

TRATAMIENTO DEL HUESO TEMPORAL

Protocolo de tratamiento

- 1) Liberar las cervicales: Co-c1-c2 +++
- 2) Suprimir los espasmos musculares: cervicales y faríngeos.
- 3) Liberar las suturas periféricas
 - ✓ Occipitomastoidea
 - ✓ Petrobasilar
 - ✓ Parieto-escamosa
 - ✓ Parieto-mastoidea
 - ✓ Esfenoescamosa
 - ✓ Esfenopetrosa
 - ✓ Asterion
 - ✓ Pterion

Técnicas de tratamiento

1. Técnica de martillo para temporal.
2. Técnica articularia para la sutura occipitomastoidea.
3. Técnica de apertura de la occipitomastoidea por arcos botantes.
4. Técnica de apertura de la occipitomastoidea por arcos votantes oblicuos.
5. Técnica de thrust para la sutura occipitomastoidea.
6. Técnica de Sutherland para la sutura occipitomastoidea.
7. Técnica de Sutherland para el agujero rasgado posterior.
8. Técnica articularia para la sutura parietomastoidea.
9. Técnica articularia para la sutura temporocigomática.
10. Técnica articularia para la sutura parietoescamosa.
11. Técnica de Sutherland para la sutura parietoescamosa.
12. Técnica de thrust para la sutura parietoescamosa.
13. Técnica de Sutherland para la sutura esfenoescamosa y esfenopetrosa.
14. Técnica funcional indirecta para la sutura esfenopetrosa.
15. Técnica articularia para la sutura esfenopetrosa.
16. Técnica de bombeo de la trompa de Eustaquio.
17. Técnica de las membranas intracraneales.
18. Técnica para temporal intraóseo.
19. Técnica de equilibración de la tienda del cerebelo: "ear pull".

1. TÉCNICA DEL MARTILLO PARA EL TEMPORAL:

1.1 TÉCNICA DEL MARTILLO PARA LA SUTURA LAMBOIDEA Y OCCIPIPITOMASTOIDEA

Principios: Liberar las suturas lamboidea y occipitomastoidea con las vibraciones debidas a las percusiones del martillo.

Indicaciones: Todos los trastornos en relación con estas suturas y el agujero rasgado posterior.

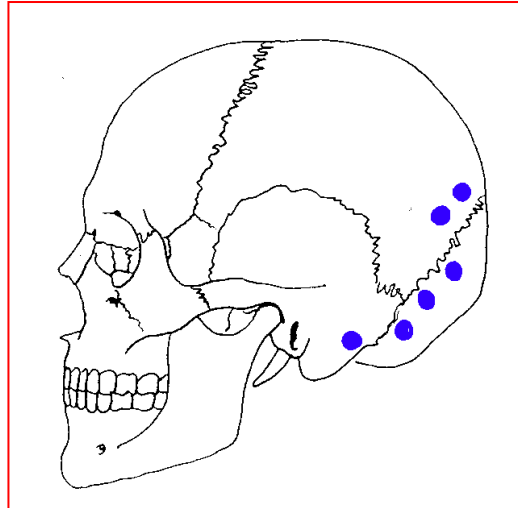
Contraindicaciones: Fracturas, osteítis, tumores, hemorragia.

Paciente: Decúbito lateral del lado sano.

Terapeuta: Sentado a la cabecera del paciente.

Técnica: El principio de la técnica del martillo, es golpear sobre el hueso de bisel externo a nivel de la sutura occipitomastoidea. En la parte superior de la sutura, el bisel externo se encuentra a nivel del occipital, mientras que en la parte baja, el bisel externo se encuentra sobre el temporal. Por ello en la primera fase para tratar la parte alta de la sutura, con una mano se hace tracción del temporal en dirección anterior para separar la sutura occipitomastoidea, mientras que con el martillo, se golpea sobre el occipucio a lo largo de la sutura. El martillo no provoca un desplazamiento, pero las ondas de choque van a estirar los ligamentos intersuturales. Para la parte baja, la mano libre toma contacto con el occipital, que va a arrastrar en dirección del suelo y con el martillo se golpea esta vez sobre la zona de la apófisis mastoides.

Esta técnica se puede aplicar en la mayoría de las suturas de la esfera posterior, como por ejemplo, la sutura lambdoidea, sagital, en la zona del asterion, etc. No está indicada para las suturas anteriores. Funciona particularmente bien para la sutura parietoescamosa.



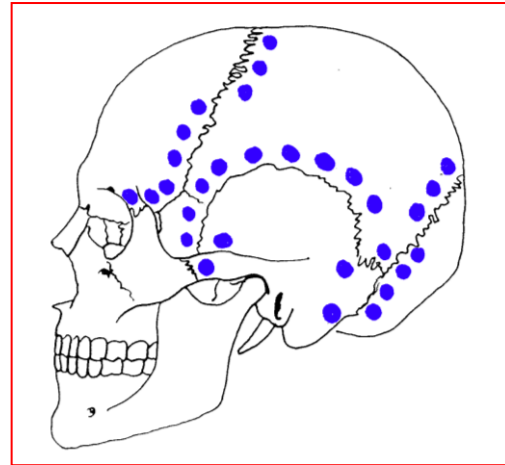
1.2 TÉCNICA DEL MARTILLO PARA LA SUTURA PARIETOESCAMOSA

Paciente: Decúbito lateral del lado sano

Terapeuta: Sentado a la cabecera del paciente.

