

VI. Flexión lateral rotación izquierda

Mano derecha

- El pulgar y los demás dedos se aproximan.
- La mano sube.

Mano izquierda

- El pulgar y los demás dedos se separan y la mano desciende.



Figura 161

Flexión lateral rotación izquierda.



Figura 162

CAPÍTULO 16

UNGUIS

MOVILIDAD

Hueso par que tiene una movilidad de rotación externa-rotación interna relativa a las ramas ascendentes del maxilar superior.

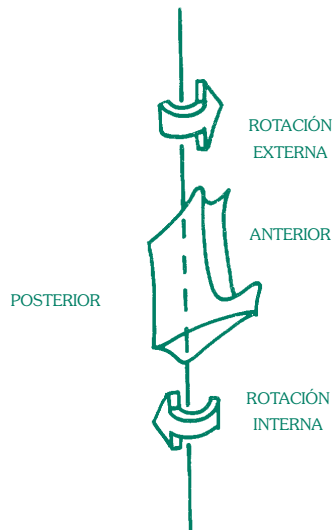


Figura 434
Movimientos del unguis derecho.

La mano caudal toma entre el pulgar y el índice las ramas ascendentes de los maxilares.



Figura 422
Compresión frontomaxilar.

MANIOBRA

- La mano cefálica coloca el frontal en rotación externa.
- El índice provoca una tensión hacia arriba.
- La mano caudal, una tensión hacia abajo.

Técnica 2

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- Lateralmente, en la cabecera del paciente.
- La mano cefálica toma las alas mayores entre el pulgar y el corazón.
- La mano caudal toma el premaxilar entre el pulgar y el índice-corazón.

MANIOBRA

- **Primer tiempo:** exageración.
- **Segundo tiempo:** corrección directa por una tensión aplicada en la prolongación de las ramas ascendentes de los maxilares hacia abajo y adelante.

- Técnica de desbloqueo con dos pulgares.

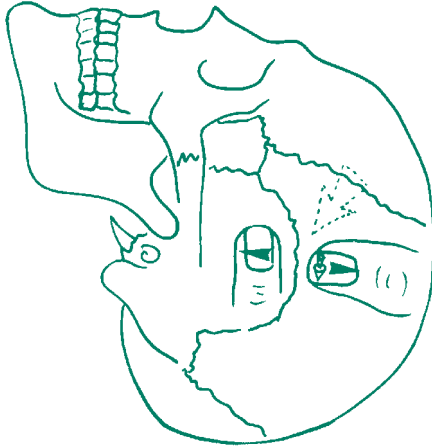


Figura 506

4. SUTURA PARIETOMASTOIDEA (ASTERIÓN)

- Técnica de V spread.



Figura 507

CAPÍTULO 2

MECANISMO DE RESPIRACIÓN PRIMARIA (MRP)

Recordemos los cinco factores que intervienen en el MRP:

- I. Movilidad del sistema nervioso central (SNC).
- II. Fluctuación del LCR.
- III. Movilidad de los huesos del cráneo.
- IV. Movilidad de las membranas intra y extracraneales.
- V. Movilidad del sacro.

I. MOVILIDAD DEL SNC

Modifica el volumen de los ventrículos y provoca una fluctuación del LCR.

II. FLUCTUACIÓN DEL LCR

Es concéntrica. La alternancia de ondas centrífugas y centrípetas proporciona la movilidad de los huesos periféricos.

TEST DE MOVILIDAD DEL TEMPORAL

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

Sentado en la cabeza del paciente:

- con las palmas de las manos tomando la escama occipital;
- la eminencia tenar se coloca en la porción mastoidea;
- la yema del pulgar se coloca en la parte anteroposterior de la apófisis mastoides.



Figura 310

PERCEPCIÓN DEL MOVIMIENTO

- Durante la rotación externa, las yemas de los pulgares perciben un movimiento hacia atrás y adentro.
- Durante la rotación interna, las eminencias tenares se acercan a la línea central.

OBSERVACIÓN

- El terapeuta debe reconocer la amplitud del movimiento, ya que para realizar el test le hará falta dar un empuje que sea inferior a esta amplitud.

TEST DE LA ROTACIÓN EXTERNA

1. Método de lanzada

- El terapeuta imprime, al comienzo del movimiento de rotación externa, un empuje suplementario hacia dentro y atrás con las yemas de los pulgares sobre la mastoides.

La movilidad de cada pieza ósea será detallada en la segunda parte del libro.

MOVIMIENTOS DE LAS MEMBRANAS

1. MEMBRANAS INTRACRANEALES

En la flexión de la SEB:

- La inserción occipital de la hoz la arrastra hacia atrás y abajo.
- En la otra extremidad, la apófisis *crista galli* es llevada hacia atrás y arriba. La hoz toma parte en la flexión del etmoides.
- La inserción frontal de la hoz provoca el retroceso de la sutura metópica y participa en la rotación externa.
- La inserción parietal de la hoz desciende la sutura interparietal y participa en la rotación externa.

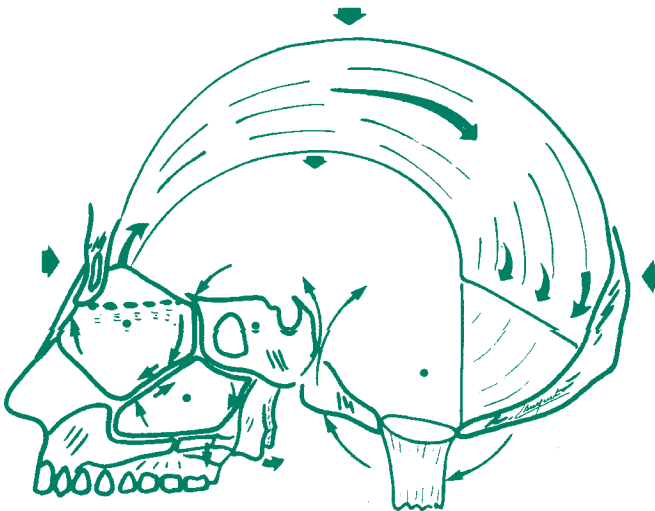


Figura 29
Flexión de la SEB.



Foto 12

4. DIAFRAGMA SUBOCCIPITAL

- El terapeuta está sentado a la cabecera del paciente, con las dos manos dirigidas hacia los pies del sujeto, y coloca el occipital del paciente en la copa formada por las dos palmas.
- Los dos dedos corazones establecen un ligero empuje sobre el arco posterior de C1 hacia delante, mientras que los otros dedos llevan el occipital hacia detrás. Se obtiene así una relajación de los músculos suboccipitales.



Foto 13

- El tiempo de paso de la onda hace que ésta alcance el nivel de la sutura testada en fase de inspiración (apertura de la sutura).

1ª posibilidad

El terapeuta siente que la onda amplifica el movimiento de la sutura. La onda parece escaparse entre la V de los dedos como una ola al romper en la arena de la playa.

- La sutura está libre.

2ª posibilidad

La onda de LCR va a terminar por detrás de la sutura que está dinamizada por turbulencias, como la ola que rompe en una costa rocosa.

