- Sutura Metopica ①
- Sutura Sagittale ②
- Sutura Coronale o parieto-frontale ③
- Sutura Lambdoidea o parieto-occipitale ④
- Sutura fronto-sfenoidale ⑤
- Sutura fronto-malare o fronto-zigomatica ⑥
- Sutura fronto-mascellare ⑦

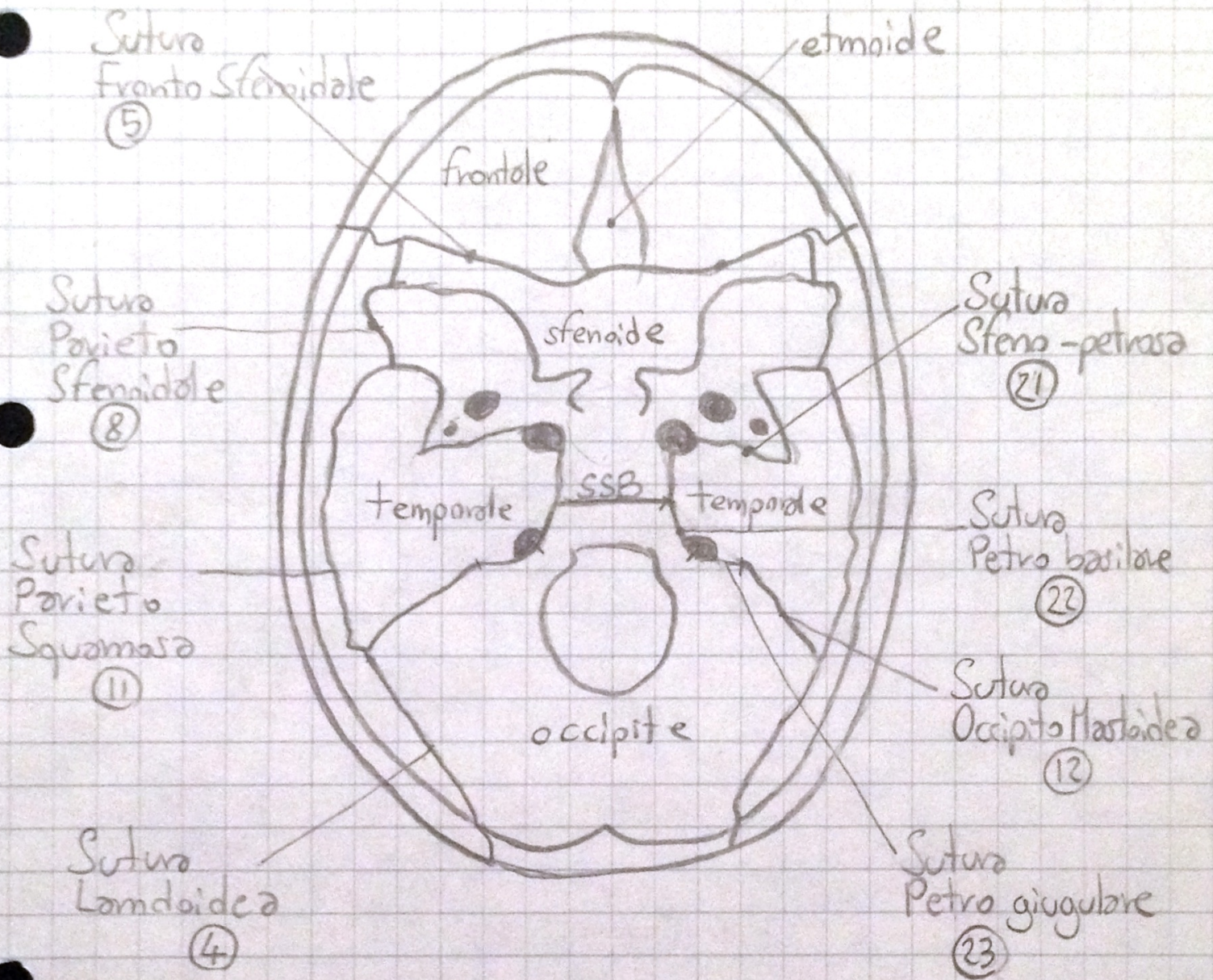
- Sutura parieto - sfenoidale (8)
- Sutura parieto - squamosa (9)
- Sutura parieto - mastoidea (10)
- Sutura sfeno - squamosa (11)
- Sutura occipito - mastoidea (12)
- Sutura Temporo - zigomatica. (13)

LE SUTURE DELLA CAVITÀ ORBITARIA



- Sutura sfeno-zigomatica (14)
- Sutura fronto-etmoidale (15)
- Sutura maxillo-nasale (16)
- Sutura internasale (17)
- Sutura lacrimo-etmoidale (18)
- Sutura maxillo-lacrimale (19)
- Sutura fronto-lacrimare (20)

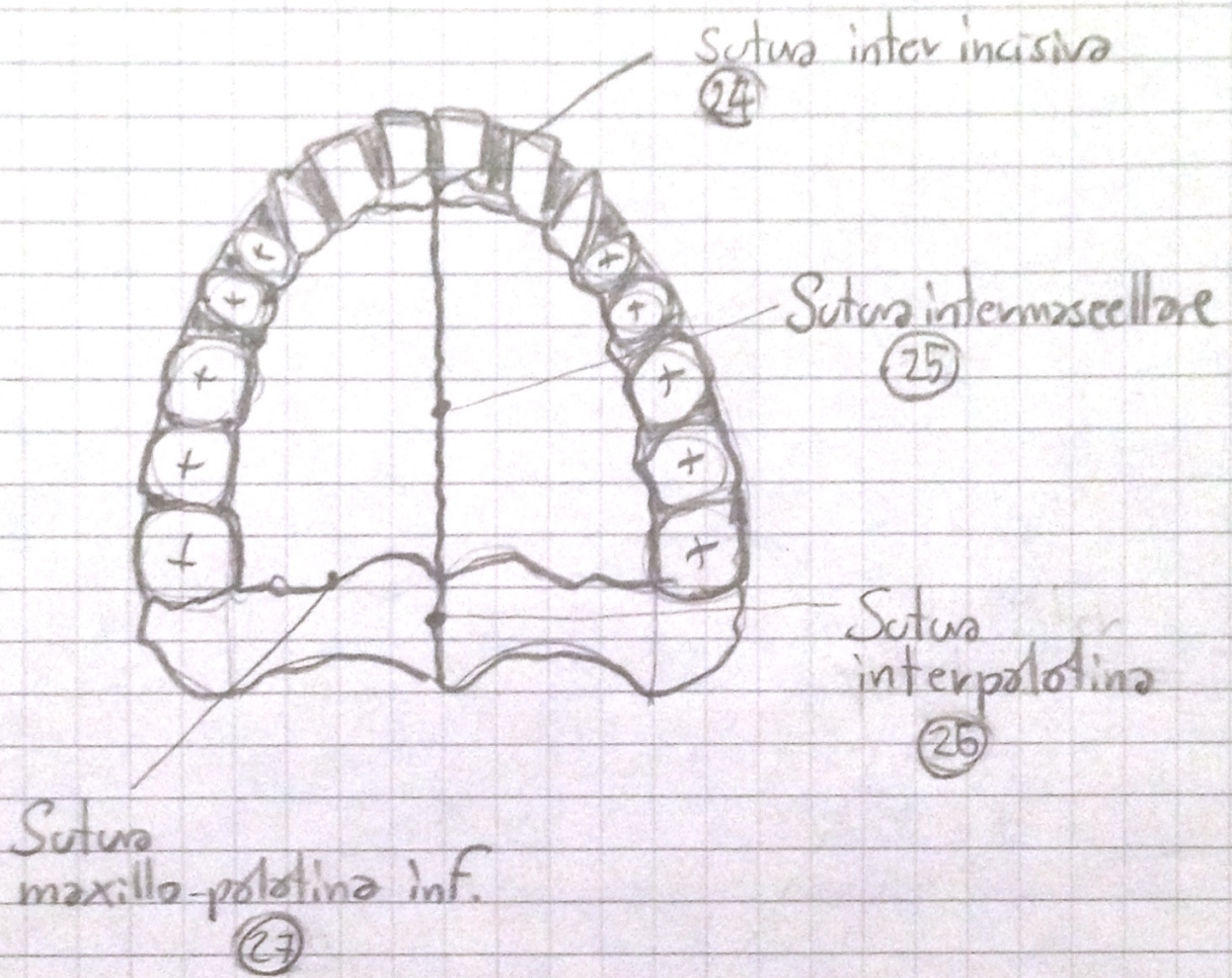
SUTURE INDIVIDUABILI DA UNA VISIONE DELLA BASE CRANICA. 12



Sutura Sfeno Petrosa
Sutura Petro Basilare
Sutura Petro Giugolare

(21)
(22)
(23)

SUTURE DELLA VOLTA PALATINA



Sutura inter-incisiva
Sutura inter-mascellare
Sutura inter-palatina
Sutura maxillo-palatina inf.

