Anne L. Wales

EL MANEJO, LAS REACCIONES Y LOS EFECTOS SISTÉMICOS DE LA FLUCTUACIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

www.confiaenlamarea.com

Anne L. Wales

EL MANEJO, LAS REACCIONES Y LOS EFECTOS SISTÉMICOS DE LA FLUCTUACIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Presentado en la Convención de la OCA, Chicago. 1950
Incluido en Journal of the Osteopathic Cranial Association, 1953

Gestionar cualquier cosa es manejarla, controlarla o conseguir su fin con ella. Para tener éxito en la gestión es necesario tener un fin en mente y comprender la naturaleza de la cosa que hay que controlar con ese fin. Por lo tanto, consideraremos en primer lugar la naturaleza del líquido cefalorraquídeo tal como lo utilizamos en la osteopatía craneal; en segundo lugar, los principios y procedimientos específicos adoptados para el manejo de este cuerpo de líquido; en tercer lugar, las reacciones del líquido a estos estímulos; y finalmente, nuestro fin y objetivo, los efectos sistémicos del manejo del líquido.

El Dr. Sutherland nos ha dado una imagen del líquido cefalorraquídeo como un todo único; un cuerpo de líquido contenido en una cavidad natural, conformada por la membrana aracnoidea y el sistema nervioso central situado en ella. Al visualizar el cuerpo de líquido cefalorraquídeo que rodea el tubo neural central y periféricamente, recordamos el hecho de que los tejidos del tubo neural tienen la consistencia de unas natillas blandas y que la distribución central del líquido es continua con la periférica a través de los forámenes del cuarto ventrículo. También recordamos que hay extensiones periféricas desde el cuerpo principal del fluido. Éstas se encuentran a lo largo de las raíces de todos los nervios craneales y espinales que salen del cerebro y la médula espinal. El bulbo olfativo, el globo ocular, el espacio perilinfático del laberinto óseo y las vellosidades aracnoideas son notables como extensiones especiales de la distribución del líquido cefalorraquídeo. El volumen del líquido cefalorraquídeo, en la medida en que puede medirse en el adulto vivo y sano, se considera de aproximadamente 130 cc. Este cuerpo de fluido está bajo presión, equiparado entre las presiones de los sistemas arterial y venoso.

Estas consideraciones generales son hechos anatómicos actualmente aceptados. El Dr. Sutherland ha llamado nuestra atención sobre el importante intercambio entre la sangre y el líquido cefalorraquídeo que se produce en los plexos coroideos. Ha destacado la importancia del movimiento para la eficacia de esta actividad fisiológica.

George B. Hussin, de la Universidad de Illinois, ofrece esta interesante interpretación de la acción fisiológica:

"*El líquido se reabsorbe del espacio subaracnoideo a lo largo de los espacios radiculares perineurales a lo largo de los nervios... No existe ningún mecanismo de conducción para la circulación activa del líquido cefalorraquídeo; dicha circulación, tal como se describe, se produce tras manipulaciones como la punción lumbar. La fuerza para efectuar la eliminación del líquido*

confiaenlamarea@gmail.com

proviene de los movimientos de expansión y colapso del sistema nervioso central debido a los cambios vasculares." (1)

En una discusión sobre la morfología de los vasos sanguíneos piales y su relación con la formación y absorción del líquido cefalorraquídeo, Hussin dice además "*La sugerencia de que el líquido está formado por el lecho capilar del plexo coroideo no está respaldada por el hecho anatómico, ya que no hay capilares demostrables en el plexo coroideo. La fuente principal, si no exclusiva, del líquido cefalorraquídeo son los fluidos tisulares del sistema nervioso central*". (2)

Una de las aportaciones que el Dr. Sutherland ha hecho al conocimiento en este campo es el concepto de fluctuación del líquido cefalorraquídeo. A medida que nos damos cuenta de la importancia de este movimiento fluctuante del fluido, llegamos a apreciar cómo podemos utilizarlo y manejarlo. Es realmente la fluctuación del fluido cefalorraquídeo lo que pretendemos manejar.

Como en cualquier acción fisiológica, existen modos ideales de comportamiento y diversas desviaciones de la normalidad ideal. Consideramos que la fluctuación normal ideal del líquido cefalorraquídeo es de dirección longitudinal, desde abajo hacia arriba, por debajo y hacia delante con expansión bilateral, como en la fase de inhalación de la actividad del mecanismo respiratorio primario en su conjunto. Existen otros patrones normales asociados a otras acciones del conjunto. Las ondas fluctuantes son iguales en longitud y amplitud y son perceptibles a la palpación de cualquier parte o partes del conjunto del mecanismo. Hemos de utilizar y dirigir un mecanismo de fluidos que se encuentra dentro de un mecanismo óseo y membranoso a través del cual nos ponemos en contacto con él. Hemos de dirigir un "mecanismo fluido" que está vivo y constantemente activo mientras la vida se manifieste en el cuerpo humano.

