

PRAXIS DE LA OSTEOPATÍA CRANEOSACRA

Por
Torsten Liem

Revisión y adaptación de la versión española
Alberto Panizo



Índice

A modo de introducción	XIII
Citas	XVII
Agradecimientos	XIX
Prefacio	XXI
Introducción	XXIII

1 Sincondrosis (sinostosis) esfenobasilar (SEB)

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones osteopáticas de la SEB	1
Disfunción ósea	1
Disfunción muscular	4
Disfunción de los ligamentos	6
Disfunción de las fascias	6
Disfunción de las membranas durales intracraneales y extracraneales	7
Trastornos de los nervios y de los órganos del encéfalo	7
Trastornos vasculares	9
Trastornos endocrinos	10
Hueso occipital	11
Inspección	11
Palpación	11
Tratamiento del hueso occipital	15
Decoaptación bilateral de la articulación atlantooccipital y descompresión de la porción condílea	15
Decoaptación bilateral de la articulación atlantooccipital	16
Técnica de Sutherland	18
Decoaptación unilateral de la articulación atlantooccipital	19
Decoaptación unilateral de la articulación atlantooccipital mediante la técnica de separación en V [V-spread]	20
Técnica de base del cráneo-occipucio-agujero magno en niños de corta edad	21
Técnica de platibasia	22
Técnica de la escama del occipital	23
Compresión del cuarto ventrículo (CV-4)	25
Dilatación del cuarto ventrículo (DV-4) según Jim Jealous	28
Diagnóstico de la sincondrosis esfenobasilar	29
Tratamiento de la sincondrosis esfenobasilar	30
SEB	30
Sujeción de la bóveda craneana	30

Flexión	31
Extensión	31
Torsión a la derecha	32
Torsión a la izquierda	32
Flexión lateral-rotación a la derecha	33
Flexión lateral-rotación a la izquierda	33
"Strain vertical" superior	34
"Strain vertical" inferior	34
"Strain lateral" hacia la derecha	35
"Strain lateral" hacia la izquierda	35
Compresión de la SEB	36

Hueso esfenoides	37
Diagnóstico	37
Inspección	37
Palpación	37
Tratamiento del esfenoides	40
Disfunciones intraóseas	40
Compresión del tercer ventrículo (CV-3) según Jim Jealous	44
Técnica de la cintura dural anterior de Jealous	45
Bibliografía	46

2 Hueso etmoides

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones osteopáticas del etmoides	47
Disfunción ósea	47
Disfunción de la hoz del cerebro	47
Trastornos de los nervios y órganos del encéfalo	47
Trastornos vasculares	47
Origen de las disfunciones del etmoides	48
Diagnóstico	49
Anamnesis	49
Palpación del ritmo del MRP	49
Prueba de movilidad	51
Tratamiento del etmoides	51
Disfunciones intraóseas	51
Descompresión de la base del cráneo	52
Técnica de separación en V [V-spread] del etmoides	52
Disfunciones de la flexión y extensión del etmoides	53
Disfunción de la flexión del etmoides	53
Disfunción de la extensión del etmoides	54
Disfunción de las rotaciones externa e interna del etmoides	56
Pruebas	56

Disfunción de la rotación del frontal, particularmente la disfunción hacia la rotación interna	57
Disfunción de la rotación del maxilar superior	59
Técnica para la lámina cribosa.....	61
Lámina cribosa	61
Técnica alternativa para la lámina cribosa	61
Lámina cribosa unilateral, p. ej. a la derecha ..	62
Lámina perpendicular	63
Masa lateral	63
Masas laterales (laberinto del etmoides).....	63
Masa lateral unilateral, p. ej. a la derecha	66
Drenaje del seno etmoidal	67
Técnica de bombeo del etmoides	67
Técnica alternativa de bombeo del etmoides (movimiento fisiológico opuesto).....	69
Otras técnicas para el seno etmoidal	70
Drenaje unilateral del seno etmoidal, p. ej. a la derecha	71
Técnica de autoayuda para el drenaje del seno etmoidal	72

3 Vómer

Origen de las disfunciones del vómer	73
Diagnóstico.....	73
Anamnesis.....	73
Inspección y palpación de la posición.....	73
Palpación	74
Palpación del ritmo del MRP	74
Prueba de movilidad	76
Otras pruebas posibles	76
Tratamiento del vómer	77
Disfunciones de la flexión y extensión del vómer ..	77
Disfunción de la flexión del vómer	77
Disfunción de la extensión del vómer	78
Disfunción de la torsión del vómer, p. ej. a la derecha	79
Desplazamiento lateral del vómer, p. ej. a la derecha	80
Disfunciones suturales.....	81
Sutura esfenovomeriana	81
Sutura vomeromaxilar en la disfunción de la rotación interna del maxilar superior	81
Descompresión del vómer.....	82
Técnica de bombeo del vómer	82
Bibliografía	84

4 Hueso temporal

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones osteopáticas del temporal	85
Disfunciones óseas (incluidas las suturas y otras articulaciones).....	85
Disfunción muscular	87
Disfunción de los ligamentos	87

Disfunción de las fascias.....	88
Disfunción de la tienda del cerebelo	88
Trastornos de los nervios y de los órganos del encéfalo	88
Trastornos vasculares.....	90
Trastornos de los conductos endolinfáticos	91
Origen de las disfunciones del temporal.....	91
Diagnóstico.....	92
Anamnesis.....	92
Inspección	92
Palpación	92
Palpación de la posición	92
Palpación del ritmo del MRP	93
Prueba de movilidad	96
Prueba de las rotaciones anterior y posterior ..	98
Tratamiento del hueso temporal	99
Disfunciones intraóseas.....	99
Porción petromastoidea / porción timpánica, p. ej. lado derecho	99
Porción petromastoidea / escama, p. ej. lado derecho	100
Escama / porción timpánica, p. ej. lado derecho	102
Moldeado (molding).....	103
Disfunción de las rotaciones externa e interna ...	104
Disfunción de las rotaciones externa e interna, unilateral	104
Disfunción de las rotaciones externa e interna, bilateral	108
Disfunción de las rotaciones anterior y posterior	110
Disfunción de las rotaciones anterior y posterior, unilateral	110
Disfunción de las rotaciones anterior y posterior, bilateral	112
Disfunciones suturales.....	114
Sutura petrobasiar (sincondrosis petrooccipital)	114
Sutura petroyugular	114
Sutura occipitomastoidea, por ejemplo derecha	119
Sutura parietomastoidea	124
Sutura escamosa	126
Sutura esfenoescamosa.....	128
Técnica del pivote esfenoescamoso, enganche del bisel ("cant hook").....	128
Sincondrosis esfenopetrosa	130
Sutura temporocigomática	132
Técnica para los huesecillos del oído	134
Técnica de tracción de la oreja de J. E. Upledger	135
Técnica del "pie de gato" [pussy-foot] de H. I. Magoun.....	136
Técnica de reanimación, técnica del "padre Tom" de W. G. Sutherland.....	138
Bibliografía	139

5 Hueso frontal

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones del frontal	140
Disfunciones óseas	140
Disfunciones musculares	140
Disfunción de las fascias	140
Disfunción de la hoz del cerebro	141
Trastornos de los nervios y órganos del encéfalo	141
Trastornos vasculares	141
Origen de las disfunciones del hueso frontal	142
Exploración	142
Anamnesis	142
Inspección	142
Palpación de la posición	143
Palpación del ritmo del MRP	143
Prueba de movilidad	146
Tratamiento del frontal	147
Disfunción intraósea	147
Moldeado (molding)	147
Separación de la sutura metópica	147
Disfunción de las rotaciones externa e interna	150
Disfunción de la rotación externa	150
Disfunción de la rotación interna	152
Técnica de elevación del frontal	152
Sutura esfenofrontal	156
Técnica del enganche del bisel	156
Técnica alternativa con sujeción de la bóveda craneana	159
Sutura coronal (izquierda)	160
Sutura frontomaxilar, "enganche del bisel"	162
Técnica del "enganche del bisel"	162
Sutura frontocigomática	164
Técnica del "enganche del bisel"	164
Sutura frontoetmoidal	166
Sutura frontonasal	166
Sutura frontolagrimal	167
Bibliografía	167