(24)
(25)
(26)
(27)

SUTURA LAMDOIDEA (PARIETO-OCIPITALE) 13

È l'articolazione tra occipite e parietale, viene infatti anche denominata sutura parieto-occipitale.

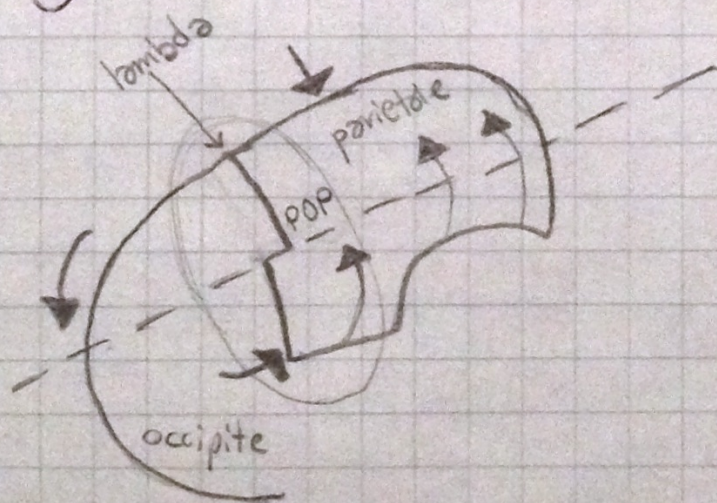
Si estende su ambo i lati del cranio partendo dal punto LAMBDA e scendendo lateralmente e in basso in direzione delle mastoide, dove si continua con la sutura occipito-mastoidea.

Presenta due tipi di tavolati che si invertono circa a metà dell'emilato della sutura stessa. Il punto di inversione del tavolato è detto punto pivot occipito parietale (POP) e rappresenta il punto di passaggio dell'asse di movimento del parietale stesso.

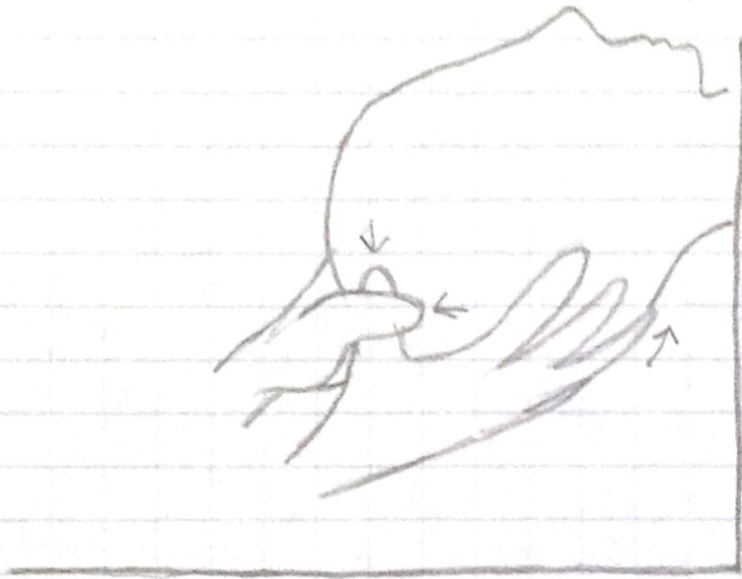
Nella porzione superiore della sutura tra POP destro e POP sinistro, l'occipite copre il parietale.

Nelle porzioni infero-laterali della sutura i parietali ricoprono l'occipite.

Nella fase di INSPIRAZIONE CRANICA la porzione superiore della sutura si "sgancia" dai parietali arretrando mentre la parte inferiore, dx e sx, affondano ulteriormente sotto i parietali che, nel frattempo, si sono aperti ad ala di gabbiano.



TECNICA DI DISIMPATTAMENTO DI LAMBDA (469)



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata seduto alla
sua testa.
Pollici incrociati sopra
a lambda, mignoli in
appoggio sugli ALI dell'
occipite, altre dita
sui parietali.

Azione: Durante la fase inspiratoria cronica, i pollici decoaptano lambda, successivamente i mignoli favoriscono la flex dell'occipite.

TECNICA DI DISIMPEGNO UNILATERALE DELLA SUTURA PARIETO - OCCIPITALE (474)



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata lateralmente
alla sua testa.
Una mano impalma l'occ.
mentre l'altra impalma
il parietale con il medio
lungo l'asse del parietale

Azione: Al ritmo dell'MRP disimpegna la sutura.

SUTURA OCCIPITO-MASTOIDEA

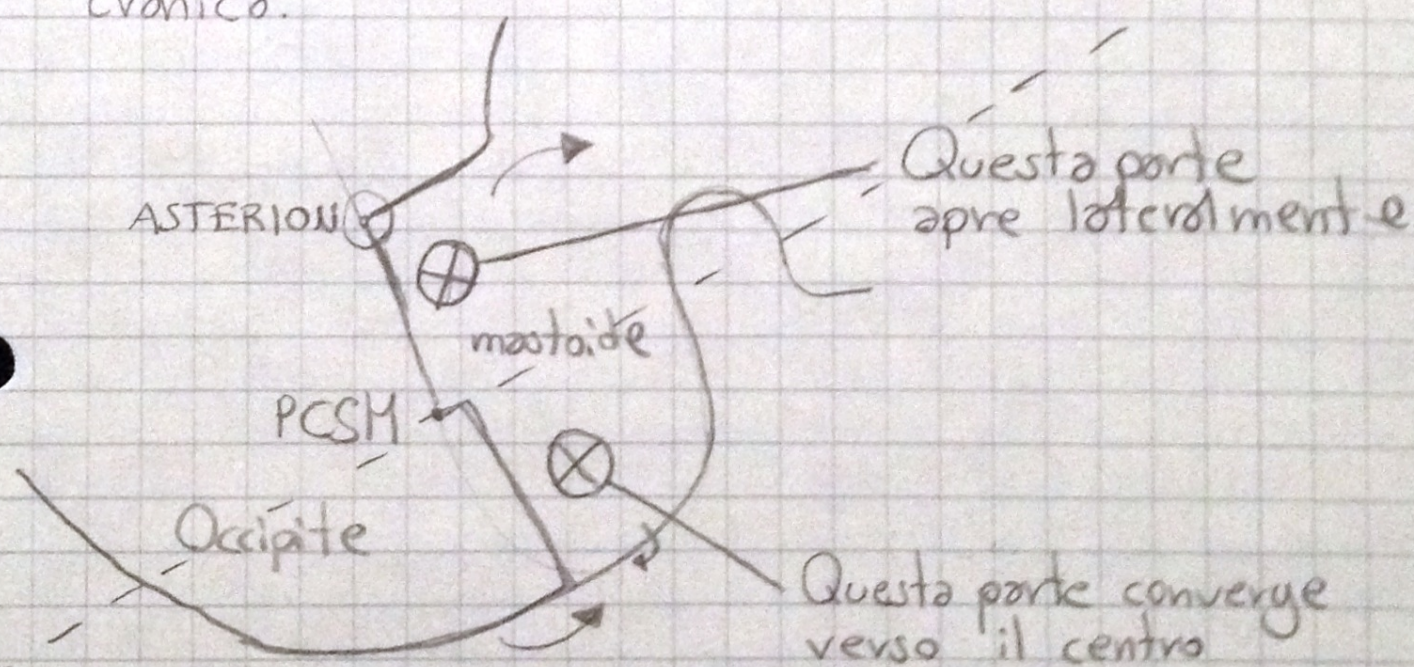
14

È l'articolazione tra occipite e tempore nella zona della mastoide.

Si estende su ambo i lati del cranio partendo da ASTERION e dirigendosi verso basso-dentro, fino al foro lacero posteriore dell'apofisi giugolare.

Presenta due tipi di tavolati che invertano il loro senso all'altezza del PCSM. (Pivot Condilo Squamoso Mastoideo).

Nella prima parte, da ASTERION a PCSM il tempore ricopre l'occipite, libero di compiere la rotazione esterna. Nella seconda parte, da PCSM all'apofisi giugolare, la mastoide sta sotto all'occipite che la ricopre favorendo la convergenza mediale della ispirazione cranica.



In sintesi, questa sutura permette l'accentramento degli apici inferiori della mastoide nonché l'avanzamento della base dell'occipite.

NB: Questa sutura contribuisce alla pervietà del foro lacero posteriore.