Contactos: Con la mano anterior se establece un contacto con los dedos en el parietal, por encima de la sutura parietoescamosa, a lo largo de toda la sutura.

Técnica: El principio de la técnica del martillo, es golpear sobre el hueso de bisel externo a nivel de la sutura parietoescamosa. En la sutura parietoescamosa, el parietal es siempre bisel externo, por lo que golpearemos sobre él con el martillo. Se tracciona del parietal para separar la sutura, se percute sobre el parietal a lo largo de toda la sutura.



PRINCIPIOS DE LAS TÉCNICAS DEL THRUST Y ARTICULATORIAS

Son técnicas de stretching del tejido intersutural.

La meta es descomprimir el tejido conjuntivo intersutural, la vascularización intersutural, los nervios sensitivos y los mecanorreceptores intersuturales para suprimir el arco reflejo nociceptivo patogénico que mantiene la facilitación nerviosa.

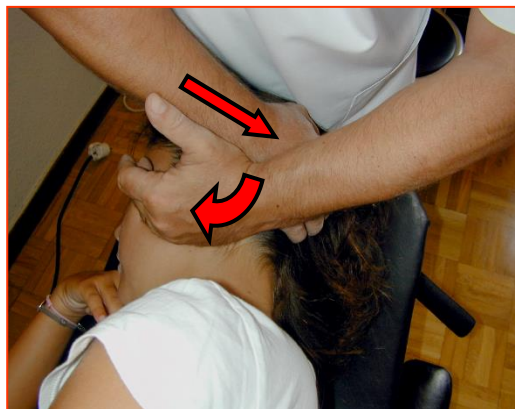
2. TÉCNICA ARTICULATORIA PARA LA SUTURA OCCIPITOMASTOIDEA

Metas: Liberar la sutura occipitomastoidea.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

Indicaciones: Disfunción de la sutura occipitomastoidea, vértigos, acúfenos, parálisis facial, cefalea occipital u occipito-temporal, restricción de movilidad del pivote C.E.M, tortícolis, cervicalgias, trastornos viscerales torácicos o abdominales.

Principios: Realizar una fuerza posterointerna sobre la escama occipital y una fuerza anteroinferior sobre porción mastoidea y apófisis mastoidea para decoaptar y articular la sutura occipitomastoidea.



3. TÉCNICA DE APERTURA DE LA SUTURA OCCIPITOMASTOIDEA CON ARCOS BOTANTES

Principios: Abrir el agujero rasgado posterior y descomprimir su contenido (vena yugular y los nervios IX-X-XI). Liberar la sutura occipitomastoidea (se debe liberar primero el espasmo de la musculatura occipito-temporal: trapecio, suboccipitales, esternocleidomastoideo...).

Indicaciones: Cefaleas occipital y ocular, vértigos, tortícolis, trastornos viscerales tóraco-abdominales, otitis, secuelas de fracturas de la base del cráneo.

Contraindicaciones: Fracturas de la fosa posterior o lateral, osteítis, hemorragias, tumores.

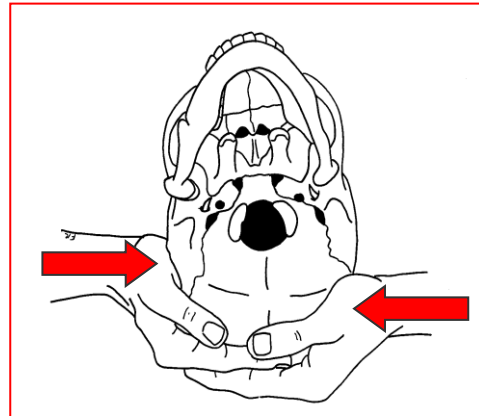
Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Finta doble a la cabeza del paciente.

Contactos: Para tratar la sutura occipitomastoidea derecha, la mano izquierda toma un contacto la eminencia tenar sobre la apófisis mastoidea del lado izquierdo. Del lado derecho, la mano derecha toma un contacto eminencia tenar pero sobre el occipital, detrás de la sutura occipitomastoidea. Los dedos están cruzados por debajo del occipital. El terapeuta coloca sus antebrazos perpendiculares a la cabeza y controlar con el tórax el frontal.

Técnica: Consiste en realizar una fuerza de presión con los flexores de dedos y después a trasladar el cuerpo y los codos hacia delante para realizar la fuerza de abertura. La fuerza, pasa a través de los arcos botantes posteriores del

cráneo y producen un efecto de abertura a nivel de la sutura occipitomastoidea del lado derecho.



4. TÉCNICA DE APERTURA DE LA SUTURA OCCIPITOMASTOIDEA CON ARCOS BOTANTES OBLICUOS

Principios: Abrir el agujero rasgado posterior y descomprimir su contenido (vena yugular y los nervios IX-X-XI). Liberar la sutura occipitomastoidea (se debe liberar primero el espasmo de la musculatura occipito-temporal: trapecio, suboccipitales, esternocleidomastoideo...).