6 Hueso parietal

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones del parietal	168
Disfunción ósea	168
Disfunción muscular	169
Disfunción de las fascias	169
Disfunción de la hoz del cerebro y de la tienda del cerebelo	169
Trastornos de los nervios y de los órganos del encéfalo	169
Origen de las disfunciones en el parietal	170
Exploración	170
Anamnesis	170
Inspección	170
Palpación de la posición	171
Palpación del ritmo del MRP	171

Prueba de movilidad	173
Tratamiento del parietal	174
Disfunción intraósea	174
Moldeado (molding)	174
Disfunción de las rotaciones interna y externa	175
Disfunción de la rotación externa, técnica de separación del parietal	175
Disfunción de la rotación interna	177
Técnica de separación del parietal, alternativa	178
Técnica especial para el seno longitudinal superior	178
Técnica de elevación del parietal	179
Sutura esfenoparietal, "enganche del bisel"	181
Técnica alternativa	183
Sutura lambdoidea (izquierda)	184
Sutura sagital	185
Bregma	186
Lambda	187
Pterión	189
Asterión	190
Bibliografía	190

7 Maxilar superior

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones del maxilar superior	191
Disfunción ósea	191
Disfunción muscular	192
Trastornos de los nervios	192
Trastornos vasculares	192
Trastornos del ojo	193
Origen de las disfunciones del maxilar superior	193
Diagnóstico	194
Anamnesis	194
Inspección	194
Palpación de la posición	194
Palpación del ritmo del MRP	195
Prueba de movilidad	199
Tratamiento del maxilar superior	200
Disfunción de la rotación del maxilar superior	200
Técnica de elevación y separación del maxilar superior	200
Técnica alternativa en caso de disfunción de la rotación interna del maxilar superior	201
Disfunción de las rotaciones externa e interna	202
Disfunción de la rotación externa, bilateral: técnica directa	202
Disfunción de la rotación interna, bilateral, técnica directa	203
Disfunción de la rotación externa, bilateral: técnica indirecta	204
Disfunción de la rotación interna, bilateral: técnica indirecta	204
Disfunción de la rotación externa, unilateral: técnica directa	205

Disfunción global de la rotación en torno a un eje vertical.....	206
Strain lateral global.....	207
Descompresión del complejo del maxilar superior.....	208
Descompresión I del complejo del maxilar superior.....	209
Sutura palatina transversa.....	210
Sutura palatomaxilar.....	212
Sutura frontomaxilar.....	214
Sutura incisiva.....	216
Sutura cigomaticomaxilar.....	217
Sutura palatina media.....	218

8 Hueso palatino

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones del palatino.....	220
Disfunción ósea.....	220
Disfunción muscular.....	220
Trastornos de los nervios.....	221
Trastornos vasculares.....	221
Origen de las disfunciones del palatino.....	222
Diagnóstico.....	222
Anamnesis.....	222
Inspección.....	222
Palpación de la posición.....	222
Palpación del ritmo del MRP.....	222
Prueba de movilidad.....	225
Tratamiento del palatino.....	226
Movilización general del palatino.....	226
Sutura esfenopalatina.....	228
Sutura palatina media.....	230

9 Hueso cigomático

Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones del cigomático.....	231
Disfunción ósea.....	231
Disfunción muscular.....	231
Disfunción fascial.....	231
Origen de las disfunciones del cigomático.....	232
Diagnóstico.....	232
Inspección.....	232
Anamnesis.....	232
Palpación de la posición.....	232
Palpación del ritmo del MRP.....	233
Prueba de movilidad.....	238
Tratamiento del cigomático.....	238
Disfunción de la rotación.....	238
Descompresión del cigomático.....	241
Sutura esfenocigomática.....	242
Posición alternativa de las manos.....	243
Sutura temporocigomática.....	244

10 Hueso nasal – Hueso lagrimal – Cornete nasal inferior

Hueso nasal	245
Origen de las disfunciones del hueso nasal.....	245
Diagnóstico.....	245
Anamnesis.....	245
Inspección y palpación de la posición.....	245
Palpación del ritmo del MRP.....	245
Prueba de movilidad.....	247
Tratamiento del hueso nasal.....	247
Técnica global del hueso nasal.....	247
Sutura frontonasal.....	248
Sutura internasal.....	250
Hueso lagrimal	251
Origen de las disfunciones del hueso lagrimal.....	251
Diagnóstico.....	251
Anamnesis.....	251
Palpación del ritmo del MRP.....	251
Prueba de movilidad.....	253
Tratamiento del hueso lagrimal.....	253
Técnica global del hueso lagrimal.....	253
Sutura frontolagrimal.....	254
Cornete nasal inferior	254
Origen de las disfunciones del cornete nasal inferior.....	254
Anamnesis.....	254
Tratamiento del cornete nasal inferior.....	254

11 Mandíbula y articulación temporomandibular

Anatomía de la art. temporomandibular (ATM).....	255
Cóndilo de la mandíbula.....	257
Fosa mandibular y tubérculo articular.....	258
Disco articular.....	259
Cápsula articular.....	261
Ligamentos.....	262
Músculos.....	264
Fascias.....	270
Inervación de la articulación temporomandibular.....	271
Mecanoceptores.....	273
Vasos sanguíneos.....	274
Unión con otras estructuras.....	275
Solicitud biomecánica de la articulación temporomandibular.....	277
Biomecánica de la mandíbula.....	276
Apertura y cierre de la boca.....	278
Apertura de la boca.....	279
Cierre de la boca.....	280
Protrusión y retrusión.....	281
Protrusión.....	281
Retrusión.....	281
Laterotrusión.....	282
Regulación del acto de la masticación.....	283
La mandíbula como metamorfosis de la extremidad inferior.....	283

Influjos filogenéticos y ontogenéticos sobre el desarrollo de la mandíbula	284
Filogénesis	284
Embriología de la mandíbula	285
Disfunción craneomandibular (DCM)	290
La articulación temporomandibular y la postura corporal	291
Influjo de la disfunción craneomandibular sobre la estática corporal	301
Signos estáticos de una disfunción craneomandibular	303
Prueba de las verticales según Barre	304
Signos dinámicos de una disfunción craneomandibular	305
Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones craneomandibulares	308
Disfunciones ósea y discal	308
Disfunción muscular	321
Disfunción ligamentaria	329
Disfunción fascial	329
Disfunción de la duramadre	330
Trastornos de los nervios	330
Trastornos vasculares	332
Trastornos de las glándulas salivales	332
Trastornos de las glándulas endocrinas	332
Factores psíquicos, estrés	333
Origen de disfunciones craneomandibulares	334
Diagnóstico	337
Anamnesis	337
Inspección	340
Palpación	343
Prueba de posición de la ATM	343
Diagnóstico diferencial del dolor por presión en la ATM	343
Palpación del ritmo del MRP en la mandíbula	344
Palpación del ritmo del MRP y de la movilidad del hueso temporal, de la SEB, de la articulación del occipital, del atlas, del axis y de la unión occipital / sacro	346
Apertura pasiva de la boca con compresión craneal en la ATM según Sebald y Kopp	349
Prueba de movilidad para el tejido retrodiscal de Langendoen-Sertel y Hamouda	350
Prueba muscular isométrica de Sebald y Kopp, citando a Winkel	357
Tratamiento de la ATM	365
Método del tratamiento	365
Tratamiento de los músculos de la masticación	366
Contracción muscular isométrica	371
Tratamiento de los cóndilos	373
Tratamiento de los ligamentos de la mandíbula	388
Ligamento esfenomandibular según Viola Frymann	388
Ligamento estilomandibular según Viola Frymann	389

Técnicas de autoayuda	390
Descompresión de la ATM	390
Relajación de los músculos masticadores	391
Mejora de los movimientos de protrusión y laterotrusión	393
Contracción muscular isométrica	394
Bibliografía	395