TECNICA DI CORREZIONE OCCIPITO MASTOIDEA

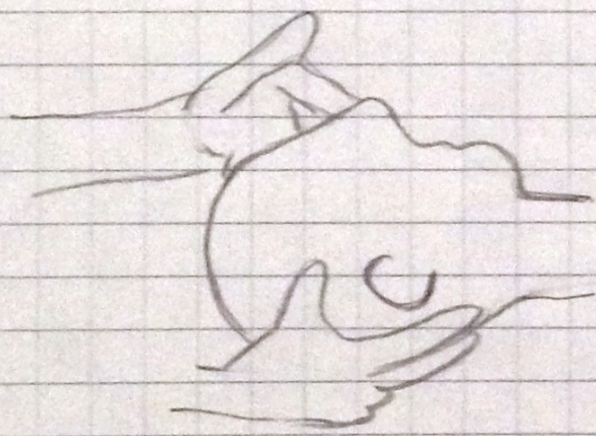


Posizionamento:

Paziente supino.
Osteopata alla sua testa.
Una mano sotto l'occipite,
l'altra mano in presa a
5 dita sul temporale.

Azione: Durante la fase inspiratoria cronica mi sintonizzo con l'MRP e favorisco la rotazione EST del temporale, l'occipite fa da punto fisso.

V SPREAD OCCIPITO - MASTOIDEA



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla sua testa.

Mano ricevente a cavallo
della sutura occipito -
mastoidica.

Mano inducente sulla
eminenza frontale
controlaterale.

SUTURA PETRO-GIUGULARE

15

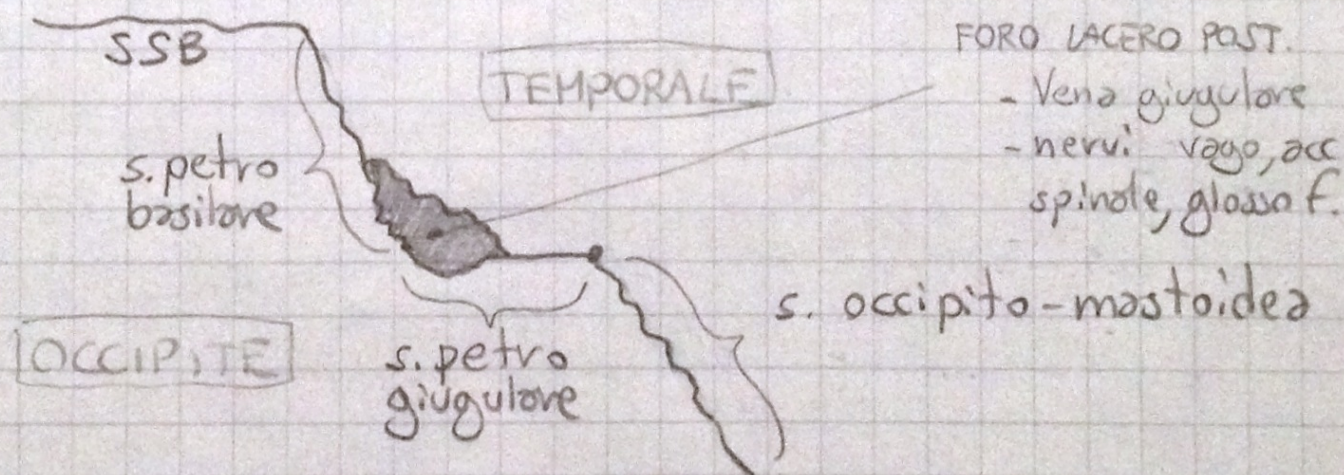
È l'articolazione tra occipite e temporale nella regione delle apofisi giugulari dove i margini delle due ossa costituiscono il foro lacero posteriore.

Si estende per un breve tratto fino al foro giugulare che ne fa parte subito al di sopra-dentro della sutura occipito-mastoidea. Ovviamente è bilaterale.

È spesso vittima di estrazioni dentali che ne limitano la mobilità.

Una lesione a questa sutura è spesso responsabile di CEFALIE POSTERIORI per scarso drenaggio giugulare.

Assieme alla s. occipito-mastoidea e alla s. petro-basilare garantisce la pervietà e il buon funzionamento del FORO LACERO POST e delle strutture che vi passano.



Durante la fase WSP. il foro lacero si allarga, mentre durante la fase ESP si chiude.

TECNICA DI CORREZIONE PETRO GIUGULARE



Posizionamento:

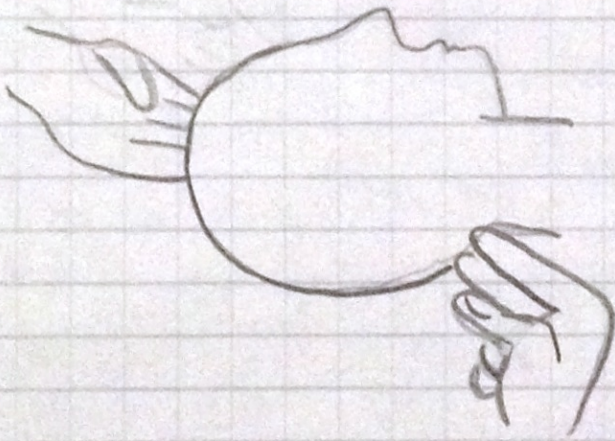
Paziente supino

Osteopota alla testa.

Una mano sotto l'occipite
l'altra mano in presa a
tre dita sul temporale.

Azione: Durante la fase IUSP il temporale viene sollevato, ruotato EST e portato indietro. L'occipite viene portato in flessione.

V SPREAD PETRO GIUGULARE



Posizionamento:

Paziente supino.

Osteopota alla testa

Mano ricevente sulla
sutura petro giugulare

Mano inducente sulla
parte contralaterale del
VERTEX

SUTURA PETRO-BASILARE

16

È l'articolazione tra la base dell'occipite e la rocca petrosa del temporale.

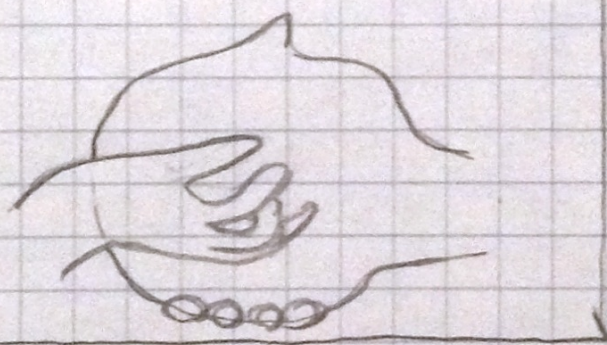
Bilaterale, si estende per un breve tratto dal foro lacero posteriore fino alla SSB.

Oltre ad essere implicata nella fisiologia del foro lacero posteriore, questa sutura contribuisce alla fisiologia di:

- TROMBA DI EUSTACHIO
- VENA OFTALMICA
- SENO CAVERNOZO
- SENO PETROSO

TECNICA DI CORREZIONE UNILATERALE DELLA SUTURA PETRO BASILARE (movimento, fisiol., opposto).

E



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa
Una mano sotto occipite
l'altra mano in presa
a 5 dita sul temporale.

Azione: Durante la fase espiratoria portare l'occipite in estensione.

Durante la fase inspiratoria portare l'occipite in flessione e il temporale in ROT. EST.

V SPREAD PETRO BASILARE



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente sulla
sutura petro-basilare

Mano inducente sulla
BOZZA PARIETALE contro-
laterale

SUTURA SFENO-PETROSA

17

È l'articolazione tra il corpo e la grande ala dello sfenoide e la rocca petrosa del temporale. È in continuità con la sutura petro-basilare.

