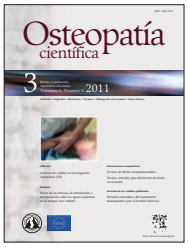
Osteopatía científica

www.elsevier.es/osteopatia



INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Técnica de *thrust* occipitomastoidea

Aitor Baño Alcaraz, DO, Pedro José Antolinos Campillo, DO, Jesús Oliva Pascual-Vaca, PT

Escuela de Osteopatía de Madrid, Madrid, España

Recibido el 27 de mayo de 2011; aceptado el 29 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE
Manipulación osteopática;
Cráneo

Resumen Las técnicas con *thrust* son técnicas muy efectivas para el tratamiento de las suturas. El tratamiento del agujero rasgado posterior resulta indispensable en cualquier tratamiento craneal, ya que es atravesado por importantes estructuras vasculares y nerviosas. Mediante la técnica de *thrust* occipitomastoidea buscamos influir sobre el tejido conectivo intersutural mejorando así la movilidad tanto de temporal como de occipital.
© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Manipulation;
Osteopathic;
Skull

Occipital-mastoid thrust technique

Abstract Thrust techniques are highly effective for the treatment of sutures. The jugular foramen is one of the most important targets in cranial treatment because it is transversed by highly important vascular and nerve structures. The occipital mastoid thrust technique can be used to modify the intersutural connective tissue, improving temporal and occipital mobility.
© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

William Garner Sutherland, discípulo directo de Taylor Still, iba a dar extraordinario impulso a la osteopatía al descubrir un nuevo dato de la fisiología: la existencia de un movimiento, desconocido hasta entonces, que tiene su origen en el cerebro y que él va a llamar"movimiento respiratorio primario"[1-4].

El tratamiento de la sutura occipitomastoidea es uno de los aspectos más importantes dentro del tratamiento craneal, ya que el 95% de la sangre venosa del cráneo sale por esta región[5,6]. Cualquier disfunción a nivel del agujero rasgado posterior provoca un aumento de la presión intracraneal debido a la dificultad del retorno venoso, y los síntomas derivan en disfunciones de los pares craneales IX, X, XI y XII[7].

Además, el tratamiento de la esfera posterior del cráneo es indispensable para liberar una eventual neuropatía de compresión del X nervio neumogástrico, lo cual permite normalizar el tono del sistema parasimpático toracoabdominal.

Correo electrónico: osteopatiarondasur@hotmail.com

1886-9297/$ - see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Por tanto, previo a la aplicación de cualquier técnica visceral, se recomienda revisar el trayecto del nervio neumogástrico[8] y con ello el agujero rasgado posterior.

Rotación externa o extensión del temporal

Mecanismo de las lesiones[9].

A. Causas primarias:

— Lesiones intraóseas (causas prenatales y obstétricas).
— Traumatismos directos.
— Extracción dental.

B. Causas secundarias:

— Disfunciones en flexión unilateral del occipucio que provoca una rotación externa del temporal homolateral.
— La torsión esfeno basilar ocasiona una rotación externa del temporal del lado del ala mayor alta.
— Disfunción posterior del cóndilo mandibular que provoca una rotación externa del temporal.
— Tensiones fasciales a distancia.

Objetivos

Generales[5]

Obtener una acción terapéutica haciendo ceder los síntomas presentados por el paciente.

A. Suprimir la irritación simpática que causa la lesión circulatoria arterial (disfunción neurovascular) y sus consecuencias.
B. Romper la actividad refleja neurógena patológica producida en las suturas, y que repercuta sobre el sistema creomandibular y sobre el sistema nervioso central.
C. Suprimir retenciones venosas de los senos craneales.
D. Liberar las neuropatías de compresión de los nervios craneales.
E. Restaurar el juego articular y el equilibrio de las membranas de tensión recíproca.

Específicos[5,9]

A. Restaurar el juego articular entre occipital y temporal desimbricando la sutura occipitomastoidea.
B. Influir directamente sobre el contenido del agujero rasgado posterior (ARP)[10-13]:

— Seno lateral (drenaje venoso del cráneo).
— Vena yugular.
— IX: glosofaríngeo.
— X: neumogástrico (vísceras).
— XI: espinal.