12 Estructuras orofaciales, ganglio pterigopalatino y faringe

Cavidad bucal	406
Inervación de las glándulas salivales	407
Ganglio ótico: inervación secretora de la glándula parótida	408
Ganglio submandibular	409
Ritmo del MRP	409
Dientes	410
Esquema de los dientes del adulto	410
Denominación de la situación	410
Estructura del diente	410
Dentina	410
Esmalte	410
Cemento	410
Otros componentes del diente	410
Aparato de sustentación del diente	411
Nervios y vasos sanguíneos	413
Influjo muscular sobre el desarrollo de los dientes	414
Lengua	415
Uniones de la lengua	415
Músculos de la lengua	416
Nervios	417
Vasos sanguíneos	418
Origen de las disfunciones de las estructuras orofaciales	419
Lengua	420
Dientes	423
Tratamiento de la estructura orofacial	424
Método del tratamiento de las estructuras orofaciales	424
Prueba de los dientes	424
Tratamiento de los dientes	425
Tratamiento del suelo de la lengua	426
Palpación	426
Técnica para los músculos suprahioides	426
Técnica para el músculo omohioideo	429
Técnica para el hueso hioides	430
Vértabras cervicales y proceso de la deglución	432
Tratamiento de la lengua	433
Ganglio pterigopalatino	435
Fosa pterigopalatina	435
Ganglio pterigopalatino	436
Origen de las disfunciones del ganglio pterigopalatino	437
Tratamiento del ganglio pterigopalatino	438
Faringe	440

Espacio nasofaríngeo (porción nasal de la faringe).....	441
Espacio bucofaríngeo (porción bucal de la faringe).....	442
Espacio inferior de la faringe (porción laríngea de la faringe).....	442
Constitución de la pared faríngea.....	442
Músculos	443
Nervios de la faringe.....	446
Vasos sanguíneos	447
Proceso de la deglución	447
Anillo linfático de la faringe (Waldeyer).....	448
Amígdala palatina, doble.....	448
Amígdala lingual, única.....	449
Amígdala faríngea, única.....	449
Amígdala tubárica, doble.....	449
Tratamiento de la faringe	450
Método del tratamiento de las estructuras faríngeas y de la angina	450
Tratamiento local de las amígdalas	451
Técnicas de autoayuda.....	454
Bibliografía	456

13 Fosas nasales y senos paranasales

Fosas nasales (<i>cavum nasi</i>)	457
Morfología de la nariz, senos paranasales y hueso etmoides	457
Origen de las fosas nasales.....	458
Constitución de la nariz externa.....	459
Constitución de las fosas nasales.....	460
Función de las fosas nasales	461
Paredes de las fosas nasales	461
Orificios de las fosas nasales.....	462
Estructuras vecinas	463
Mucosa de la nariz.....	463
Senos paranasales	464
Origen de los senos paranasales	464
Función de los senos paranasales.....	465
Seno maxilar	465
Seno frontal.....	466
Celdillas del etmoides.....	467
Seno esfenoidal.....	468
Estructuras vecinas	468
Inervación de la mucosa nasal y de la nariz externa.....	469
Vasos sanguíneos	471
Drenaje linfático	471
Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones de las fosas nasales/senos paranasales.....	472
Disfunción ósea.....	472
Disfunción muscular	473
Trastornos de los nervios	474
Trastornos vasculares.....	475
Origen de las disfunciones de las fosas nasales	

y los senos paranasales	475
Diagnóstico.....	476
Anamnesis.....	476
Inspección	477
Examen del movimiento de las fosas nasales/senos paranasales	477
Tratamiento de las fosas nasales	481
Método del tratamiento.....	481
Inhibición del ganglio cervical superior	483
Técnica de bombeo venoso en la clavícula.....	484
Plexo venoso pterigoideo.....	485
Tratamiento de la arteria carótida externa	486
Masaje endonasal de Röder.....	487
Drenaje del seno frontal.....	489
Drenaje del seno maxilar.....	490
Drenaje unilateral del seno etmoidal, p. ej. en el lado derecho.....	491
Técnica de autoayuda para el drenaje del seno etmoidal	492
Drenaje de las alas de la nariz.....	493
Técnica para el esternocleidomastoideo de F. Buset	494
Bibliografía	494

14 El ojo

Órbita	495
Paredes	495
Orificios.....	496
Estructuras vecinas	497
Estructuras viscerales	497
Desarrollo del ojo	497
Globo ocular	502
Túnica fibrosa externa (del globo ocular).....	503
Túnica vascularizada media (del globo ocular).....	503
Túnica interna sensorial (del globo ocular)	506
Cristalino.....	509
Cámara anterior.....	509
Cuerpo vítreo.....	509
Aparato motor del ojo	510
Fascias de la órbita	513
Mecanismos de protección del ojo	514
Aparato lagrimal	514
Párpados.....	514
Conjuntiva	514
Riego sanguíneo.....	515
Otras estructuras	516
Ganglio ciliar	516
Vías visuales.....	517
Nervio óptico.....	517
Envoltura del nervio óptico.....	518
Quiasma óptico.....	519
Tracto óptico	520
Radiación óptica	520
Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones en la órbita.....	520

Disfunción ósea.....	520
Disfunción muscular	522
Disfunción de las membranas durales intracraneanas	523
Trastornos de los nervios	524
Trastornos vasculares.....	525
Factores psíquicos	525
Origen de disfunciones orbitarias	526
Diagnóstico.....	526
Examen de movimiento del globo ocular	526
Examen de las pupilas	530
Examen de la presión intraocular	530
Palpación	531
Tratamiento	535
Tratamiento de la órbita. Método.....	535
Tratamiento general de la órbita I	536
Tratamiento general de la órbita II, p. ej. derecha, técnica directa	537
Tratamiento general de la órbita III, técnica directa	538
Tratamiento del globo ocular	539
Técnica del glaucoma de Ruddy.....	541
Técnica para el aparato lagrimal de Ruddy	541
Técnica para la glándula lagrimal de Ruddy	542
Técnica para la córnea de Ruddy.....	543
Técnica para el globo ocular de Ruddy	543
Técnica para los músculos extrínsecos del ojo de Ruddy, modificada.....	544
Técnica de la energía muscular de los músculos oculares, en el ejemplo del recto externo (estiramiento y aumento de tono).....	546
Bibliografía	547

15 Macizo facial (viscerocráneo)

Diagnóstico.....	549
Palpación del ritmo del MRP	549
Prueba de movilidad	550
Tratamiento del macizo facial	550
Método del tratamiento.....	550
Tratamiento general del rostro.....	551

16 Dolor en la región de la cabeza

Neuralgia del trigémino	559
Neuralgia del glosofaríngeo	560
Neuralgia del occipital.....	560
Dolor de cabeza (cefalea).....	561
Migraña	567
Estructuras participantes en el origen de la cefalea.....	568
Influjos óseos	568
Influjos musculares.....	568
Duramadre y fascias extracraneales.....	569
Arterias	570
Venas.....	570

Nervios.....	571
Influjos bioquímicos	571
Influjos psíquicos	571
Diagnóstico.....	572
Anamnesis.....	572
Localización e intensidad de las cefaleas	572
Palpación	572
Tratamiento	572
Método del tratamiento.....	572
Bibliografía	574

17 Órgano del oído y del equilibrio

Oído externo	576
Oreja	576
Conducto auditivo externo	576
Uniones del conducto auditivo externo.....	576
Tímpano	576
Inervación de la piel del oído externo	577
Inervación del tímpano	577
Vasos sanguíneos	577
Vasos linfáticos.....	577
Oído medio.....	578
Caja del tímpano (cavidad timpánica)	578
Tres huesecillos del oído: martillo, yunque y estribo	580
Trompa auditiva (de Eustaquio)	580
Senos neumáticos	581
Transmisión del sonido	581
Oído interno	582
Laberinto óseo.....	582
Laberinto membranoso.....	583
Espacios perilinfáticos y endolinfáticos	583
Relaciones de situación entre el oído medio y el laberinto	584
Vías auditivas	586
Vías del equilibrio	586
Localización, origen y cuadro clínico de las disfunciones osteopáticas de los órganos del oído y del equilibrio	587
Disfunción ósea.....	587
Disfunción muscular	588
Trastornos de los ligamentos y fascias y de la duramadre intracraneal.....	588
Trastornos de los nervios	588
Trastornos de la vascularización.....	590
Trastornos de las glándulas.....	590
Factores estresantes.....	590
Diagnóstico.....	591
Vértigo	591
Pruebas	591
Trastornos de la audición	593
Prueba del diapasón de Weber y Rinne	593
Examen de audición del habla	594
Tratamiento	595
Método del tratamiento.....	595
Técnica de la trompa auditiva.....	596

