

DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO DEL PARIETAL

1-ANAMNESIS:

ANTECEDENTES

- Del nacimiento: malposición del feto, presentación patológica de la cabeza del niño, parto con fórceps o ventosa, cesárea.
- Traumatismos.
- Enfermedades infecciosas o inflamatorias.

SIGNOS CLÍNICOS

- Cefaleas o migrañas congestivas.
- Dolores del verted.
- Sensación de presión en la bóveda (tensión de la hoz del cerebro)
- Signos patológicos de la estimulación periférica dependientes de los centros motores o sensoriales del encéfalo.

En los niños: asma, enuresis, alteraciones del sueño.

2-INSPECCIÓN:

FORMA DE LA BÓVEDA:

Abombada o aplanada con diámetro antero-posterior aumentado.

FORMA Y POSICIÓN:

Elevación o depresión de la sutura sagital.

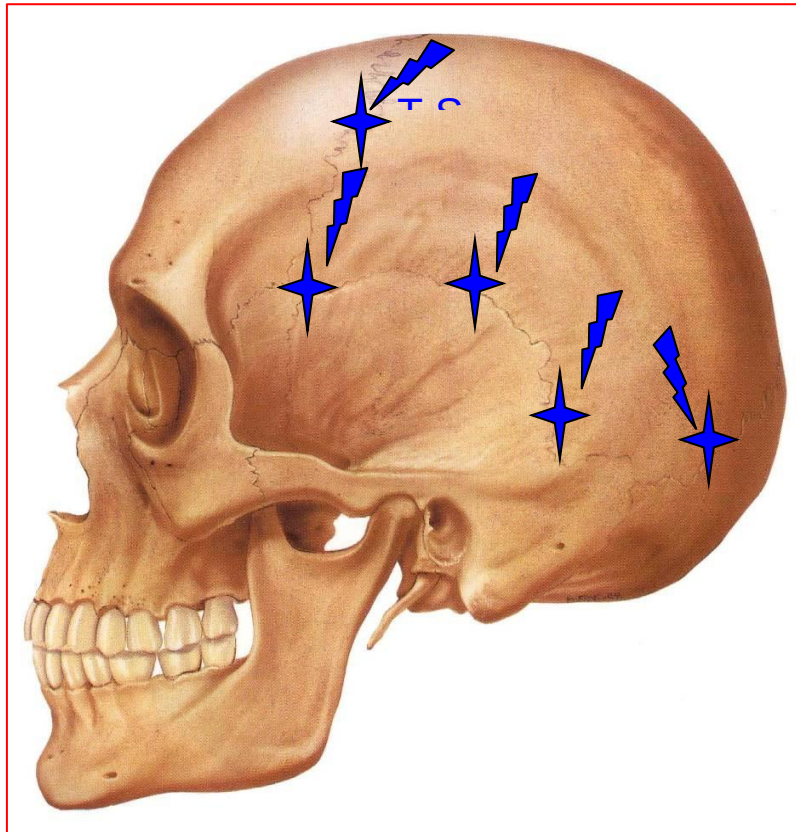
Posición de la protuberancia parietal de un hueso con respecto al otro es anterior-posterior, superior-inferior, desplazada a la derecha o izquierda.

Hay que explorar la posición del ángulo anteroinferior de un lado con respecto al otro y del ángulo postero-inferior de un lado con respecto al otro.

3-PALPACIÓN:

INDICADORES DOLOROSOS:

Triggers de las suturas: pterión, asterión, lambda y bregma. Palpación de todos los huesos de la bóveda.



ESPASMOS DE LOS MÚSCULOS TEMPORALES POSICIÓN DEL PARIETAL:

- Una sutura sagital en depresión indica una lesión de flexión.
- Una sutura sagital en forma de cresta una lesión de extensión.
- Un decalaje entre los dos parietales una lesión traumática.
- Un decalaje entre parietales y frontal un vertical strain de esfenoides.