Indicaciones: Cefaleas occipital y ocular, vértigos, tortícolis, trastornos viscerales tóraco-abdominales, otitis, secuelas de fracturas de la base del cráneo.

Contraindicaciones: Fracturas de la fosa posterior o lateral, osteítis, hemorragias, tumores.

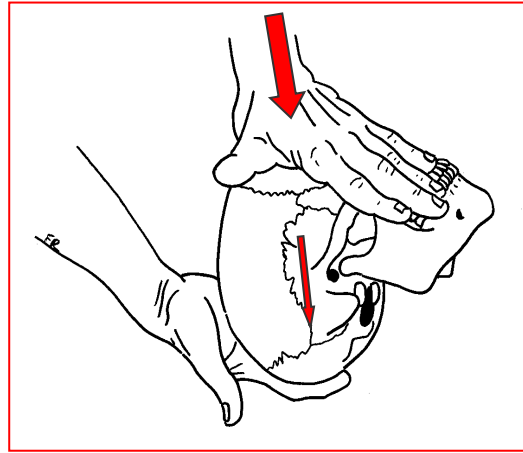
Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Finta adelante a la cabeza del paciente. Para la sutura occipitomastoidea izquierda, el paciente reposa con el brazo izquierdo en abducción, rotación externa, para recibir su cabeza y estabilizar el contacto.

Contactos: La mano izquierda del terapeuta toma un contacto con el índice y el dedo mayor, uno sobre el temporal y otro sobre el occipital. El conjunto reposa sobre la mano del paciente. La otra mano toma un contacto, talón de la mano, sobre la eminencia frontal contralateral.

Técnica: Consiste en realizar una fuerza en dirección del suelo que pasando a través de los arbotantes oblicuos del cráneo va a llegar a nivel de la sutura occipitomastoidea del lado izquierdo, lo que puede sentir el terapeuta cuando

se separan sus dedos. Se realiza este bombeo de las fibras óseas hasta conseguir más amplitud de separación.



5. TÉCNICA THRUST PARA LA SUTURA OCCIPITOMASTOIDEA

Metas: Liberar la sutura occipitomastoidea y el agujero rasgado posterior con su contenido.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

Indicaciones: Disfunción de la sutura occipitomastoidea, cefalea temporo-occipital, cervicalgias altas, secuelas de fractura de la fosa posterior craneal o del peñasco, trastornos de los nervios craneales IX-X-XI, vértigos, zumbidos, trastornos oclusales o de la ATM.

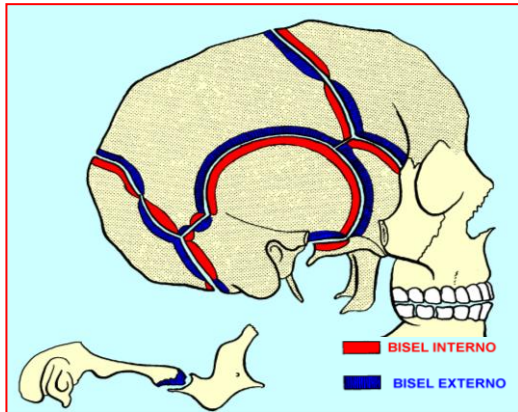
Paciente: Laterocúbito del lado sano.

Osteópata: Finta adelante a la cabecera del paciente. Con el abdomen vamos a estabilizar el vértex del paciente.

Contactos: La mano posterior toma un contacto contra el borde posterior de la apófisis mastoidea. La mano anterior un contacto pisiforme y borde cubital de la mano a lo largo del occipital. Se horizontalizan los antebrazos.

Técnica: Consiste en separar las dos manos y contraer los pectorales. El thrust se realiza primero con una reducción de slack en separación y segundo con la

contracción explosiva de los pectorales. Se realiza varias puestas en tensión modificando un poco la orientación de los antebrazos para liberar varias fibras. La segunda parte, consiste en liberar la apófisis yugular. Para ello, la mano temporal sigue con el mismo contacto pero en la orientación del antebrazo para el occipital se va a verticalizar.



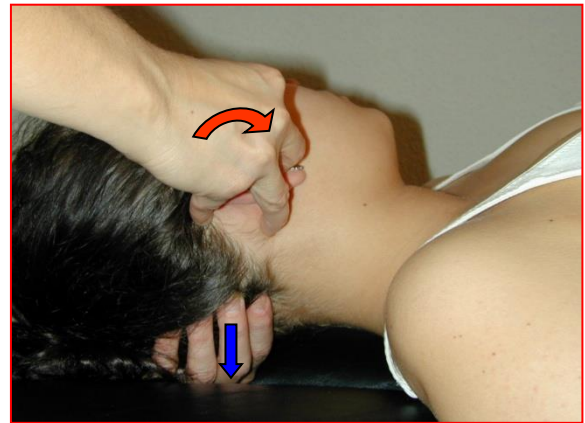
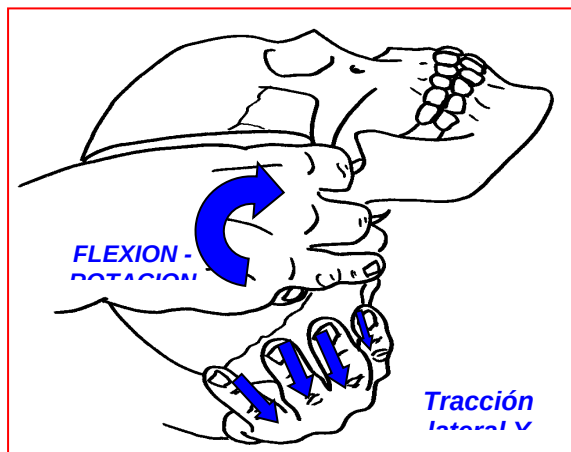
6. TÉCNICA DE SUTHERLAND PARA LA SUTURA OCCIPITOMASTOIDEA