- La sutura se estrecha.

• Tercer tiempo: corrección

- El terapeuta lanza en cada fase de rotación externa una onda de LCR.
- Con la V extiende (*spread*) la sutura para facilitar la liberación por medio del empuje del LCR.

Nota. Después de varios años de enseñanza aconsejo una presión constante de la mano opuesta en la dirección de la zona a tratar. El efecto dinámico es interesante también, más simple, y el terapeuta puede concentrarse mucho más en la V de sus dedos.



Figura 92
V spread frontoparietal.

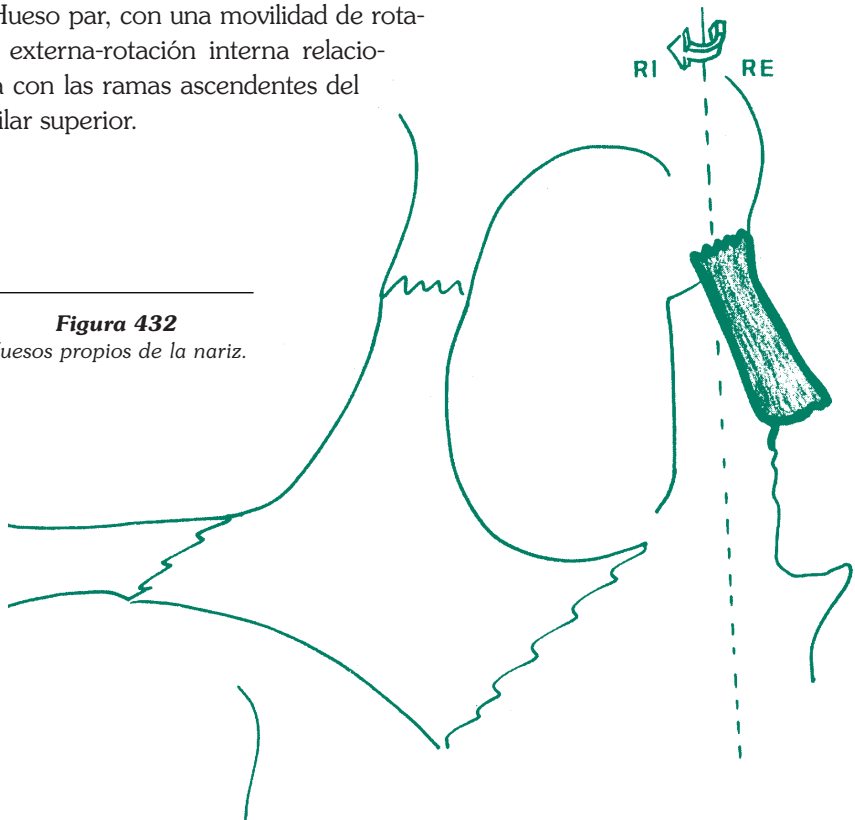
CAPÍTULO 15

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ

MOVILIDAD

Hueso par, con una movilidad de rotación externa-rotación interna relacionada con las ramas ascendentes del maxilar superior.

Figura 432
Huesos propios de la nariz.



2. Método de posicionamiento

- Después de haber percibido el movimiento de flexión-extensión, el terapeuta mantiene, por medio de una presión suave sobre la glabella, el etmoides en flexión. El empuje del terapeuta debe ser inferior o como máximo igual a la profundidad del movimiento de flexión retenido durante la percepción del ritmo, para no enlentecer la respiración craneal.
- El terapeuta desplaza el punto de equilibrio de la flexión-extensión del etmoides hacia la flexión.

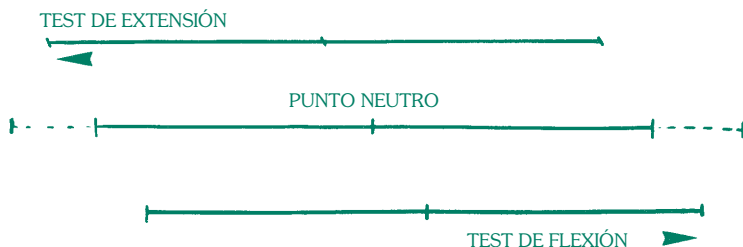


Figura 277

- Si la flexión-extensión se realiza sin estar alterada partiendo de este nuevo punto de equilibrio, es que la flexión está libre.
- Si la flexión es limitada o inexistente, el test muestra una pérdida de movilidad de la flexión.

TEST DE LA EXTENSIÓN

1. Método de lanzada

- El pulgar caudal se vuelve operador y lanza el movimiento al comienzo de la fase de extensión.
- El dedo colocado al nivel de la glabella debe percibir un empuje hacia delante que corresponde a la vuelta hacia delante de la apófisis *cristagalli* y al avance de la sutura metópica (si el movimiento está libre).

VI. Flexión lateral rotación izquierda

- El índice y el anular se aproximan a la derecha: FL, LAT.
- El conjunto de la mano se eleva a la derecha: rotación izquierda.
- El índice y el anular se separan a la izquierda.
- El conjunto de la mano desciende a la izquierda.

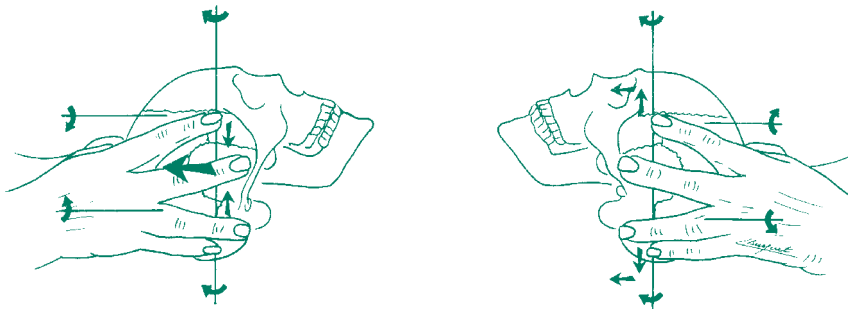


Figura 120/Figura 121
Flexión lateral rotación izquierda de la SEB.

VII. Strain vertical esfenoides alto

- Los índices llevan las alas mayores hacia delante: flexión.
- Los dedos IV y V llevan el occipital hacia atrás y arriba: extensión.

VIII. Strain vertical esfenoides bajo

- Los índices llevan las alas mayores hacia atrás: extensión.
- Los dedos IV y V llevan el occipital hacia delante y abajo: flexión.



Figura 122
Tensión vertical esfenoides alto.



Figura 123
Tensión vertical esfenoides bajo.

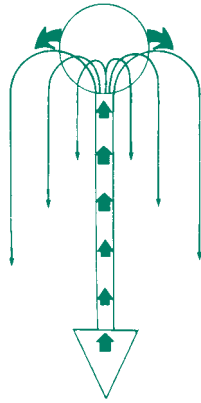


Figura 91
Las fascias en los movimientos cráneo-sacro.

- El sacro tiene un funcionamiento MRP relativo a la SEB.
- El sacro tiene un posicionamiento relativo en el apoyo en el suelo.