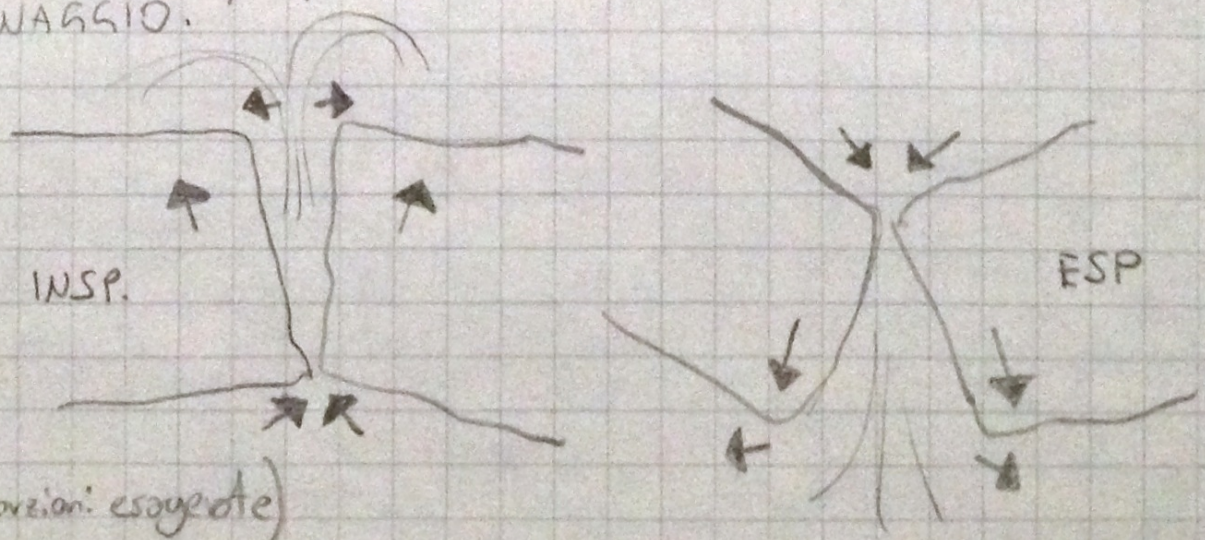
Anche questa sutura è spesso coinvolta nelle estrazioni dentali, in particolare:

- Estrazione arcata inferiore provoca una lesione sfeno-petrosa controlaterale
- Estrazione arcata superiore provoca una lesione sfeno-petrosa omolaterale
(CAPPOROSSO)

Nella fase INSPIRATORIA cronica la risalita della SSB e la convergenza delle rocche petrose provocano l'apertura del margine superiore (interno al cranio) della sutura.

Nella fase ESPIRATORIA cronica la discesa della SSB e la divergenza delle rocche petrose provocano l'apertura del margine inferiore (esterno al cranio) della sutura.

Questa meccanica coinvolge anche le suture petro-basilari e petro-giugulari, costituendo un vero e proprio DISPOSITIVO DI POMPAGGIO-DRENAGGIO.



TECNICA DI CORREZIONE SFENO PETROSA



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Una mano in presa a
5 dita sul tempore

L'altra mano con mignolo
(intrabuccale) sulla apc.
Fis: pterigoidea.
Medio grande ola.

Azione: Primo tempo: Mano sfenoidale induce una pressione sulla grande ola per liberarla

Secondo tempo: Mano sfenoidale trazione la grande ola in avanti-basso (ROT. EST.)

Terzo tempo: Mano temporeale porta il temp. in ROT. EST.

V SPREAD SFENO-PETROSA



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla sua testa

Mano vicevente: sfeno petrosa

Mano inducente: bozza frontale
controlaterale

SOTURA SFENO-SQUAMOSA

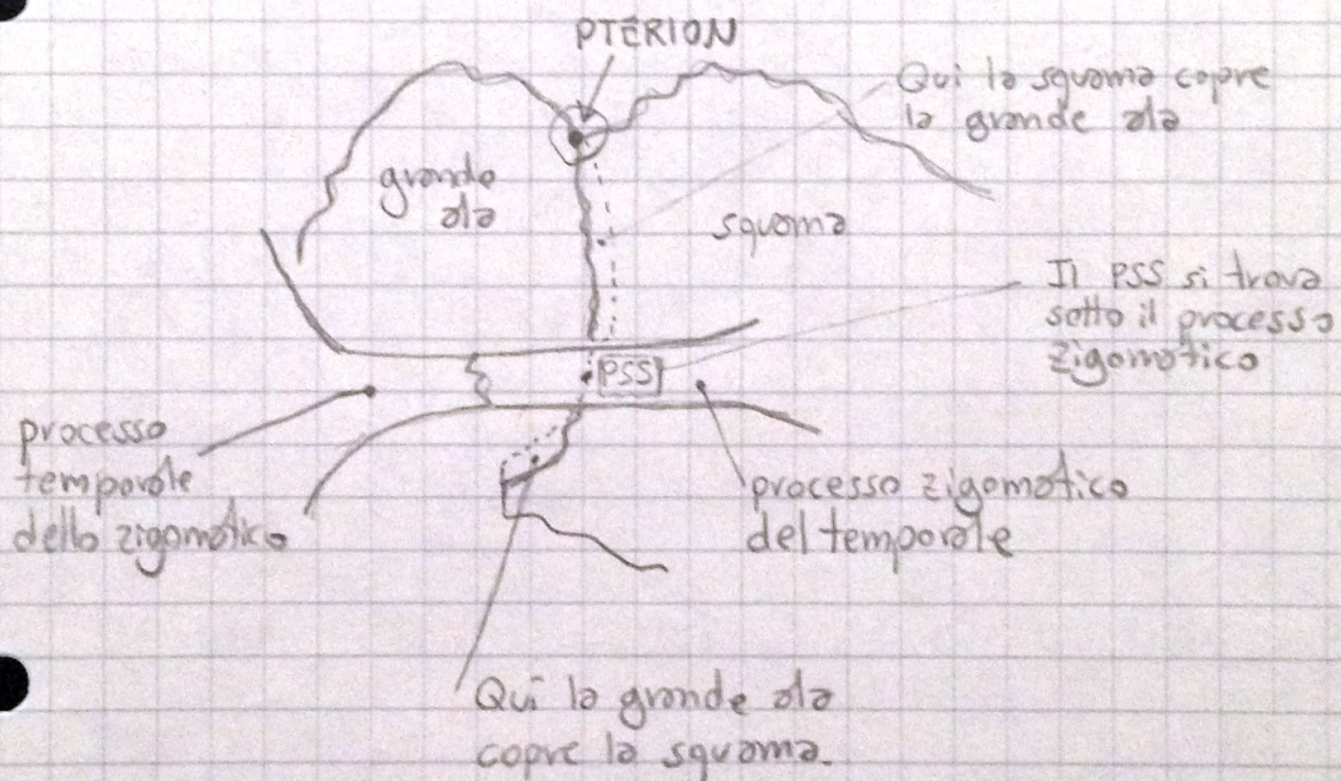
18

È l'articolazione tra la grande ala dello sfenoide e la squama del temporale.

È caratterizzata dalla presenza di un PIVOT e quindi di due differenti tavolati.

Da PTERION al PSS (pivot sfeno-squamoso) il temporale ricopre lo sfenoide che non può ruotare esternamente se prima non lo fa il temporale stesso.

Da PSS in giù la sfenoide ricopre il temporale con la porzione inferiore della grande ala.

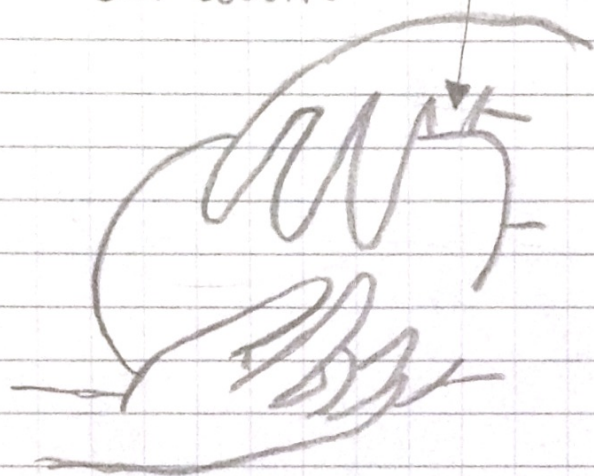


In fisiologia la ROT EST della squama libera la grande ala che può a sua volta ruotare esternamente.

Il processo zigomatico rappresenta uno degli assi di rotazione del temporale infatti sotto ad esso si trova il pivot-sfeno-squamoso (PSS) che caratterizza questa sutura.

TECNICA DI CORREZIONE SFENO-SQUAMOSA

mignolo intrabuccale
solo ascolto



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Una mano in presa a 5 dita
sul temporale

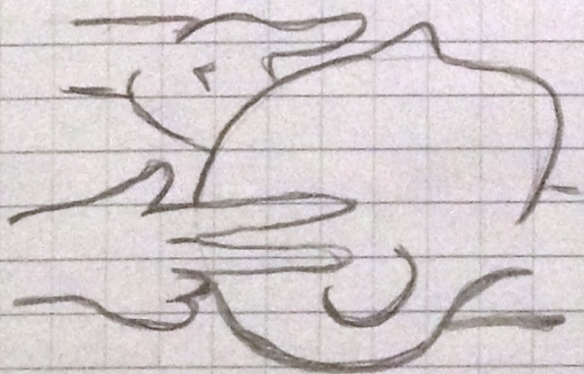
L'altra mano con dito intrabuccale
sull'apofisi pterigoidica, medio
sulla grande ala.

Azione. Primo tempo: Mano temporale porta il temp.
in ROT. ESTERNA

Secondo tempo: Mano sfenoidale preme con il
dito medio sulla grande ala.