Principios: Abrir el agujero rasgado posterior y descomprimir su contenido (vena yugular, nervios IX-X-XI). Liberar la sutura occipitomastoidea (se debe liberar primero el espasmo de la musculatura occipito-temporal: trapecio, suboccipitales, esternocleidomastoideo).

Utilizar una primera fase funcional de agravación de la disfunción, seguida de una fase estructural de corrección.

Indicaciones: Cefaleas occipital y ocular, vértigos, tortícolis, trastornos viscerales tóraco-abdominales, otitis, secuelas de fracturas de la base del cráneo y disfunciones occipitomastoideas.

Contraindicaciones: Fracturas de la fosa posterior o lateral, osteítis, hemorragias, tumores



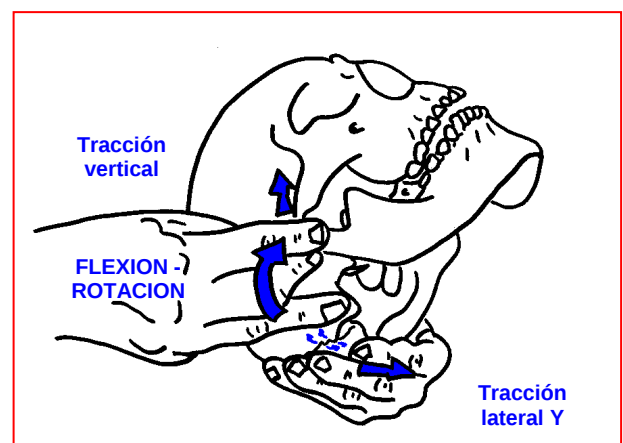
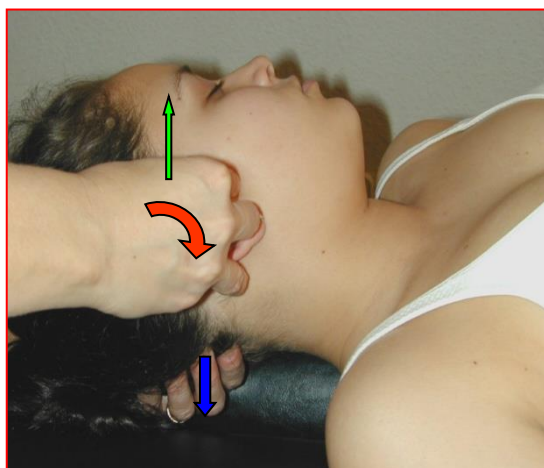
7. TÉCNICA DE SUTHERLAND PARA EL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

Principios: Abrir el agujero rasgado posterior y descomprimir su contenido (vena yugular, nervios IX-X-XI). Liberar la sutura petrobasiar (se debe liberar primero el espasmo de la musculatura occipito-temporal: trapecio, suboccipitales, esternocleidomastoideo).

Utilizar una primera fase funcional de agravación de la disfunción, seguida de una fase estructural de corrección.

Indicaciones: Cefaleas occipital y ocular, vértigos, tortícolis, trastornos viscerales tóraco-abdominales, otitis, secuelas de fracturas de la base del cráneo y disfunciones petrobasiar.

Contraindicaciones: Fracturas de la fosa posterior o lateral, osteítis, hemorragias, tumores



Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Sentado a la cabeza del paciente.

Contactos: La mano derecha toma un contacto por debajo del occipital, con los dedos llegando por detrás de la sutura occipitomastoidea. La otra mano, toma un contacto en cinco dedos con el temporal. Para realizar esta toma, primero se presenta el dedo medio frente al conducto auditivo externo, y se atornilla el dedo dentro del conducto; el pulgar reposará sobre la cara superior de la apófisis cigomática y el índice por debajo; el dedo anular sobre la apófisis mastoides y el meñique sobre el occipital.

Técnica: Consiste en dos fases: primera fase, se debe liberar la sutura occipitomastoidea. Para ello, la mano occipital, tracciona lateralmente el occipital hacia el lado derecho para abrir la sutura y hacia atrás para llevar el occipital a extensión. La mano izquierda, después, realiza un test de movilidad en rotación anterior y posterior. Primera fase, realiza una agravación de la lesión, en este caso, la extensión. Se mantiene esta posición de la agravación de lesión mientras que el paciente respira insistiendo sobre la fase espiratoria más flexión plantar de los tobillos. Se realiza esta fase funcional hasta conseguir la relajación de las membranas. A continuación, comienza la fase estructural que consiste, manteniendo la apertura de la sutura de la occipitomastoidea realizar una corrección de la lesión, en este caso, flexión del temporal y mantenerla, mientras que el paciente respira ampliamente insistiendo en la inspiración y realizando una flexión dorsal. Una vez liberada la sutura occipitomastoidea, se aborda la sutura petrobasilar. Para ello, manteniendo la abertura de la sutura occipitomastoidea, se levanta el temporal en dirección del techo y de nuevo realiza una equilibración de Sutherland. Primera fase funcional y cuando se note que se relajan los tejidos, se pasa a la fase estructural.