Con estos dos puntos clave se puede analizar y comprender la superposición de la movilidad primaria generada por el MRP y de la movilidad secundaria generada por las cadenas musculares.

Para mostrar que el hombre es una *entidad funcional*, la relación cráneo-sacro será desarrollada con *las cadenas musculares* del miembro inferior.

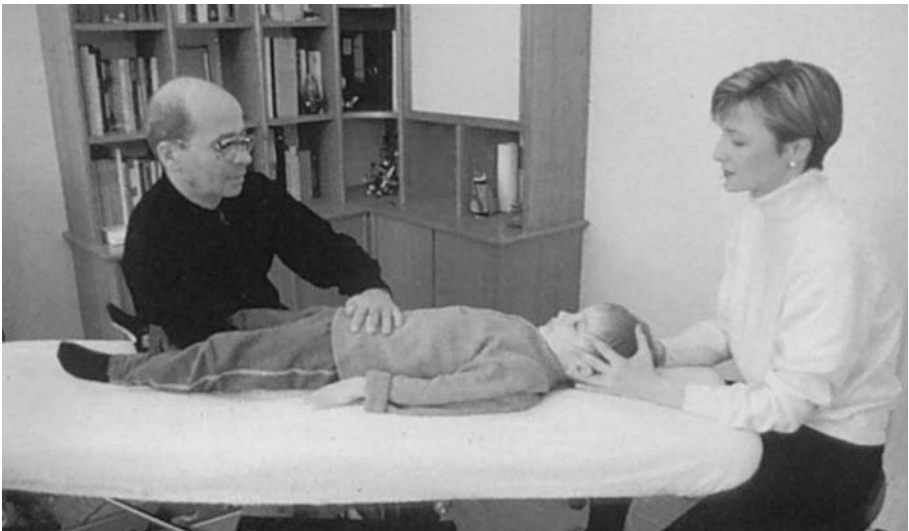


Foto 3

III. LESIONES DEL MENISCO T.M.

Las lesiones pueden ser crónicas o traumáticas.

1. LESIONES CRÓNICAS

- La degeneración crónica está en relación con tensiones musculares demasiado importantes.
- Las causas pueden ser de origen visceral (cadena estática visceral), psicológicas o mecánicas.
- En las causas mecánicas, hay problemas:
 - del articulado dentario,
 - del equilibrio del mecanismo craneal.

Los excesos de tensiones generan la degeneración del menisco.

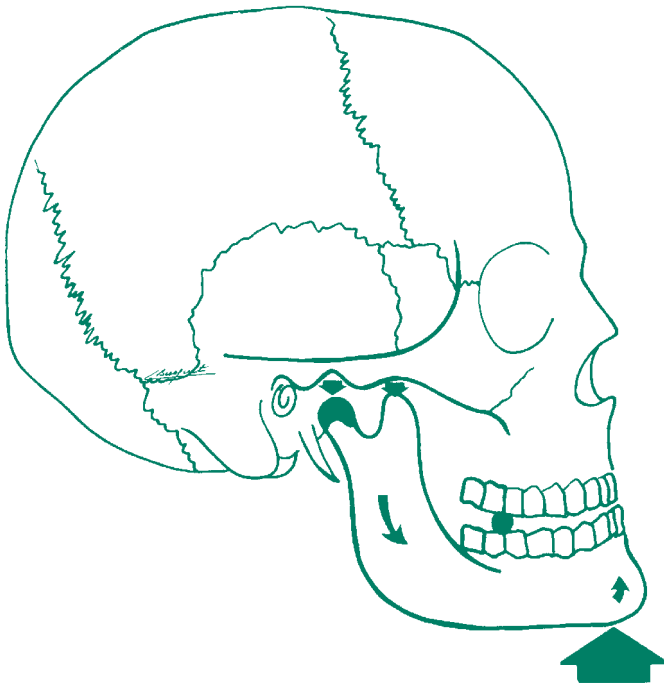


Figura 475
Descompresión TM 5/día.

3. MEMBRANAS PERIFÉRICAS FASCIALES

En la flexión de la SEB:

- Las fascias profundas, y por tanto la duramadre espinal, realizan un movimiento de ascensión que facilita la rotación externa del cráneo y el descenso de las fascias superficiales.
- El conjunto de la movilidad de las fascias puede ser comparado con una fuente... de vida.
- El conjunto del cuerpo del paciente se encuentra en rotación externa, y las cadenas musculares son valoradas en el sentido de la exteriorización.

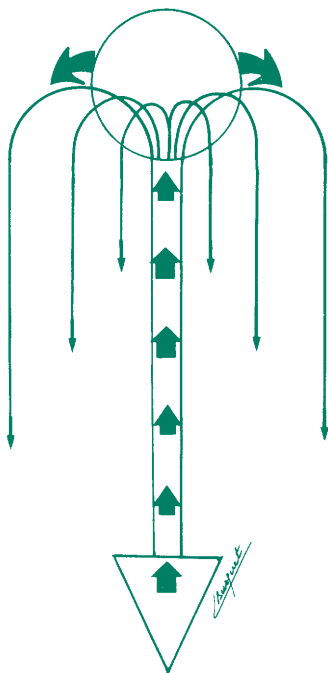


Figura 38

Fascias en los movimientos cráneo-sacos.

En la extensión de la SEB:

- Las fascias profundas, y por lo tanto la duramadre espinal, realizan un movimiento inverso hacia los centros sacros. Participan en la rotación interna del cráneo y en la elevación de nuevo de las fascias periféricas.
- El conjunto del cuerpo del paciente está en rotación interna, y las cadenas musculares son valoradas en el sentido de la interiorización.

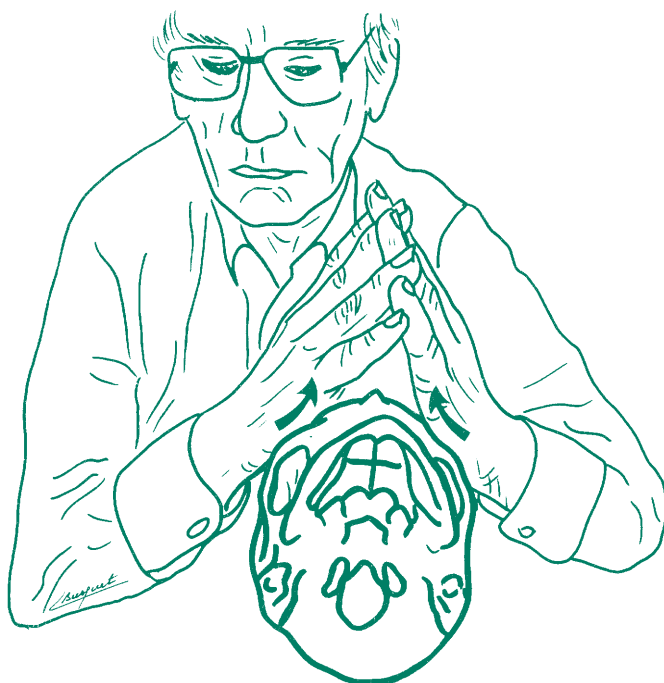


Figura 363
Frontal elevado.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- En la cabecera del paciente,
- toma los ángulos laterales del frontal entre las dos palmas de las manos,
- los dedos se cruzan a la altura de sus últimas falanges.