Es bueno darse cuenta aquí de que la posibilidad de éxito en la persecución de tal objetivo es fabulosa para muchos que no están informados acerca de la declaración del Dr. Sutherland sobre el Concepto Craneal en la Ciencia de la Osteopatía y que no están capacitados ni tienen experiencia en el uso de las técnicas que él enseña. Es por la experiencia adquirida en la aplicación de estas técnicas al cuerpo vivo que la validez y la realidad de estas actividades dentro de él se hacen observables. El éxito en el manejo de la fluctuación del líquido cefalorraquídeo sólo se consigue mediante el uso hábil del conocimiento del Mecanismo Respiratorio Primario.

El primer paso en el manejo de la acción de este fluido es establecer un contacto con él sin perturbar su actividad. Esto puede compararse con el problema de un jinete que desea montar un caballo en movimiento. El jinete debe estar también en movimiento para encontrar ese momento de relativa quietud que le permita una monta hábil. Una vez en la silla, se adapta a la marcha que el caballo está utilizando en ese momento mientras agarra las riendas. Cuando el jinete se controle a sí mismo y al caballo, utilizará las riendas para dirigir el movimiento del caballo hacia sus propios fines. Para ello debe tener un conocimiento profundo de la equitación. Conocerá los distintos aires y velocidades posibles para el caballo y utilizará las señales que tienen significado para el caballo para ponerlas en práctica. Apreciará que el caballo es una entidad independiente y, por tanto, mantendrá un contacto constante a través de las riendas y su asiento en la silla. El colmo de la destreza en la equitación es el arte de montar a pelo, pero dicha destreza sólo se alcanza con la experiencia y el entrenamiento.

Un caballo puede pasar del paso al trote sólo con un cambio de velocidad. Cuando pasa al galope hay un momento de quietud antes de que cambie el patrón de su movimiento. El galope puede convertirse en un galope y luego en una carrera sin cambiar de patrón. Si el caballo cambiara a un paso, a un potro o a un monopie, el jinete notaría ese momento de quietud en el movimiento hacia delante antes de que se estableciera el nuevo paso. Se mezclaría con él para adaptarse al nuevo patrón de movimiento con el caballo. Establecer el contacto con el patrón existente de fluctuación del líquido cefalorraquídeo y gestionar posteriormente la acción utiliza estos mismos principios.

Las "riendas" son la membrana de tensión recíproca que siempre está tensa. Nos ponemos en contacto con ella a través de los huesos a los que está unida. Esto significa que podemos utilizar cualquier hueso o huesos del cráneo o las estructuras continuas de la cara o el sacro.

Intentamos establecer un contacto plástico firme con estos huesos mediante una aproximación gradual, como un pájaro que se enciende en la rama de un árbol. Cuando hayamos establecido el contacto, comprobamos que no estamos comprimiendo y, por tanto, limitando la acción del mecanismo articular membranoso. Cuando soltamos el contacto, hacemos la misma modificación gradual de la firmeza y la plasticidad. No empleamos más esfuerzo para mantener el contacto que el necesario para la eficacia. Una rienda ligera no carece de firmeza ni de constancia en el contacto con el caballo, pero con frecuencia una rienda pesada o apretada da lugar a un caballo torpe o lesionado. Sin embargo, una rienda ligera no es una rienda floja. Una vez en contacto, nos convertimos en observadores del estado de las cosas tal y como son. Somos pasivos y nuestra atención se dirige a percibir e interpretar las actividades dentro de la cabeza. El contacto de la bóveda es el más deseable y el más completo. La superficie palmar de los dedos se coloca a lo largo de los lados de la cabeza y los pulgares se cruzan por encima de la sutura sagital, pero no sobre ella. Esta es una posición equilibrada que permite que las manos del operador se muevan con los huesos, produciendo así estímulos propioceptivos. La pasividad de los dedos aumenta la sensibilidad a las impresiones táctiles producidas por el paso de las ondas fluidas bajo ellos. Mientras observamos, también "vamos con" el movimiento del mecanismo.