8. TÉCNICA ARTICULATORIA PARA LA SUTURA PARIETOMASTOIDEA

Metas: Liberar la sutura parietomastoidea.

Indicaciones: Disfunción de la sutura parietomastoidea, vértigos, acúfenos, parálisis facial, cefalea occipital o occipitotemporal, restricción de movilidad del pivote C.E.M, tortícolis, cervicalgias, trastornos viscerales torácicos o abdominales.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.



9. TÉCNICA ARTICULATORIA PARA LA SUTURA TEMPOROCIGOMÁTICA

Metas: Liberar la sutura temporocigomática.

Indicaciones: Espasmos del masetero y problemas oclusales, disfunción de la sutura temporocigomática, vértigos, acúfenos, parálisis facial.

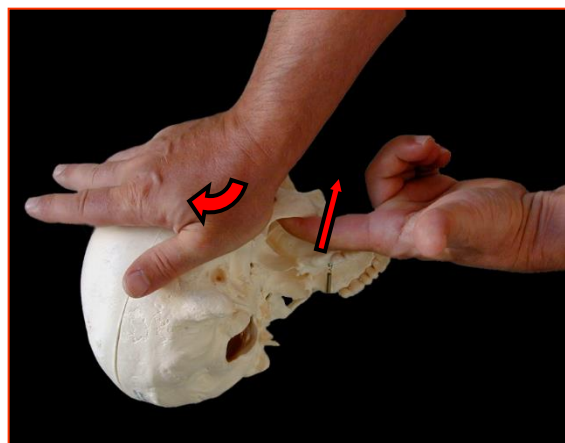
Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

Paciente: Decúbito, la cabeza girada de modo a presentar la disfunción hacia el techo.

Osteópata: De pie a la altura de los hombros del lado sano.

Contactos: La mano inferior toma contacto sobre la apófisis cigomática del temporal. La otra mano, con un guante, introduce el dedo índice por debajo de la cara interna del hueso malar.

Técnica: Con el dedo intrabucal se eleva el malar en dirección del techo y después con la mano temporal se realiza una técnica de estiramiento longitudinal en el eje de la apófisis cigomática para estirar las fibras intersuturales. Esta técnica se realiza hasta conseguir más elasticidad.



10. TÉCNICA ARTICULATORIA PARA LA SUTURA PARIETOESCAMOSA

Metas: Liberar la sutura parietoescamosa.

Indicaciones: Disfunción de la sutura parietoescamosa, cefalea temporo-parietal, secuelas de fractura de la fosa media o de la bóveda craneal, espasmo del temporal.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

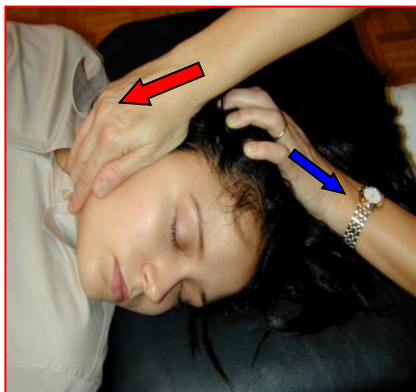
Principios: Decoaptar la sutura separando temporal de parietal y realizar un bombeo de las fibras densas.

Paciente: Decúbito supino, cabeza girada hacia el lado sano.

Osteópata: Sentado a la cabeza del paciente.

Contactos: La mano izquierda toma un contacto sobre la apófisis cigomática del temporal. La mano derecha toma un contacto a lo largo del parietal.

Técnica: Consiste en traccionar con la mano parietal en dirección cefálica, para abrir la sutura parietoescamosa, y a mantener esa tracción. La mano temporal realiza a partir del cuerpo del terapeuta movimientos de estiramiento en dirección caudal para estirar las fibras intersuturales. Se realiza la técnica hasta conseguir más amplitud de abertura.



11. TÉCNICA DE SUTHERLAND PARA LA SUTURA PARIETOESCAMOSA

Metas: Liberar la sutura parietoescamosa.

Indicaciones: Disfunción de la sutura parietoescamosa, cefalea temporo-parietal, secuelas de fractura de la fosa media o de la bóveda craneal, espasmo del temporal.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

Principios: Decoaptar la sutura y realizar una fase funcional, seguida de una fase estructural.