MANIOBRA

- La extensión de los dedos asegura una toma suficiente para elevar el frontal según la bisectriz del ángulo formado por la relación frontoetmoidal y fronto-parietal.

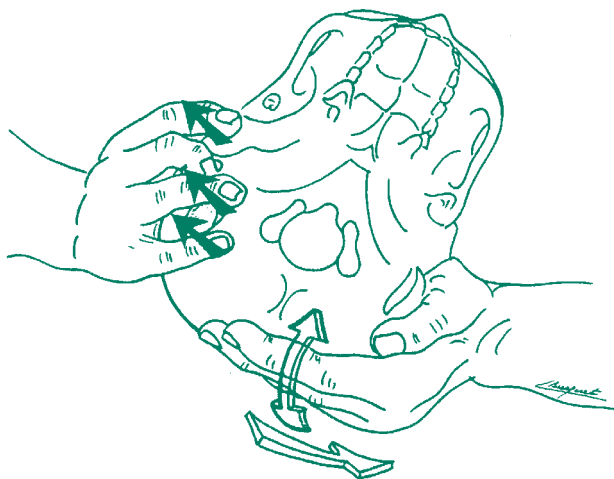


Figura 321
 Técnica de desbloqueo
 petro-basilar-petro-yugular.

3. LESIONES OCCIPITOMASTOIDEAS (OM)

TÉCNICA DEL V SPREAD

El terapeuta, sentado en la cabecera del paciente, coloca la sutura occipito-mastoidea (OM) entre la V formada por el índice y el dedo medio de la mano homolateral.

- El terapeuta hace girar la cabeza ligeramente del lado opuesto para soltar la OM del apoyo sobre la mesa.
- La otra mano se coloca sobre el frontal, en la parte externa, diametralmente opuesta a la OM.
- **Primer tiempo**
Percepción de la respiración craneal a la altura de OM.
- **Segundo tiempo**
Test de OM con una onda enviada por la mano frontal.
- **Tercer tiempo**
Corrección con la separación de la V, más la onda del LCR enviada al comienzo de la inspiración MRP. Se pide al paciente una apnea inspiratoria.

IV. TRATAMIENTO PARA LIBERAR LAS DIFERENTES PARTES DEL ETMOIDES

A: LIBERACIÓN DE LA LÁMINA HORIZONTAL

Técnica frontomaxilar



Figura 288
Técnica frontomaxilar.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

Colocado lateralmente, en la cabecera del paciente toma:

- entre el pulgar y el índice de la mano caudal, las ramas ascendentes de los maxilares superiores;
- entre el pulgar y el índice de la mano cefálica, los pilares orbitales externos.

El índice puede colocarse facultativamente sobre la glabella.

- La mano caudal descomprime la lámina horizontal del etmoides, llevando las ramas ascendentes de los maxilares hacia abajo.
- La mano cefálica descomprime transversalmente la lámina horizontal, arrastrando consigo el frontal hacia su punto de equilibrio, colocado más o menos en rotación externa o interna.
- El terapeuta debe estar mentalmente consciente de las fuerzas que pasan por sus dedos hacia el paciente.

- 3) de búsqueda del punto de equilibrio de RA-RP, y sólo pasar de una parte a otra después de haber percibido las diferentes etapas de relajación. Una vez finalizada la maniobra, deberá testar de nuevo el temporal para verificar que la relajación percibida corresponde en buena manera a su rearmonización completa.

IX. LESIONES TEMPOROCIGOMÁTICAS

Si el malar y el temporal sufren influencias inversas o de traumatismos, puede instalarse un punto de fijación a la altura temporocigomática.



Figura 333

Desbloqueo temporocigomático.

TÉCNICA DE DESBLOQUEO

POSICIÓN DEL PACIENTE

En decúbito dorsal, con la cabeza girada al lado opuesto.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

Colocado en la cabecera del paciente en el lado opuesto, toma entre el pulgar y el índice de cada mano la apófisis cigomática a ambos lados de la sutura. Las tensiones opuestas desbloquean la temporocigomática.

D. Escalonamiento de la sutura metópica

Las compresiones transversales pueden estrechar la sutura metópica en el parto.

En algunos casos, un frontal monta sobre el otro.



Figura 360

Escalonamiento de la sutura metópica.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- En la cabecera del paciente.
- Los pulgares se cruzan por encima de la sutura metópica.

MANIOBRA

Los pulgares tienen una acción de escalonamiento de la sutura metópica, debido al deslizamiento cruzado divergente.

II LESIONES EN ROTACIÓN EXTERNA

En los tests, el terapeuta ha percibido una limitación de la rotación interna. El frontal funciona preferentemente en rotación externa.

II. LESIÓN TM POSTERIOR DERECHA

TÉCNICA 1

POSICIÓN DEL TERAPEUTA: como en el test.

MANIOBRA

1. Las dos manos aseguran una descompresión hacia abajo de la mandíbula.
2. La mano izquierda del terapeuta hace deslizar en la horizontal la mandíbula hacia delante a la derecha, para posicionar el cóndilo en la vertical del menisco.
3. La mano izquierda hace que vuelva a subir el cóndilo derecho en contacto con el menisco.
4. Una vez asegurado el contacto cóndilo-menisco, el terapeuta hace deslizar hacia atrás el conjunto menisco-cóndilo en el fondo de la cavidad glenoidea.

LESIONES BILATERALES

Las dos manos hacen un movimiento simétrico.

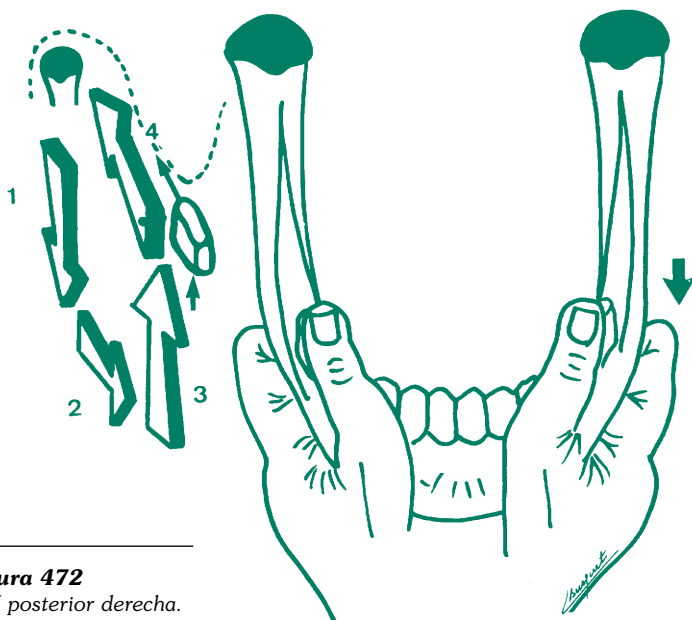


Figura 472

Reducción TM posterior derecha.