Técnica II de la trompa auditiva de Magoun y Galbreath.....	598
Tratamiento de la articulación temporomandibular de Ruddy	599
Técnica del tejido para el conducto auditivo externo	600
Técnica de la arteria vertebral / arteria basilar de J. P. Barral, p. ej. derecha	601
Bibliografía	602

18 Técnicas especiales

Técnica del notocordio de Jim Jealous	603
Técnica de Fulford.....	604
Glosario	605
Bibliografía	611
Bibliografía general.....	614
Índice alfabético	617

Prólogo a la edición española

Tengo el placer de prologar un nuevo manual del osteópata alemán **Torsten Liem**. Se trata de un extraordinario trabajo de investigación en el ámbito de la osteopatía craneosacra y craneomandibular. Si en el anterior, *La osteopatía craneosacra* (2002, publicado en esta misma editorial), presenta una base exhaustiva de la terapia y sus fundamentos, ofreciendo principios claros de diagnóstico y tratamiento, en éste amplifica y completa el tema. Nos introduce, capítulo a capítulo, en cada uno de los huesos del cráneo y de la cara, sus posibles disfunciones y una amplia selección de técnicas expuestas de una manera muy didáctica. Se agradece la amplia visión de Liem, ya que en su exposición de la movilidad craneosacra cubre los diferentes puntos de vista dentro de las actuales corrientes de investigación craneosacra y las integra.

En el libro tiene cabida tanto el enfoque biomecánico, siguiendo las primeras teorías del Dr. Sutherland, como el biodinámico posterior, siguiendo el trabajo de investigadores de la talla de Dr. Rollin Becker, Dr. Jim Jealous y Dr. Robert Fullford, entre otros.

Sutherland descubrió a principios de 1900 que los huesos de la cabeza tenían cierta movilidad. Durante los siguientes 50 años dedicó su vida y su trabajo clínico a demostrar y encontrar las implicaciones que esta movilidad tenía para el cuerpo humano. En los últimos años de su vida expuso sus teorías más avanzadas, presentando el concepto de “respiración de vida” (“breath of life”) como la fuerza vital que en el sistema humano expresa el principio inherente de orden y curación. Se puede percibir como una sutil movilidad o “marea”, en todo el cuerpo, formando lo que llamó “mecanismo respiratorio primario”. Sutherland dio una gran importancia a posibilitar que el mismo sistema actúe terapéuticamente. Como decía Rollin Becker, el terapeuta debe reparar menos y asistir más activamente el proceso curativo. Recomiendo esta obra, junto a la anterior de Liem, con mucho entusiasmo. Es de gran utilidad y apoyo, ya que aporta nuevas visiones e impulsos, sirviendo además de obra de consulta en nuestro trabajo terapéutico.

Alberto Panizo

*Diplomado en el “International Institute for Craniosacral Balancing”
de Freiburg (Alemania) y docente en la materia en diversas instituciones.*

*Miembro terapeuta de Fenaco-Catalunya
en la categoría de Osteópata.*

Barcelona

Tel.: 689 78 65 19

E-mail: panizopra@hotmail.com

A modo de introducción

La vida es movimiento. Este principio tiene también su aplicación para la osteopatía y sus ámbitos parciales. La osteopatía como ciencia, arte y filosofía no es estática, sino que se encuentra en un continuo movimiento. Nuestro gran desafío consiste en permanecer anclados en los principios de la osteopatía y en abrirnos al mismo tiempo a la dinámica de la vida, dejándonos influir por el contacto diario con los pacientes, por los nuevos descubrimientos científicos, por el mutuo intercambio y por las exigencias de nuestro tiempo.

Nada más hojear el primer tomo de la obra de *Torsten Liem* me impresionó la concepción didáctica y la descripción, extraordinariamente completa y dinámica, de la osteopatía craneal.

La obra que el lector tiene en sus manos presenta una total continuidad con respecto al primer tomo. Las relaciones anatómicas, fisiológicas y disfuncionales, y el método del tratamiento de las estructuras viscerales del cráneo se exponen de la forma más exhaustiva y comprensible. No obstante, sirve también como obra de consulta en la clínica no sólo por la descripción de las técnicas de todos los huesos del cráneo y del diagnóstico y tratamiento de los órganos de la parte facial del cráneo, sino también por la sistematización de sus posibles disfunciones. Así, el autor no pierde de vista lo fundamental: dejarse llevar por la unicidad de todo contacto y por las particularidades de la disciplina osteopática.

Estoy plenamente convencido de que todo estudiante de osteopatía y todo osteópata se sentirá feliz por tener este libro en las manos.

Dr. Jean Pierre Barral

*Director Académico del Collège International d'Osteopathie en St. Etienne,
Profesor de la Facultad de Medicina de París Norte, de la European School
of Osteopathy (ESO) en Maidstone y de la
Osteopathie Schule Deutschland (OSD)*

La necesidad de un libro de texto completo para la el trabajo craneosacro se percibe desde hace ya varias décadas. Las obras “*The cranial bowl*” (1939), de Sutherland, y “*Osteopathy in the crainal field*” (1954), de Magoun, quedaron durante muchos años como representantes únicas de la especialidad, y ninguna de ellas se escribió pensando en un libro de texto. Antes bien, el objetivo primordial de ambas apuntaba al interés clínico por explorar y tratar el fenómeno que Sutherland denominó “movimiento respiratorio primario”; pretendían asimismo ofrecer una base científica y teórica para la osteopatía craneosacra.

Howard y Rebecca Lippincott elaboraron su primer manual de técnicas craneosacras a partir de los apuntes redactados en las clases de Will Sutherland y lo publicaron en 1943 con el apoyo de la *Academy of Applied Osteopathy*. Una segunda edición revisada fue editada en 1946 por la *Osteopathic Cranial Association*. En ella se describen aproximadamente 60 técnicas, de las cuales muchas fueron modificadas por los autores y por otros estudiantes del proyecto craneal. No obstante, muchas de estas modificaciones deben ser anotadas aún a mano.

Durante las últimas 6 o 7 décadas las técnicas craneales se han multiplicado en las cabezas y en las manos de estudiantes creativos como Charlotte Weaver, Beryl Arbuckle y Viola Frymann, y la importancia de la embriología y de la aplicación de la osteopatía craneal ha ido creciendo en la praxis de la pediatría. En este contexto se desarrollaron técnicas especiales. Las promociones de Will Sutherland parecen haber servido de imán para cabezas creativas. Paul Kimberly, Alan Becker, Rollin Becker, Robert Fulford, Kenneth Little, J. Gordon Zink, Olive Stretch, Tom Schooley, Howard Lippincott, Rebecca Lippincott, Anne Wales y Harold Magoun S. R. figuran entre los discípulos de Sutherland que han configurado sus propios esquemas craneosacras. Cada uno de ellos ha contribuido con procedimientos únicos.

Torsten Liem ha realizado un extraordinario trabajo de investigación y presenta en esta edición una excelente selección de técnicas craneosacras maravillosamente ilustradas, que transmiten al lector una formación básica, orientada al trabajo en el ámbito craneosacro. La profundidad y el detalle de la descripción en el apartado sobre disfunciones de la articulación temporomandibular impresionarán a buen seguro a muchos lectores.

Unas palabras recomendando precaución: la suavidad es el primer obstáculo en el aprendizaje de la osteopatía craneal. La manipulación craneosacra clínicamente eficaz exige suavidad y paciencia. El trabajo craneosacro se califica a menudo de “no invasivo”, lo que no obstante supone una excesiva simplificación. Hemos de aprender a penetrar los tejidos con una infiltración delicada, no sólo con las manos. Aquí la evaluación clínica, junto con los datos científicos de la anatomía y la fisiología, constituyen la base para decidir el procedimiento, para decidir si es razonable la aplicación de determinadas técnicas de la medicina manual.

Dr. Fred L. Mitchell, Jr.