Terzo tempo: Mano sfenoidale fraziona la
grande ala in avanti, basso,
dentro (ROT-EST)

V SPREAD SFENO-SQUAMOSA



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla sua testa

Mano ricevente: sfeno-squamosa

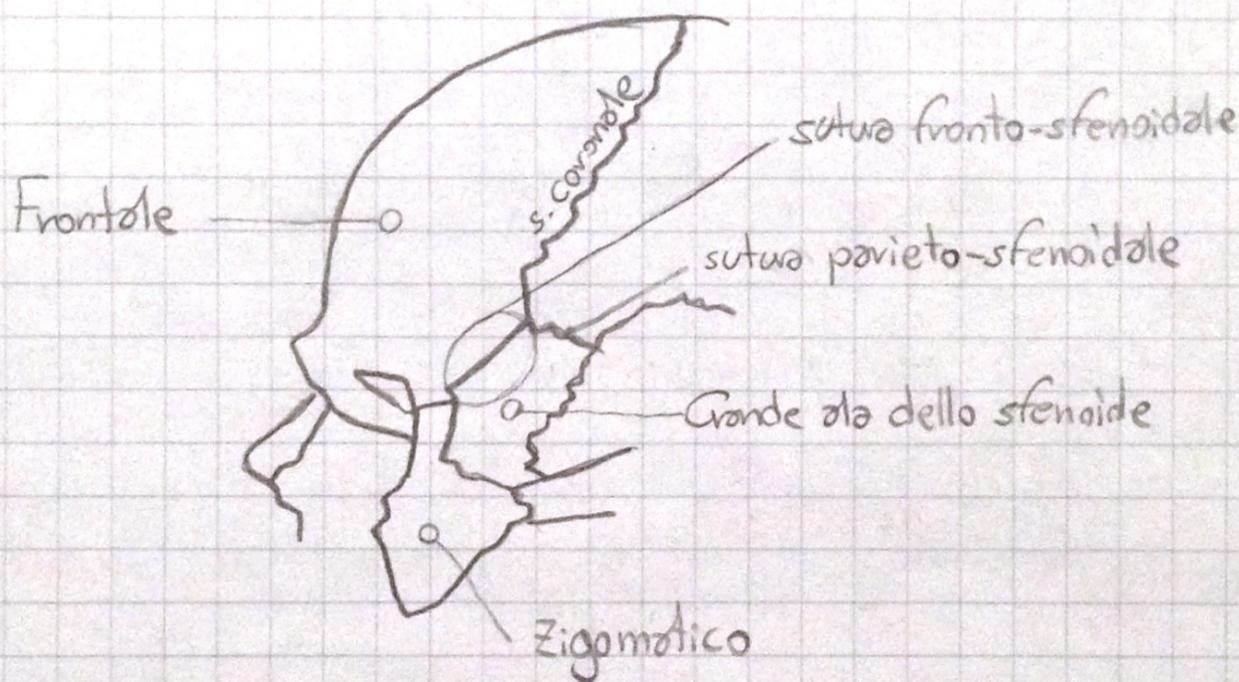
Mano inducente: bozza paricble
controbbterle

SUTURA FRONTO-SFENOIDALE

18

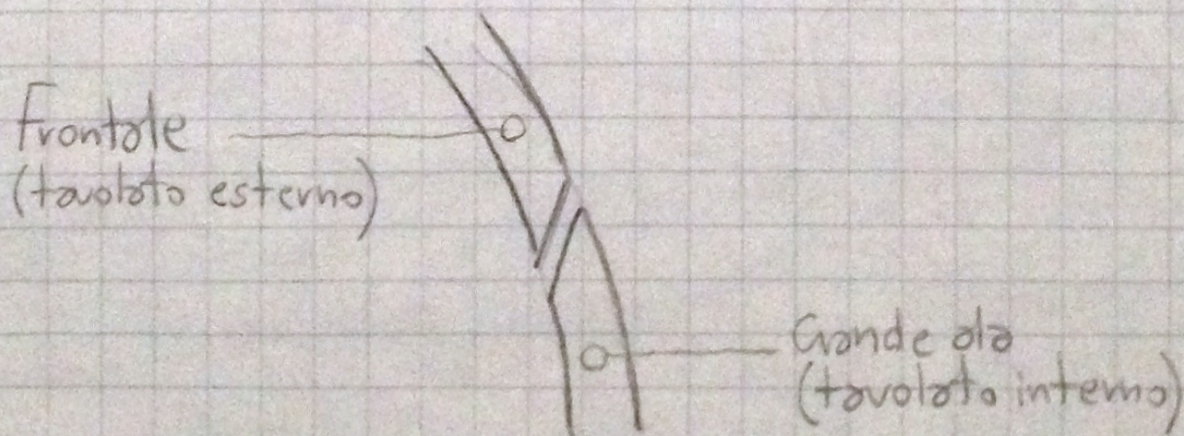
È l'articolazione tra la grande ala dello sfenoide e il frontale.

Si continua in alto con la sutura coronale e la sutura parieto-sfenoideale, termina in basso all'altezza del processo-zigomatico dell'osso frontale, dove è in continuità anatomica con la sutura sfeno-zigomatica (ORBITA).



Per tutta la lunghezza della sutura il tavolato dello sfenoide è interno, pertanto la grande ala ricopre il frontale.

Pertanto la fisiologia della sutura prevede prima la rotazione esterna della grande ala e poi, ottenuto lo svincolo, la rotazione esterna dell'emi-frontale.



TECNICA DI CORREZIONE FRONTO-SFENOIDALE



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa dal lato opposto alla lesione.

Mano sfenoidale:

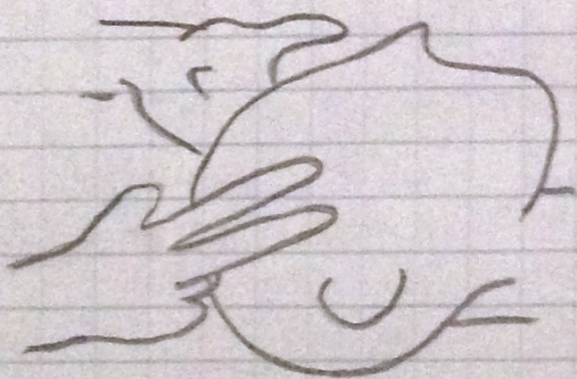
- mignolo intrabucale sull'apofisi pterigoidea
- indice sulla grande ala

Mano frontale in presa pollice-indice o pollice-medio sul frontale.

Azione: Mano frontale esegue un disimpegno eseguendo una lieve pressione ai lati del frontale accompagnata da una trazione verso l'alto (TIPO FRONTAL LIFT).

Mano sfenoidale ha solo funzione di ascolto in quanto se ci fosse una pressione, il tavolo della grande ala pinzerebbe il frontale impedendogli di svincolarsi.

V SPREAD FRONTO SFENOIDALE



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente: sutura fronto-sfenoidale

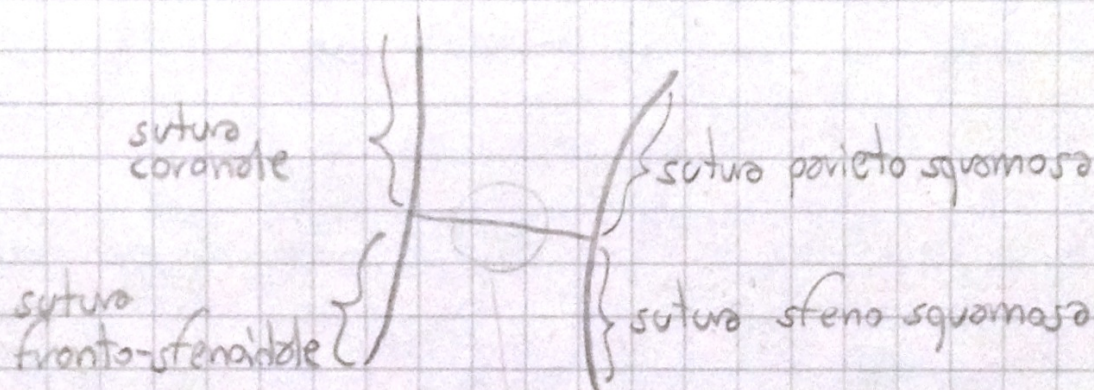
Mano inducente: bozza occipitale controlaterale.

SUTURA SFENO-PARIETALE

20

È l'articolazione tra la grande ala dello sfenoide e l'osso parietale.