Principios[9]

Primer tiempo. Tomar un contacto pisiforme cruzado occipital, por una parte, y temporomastoideo, por otra.

Segundo tiempo. Realizar una apertura de la sutura occipitomastoidea imbricada por una puesta en tensión y un *thrust* en separación.

Evaluación diagnóstica[9]

Para ello seguiremos el protocolo del diagnóstico osteopático craneal:

1. *Anamnesis.* Buscaremos descubrir síntomas propios de cada uno de los tejidos craneales y sus dolores referidos.

A. Nervios craneales.

— IX → dolor referido a la garganta, fosa amigdalar y, en ocasiones, al oído y trago[14] desencadenado típicamente por la masticación, el bostezo, el estornudo y la deglución[15,16].
— X → asociado a la neuralgia del glosofaríngeo, la neuralgia del vago se refiere a la presencia de dolor en el trayecto del nervio (laringe +++) acompañado de disfunción de éste (alteraciones digestivas).
— XI → dolor referido a trapecio y ECOM, asociado con hipotonía[17].

B Músculos.
C. Meninges.
D. Senos venosos.
E. Arterias intra y extracraneales.

2. *Inspección.* En ella se aprecia todo elemento que nos pueda dar información acerca del estado relativo de cada uno de los huesos del cráneo.

A. Forma del cráneo.
B. Tamaño de las órbitas y los ojos.
C. Forma de la nariz.
D. Forma del paladar duro (plano flexión craneal, estrecho y alto, extensión).
E. Forma de la bóveda craneal.
F. Tipo de oclusión dental.

3. *Palpación.*

A. Músculos → puntos *triggers* musculares (en nuestro caso palparemos el haz posterior del temporal cuyo espasmo nos puede imbricar la sutura occipitomastoidea).
B. Suturas → puntos *triggers* suturales.

4. Test de movilidad.

A. *Quick scanning* craneal → persigue buscar las zonas más densas del cráneo, los lugares de las disfunciones y los de la restricción de movilidad.
B. Test de los cuadrantes → ídem.
C. Test analítico de movilidad → en nuestro caso los tests del occipital y del temporal, que son los que están en relación directa con la sutura occipitomastoidea[9,18].

5. Examen neurológico cefálico.

A. IX y X: se valoran juntos; valoración sensitiva, reflejo del bostezo (se observa hacia donde se desvía el paladar).
B. XI: test musculares del trapecio y ECOM.

Beneficios/indicaciones

— Disfunciones de la sutura occipitomastoidea.
— Secuelas de fractura de la fosa media o posterior o de la bóveda craneal.
— Zumbidos, transtornos oclusales o de la articulación temporomandibular.
— Transtornos en relación con el ARP (tortícolis o trastornos digestivos, cardiorrespiratorios, deglución, etc.).
— Cefaleas occipitales o vértigos.
— Cefaleas congestivas.
— Lesión intraósea de occipucio o impresión basilar.
— Disfunciones C0, C1 y C2, espasmo de la musculatura cervical superior o trapezalgia.

Riegos/contraindicaciones

— Fracturas recientes de la bóveda craneal y de la fosa media (peñasco).
— Hemorragia.
— Aneurisma.
— Osteítis.
— Tumor.

Descripción del procedimiento[9,19]

Posición del paciente

Decúbito supino con la cabeza girada dejando el lado a tratar arriba.

Posición del terapeuta

De pie en finta delante a la cabeza del paciente y por delante de éste, de manera que el centro de gravedad del terapeuta caiga por encima de la cabeza del paciente. Estabilizamos ésta con nuestro abdomen.

Contactos

La *mano craneal* toma un contacto pisiforme a nivel de la apófisis mastoides del temporal, la *mano caudal* toma un contacto pisiforme a nivel de la escama del occipital próxima a la sutura occipitomastoidea. Los antebrazos quedan horizontalizados (fig.1).

Reducción del *slack*

Se realiza en separación intentando abrir la sutura occipitomastoidea.