*Doctor en Osteopatía, Miembro de la AAO
(American Academy of Osteopathy),*

Miembro de la CA (Cranial Academy),

*Profesor Emérito del College of Osteopathic Medicine
de la Universidad del Estado de Michigan*

Torsten Liem escribe un apasionante libro de especialidad sobre las técnicas de la osteopatía craneal. En él completa el perfil biográfico del descubridor, el Dr. William Garner Sutherland, con un glosario que recoge y explica los conceptos más importantes de la osteopatía craneal, con indicación de fuentes. El Dr. Sutherland fue alumno del fundador de la osteopatía, el Dr. Andrew Taylor Still. Esta particular modalidad americana de la medicina y el tratamiento tuvo sus inicios el 22 de junio de 1874, fundándose la primera escuela en 1892. William G. Sutherland ingresó en el primer centro de enseñanza de la *American School of Osteopathy*, en Kirksville, Missouri, en 1898. Al año siguiente, mientras observaba en la escuela un cráneo abierto mediante remojo, le llamó la atención el parecido que mostraba la escama del hueso temporal con las branquias de un pez. La asociación lógica le llevó a deducir que la constitución del cráneo está prevista para ciertos movimientos. Esta idea le ocupó toda su vida, hasta que en 1938 pudo demostrar que el cráneo posee de hecho una capacidad de movimiento inherente, concretamente el impulso rítmico primario (*Primary Rhythmic Impulse*). Descubrió además que el líquido cefalorraquídeo fluctúa, apoyado por la movilidad del tubo neural, formando la duramadre una membrana de tensión recíproca, apoyada por la movilidad del sacro entre los iliones y de los propios huesos del cráneo.

Este texto se ocupa de las reacciones biomecánicas y fisiológicas relacionadas con el diagnóstico manual y con las técnicas terapéuticas que se aplican en el cráneo humano en diferentes estadios de las enfermedades y trastornos de la salud.

La "Praxis de la osteopatía craneosacra" será en poco tiempo el libro de texto que mejores referencias ofrezca a todos los estudiantes y practicantes de la osteopatía [de lengua alemana]. El autor, Torsten Liem, trata cada uno de los huesos del cráneo, describiendo la movilidad fisiológica y sus restricciones, así como los procedimientos y métodos para el diagnóstico y el tratamiento. Para facilitar al lector la visualización de estos procedimientos y técnicas, acompañan al texto fotos e ilustraciones de gran calidad.

La parte del texto que se ocupa del trabajo con los huesos y los órganos del rostro presenta un enorme interés. El diagnóstico y el tratamiento de los órganos del cráneo están correctamente expuestos. Una selección de patologías conocidas ilustra las particularidades del enfoque osteopático. Completan el libro unas excelentes indicaciones bibliográficas.

Hace mucho tiempo que los osteópatas americanos conocen el efecto curativo y vivificante del fenómeno fisiológico conocido como "impulso rítmico primario". De él hace Torsten Liem una buena descripción, sin escatimar al lector las dificultades de los métodos de diagnóstico y terapéuticos necesarios para influir favorablemente en la vida y la salud de los pacientes. La comprensión exacta y la aplicación correcta, como ayuda para el restablecimiento y la plenitud física, son imprescindibles para la mejora de las condiciones de vida de la humanidad. El saber que este libro encierra se debe asociar necesariamente con la instrucción personalizada a cargo de expertos, poseedores en alto grado de las destrezas psicomotrices necesarias. Sólo la formación personal y la certificación del desarrollo de sus destrezas harán de ti, lector, un terapeuta seguro y responsable, en cuyo diagnóstico y tratamiento será posible confiar, así como en el trabajo de sus manos.

Dr. Richard A. Feely

*Doctor en Osteopatía, Miembro de la AAO (American Academy of Osteopathy),
Miembro de la CA (Cranial Academy), Antiguo Presidente de la Cranial Academy
Profesor asociado del Chicago College of Osteopathic Medicine
Midwestern University, editor de Clinical Cranial Osteopathy*

Citas

“... Todo el mundo da por hecho que la conciencia es la provincia exclusiva del encéfalo. ¡Craso error! Tengo mi parte, naturalmente, pero apenas lo suficiente para aspirar a privilegios especiales. La rodilla tiene conciencia, así como el muslo. Existe conciencia en el hígado, en la lengua, en la cola, en ti, pulgar. Fluye también a través de ti, y tus movimientos le dan salida. Todos tenéis una parte de ella. Además, existe conciencia en las mariposas, las plantas, en los vientos y las aguas. No existe control central. El control está por todas partes. Si fuera control lo que nos falta...”

Tom Robbins: *Even Cowgirls get the Blues*

“La verdad es que YO SOY. La flor es mi cuerpo. La canción del pájaro es mi cuerpo. Lo englobo todo dentro de mí. En la calma, en la ausencia de representaciones, de pensamiento, existe espacio para el saber. La globalidad del todo se hace visible... Estar en calma significa, sencillamente, vivir fuera de las representaciones.”

Christine Lore Weber: *Schrei in der Wüste. Das Erwachen der Byron Katie.*

“El osteópata que tiene éxito lo tiene por haber buscado su ciencia en la naturaleza y por acatar las indicaciones de su doctrina. Sólo con estas condiciones alcanza buenos resultados.”

Andrew Taylor Still

Agradecimientos

La enseñanza del Dr. Jean Pierre Barral ha sido para mí una fuente de inspiración. No sólo su experiencia, única, que acompaña tácitamente a cada una de sus explicaciones, sino, sobre todo, la forma desenvuelta con la que me apoya, a mí y a otros, para confiar en la propia palpación y encontrar amenidad en ella. De hecho yo creería cualquier cosa que me dijera, aunque asegurara que palpa el color de sus calzoncillos a través de la ropa. (Al mismo tiempo, me siento a veces perplejo e inseguro frente a él. En estos casos, un vaso de buen vino suele ayudar.)

Al Dr. Franz Buzet tengo mucho que agradecerle. Es una sensación muy agradable cuando alguien cree en uno.

Le doy gracias a Beatrice Macazaga, que hace muchos años me inspiró, como amiga y como sustituto materno involuntario, la idea de dedicarme a la medicina.

Si contemplo a la Dra. Anne Wales en mis recuerdos, aguardo con tranquilidad mi envejecer como osteópata (en cualquier caso, soy aún bastante joven). No sólo porque subyugaba a cualquier oyente con su forma de pensar: es tan beneficioso ver a una persona que por su sinceridad, humildad y entrega en la vida irradia, aún en edad avanzada, una juventud, una belleza y un aura únicas, aparentemente sustraídas al paso del tiempo.

El Dr. Fred L. Mitchell, jr., es para mí un ejemplo maravilloso de profesor comprensivo, explicando clara y visiblemente, con humildad y competencia, lo que le lleva a responder la pregunta aparentemente más estúpida con el mismo interés y atención en todo momento.

Doy las gracias al Dr. Alan R. Becker, que me aceptó como alumno en su corazón, y me enseñó lo fácil que es tocar.

El contacto mantenido con Renzo Molinari es para mí motivo de especial gratitud. No sólo por el gran apoyo prestado de su parte, sino también porque no me puedo imaginar un presidente de la Escuela Europea de Osteopatía más competente, trabajador y comprensivo.

Le agradezco al Dr. Jim Jealous su constante planteamiento de preguntas, que me han llevado a ampliar mis percepciones y puntos de vista en todo momento.

El Dr. Robert Fulford es para mí un modelo, que me muestra la importancia que tiene en osteopatía seguir al propio corazón, a la voz y la convicción interior, incluso cuando ello supone una fuente de conflictos.

Artho Wittemann es para mí terapeuta y amigo. Le agradezco sobre todo su apoyo, que me sirvió para entrar en contacto con numerosas facetas de mí mismo. Me sorprende constantemente la cantidad de almas que actúan simultánea o alternativamente en mi pecho.

Si alguna vez llegué a pensar que la osteopatía tenía algo que ver con la fuerza, ha sido seguramente el Dr. Lawrence H. Jones el que me ha convencido de lo contrario. Me impresionaba la ligereza y la gracia, propias de un bailarín, con que, incluso en edad avanzada, me tocaba, me movía y me trataba. Gracias a él y al Dr. John C. Glover he comprendido que la noción de tensión/contratensión viciosa [*strain/counterstrain*] no tiene nada que ver con “aprendizaje memorístico de puntos”.