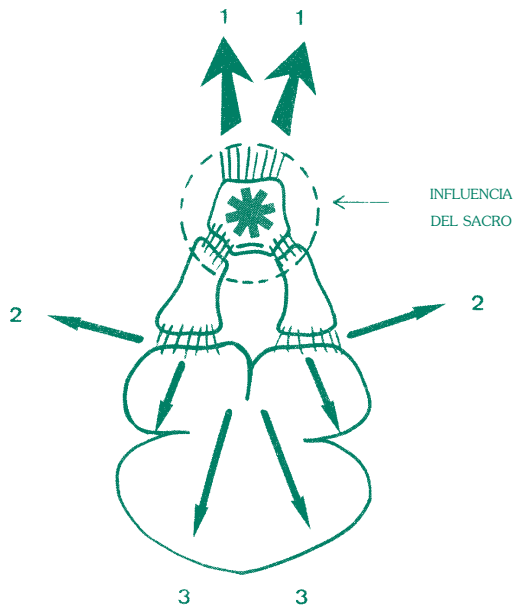


Figura 228
Platy-basia.

MANIOBRA

- Primer tiempo: descompresión anteroposterior de la sínfisis por la acción de los pulgares, que llevan el frontal hacia delante.
- Segundo tiempo: descompresión transversal occipitotemporal por la acción de separación de la V formada por los índices y los corazones.
- Tercer tiempo: descompresión posteroanterior por medio de la tensión posterior del 3^{er}, 4^o y 5^o dedos.

La descompresión se realiza al nivel:

- de las escamas-masas laterales, y después
- masas laterales-apófisis basilar.

- Cuarto tiempo: esta descompresión localizada sobre la apófisis basilar puede ser incrementada fijando la base occipital a partir de la tensión del sacro.

Esto necesita la intervención de un segundo operador (padre).

En esta técnica, al terapeuta le interesará proceder por etapas sucesivas y no pasar al tiempo siguiente si no se ha percibido la descompresión.

ASTERIÓN

- Este punto es la unión de una sutura que desciende:

SUTURA OCCIPITOMASTOIDEA

y de una sutura que sube:

SUTURA PARIETOOCCIPITAL O LAMBDOIDEA**LAMBDA**

Fontanela posteromedial, es la unión de la sutura interparietal y de las suturas lambdoideas. En la vertical de lambda, encima de la parte media de la escama:

INIÓN

Representa la protuberancia occipital externa.



Figura 322
V spread occipitomastoideo.

TÉCNICA DE EXAGERACIÓN

Cuando hay lesiones crónicas, se puede, en primer lugar, exagerar la molestia de la OM. Esto tiene como finalidad relajar las tensiones de las membranas que estrechan la OM. Esta relajación se utilizará secundariamente para la liberación.

La compresión de una sutura tiene una segunda ventaja: los receptores sensitivos de la articulación envían un mensaje neurológico que estimula, a la altura del plexo coroideo, la secreción del LCR y dinamiza de esta manera su onda.

TÉCNICA DIRECTA

- La palma y los dedos de una mano imprimen una tensión transversal en el occipital para obtener una descompresión occipitomastoidea.
- La otra mano gira el temporal en rotación externa, mientras que la mano occipital va en la dirección de la flexión.

MANIOBRA

- La mano occipital equilibra la escama en su movilidad en lateroflexión en relación con el eje vertical.

5. CORRECCIÓN DEL AGUJERO OCCIPITAL

TÉCNICA DE MODELAJE DEL AGUJERO OCCIPITAL

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- En la cabecera del niño.
- El 5°, 4° y 3^{er} dedos colocados sobre la escama.
- El 2° delante de la sutura occipitomastoidea (OM).
- Los pulgares detrás de los pilares orbitales externos.



Figura 235

Modelaje del agujero occipital.

Si esta maniobra no ha sido suficiente para liberar la escotadura etmoidal con la rotación externa de los frontales, será necesario añadir el parámetro de desbloqueo facilitado por el frontal-lift.

Técnica del frontallift

OBJETIVO

Levantar el frontal para liberar las molestias de las diversas suturas.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

En la cabecera del paciente, contacta los pilares orbitales externos con las palmas de las manos.

- Los dedos van a entrelazarse con las últimas falanges de la mano opuesta.

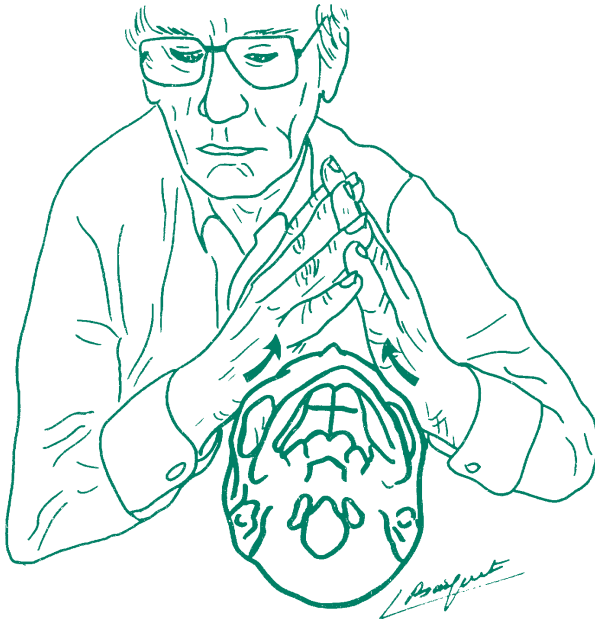


Figura 283
Frontal elevado.

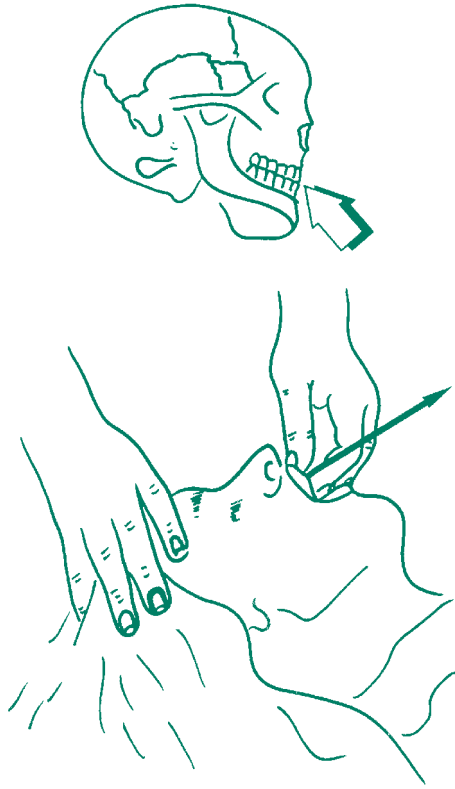


Figura 424

Compresión total del maxilar y liberación frontopterigoidomaxilar.

VII. TÉCNICA DEL MAXILAR *LIFT* Y *SPREAD*

OBJETIVOS

El *lift* trata de liberar los maxilares de cualquier molestia de las suturas:

- maxilofrontal,
- maxiloetmoidal,
- maxilopalatina,
- maxilounguis.