È una piccola sutura a tavola interno per lo sfenoide, che rappresenta il segmento orizzontale di un'ideale lettera (H) conosciuta in conometria come PTERION

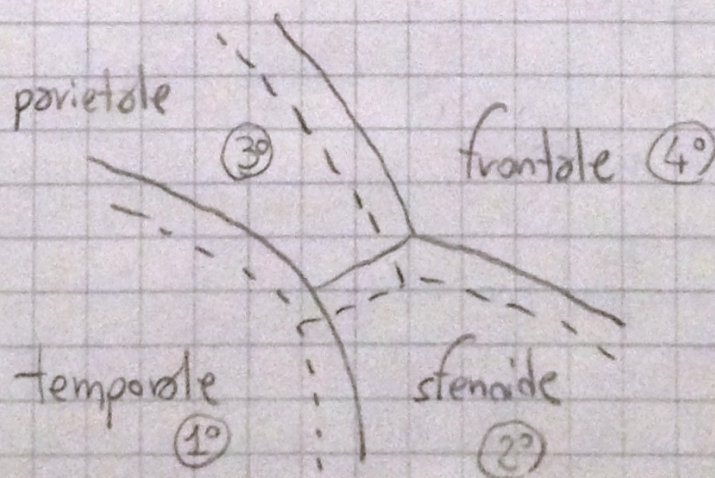


SUTURA SFENO-PARIETALE

È indubbiamente un punto di grande interesse osteopatico in quanto una lesione in questa zona condiziona la fisiologia di ben quattro ossa.

L'organizzazione dei tavolati in questa zona è la seguente.

L'ordine di svincolo nella FLEX cranica è il seguente. Temporale, sfenoide, parietale, frontale.



TECNICA DI CORREZIONE SFENO PARIETALE



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano parietale:

- Indice su PTERION
- Pollice lungo la sutura coronale

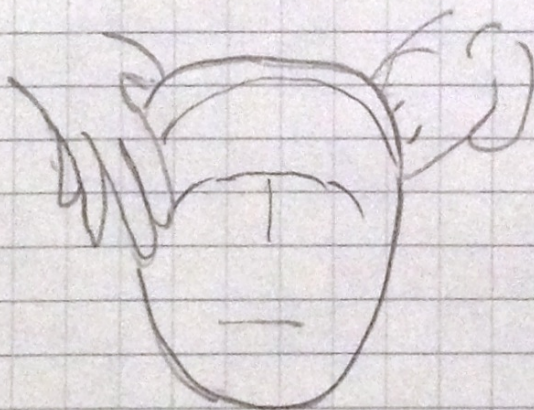
Mano sfenoideale

- Mignolo intrabuccale sulla pterigoide
- Medio grande da
- Indice sul frontale

Azione: Mano parietale: Nella EST cronica preme PTERION
Nella FLEX tira il parietale verso l'alto - dietro (ROT - EST)

Mano sfenoideale: Solo ascolto.

V. SPREAD SFENO-PARIETALE (PTERION)



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente: PTERION

Mano inducente: ASTERION
controbaleale

SUTURA PARIETO SQUAMOSA

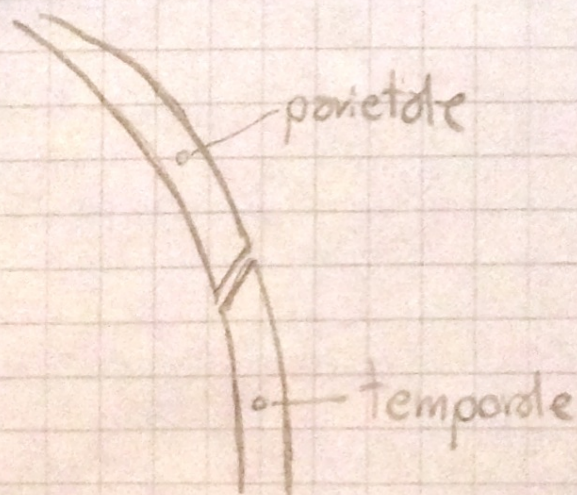
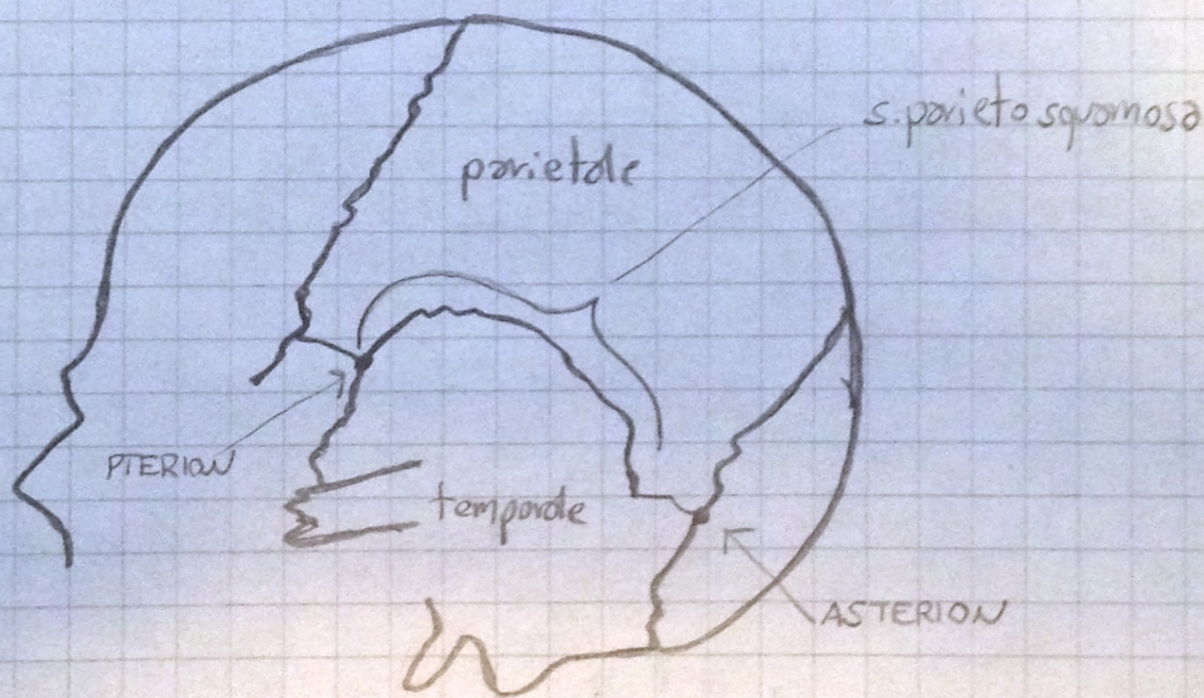
21

È l'articolazione tra il parietale e la squama del temporale.

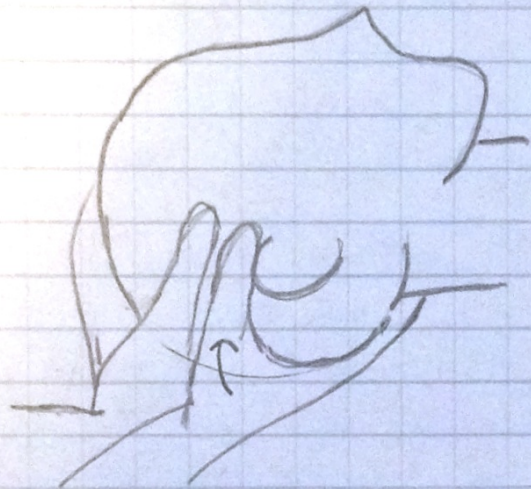
È una delle articolazioni più mobili: la sua traccia rimane anche in età molto avanzata.

Si estende per tutta la squama del temporale da PTERION fino quasi ad ASTERION dove però, data la presenza della mastoide, si parla di sutura parieto-mastoidea.

È interamente a tavola esterna per il parietale che, infatti, è coperto per tutta la lunghezza dal temporale. La ROT EST del temporale precede quindi la ROT EST del parietale.



TECNICA DI CORREZIONE PARIETO SQUAMOSA



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Una mano con pollice
sopra l'orecchio in linea
con la sutura

L'altra mano con pollice
sopra l'altro pollice e
parallelo al primo.

Azione: Mano parietale in fase espiratoria induce
la rot. interna premendo medialmente

Mano temporale in fase inspiratoria induce
rotazione esterna

V SPREAD PARIETO SQUAMOSA



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente

Sutura parieto-squamosa

Mano inducente

Sutura parieto-squamosa
controlaterale.