Especialmente agradecido estoy a Guy Claude Burger. A través de él he experimentado y aprendido que la alimentación ejerce una profunda influencia sobre mi cuerpo, mi mente y mi vida afectiva –influencia que yo jamás habría captado, ni en sueños– y que el cuerpo sabe mejor que nadie lo que necesita.

Agradezco a Sat Hari y a Robert que me animaran a practicar el yoga en mis años jóvenes, confusos en demasía. Es hermoso sentir la lentitud con la que crece la confianza en la autorregulación.

Y doy las gracias especialmente a todos mis pacientes, que me han dado la posibilidad de aprender, de madurar y de transmitir lo aprendido, así como a todas las demás personas no mencionadas que me han apoyado en la elaboración del libro y me apoyan en mi proceso de crecimiento.

Agradezco especialmente a Sandra Bierkemeyer su esfuerzo y sus creativas ocurrencias al elaborar la parte gráfica de este libro, así como a Karsten D. Franke la realización de las fotografías.

Muchas gracias a Nathalie Trottier, cuya tesis doctoral me fue de gran ayuda para elaborar el glosario. Quedo asimismo en deuda con el Dr. Walter Schöttl (autor de un libro extraordinario, gran fuente de inspiración: *Die Craniomandibulare Regulation*, Hüthig Verlag), Dra. Carola Pfeiffer, Dr. Michael Jaehne, Rainer Quast, Dr. Stefan Schlickewei, Uwe Senger, Irene Özbay, Michael Kaufmann y Katja Hinz, por el generoso apoyo que aportaron a los trabajos de revisión.

Y quiero expresar mi más cordial agradecimiento a la editorial Hippokrates, así como a Frau D. Seiz y a Frau Horbatsch por su paciencia –a veces increíble–, su apoyo y su flexibilidad prestados hasta las últimas etapas del trabajo editorial.

Prefacio

En este tomo tratamos, casi sin excepciones, de mecanismos de disfunción y de técnicas pertenecientes al ámbito estricto de la osteopatía craneosacra y craneomandibular.

La representación gráfica de las estructuras, algo mecánica, tiene en este libro motivos únicamente didácticos. El lector no debe tener en ningún caso la impresión de que la intervención terapéutica se agota con empuñaduras de mecánica delicada. Tan importante para el éxito del tratamiento es la intuición, la dedicación afectuosa y la capacidad de comprensión del terapeuta, como la sensibilidad de sus manos. La atención a la escucha, no invasiva, y la conciencia en la palpación activan las fuerzas curativas inherentes al organismo. Se recibe un gran don cuando las manos comienzan a ver, a escuchar y a saber. Y es un don aún mayor que esta aventura adquiera continuidad temporal.

Los terapeutas que ejercen la práctica saben que todo contacto transmite nuevas intuiciones sobre el funcionamiento global del organismo. Sólo un espíritu abierto y vacío es capaz de percibir estas intuiciones. Por ello se debería valorar la aproximación holística y el contacto abierto, a la escucha, en igual medida que el aprendizaje y la interiorización de estructuras concretas y de las relaciones funcionales y anatómicas que mantienen entre sí. Se trata menos de “hacer” que de la capacidad de “ser” con el otro, de dejar paso a la cercanía y la intimidad que se instalan en la relación terapéutica.

También por motivos didácticos se mantienen las repeticiones que se producen con el primer libro. La alternativa hubiese sido remitir a los pasajes correspondientes en el primer tomo. Pero este procedimiento resulta muy incómodo sobre todo en consultas rápidas.

La descripción de la localización, aparición y tratamiento clínico de disfunciones de cada hueso se limitó a las estructuras directamente participantes.

En la presente obra se describen técnicas propias de cada hueso del cráneo y a los sistemas orgánicos del rostro. No obstante, existe también muchas otras variantes y una copia de realizaciones posibles, aplicables con igual eficacia igual, si no más. En el trascurso de sus consultas el terapeuta desarrollará más o menos su forma de aproximación personal. No sólo en función de su experiencia práctica y sus características individuales, sino también porque cada paciente, cada sesión de tratamiento y cada estructura del organismo son únicos.

El fundamento de la osteopatía, según Andrew Taylor Still, no fue en un primer momento la transmisión de técnicas concretas, sino la asimilación de determinados principios que debían permitir al osteópata desarrollar técnicas propias. Esto podrá hacerlo cuanto más haya internalizado el terapeuta la diferenciación de los tejidos vivos, sus interacciones anatómicas y fisiológicas, así como los principios de diagnóstico y tratamiento de la osteopatía, y cuanto mayor sea la sensibilidad adquirida en las manos.

Los contenidos intuitivos de Sutherland, “vivos” y espirituales, y su noción de la “respiración de la vida” fueron destacados en parte tras su muerte en la reedición de la obra de referencia de Harold Yves Magoun: *Osteopathy in the cranial field*, 3ª ed. de 1966. Se intentaba con esta obra conseguir una mayor aceptación política entre los osteópatas por entonces en ejercicio y facilitar el acceso al enfoque craneal a futuros investigadores. En la época actual hay una mejor disposición a tomar en

XXII Praxis de la osteopatía craneosacra

consideración estos contenidos. Para la práctica clínica de la osteopatía craneosacral, para su desarrollo y la transmisión de sus contenidos es importante también comprender su contexto histórico y sus raíces, así como disponer de una terminología unitaria. Por ello se explican en el glosario los conceptos básicos, utilizando sobre todo las fuentes originales de Sutherland.

En este punto me resta aún dar las gracias de todo corazón por todos los escritos y expresiones de ánimo surgidos como reacción ante el primer tomo.

Deseo al lector que al leer, al palpar y al aplicar las técnicas de este libro encuentre por lo menos tanto placer como yo he sentido al escribirlo y como siento en el contacto cotidiano con los pacientes.

Y, particularmente, le deseo tanto coraje y entrega en su exploración y aplicación de esta osteopatía viva como tuvieron los precursores de esta particular doctrina.

Torsten Liem



Introducción

Método del tratamiento:

A continuación exponemos una aproximación general a las explicaciones de las técnicas que aparecen en el libro *La osteopatía craneosacra** pág. 333 y s.)

- 1. “Estado neutro”, según Jim Jealous
 Comparable con un concierto en el cual los diferentes instrumentos de la orquesta se unen para crear una música; las tensiones recíprocas en el cuerpo y los aspectos del cuerpo, la mente y el espíritu se unen en el “estado neutro” formando una unidad homogénea cuerpo-mente-espíritu. En este estado la globalidad del paciente es particularmente accesible y receptiva. Así la llamada “respiración de la vida” puede entrar de la forma más eficaz en interacción con el paciente, y se facilita una reacción directa de éste ante las fuerzas de los llamados movimientos de marea (v. *ibidem*, pág. 16). Este estado crea las condiciones más fáciles posibles para la curación y la transformación de modelos disfuncionales. El “estado neutro” exige al terapeuta la menor cantidad de fuerza para poner en práctica una técnica. Además se percibe con la mayor claridad la cantidad de fuerza que se ha de aplicar para realizar una técnica y el momento en que se ha llegado al final de dicha técnica. Se minimizan las consecuencias negativas de un tratamiento y el propio paciente percibe los cambios en su organismo.
 Proceso: el osteópata apoya las manos en el cráneo o en otra parte del cuerpo. Con una atención suave actúa como observador pasivo. Evita seguir todo tipo de movimientos y modelos disfuncionales. A partir de un determinado momento los diferentes impulsos motores y las tensiones en los tejidos del paciente llegan a un estado de reposo. Se puede percibir un ritmo de 2,5 veces por minuto. Las diferentes partes del cuerpo, los líquidos y la potencia se perciben como una densidad homogénea e indistinta. El “estado neutro” se puede palpar como una especie de “punto de equilibrio” de las tensiones recíprocas que se encuentran en el organismo, en el cual se produce una integración de cuerpo, mente y espíritu. La vivencia del organismo es la de una unidad que se encuentra en su equilibrio óptimo momentáneo.
 Durante todo el tratamiento que a continuación tendrá lugar el terapeuta mantiene un contacto con este “estado neutro”.
 En algunos casos poco frecuentes no se alcanza el estado neutro. Esto suele ocurrir después de pérdidas de conciencia o de haber sufrido violencia extrema, con la consecuencia de una extrema disociación entre cuerpo, mente y espíritu. Según Jealous, la indicación en estos casos es una DV-4 suave.
- 2. Resonancia:
 El terapeuta adecua el efecto de fuerza de sus manos a la tensión y oscilación de la estructura tratada: huesos, fascia/membrana, líquidos (vísceras: encéfalo/médula espinal, etc.), campo electrodinámico.
 El terapeuta distingue en su palpación el tejido con el que entra en contacto. En este punto decide conscientemente si entra en contacto con uno de estos planos o si se deja conducir al plano en disfunción.
- 3. Ajuste del “punto de tensión membranosa equilibrada” [PTME]:
 El PTME es la posición en la que se produce la tensión más equilibrada posible en las meninges y entre las estructuras afectadas. Las siguientes técnicas apoyan la consecución del PTME: la técnica de exageración, la técnica directa, el movimiento opuesto fisiológico, la separación (*disengagement*) de las carillas articulares o el modelado (*molding*).
 En las restricciones motrices situadas dentro de la amplitud del movimiento fisiológica, el terapeuta se deja llevar al PTME. Si estas restricciones se encuentran más allá de dicha amplitud del movimiento fisiológica, el terapeuta lleva las estructuras afectadas hacia el PTME.