El cuerpo del esfenoides desciende a la izquierda:

- el ala pequeña sigue de manera solidaria al cuerpo;
- el ala mayor, por su maleabilidad y resistencias periféricas, sigue con un tiempo de retraso y una amplitud inferior;
- la hendidura esfenoidal izquierda se cierra;
- el cuadrante anterior izquierdo se coloca en RI.

CONCLUSIÓN

La torsión derecha ocasiona:

- la rotación externa de los cuadrantes, anterior derecho y posterior izquierdo;
- la rotación interna de los cuadrantes, anterior izquierdo y posterior derecho.

En la torsión derecha:

- el ojo derecho está abierto, prominente;
- el frontal y el maxilar superior derecho están en RE;

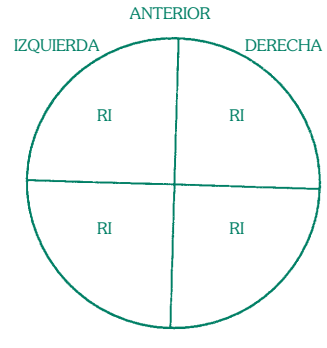


Figura 49
Torsión derecha.

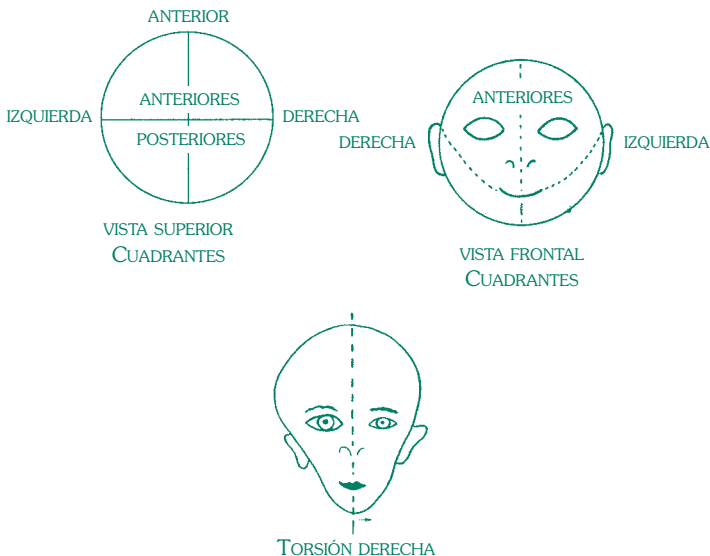


Figura 50

- la flexión anterior de la cabeza del paciente,
- se pide al paciente que realice varias apneas espiratorias cómodas sin dejar de mantener la extensión.

Este primer tiempo tiene como finalidad mantener los senos cerrados.

- **Segundo tiempo.** Flexión: apertura de los senos.

La flexión se obtiene por:

- el apoyo sobre la parte anterior de la sutura intermaxilar,
- las alas mayores estiradas hacia delante,
- se pide al paciente que realice varias apneas inspiratorias cómodas sin dejar de mantener la flexión.

Esta maniobra se debe realizar varias veces, relacionándola con:

- la respiración secundaria torácica, y además en relación
- con la respiración primaria craneal MRP.

Cuando esta maniobra se realiza siguiendo el ritmo craneal, el índice actuará correctamente:

- si apoya durante la fase de extensión a nivel de la sutura cruciforme,
- si relaja la presión durante la fase de inspiración.

V. TÉCNICA DE LIBERACIÓN PTERIGOIDOPALATINA

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- Lateralmente, en la cabecera del paciente.

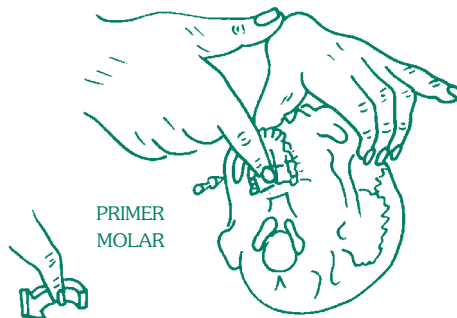


Figura 256

Técnica de liberación pterigoidopalatina.

C. ACCIÓN DE REANIMACIÓN

TÉCNICA de PERE TOM

En los estados de muerte aparente, ahogamiento o shock eléctrico, la víctima ya no respira y la fluctuación del LCR no es palpable.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- Igual que en la técnica precedente.

MANIOBRA

- Se colocan los temporales en rotación externa, llevando con firmeza las apófisis mastoideas hacia dentro y atrás.
- Se mantienen durante algunos segundos; después se relaja y se repite la maniobra.
- Una vez visto el estado de urgencia del sujeto, hay que realizar paralelamente la reanimación con el boca a boca. Se coordina la inspiración con la rotación externa.
- Debido al vigor necesario por parte del terapeuta para realizar la acción, Sutherland la ha denominado *pere-Tom*.

OBSERVACIÓN

Las técnicas homeostáticas, aceleradoras y la reanimación se realizan preferentemente a partir de la rotación externa-interna de los temporales.

ESFENOIDES

Gira alrededor de un eje transversal horizontal que pasa al mismo nivel y se detiene delante de la base de la silla turca.

En la flexión: la parte posterior del cuerpo se eleva y la parte anterior descende.



Figura 8
Flexión del esfenoides.

ETMOIDES

Gira alrededor de un eje transversal horizontal que pasa por medio de la lámina vertical bajo la lámina horizontal.

En la flexión: la parte posterior del etmoides descende, y la parte anterior se eleva.

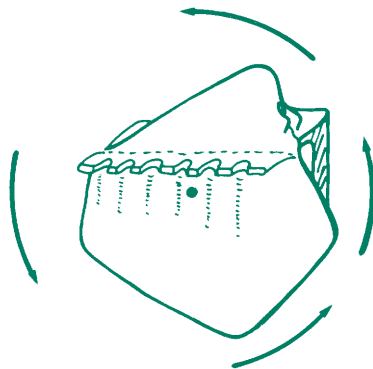


Figura 9
Flexión del etmoides.

VÓMER

Gira alrededor de un eje transversal y horizontal que pasa por medio del vómer.

En la flexión: el esfenoides se apoya sobre el borde superior, y el vómer describe un arco en círculo que descende la parte posterior del borde inferior y eleva la parte anterior de este mismo borde.