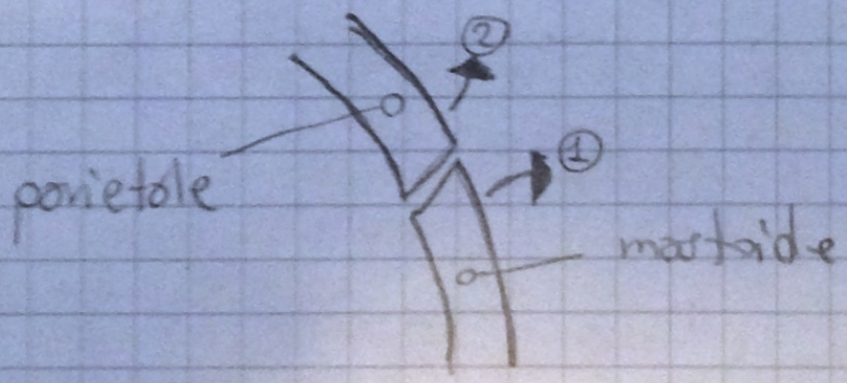
SOTURA PARIETO - MASTOIDEA

È l'articolazione tra la mastoide e il parietale.
È la continuazione anatomica della sutura parieto squamosa, nell'ultimo tratto dove la squama del temporo cessa di essere curvilinea e si rettifica prima di raggiungere ASTERION.

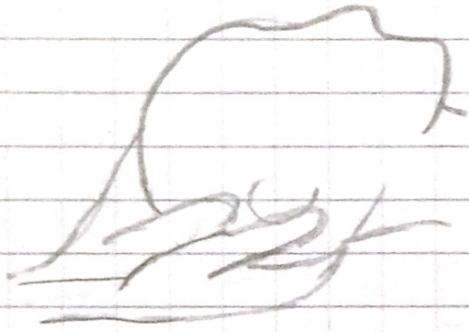
Decorre lungo una linea immaginaria che va da pterion ad asterion. Sulla stessa linea più anteriormente, troviamo anche la sutura sfeno parietale.



Interviene a tavola esterna per il parietale che infatti, risulta coperto dalla mastoide.
Ricordiamo che la porzione superiore della mastoide in rotazione esterna, si allontana dal centro del cranio



TECNICA DI CORREZIONE PARIETO MASTOIDEA



Posizionamento.

Paziente supino.
Osteopata alla testa

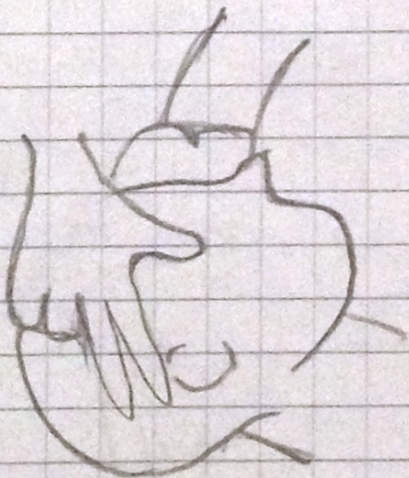
Mano temporale con pollice
parallelo alla sutura e punta
sulla mastoide

Mano parietale con pollice
parallelo all'altro ma più
anteriore

Azione: Mano temporale induce ROT EST durante
la fase inspiratoria

Mano parietale induce ROT INT durante
la fase espiratoria premendo medialmen-
te con il pollice.

V SPREAD PARIETO MASTOIDEA



Posizionamento

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente

Sutura Parieto-Mastoidea

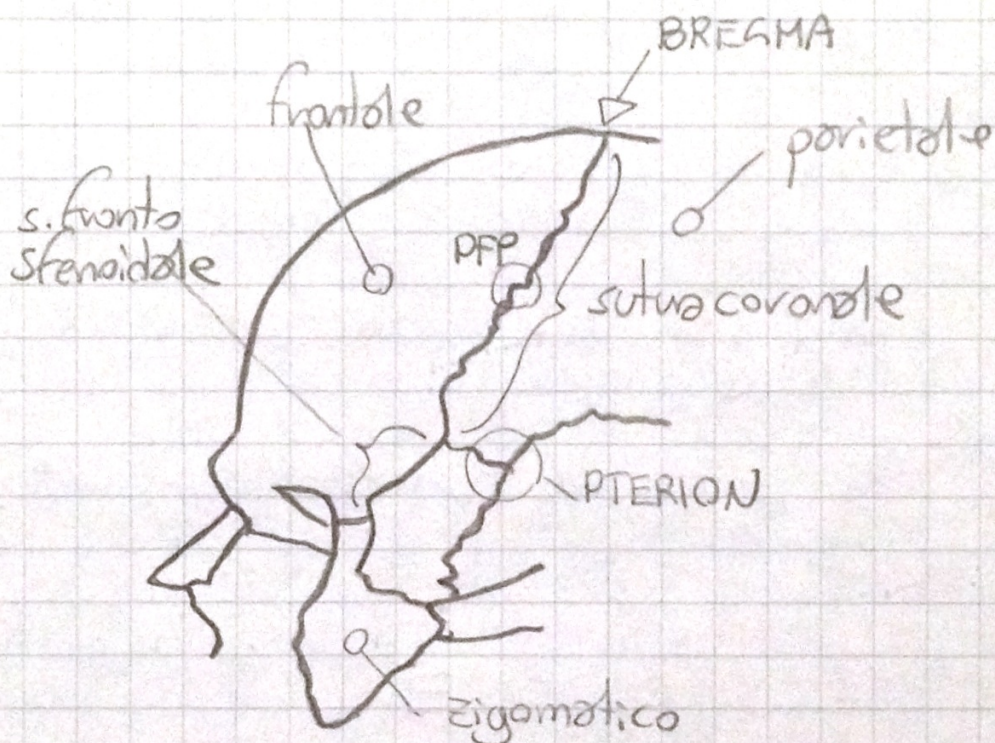
Mano inducente

Pterion.

SUTURA CORONALE (PARIETO FRONTALE) 23

È l'articolazione tra il parietale ed il frontale.

Si estende da ambo i lati di BREGMA sino alla grande ala dello sfenoide dove si continua con la sutura fronto-sfenoidale.



Presenta due tipi di tavolati che si invertono o circa a metà della sutura nel punto pivot fronto-parietale (PFP)

Da BREGMA a PFP il frontale ricopre il parietale, Da PFP a pterion il frontale è coperto dal parietale.

Ricordiamo che in inspirazione cronica la parte alta del parietale scende mentre quella bassa risale.

TECNICA DI CORREZIONE PARIETO FRONTALE



Posizionamento

Paziente supino
Osteopata alla testa.

Mano parietale con indice su pterion, anulare su asterion, medio su proc. zigomatico.

Mano frontale a pinza con pollice e medio.

Azione: Mano parietale induce in ROT EST in fase inspiratoria

Mano frontale tipo frontal - lift.

V SPREAD PARIETO FRONTALE



Posizionamento

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente

Sutura Parieto Frontale

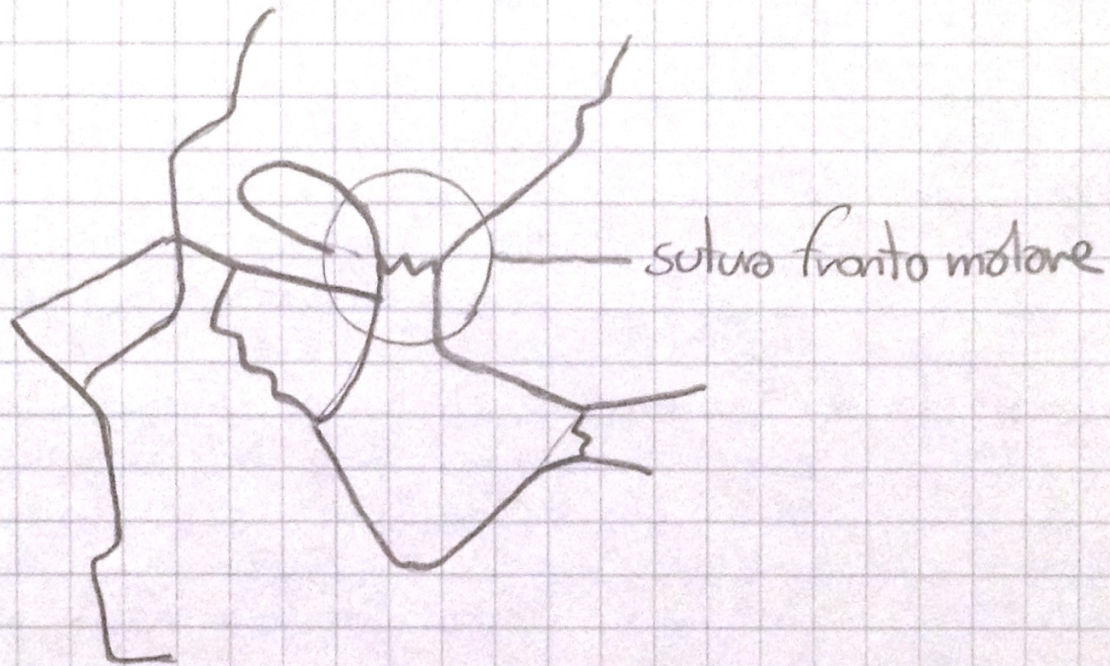
Mano inducente

Bozza occipitale control.