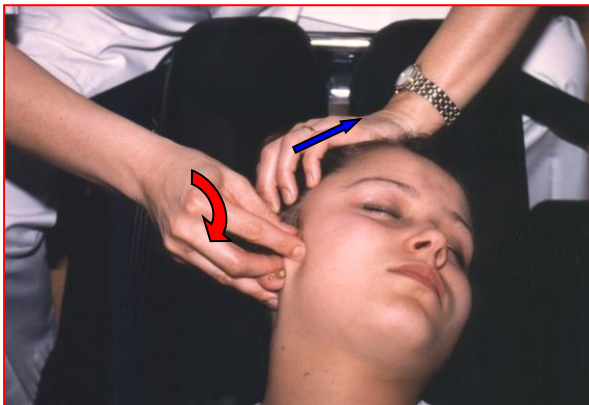
Paciente: Decúbito supino, cabeza ligeramente girada hacia la izquierda.

Osteópata: Sentado a la cabeza del paciente.

Contactos: La mano derecha toma el contacto clásico de 5 dedos para el temporal. Primero se atornillar el dedo medio al conducto auditivo, reposar pulgar sobre la apófisis cigomática, índice por debajo de la apófisis zigomática, el meñique reposa sobre el occipital y el dedo anular sobre la apófisis mastoidea. La mano izquierda reposa globalmente sobre el parietal.

Técnica: Consiste primero en traccionar cefálicamente sobre el parietal para abrir la sutura parietoescamosa. Después, primero se equilibra, de manera funcional, la flexión-extensión del temporal. En este caso es más fácil ir hacia la extensión-rotación posterior. Se mantiene esta posición mientras que el

paciente respira ampliamente, insistiendo sobre el tiempo espiratorio. Se mantiene la equilibración funcional, el Still-point, hasta notar que los tejidos empiezan a relajarse. Se pasa después a la fase estructural. Pidiendo al paciente, en este caso, inspiración forzada se lleva el temporal en posición de flexión contra la barrera, mientras que la mano parietal, sigue traccionando. Se mantiene esta posición de corrección mientras que el paciente respira ampliamente. Si se necesita más fuerza es posible durante la espiración pedir una flexión plantar del pie homolateral y una flexión dorsal del tobillo homolateral durante la inspiración.

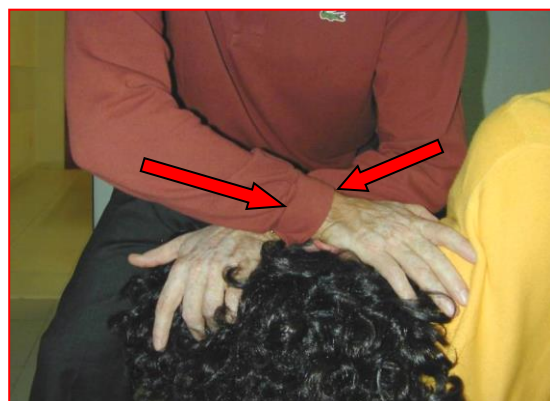
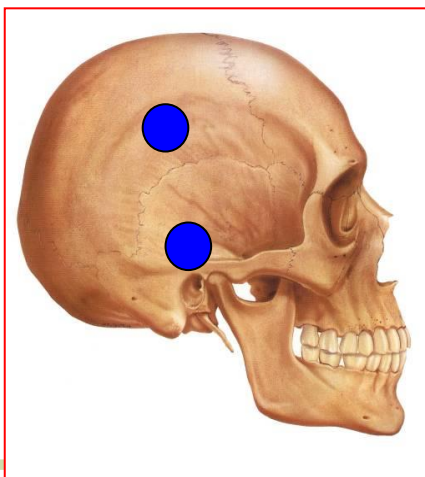


12. TÉCNICA DE THRUST PARA LA SUTURA PARIETOESCAMOSA

Metas: Liberar la sutura parietoescamosa.

Indicaciones: Disfunción de la sutura parietoescamosa, cefalea temporo-parietal, secuelas de fractura de la bóveda craneal o del peñasco, espasmo del haz medio del músculo temporal.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media (peñasco) o posterior, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.



Paciente: En laterocúbito, del lado sano.

Osteópata: Finta adelante a la altura de la cabeza perpendicularmente al eje del cuerpo.

Contactos: La mano superior, va a tomar un contacto pisiforme sobre la apófisis zigomática del temporal. La mano inferior va a tomar un contacto global con todo el talón de la mano sobre el parietal.

Técnica: Se horizontalizan los antebrazos y el thrust se realiza primero realizando una fuerza de separación y después una contracción de los pectorales. El thrust se realiza 2 ó 3 veces, cambiando a cada vez, la orientación de los antebrazos para conseguir estirar varias fibras.

13. TÉCNICA DE SUTHERLAND PARA LA SUTURA ESFENOESCAMOSA Y ESFENOPETROSA

Metas: Liberar la sutura esfenopetrosa o esfenoescamosa.

Indicaciones: Disfunción de la sutura esfenoescamosa y esfenopetrosa, cefalea temporo-parietal, secuelas de fractura de la fosa media, espasmo del temporal.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la bóveda craneal o de la fosa media (peñasco), hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

Principios: Sin decoaptación del temporal, se trabaja la sutura esfenoescamosa, con decoaptación posterior se trabaja de la sutura esfenopetrosa.

Paciente: Decúbito supino. Para una lesión derecha:

Osteópata: Sentado del lado sano a la altura de la cabeza del paciente.