* *La osteopatía craneosacra*, Editorial Paidotribo, 2001.

Al progresar en la experiencia clínica, el terapeuta irá sintiendo normalmente que es capaz de introducir la corrección requerida por el cuerpo con una aplicación de fuerza cada vez menor. Esto se corresponde con la forma de proceder de Sutherland en sus años de enseñanza finales. Sutherland destaca el hecho de que lo que conduce a las estructuras al PTME no son tanto las directrices del terapeuta como la fluidez de las fluctuaciones del movimiento respiratorio primario (MRP). La función del terapeuta consiste más bien en dejarse conducir por las fluctuaciones fluidas al “punto de tensión equilibrada” (PTE, *point of balanced tension*).

“No tenemos que encontrar el “punto de equilibrio” de las membranas de tensión recíproca, pues los movimientos de marea del líquido cefalorraquídeo harán esto por nosotros. Actuamos más bien provocando el movimiento y siguiéndolo cuando se desplaza el fulcro. Estas membranas mantienen una tensión recíproca continua, cuyo modelo existe también en los componentes óseos del mecanismo craneal. Mediante una aplicación manual correcta de la técnica los movimientos de marea son capaces de mover el mecanismo hacia un punto de equilibrio en el modelo concreto. Si se alcanza este punto de equilibrio, el líquido cefalorraquídeo alcanza a su vez su fulcro correcto y es entonces cuando tiene lugar la corrección”.¹

➤ 4. Mantener el PTME:

Una vez que se alcanza el “punto de equilibrio” membranoso la tarea del terapeuta consiste en mantenerlo hasta que la tensión anormal de la duramadre se ha corregido y los movimientos de marea del líquido cefalorraquídeo han originado la corrección de las estructuras afectadas. En este momento las estructuras se mantienen en el PTME con el contacto más suave posible, hasta que su movimiento ha llegado a la detención.²

➤ 5. Impulso del líquido cefalorraquídeo:

El terapeuta puede además ejercer un impulso desde el punto diametralmente opuesto a la estructura objeto del tratamiento (véase técnica de abertura en V, *La osteopatía craneosacra* pág. 322 y 510 y ss.). Si al terapeuta no le queda ningún dedo libre puede emitir este impulso del líquido cefalorraquídeo también con otra parte del cuerpo o con la palma de una mano. Asimismo, cabe la posibilidad de que el paciente apoye el tratamiento mediante flexión dorsal de sus pies o a través de su respiración pulmonar.

➤ 6. “Punto de tensión equilibrada del líquido cefalorraquídeo” (PTELCR):

Cuando el PTME está ajustado, los movimientos rítmicos del movimiento respiratorio primario (MRP) pueden trabajar; aquí suele resultar palpable, en un primer momento, una especie de intranquilidad en los componentes fluidos. Esta intranquilidad termina cuando aparece un PTME, un fulcro por así llamarlo, en el líquido cefalorraquídeo. En este momento tiene lugar la corrección. El terapeuta puede percibir que las estructuras endurecidas se reblandecen y se deshacen las resistencias del tejido*. Las fluctuaciones del líquido cefalorraquídeo han sufrido un cambio. Se puede percibir una especie de equilibrio nuevo en el tejido.

➤ 7. Fluctuaciones:

Finalmente aparece de nuevo un ligero aumento de las fluctuaciones del líquido cefalorraquídeo. El terapeuta percibe cómo en este momento las fluctuaciones no son obstaculizadas en su expansión rítmica por restricciones del tejido. La amplitud, densidad y simetría de las fluctuaciones ha aumentado claramente.

➤ 8. Última fase de la corrección:

En la última fase de la corrección se puede percibir en ocasiones una detención espontánea de las fluctuaciones, tal como se produce al aplicar la técnica CV-4. Aquí pueden ser palpables otros fenómenos rítmicos más lentos.

Importante:

La ejecución de las técnicas descritas varía en mayor o menor medida de un terapeuta a otro, de un paciente a otro y de un momento del tratamiento a otro.

* Nota del revisor: Suele ir acompañado este proceso de diferentes signos como separación de calor, pulso terapéutico en el tejido tratado, un cambio en la respiración y, a veces, reaparición de recuerdos y sentimientos asociados con la zona.

Ello se debe seguramente a que el tipo de ejecución de una técnica cristaliza sólo en un diálogo inmediato con el tejido, las fuerzas en acción y el conjunto del organismo. Es el tejido el que nos dice lo que necesita y lo que tenemos que hacer. Así, para establecer un “punto de equilibrio” podemos necesitar una vez una exageración, otra vez una técnica directa, un movimiento fisiológico opuesto, una separación, una compresión o una combinación de los principios de tratamiento mencionados.

(Las indicaciones de procedimiento generales, como p. ej. que los niños de corta edad requieren normalmente técnicas directas, se encuentran en el *La osteopatía craneosacra*.) No obstante, no existen reglas irrevocables. Así p. ej., algunos osteópatas reconocidos ejercen bastante más fuerza sobre el cráneo de la que se suele aplicar. Algunos de ellos, como Jean Pierre Barral, trabajan –y con grandes éxitos– casi exclusivamente de forma indirecta, incluso con niños de corta edad. Por ello: permitámonos recoger nuestras propias experiencias, con humildad y respeto ante la individualidad del organismo y de los tejidos, pero más allá de limitaciones dogmáticas. Probemos diferentes modelos de trabajo y apliquémoslos en correspondencia con nuestras experiencias de palpación.

La reacción específica de un tejido ante las incidencias de fuerza de origen traumático nos informan también del tipo de contacto terapéutico que se necesita.

Además, cada técnica varía dependiendo de que se aplique una sincronía dinámica parcial o completa con la respiración primaria y de la frecuencia con la que el terapeuta se sincronice con la respiración primaria. (No obstante, debido al riesgo de alejarse de las experiencias inmediatas, conviene evitar una clasificación demasiado dogmática de las frecuencias, ya se base en modelos biomecánicos o metafísicos. Las frecuencias necesitan más investigación experimental y clínica.)

Todas las técnicas que a continuación se exponen se las puede practicar dinámicamente en sincronía con la respiración primaria, de modo que el movimiento reciba un apoyo suave sólo durante la fase inspiratoria o durante la fase espiratoria, sea como técnica directa o indirecta.

En función de que la terapia tropiece con límites del movimiento o de que el terapeuta se deje llevar completamente de la noción de *respiración de la vida*, las explicaciones para el tratamiento de las disfunciones varían notablemente entre sí. Se puede tratar todas las estructuras sin enfrentarse a un tope de movimiento. En estos casos se dedica una especial atención a la separación que aparece espontáneamente en cada fase de inspiración.