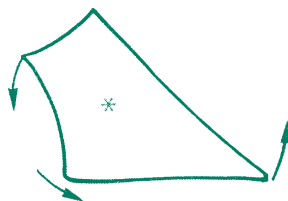
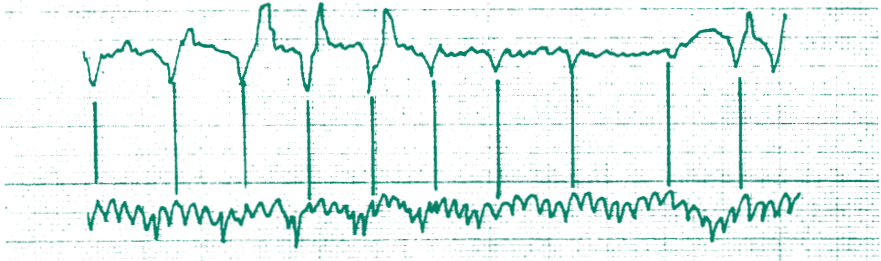
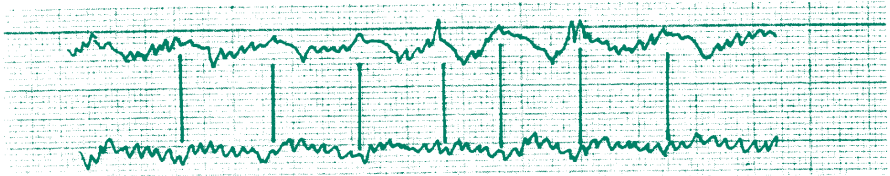


Figura 10
Flexión del vómer.



O bien de su descenso de la curva.



HIPÓTESIS SOBRE EL ORIGEN DEL MOVIMIENTO CRANEAL

Después de haber establecido la existencia física de este movimiento craneal, llamado movimiento respiratorio primario (MRP) o *cranial rhythmic impulse* (CRI), conviene determinar su origen y su función en el organismo.

Numerosos movimientos favorecen y coordinan las diferentes funciones del ser humano.

Interesa a menudo un aparato en su conjunto:

- circulatorio: la pulsación arterial, generada por la actividad cardiaca,
- pulmonar: los movimientos respiratorios que están en relación con la actividad diafragmática,
- digestivo: el peristaltismo intestinal, ureteral o vesicular.

Otros movimientos pueden ser debidos a células aisladas o a grupos de células especializadas, como las células de la reproducción: los óvulos y los espermatozoides, que tienen un funcionamiento autónomo y en los que la movilidad

TÉCNICA 2

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- En la cabecera del paciente.
- En el lado de la lesión:
 - la mano toma la mandíbula, el meñique y el anular se dirigen hacia atrás en el borde vertical,
 - el dedo medio y el índice sobre el borde inferior de la rama horizontal.
- En el lado opuesto a la lesión:
 - la punta del mentón se coge entre el índice y el corazón.



Figura 473
Reducción TM posterior derecha.

MANIOBRA

- Primer tiempo: ligera apertura con la mano contralateral
- Segundo tiempo: deslizamiento anterior con la mano homolateral.
- Tercer tiempo: ascensión para coaptar el menisco con la mano homolateral.
- Cuarto tiempo: traslación hacia el fondo de la cavidad con la mano contralateral.



Figura 474
TM posterior.

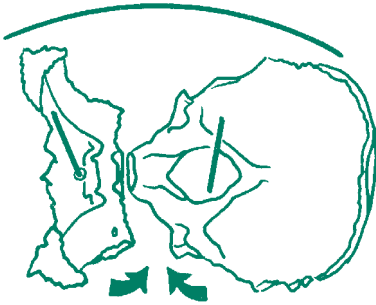


Figura 53
Flexión lateral.

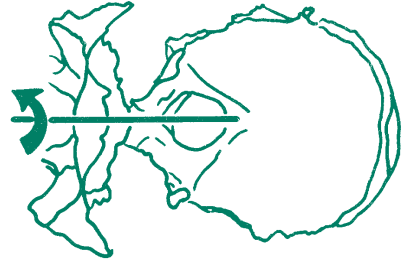


Figura 54
Rotación derecha.

- Separa el ala mayor derecha del ángulo lateral derecho del occipital:
La SEB se coloca en extensión a la derecha.

La flexión lateral hecha alrededor de dos ejes verticales conlleva la rotación a la derecha del conjunto de la SEB. Esta rotación derecha hace:

- descender
 - el ala mayor a la derecha,
 - el occipital a la derecha;
- subir
 - el ala mayor a la izquierda,
 - el occipital a la izquierda.

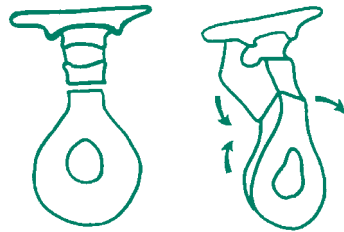


Figura 56

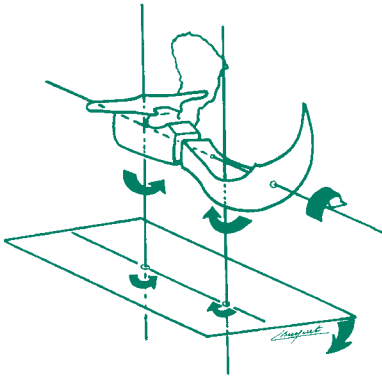


Figura 55
Flexión lateral rotación derecha.



Figura 57
Para entender la flexión lateral rotación derecha, se puede hacer un montaje con un papel doblado por la mitad.

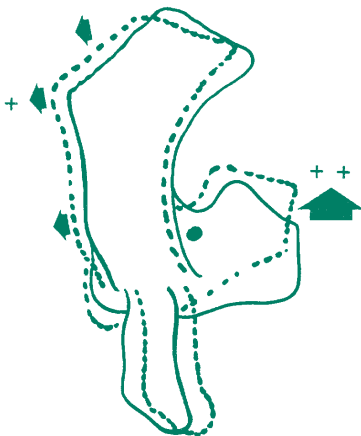


Figura 243

- Esta resistencia en la flexión hace desviar la movilidad de las alas mayores en el sentido de la rotación externa.



Figura 244

- Los cuatro factores que determinan la rotación externa son:
 1. El frontal que, cuando recibe el empuje en flexión del ala mayor, la desvía en un movimiento hacia fuera, adelante y abajo: rotación externa (véase frontal).

Hacia delante-fuera

Estos parámetros influirán en:

- la rotación externa de las alas mayores del esfenoides,
- la rotación externa del malar por medio del empuje hacia fuera y adelante (véase malar),
- la rotación externa del maxilar superior,
- la rotación externa del frontal.

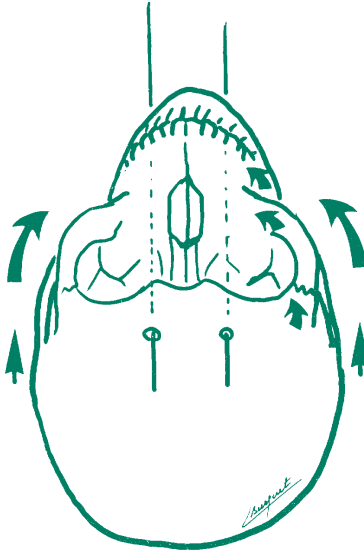


Figura 303

Durante la extensión de la SEB

El eje EE – CEM se desplaza paralelamente al eje de rotación del temporal en el movimiento de rotación interna del temporal:

- hacia detrás,
- hacia dentro,
- hacia arriba.



Figura 431

Normalización maxilofrontal.

MANIOBRA

De acuerdo con el MRP, las manos frontal y maxilar amplían de manera sincrónica las RE y RI.