SUTURA FRONTO-MALARE

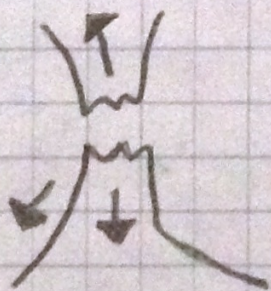
24

È l'articolazione tra il processo zigomatico del frontale e il processo frontale dello zigomatico, sulla parete esterna dell'orbita.

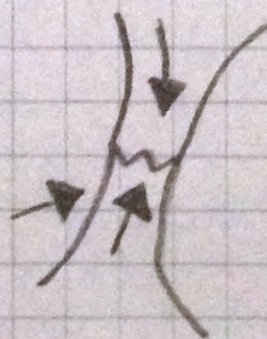


La fisiologia di questa sutura consiste sostanzialmente in un allontanamento dei due monconi ossei durante la fase di inspirazione cranica e viceversa di un avvicinamento durante la fase di espirazione.

Fase inspiratoria



Fase espiratoria



TECNICA DI CORREZIONE FRONTO MALARE



Posizionamento

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano frontale: pollice e indice
sulle apofisi orbitali.

Mano malare: a pinza sul pro-
cesso frontale del malare

Azione: Mano frontale: Disimpegna la sutura ti-
rando il frontale verso il
di se poi lo induce in
ROT EST - FLESSIONE
durante la fase WSP

Mano Malare: Porta il malare in rot
est. e lo mantiene.

V. SPREAD FRONTO MALARE



Posizionamento

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente

S. Fronto-Malare

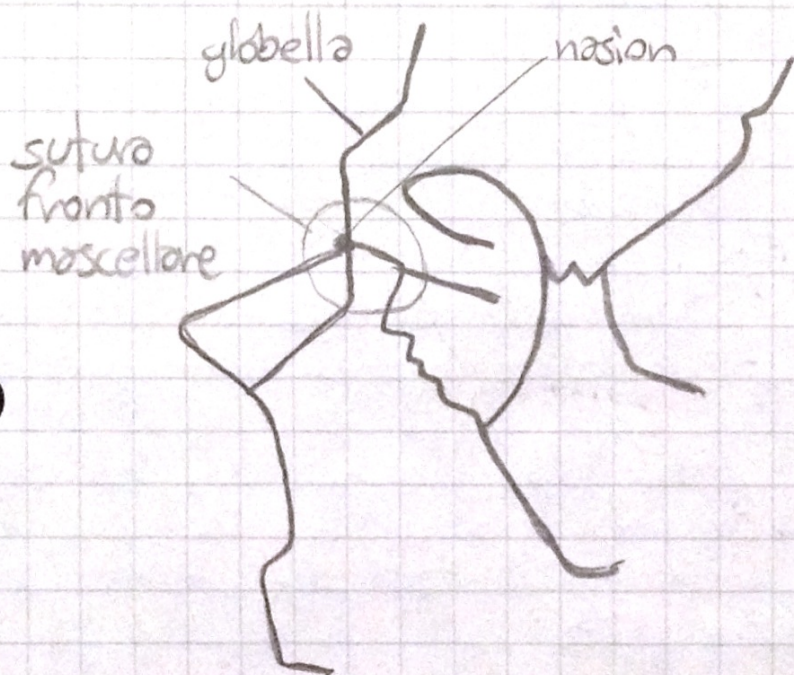
Mano inducente e

S. occipito-mastoides

SUTURA FRONTO MASCELLARE

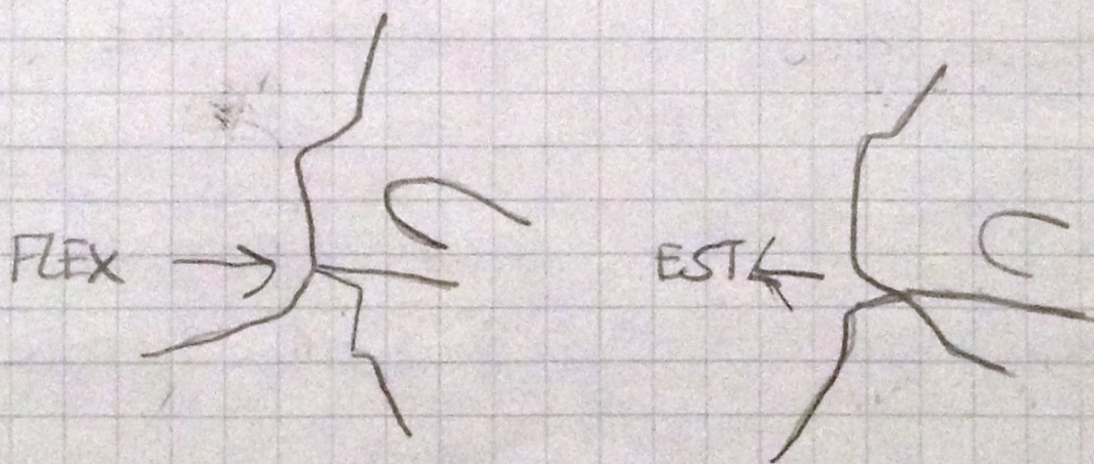
25

È l'articolazione tra l'incisura mascellare del frontale e il processo frontale dell'osso mascellare



La fisiologia di questa sutura dipende sostanzialmente dalle trazioni della grande flice che, in flessione, tendono ad avvicinare la zona di nasion verso il centro della testa.

Ne consegue che in FLEX la sutura si apre posteriormente, in EXT si apre anteriormente



TECNICA DI CORREZIONE FRONTO MASCELLARE



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano frontale con pinza
pollice - indice sui pilastri
frontali.

Mano mascellare con indice
lungo la branca verticale.

Azione: La sensazione sotto alle mani è di avvicina-
mento - allontanamento delle due.
Seguire il movimento fasciale fino a
liberazione avvenuta.

V. SPREAD FRONTO MASCELLARE



Posizionamento:

Paziente supino
Osteopata alla testa

Mano ricevente

S. Fronto-Mascellare

Mano inducente

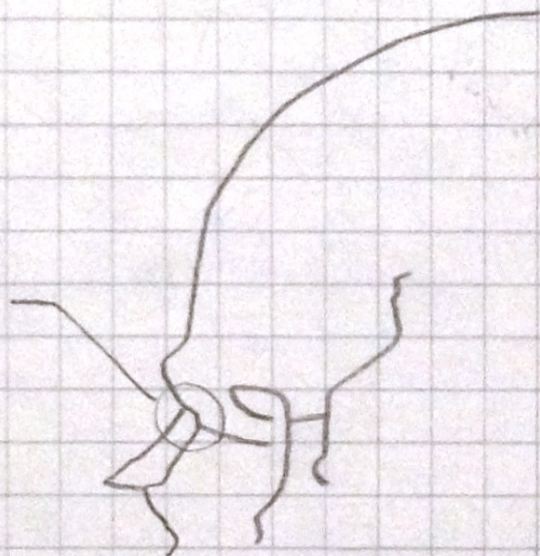
Bozza occipitale.

SUTURA FRONTO-NASALE

26

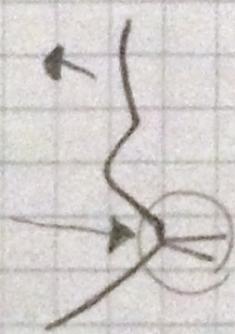
È l'articolazione tra il frontale e l'osso nasale.
Corrisponde a NASION.

Sutura
Fronto
Nasale

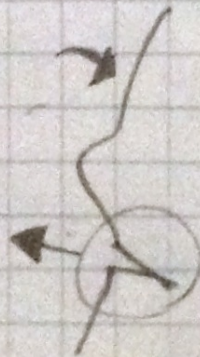


Ha una fisiologia simile alla sutura Fronto-Maxillare condizionata anch'essa dalla trazione della grande falce.

Nella fase di FLEX l'angolo di nasion diventa più acuto, nella fase di EXT si allarga.



FLEX



EXT

TECNICA D, CORREZIONE FRONTO NASALE



Posizionamento

Osteopata allo testa
Paziente supino

Mano Frontale pinza pollice -
indice sulle apofisi orbitali

Mano nasale pinza pollice -
indice sulle ossa nasali

Azione: Indurre la flessione cronica con entrambe le mani in fase inspiratoria.

V SPREAD FRONTO NASALE

non classificato