La separación entre las estructuras participantes puede acompañarse con un apoyo físico más o menos claro, con la concesión de un espacio enfático y mental o con una pura focalización de la atención sobre este proceso.

De forma correspondiente, la retracción y el “aumento de la cercanía” en el tejido se pueden acompañar con un apoyo físico más o menos claro, con una confrontación enfática y mental de las fuerzas actuantes en el proceso de aproximación o con una pura focalización de la atención sobre este proceso.

Otra posibilidad terapéutica consiste en apoyar durante una fase, por lo general la fase de inspiración, la expresión de las fuerzas que actúan en la disfunción. Éstas se suelen mostrar como movimientos y tensiones aberrantes y caóticos. En este caso la fase de espirar se sigue pasivamente.

Este desenrollamiento y esta disolución de modelos energéticos vinculados y consolidados pueden ir acompañados de la integración y formación de un nuevo orden en el organismo.

Por lo general, al aumentar la experiencia del terapeuta en el tratamiento se observa más claramente el paso a un primer plano de las fuerzas inherentes de regulación y de corrección propias de la respiración primaria. Una palpación efectuada en un estado de atención relajada y no invasiva, con empatía y sincronización del terapeuta con las fuerzas y ciclos rítmicos homeodinámicos inherentes, apoyará la aparición espontánea en el organismo de una intermitencia local o sistémica, p. ej. como CV-4, DV-4 o CV-3. La focalización del terapeuta sobre los procesos homeodinámicos

inherentes y sobre la salud en el paciente es uno de los fundamentos básicos en la terapia.

No obstante, el tipo de ejecución de la técnica no depende sólo de la percepción que el terapeuta tenga de los ritmos respiratorios primarios, sino también de la conciencia que éste tenga de su propio acontecer físico –mental– anímico, de las fuerzas que en él actúan y de la interacción dinámica entre los mundos interno y externo.

Todas las técnicas descritas en el presente libro de consulta se pueden y se deben modificar en el proceso del diálogo con el tejido.

Indicaciones:

➤ Denominación de la disfunción:

La disfunción de todos los huesos se denomina siempre según la dirección de la movilidad mayor. Si existe una restricción de la movilidad del hueso temporal hacia la rotación interna y una mayor movilidad hacia la rotación externa, denominaremos este caso como disfunción de la rotación externa.

➤ Con los conceptos de “inspir y espir” denominaremos en lo sucesivo a las fases rítmicas del movimiento respiratorio primario (MRP). En cambio, los conceptos de “inspiración y espiración” se refieren al movimiento rítmico de la respiración pulmonar, normalmente con la indicación añadida de que estamos tratando de la respiración pulmonar.

➤ Si no se indica otra cosa, el paciente se encuentra en decúbito supino.

➤ Los codos se encuentran, siempre que sea posible, sobre la camilla de tratamiento como punto de fijación. Ambos pies se asientan sobre la superficie de apoyo, formando un punto de apoyo o fulcro en combinación con ambos isquiones.

El terapeuta se sienta en posición erguida y no se apoya ni física ni psíquicamente sobre el paciente.

Si hiciera falta trabajar en bipedestación, el terapeuta puede apoyarse también con su cuerpo sobre la camilla.

➤ Todos los contactos bilaterales de la mano deberían estar unidos –siempre que fuera posible– a través de un fulcro (por lo general mediante el contacto de ambos pulgares).

➤ En los últimos años Robert Fulford ha hecho hincapié sobre la importancia que tiene para el tratamiento el hecho de que el terapeuta toque con la mano derecha la mitad izquierda del cuerpo del paciente, y con la mano izquierda la mitad derecha. En la descripción de las técnicas no se tuvo en consideración este aspecto energético de la polaridad. Llegado el caso, las técnicas pueden ser modificadas de forma que el terapeuta efectúe su contacto manual de pie e inclinado hacia el paciente.

➤ En el presente libro la descripción del movimiento de los huesos del cráneo sobre la base de las estructuras suturales, meníngeas, musculares y del líquido cefalorraquídeo se denomina palpación biomecánica. En cambio, la descripción del movimiento de los huesos del cráneo sobre la base del desarrollo embriológico se denomina palpación biodinámica (v. también p. 607). No obstante, la descripción de los impulsos motores es sólo una aproximación gruesa a la realidad. Además, la distinción antes mencionada se encuentra en la fase de la pura hipótesis (v. *La osteopatía craneosacra*, pág. 238 y ss.). Lo importante es que el terapeuta se libere de toda teoría y confíe con las menores reservas posibles en la experiencia de su palpación.

➤ Los huesos del rostro, en contraposición con los del cráneo, no están unidos entre sí mediante las meninges. Tampoco se produce estrictamente un PTME, como ocurre en los huesos del cráneo. No obstante, Sutherland menciona un esquema de tratamiento del PTE también para los huesos del rostro. Como explicación podemos acudir no sólo a la experiencia palpatoria de Sutherland, sino también a la configuración de las suturas con las estructuras fibrosas en la articulación intrasutural (v. o. cit., p. 137 y ss.). Según el doctor K. E. Graham, la expresión “punto de tensión fascial equilibrada” tiene un sentido más gene-

ral, pues cualquier estructura del cuerpo está rodeada por fascias. También las disfunciones intraóseas se tratan de acuerdo con el esquema del PTE. Se puede producir un PTME, pues el hueso se encuentra en un saco perióstico, también un PTELCR, pues el propio hueso está compuesto por líquidos en un 70 % aprox., y asimismo un punto de tensión electrodinámica equilibrada (PTEE).

➤ RE = rotación externa

RI = rotación interna

PTE = punto de tensión equilibrada

PTME = punto de tensión membranosa equilibrada

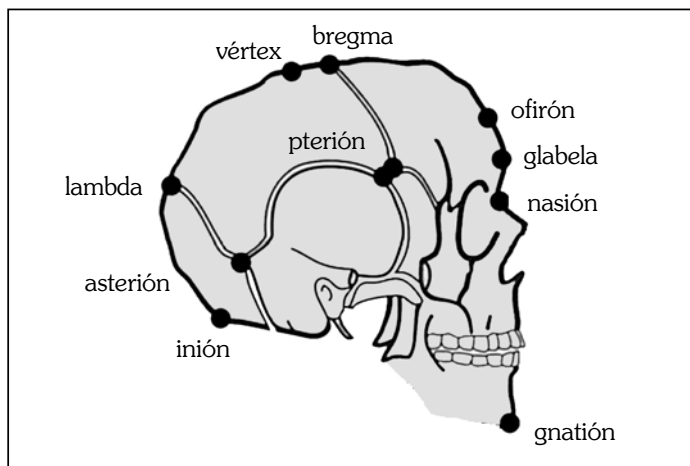
PTLE = punto de tensión ligamentaria equilibrada

PTELCR = punto de tensión equilibrada del líquido cefalorraquídeo

PTEE = punto de tensión electrodinámica equilibrada

En lo sucesivo no mencionaremos el PTEE en cada técnica. No obstante, si el osteópata ha adquirido esta calidad de la palpación, debería integrar dicho punto también en el tratamiento de los tejidos (véase también tomo I y glosario)

➤ Puntos de referencia del cráneo



1. Nasión: centro de la sutura frontonasal
2. Glabella: zona plana entre los arcos ciliares, en la parte inferior de la sutura frontal
3. Ofirón: por encima de la glabella
4. Bregma: punto de encuentro de las suturas sagital y coronal
5. Vértex: punto más alto del cráneo
6. Lambda: punto de encuentro de las suturas sagital y lambdoidea
7. Inión: protuberancia occipital externa
8. Pterión: zona de unión de los huesos frontal, esfenoides, temporal y parietal
9. Asterión: punto de unión del parietal, occipital y temporal
10. Basión: punto medio del borde anterior del agujero occipital
11. Opistión: punto medio del borde posterior del agujero occipital
12. Gnación: punto inferior, situado en la línea media, en la punta del mentón de la mandíbula.

Bibliografía:

- 1 Magoun, H. I.: *Osteopathy in the cranial field*, 1ª ed., pág. 172, Journal Printing Company, Kirksville, 1951.
- 2 *Ibidem*, pág. 73.