OCLUSIÓN FLEXIÓN LATERAL ROTACIÓN DERECHA

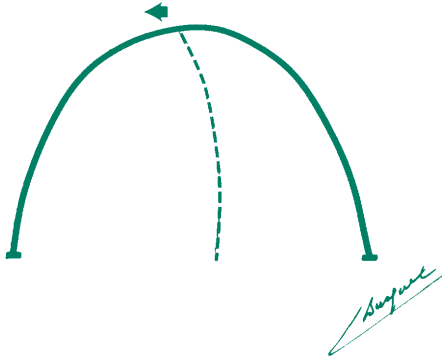


Figura 79
Oclusión vista superior.

OCLUSIÓN STRAIN ESFENOIDES ALTO

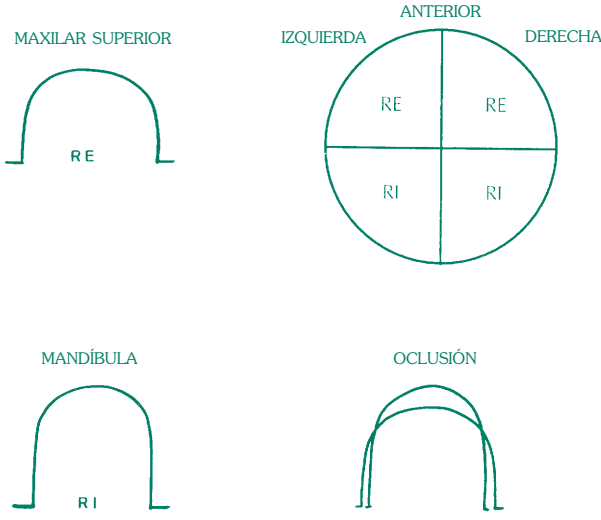


Figura 80

Mano izquierda

- El dedo índice sobre la escama.
- El dedo medio sobre la mastoides, y el terapeuta confirma el desbloqueo de la esfenoscamosa por una tensión hacia atrás.
- El índice y el dedo medio, a ambos lados del eje, buscan el punto de equilibrio de las tensiones con el fin de liberar el pivote EE.

VARIANTE

- La mano izquierda coloca:
 - el índice sobre la escama,
 - el anular sobre la mastoides,
 - el dedo medio entre los dos.

El dedo medio materializa el sentido del eje de rotación externa-interna del temporal.

B. LESIONES ESFENOPETROSAS: PIVOTE EE

Tras una lesión izquierda:



Figura 329

Desbloqueo de la sutura esfenopetrosa.

OBJETIVO

- Desbloquear el parietal de sus relaciones con:
 - el frontal,
 - el esfenoides,
 - los temporales,
 - el occipital.
- Silvar en alargamiento, de arriba abajo, la hoz del cerebro y del cerebelo.

POSICIÓN DEL TERAPEUTA

- En la cabecera del paciente,
- coge los ángulos laterales de los parietales con los índices, los anulares y los meñiques.
- **Primer tiempo:** desbloqueo.
El terapeuta deberá prestar mucha atención a la sensación de las diferentes etapas de desbloqueo:
 - óseo,
 - membranoso.

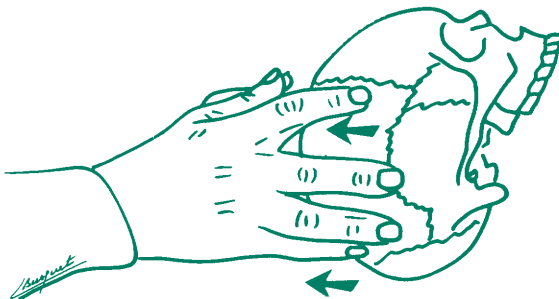


Figura 499
Parietal elevado.

COOPERACIÓN DEL LCR

Cuando el punto de equilibrio se ha encontrado, la fuerza de la onda del LCR puede utilizarse y dirigirse hacia la lesión a partir:

- de un punto del cráneo diametralmente opuesto,
- de la dorsiflexión del pie opuesto o de los dos pies.

En algunos casos, la corrección del movimiento requerirá previamente la liberación de las *suturas*.

III. LIBERACIÓN DE LAS SUTURAS

TÉCNICA DE ESCALONAMIENTO EN V SPREAD

- La fluctuación del líquido cefalorraquídeo puede sentirse colocando las manos enfrentadas en las partes opuestas del diámetro craneal.
- Si se acentúa ligeramente la presión de una de las manos sobre el cráneo, se sentirá después de algunos instantes el salto de una onda de fluido (LCR) en la otra mano.
- Este método se utiliza para testar la libertad o la restricción de movilidad de las suturas craneales.

POSICIÓN

- El índice y el dedo medio separados en forma de V se colocan uno a cada lado de la sutura que hay que testar.
- La otra mano se coloca sobre el cráneo en un punto diametralmente opuesto.

MANIOBRA

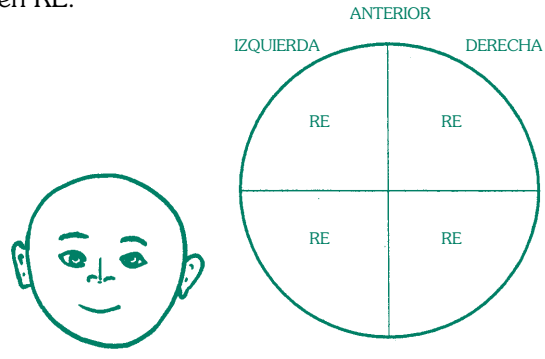
• **Primer tiempo: percepción**

Los dedos receptores separados en V perciben la fluctuación del LCR.

• **Segundo tiempo: test**

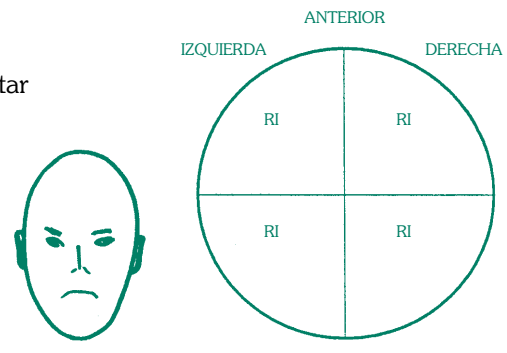
- Al principio de la fase de inspiración MRP (RE), la mano opuesta envía una onda de LCR por un impulso en el cráneo.

- La frente es baja.
- Los ojos son prominentes.
- Las orejas tienen tendencia a estar despegadas.
- Los maxilares y la frente son anchos.
- Todos los cuadrantes están en RE.

**Figura 39****Figura 40**
Rotación externa.

II. LESIÓN EN EXTENSIÓN

- El conjunto del cráneo está en rotación interna.
- El diámetro transversal es estrecho.
- El diámetro anteroposterior es largo.
- La frente es alta.
- Los ojos hundidos.
- Las orejas tienen tendencia a estar pegadas.
- Los maxilares y la frente están pegados.
- Todos los cuadrantes están en RI.

**Figura 41****Figura 42**
Rotación interna.