Ejecución

— 1.ª fase: se realiza un *thrust* en separación por contracción explosiva de nuestros pectorales. Se repite hasta 3 veces modificando ligeramente la dirección de nuestros antebrazos.
— 2.ª fase: para incidir sobre la apófisis yugular verticalizamos la mano caudal (cuyo contacto es en el occipital) y volvemos a ejecutar la técnica con *thrust* en separación por contracción de nuestros pectorales (fig.2).

Precauciones

Si la posición en decúbito supino con giro de la cabeza es molesta a nivel cervical para el paciente, podemos sustituirla por decúbito lateral, dejando el lado a tratar arriba, y pedirle al paciente que coloque su brazo debajo del cuello para mayor comodidad.

Figura 1 Contactos para realizar la técnica de *thrust* occipitomastoidea.

Figura 2 Técnica de *thrust* occipitomastoidea.

Conclusiones

Las técnicas craneales se deben incluir dentro de cualquier tratamiento osteopático si queremos que éste sea eficiente. La idea de la técnicas de *thrust* no es modificar la posición del hueso en disfunción, sino la de realizar un *stretching* del tejido conjuntivo intersutural para descomprimir las estructuras nerviosas sensibles intrasuturales responsables de un arco reflejo patogénico que produce la facilitación nerviosa[9].

En el caso que nos ocupa, la unión sutural entre temporal y occipital constituye el denominado ARP, con lo que su importancia es aún mayor debido a las estructuras que lo atraviesan. Es por eso, que para cualquier patología visceral, cefalea, trapezalgia, *whiplash*, etc., su abordaje es indispensable.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Zegarra-Parodi R, De Chauvigny P, Rickards L, Renard E. Cranial palpation pressures used by osteopathy students: effects of standardized protocol training. J Am Osteopath Assoc. 2009; 109:79-85.
2. Roulier G, editor. La Práctica de la osteopatía. Edaf; 1995.
3. Nelson K, Sergueef N, Lipinski C, Chapman A, Glonex T. Cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering. Mayer oscillation: comparing laser-Doppler flowmetry and palpation. J Am Osteopath Assoc. 2001;101:163-73.
4. Liem T, editor. La osteopatía craneosacra. Barcelona: Paidotribo; 2001.
5. Ricard F, editor. Tratamiento osteopático de las algias de origen craneocervical. 2000.
6. Goodman J. Cranial osteopathy. Positive Health. 2007:1-8.
7. Upledger J, Vredevoogd J, editores. Terapia craneosacral I. Barcelona: Paidotribo; 2004.
8. Ricard F, editor. Tratado de osteopatía visceral y medicina interna. Tomo I. Sistema cardiorrespiratorio. Editorial Panamericana; 2008.
9. Ricard F, editor. Tratado de Osteopatía craneal. Análisis ortodóntico. Diagnóstico y tratamiento manual de los síndromes craneomandibulares. Panamericana; 2002.
10. Gosling J, Humpherson JR, Whitmore I, Willan PLT, Harris PF, editores. Anatomía Humana. Texto y Atlas en color. 2.ª ed. Mosby / Doyma; 1994.
11. Lippert H, editor. Anatomía con orientación clínica. Marban S.L.; 1996.
12. Rouvière H, Delmas A, editores. Anatomía Humana. Descriptiva, topográfica y funcional. 11ª ed; 2005.
13. Netter F, editor. Atlas de Anatomía Humana. 4.ª ed. Masson; 2007.
14. Marta J, Marta E, Santolaria L, Gracia M, Oliveros A. Neuralgia esencial del trigémino y otros nervios craneales. Rev Soc Esp Dolor. 2000;7 Supl II:26-35.
15. Rinaldi M, Mezzano E, Berra M, Pares H, Olocco R, Papalini F. Neuralgia del glosofaríngeo, presentación de dos casos. Rev Argent Neuroc. 2009;23:133-5.
16. Castro I, Ruvalcaba R. Neuralgia glosofaringea. Rev Mex Algología. 2006;4:19-22.
17. López-Oliva F, Martínez Ibáñez J, García Polo P. Lesión del nervio espinal accesorio por latigazo cervical. Patologia del aparato locomotor. 2004;2:288-90.
18. Busquet L, editor. La osteopatia craneal. 2.ª ed. Barcelona: Paidotribo; 2003.
19. EOM. Material Didáctico 3.er nivel. 2004 en prensa.