Contactos: La mano superior toma contacto con la toma clásica a 5 dedos sobre el temporal del lado izquierdo. La mano inferior (mano esfenoidal) va a contactar con el dedo meñique intrabucal, en contacto con la apófisis pterigoides, el dedo índice y mayor, sobre el ala mayor del esfenoides del lado derecho, y el dedo pulgar, sobre el pilar externo del frontal izquierdo.

Técnica: 1º tiempo: Traccionar del frontal en dirección del techo.

2º tiempo: Se equilibran de forma funcional las articulaciones esfeno-temporales:

Testamos el ala mayor mayor en flexo-extensión y mantenemos el esfenoides en el sentido de la facilidad.

En este caso levantando el ala mayor en lesión de extensión.

Testamos el temporal en flexo-extensión y lo mantenemos en el sentido de la facilidad, es decir en el sentido de la lesión. En este caso en flexión.

3º TIEMPO:

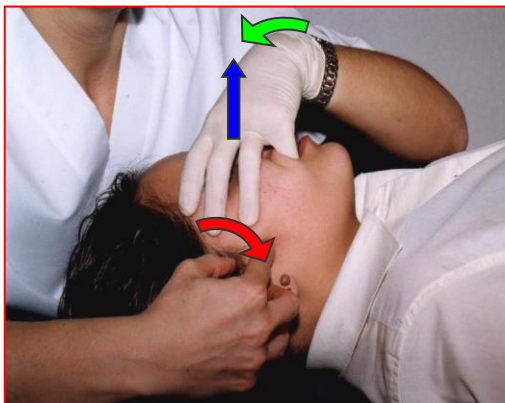
Se mantiene el ala esfenoidal en extensión y el temporal en flexión mientras el paciente respira ampliamente insistiendo sobre el tiempo inspiratorio.

Cuando notamos que se relajan los tejidos vamos a invertir los parámetros, pasando a la fase estructural donde mantendremos la tracción cefálica sobre el frontal.

En este tiempo vamos a empujar con el meñique la apófisis pterigoides en dirección del suelo (flexión de la pterigoides) mientras los dedos colocados en el ala mayor la descenden hacia los pies (flexión del ala mayor).

Colocamos el temporal en posición de extensión y mantenemos la corrección mientras el paciente respira ampliamente insistiendo sobre el tiempo espiratorio.

Durante el desarrollo de la técnica podemos ayudarnos de las membranas pidiendo flexión dorsal de tobillo en el tiempo inspiratorio y flexión plantar en el tiempo espiratorio.



14. TÉCNICA DE FUNCIONAL INDIRECTA PARA LA SUTURA ESFENOPETROSA

Metas: Liberar la sutura esfenopetrosa.

Indicaciones: Disfunción de la sutura esfenopetrosa, problemas oclusales, vértigos, acúfenos, parálisis facial.

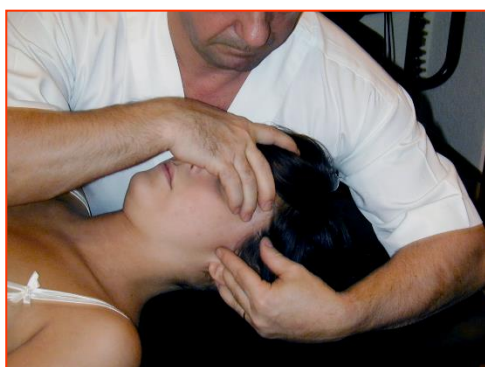
Contraindicaciones: Fractura reciente de la bóveda craneal o de la fosa media (peñasco), hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor.

Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Sentado a la altura de la cabeza del lado sano.

Contactos: La mano superior toma un contacto a cinco dedos sobre el temporal izquierdo. La mano inferior está colocada sobre el frontal de modo que el dedo índice repose sobre la sutura metópica, el dedo corazón y anular reposan sobre el ala mayor del esferoide del lado izquierdo; el dedo pulgar toma el mismo contacto pero en el lado derecho.

Técnica: Se testa la rotación del temporal buscando la dirección de la extensión, se fija la posición del temporal, se pide al paciente que respire ampliamente: durante la inspiración profunda se baja la ala mayor del esferoides hacia los pies para provocar la flexión mientras que en la espiración se levanta el ala mayor y se empuja el índice en dirección de los pies. Esta técnica se realiza hasta conseguir más movilidad.



15. TÉCNICA ARTICULATORIA SUTURA ESFENOPETROSA IZQUIERDA

Paciente: Decúbito supino

Terapeuta: Sentado del lado sano a la altura de la cabeza del paciente

Contactos: Mano inferior (mano esfenoidal) va a reposa sobre el frontal con el índice en la sutura metópica, el dedo mayor sobre el ala mayor del esfenoides de un lado y el pulgar sobre el ala mayor del esfenoides del otro lado. La mano superior toma contacto con la toma clásica a 5 dedos sobre el temporal del lado izquierdo.

Técnica: consiste primero, por ejemplo, en colocar el esfenoides en posición de extensión, para eso vamos a empujar con el índice en dirección caudal, manteniendo esta posición vamos a levantar las alas mayores del esfenoides. La mano del temporal va a articular en flexión-extensión hasta conseguir más elasticidad a nivel de los tejidos intersuturales para aumentar la eficacia de la técnica podemos arrastrar el temporal en dirección del suelo y articular de la misma manera para así, tener un efecto más profundo a nivel de la sutura esfenopetrosa.