4-TEST DE MOVILIDAD:

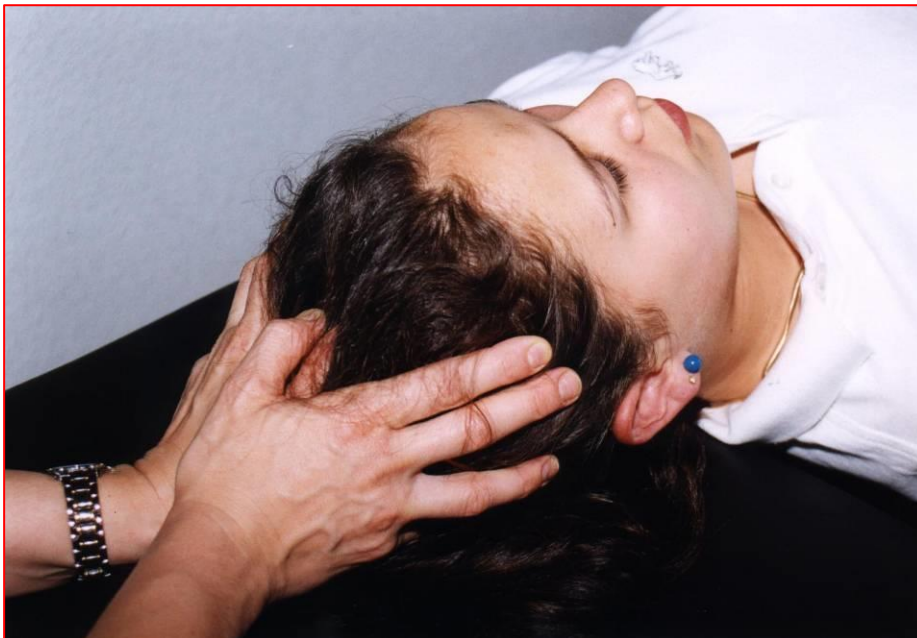
a- TEST DE MOVILIDAD EN FLEXIÓN-EXTENSIÓN

- Paciente decúbito supino. Terapeuta sentado a la cabeza del paciente y con los antebrazos reposando en la camilla, espalda recta, y los pies apoyados en el suelo.
- Las palmas de las manos reposan sobre los parietales.
- Pulgares cruzados a ambos lados de la sutura sagital, reposando cada pulgar en su parietal opuesto.
- Indices sobre los ángulos anteriores del parietal.
- Anulares sobre los ángulos posteriores.

TEST:

Las dos manos empujan los parietales cefálicamente e imprimen movimientos de flexión, extensión y de rotación externa e interna.

La disfunción se nombra según el parámetro más libre.



b-TEST SUTURA CORONAL

TEST:

Una mano en can't hook separa el frontal, y la otra mano con los dedos extendidos a lo largo del parietal hacia el suelo. La eminencia hipotenar sobre la parte interna del parietal y la eminencia tenar sobre la parte externa del parietal.

Testo el movimiento de flexión empujando la eminencia hipotenar y llevo el parietal a rotación externa (desviación cubital de muñeca).

Al contrario, testo la extensión con empuje de la eminencia tenar y llevo a rotación interna el parietal (desviación radial de muñeca).

TEST EN FLEXIÓN:

apoyo hipotenar y

rotación externa

TEST EN EXTENSIÓN:

apoyo tenar y

rotación interna

NOTA: la corrección con thrust se realiza de la misma forma

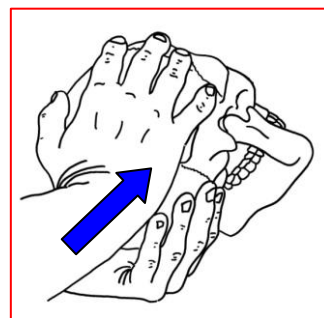
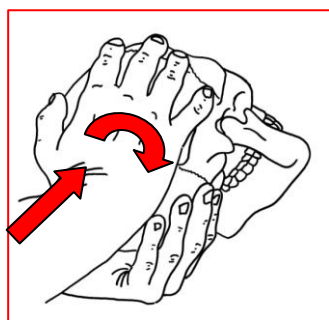


b-TEST SUTURA LAMBDOIDEA

TEST:

Una mano en hamaca recibe el occipucio, y la otra mano con los dedos extendidos a lo largo del parietal hacia la sutura coronal. La eminencia hipotenar sobre la parte externa del parietal arriba de la sutura lambdoidea y la eminencia tenar sobre la parte interna del parietal.

Testo el movimiento , empujando la eminencia tenar y llevo el parietal a la flexión (desviación cubital de muñeca).



Al contrario, el empuje sobre la eminencia hipotenar lleva a la extensión el parietal (desviación radial de muñeca).

FLEXIÓN

apoyo tenar y
rotación externa

EXTENSIÓN

apoyo hipotenar y
rotación interna

NOTA: la corrección con thrust se realiza de la misma forma

LIBRO DE REFERENCIA:

-François Ricard. Tratado de osteopatía craneal. Articulación temporomandibular. 3a edición. Madrid: Medos; 2014.

-Busquet L. La Osteopatía Craneal. 2a Edición. Barcelona: Paidotribo; 2003.