16. TÉCNICA DE BOMBEO DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO

Metas: Drenar la trompa de Eustaquio.

Indicación: Otitis, vértigos.

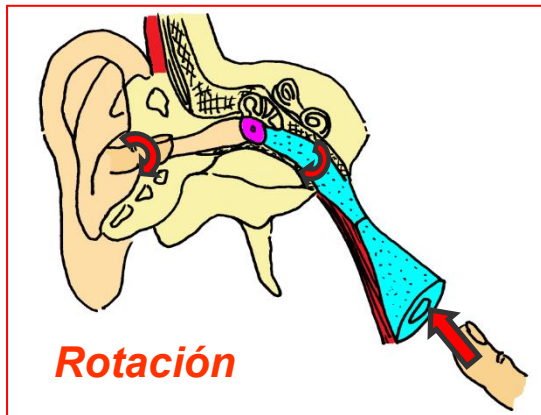
Principios: Realizar un bombeo de la trompa de Eustaquio entre temporal y faringe.

Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Sentado lateralmente al paciente, del lado sano.

Contactos: Para la trompa de eustaquio derecha, la mano derecha primero atornilla el dedo mayor en el conducto auditivo externo y controla a cinco dedos el temporal. Se le pide al paciente que abra la boca, y se introduce el dedo mayor en la boca hasta llegar a contactar con la zona de la trompa de eustaquio.

Técnica: Consiste en realizar un bombeo hacia dentro con el dedo intrabucal, mientras que la mano del temporal moviliza en flexión-extensión el temporal, insistiendo sobre el desplazamiento del peñasco, se realiza este bombeo temporal en posición de extensión y en posición de flexión. La técnica se termina cuando se vacía la trompa de eustaquio o cuando notamos que el paciente empieza a deglutir.



17. TÉCNICA DE ESTIRAMIENTO DE LAS MEMBRANAS INTRACRANEALES

Metas: Estirar las membranas intracraneales y drenar los senos venosos intracraneales.

Indicaciones: Torsión de las membranas intracraneal, éstasis de los senos venosos, cefaleas, migraña.

Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Sentado a la cabecera del paciente

Contactos: La mano inferior toma contacto en la zona occipital de modo que el dedo índice y corazón estén alineados a lo largo del raquis cervical, en el eje de la hoz del cerebelo, el pulgar en dirección de la oreja de un lado y el meñique en dirección a la oreja opuesta a nivel de la tienda del cerebelo.

La mano superior toma contacto por el conjunto de la primera comisura a lo largo de la sutura sagital. El pecho del osteópata reposa sobre la mano craneal.

Técnica: Se realiza una presión oblicua de derecha a izquierda que tiende a estirar la hoz del cerebelo del lado izquierdo; el efecto de bombeo provoca la aspiración de la sangre venosa en dirección de la circulación general.



18. TÉCNICA PARA TEMPORAL INTRAÓSEO

Indicaciones: Escoliosis craneal, trastornos de la oclusión dental y de la deglución, disfunciones del VII - nervio facial y del VIII – porción laberíntica, parálisis facial a frigore, síndrome cráneo-mandibular, vértigos, otitis de repetición.

Contraindicaciones: Fractura reciente de la fosa media y del peñasco, hemorragia, aneurisma, osteítis, tumor

Paciente: Decúbito supino, la cabeza girada de modo que presente hacia arriba el lado de la lesión.

Osteópata: Sentado a la cabecera del paciente

Contactos: La mano posterior toma un contacto en la zona de la apófisis mastoides lo más cerca posible del conducto auditivo externo; esta mano tiene como meta controlar la parte petrosa del temporal. La mano anterior toma un contacto similar adelante de la oreja a nivel de la escama del temporal.

Técnica: Primero se realiza una presión hacia abajo para suprimir la elasticidad de la piel y después juntando los codos se realiza una fuerza que va a obligar

el peñasco del temporal a girar en una dirección mientras que la escama gira en la otra.



19. TÉCNICA DE EQUILIBRACIÓN DE LA TIENDA DEL CEREBELO: “EAR PULL”

Metas: Equilibrar la torsión de la tienda del cerebelo después de haber corregido las suturas del temporal.

Indicaciones: Desequilibrio de la tienda del cerebelo y los posibles síntomas relacionados.

Contraindicaciones: Fracturas de la fosa posterior o lateral recientes, osteítis, hemorragias, tumores.

Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Sentado a la cabeza del paciente.

Contactos: Las dos manos toman contacto cada una de un lado. Se colocan los dedos por detrás del pabellón de la oreja, y los pulgares, reposa en la concha de la oreja tomando un contacto sobre la zona cartilaginosa central del antehelix.

Técnica: Consiste en traccionar ligeramente las orejas del paciente en dirección del suelo y hacia fuera. Se mantiene esta tracción que se va a comunicar a los temporales y se pide al paciente que respire ampliamente. Se mantiene la tracción hasta que se equilibren la tienda del cerebelo y los temporales.



LIBRO DE REFERENCIA:

François Ricard. Tratado de osteopatía craneal. Articulación temporomandibular. 3ªedición. Editorial Medos 2014.

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