La interpretación de los hallazgos puede revelar un exceso o una deficiencia de cantidad de líquido cefalorraquídeo, una fluctuación hiperactiva o hipoactiva del líquido, o cualquiera de una serie de variaciones en el patrón de fluctuación. Puede ser demasiado rápido o demasiado lento, demasiado saltón o demasiado débil, demasiado irregular y desigual en cuanto a la longitud, la distribución de la frecuencia. Sea como sea, nuestro objetivo es dirigirla hacia un patrón de acción más normal. Antes de que eso ocurra, debemos llevar la fluctuación a un estado de equilibrio en todos los aspectos. Esto se manifiesta como quietud. A partir de este estado de quietud equilibrada, el patrón de actividad que sigue es una función del mecanismo fluido como entidad independiente. La acción es hacia lo normal. Volvemos a ser observadores mientras mantenemos nuestros contactos hasta que se cumple el objetivo. La manifestación de la fluctuación longitudinal normal del líquido cefalorraquídeo es la señal para la liberación gradual del contacto.

Los procedimientos específicos utilizan estos principios generales para satisfacer condiciones específicas. El uso más espectacular del manejo de la fluctuación del líquido cefalorraquídeo se ilustra en "*The Cranial Bowl*". Allí el Dr. Sutherland describió a un hombre, aparentemente

confiaenlamarea@gmail.com

muerto por un shock meníngeo, que respondió a la maniobra de lanzar las porciones petrosas de los huesos temporales en rotación externa con liberación y repetición. Mediante esta medida de emergencia, el mecanismo respiratorio primario se colocaba en la fase de inhalación y se mantenía en esa posición, se soltaba y se repetía hasta que las funciones vitales volvían a funcionar suave y automáticamente. En esta técnica, ambas porciones petrosas se giran en la misma dirección al mismo tiempo. Si se desea este efecto en condiciones menos drásticas, puede conseguirse circunducción del occipucio y rotación de las porciones petrosas de los huesos temporales. Esta maniobra se ha llamado "la roca temporal perfecta" ("*the perfect temporal rock*") y es muy suave en su influencia. El método más potente se consigue colocando los pulgares a lo largo de las porciones mastoideas y las apófisis de los huesos temporales con los dedos entrelazados bajo el occipucio.

Cuando los pulgares rozan las apófisis mastoides posteromedialmente, el occipucio se circunduce en flexión, llevando las apófisis yugulares, sobre las que se balancean los huesos temporales, hacia delante, y las porciones petrosas ruedan en rotación externa. Los pulgares hacen un firme contacto plástico a lo largo de las porciones y apófisis mastoides, pero no giran por fuerza directa. Las manos de los operadores se encuentran debajo de la cabeza y el cuello, pero no hacen ningún contacto de trabajo con la cabeza, excepto a través de los pulgares. Con la contracción del flexor profundo de los dedos índices, los pulgares giran automáticamente, de modo que la base de los pulgares se desplaza hacia fuera y la punta de los pulgares hacia dentro. Cuando los pulgares se mueven, también se mueven los huesos temporales. Esta palanca controla las manos desde el antebrazo para que los contactos a través de los pulgares sean mecánicamente eficaces sin forzar ni comprimir el mecanismo.

Esta técnica utiliza las porciones petrosas de los huesos temporales como agentes para desplazar los polos de unión lateral y posterior de la membrana de tensión recíproca, fisiológicamente, a su posición de inhalación, estableciendo así una onda fluctuante en el líquido cefalorraquídeo. Como la respiración ha cesado en la posición de exhalación, esta onda es una poderosa influencia para integrar de nuevo la acción viva.

Cuando se desea utilizar este contacto y esta técnica para hacer oscilar la membrana de tensión recíproca en su posición de exhalación, el flexor profundo de los dedos meñiques se contrae y lanza automáticamente la base de los pulgares posteromedialmente y la punta anterolateralmente. Las porciones mastoideas de los huesos temporales están en contacto con la base de los pulgares y las apófisis mastoideas con la parte más distal.

Este mismo contacto, modificado al colocar los dedos entrelazados más abajo en el cuello, puede utilizarse para afectar a la fluctuación del fluido de otra manera. En lugar de girar las porciones petrosas de los huesos temporales en la misma dirección y al mismo tiempo, deben girar de forma alterna o, en otras palabras, en direcciones opuestas al mismo tiempo. Esto establece una fluctuación lateral del líquido cefalorraquídeo, de lado a lado. Se consigue poniendo los polos laterales de unión de la membrana de tensión recíproca para que se balanceen en el fulcro donde la hoz del cerebro se une a la tienda del cerebelo, es decir, en toda la zona del seno recto. Este fulcro es descrito por el Dr. Sutherland como un fulcro suspendido de desplazamiento automático que funciona en todas las posiciones en las que se puede colocar la cabeza. Consideramos que la fluctuación lateral establece una corriente alterna en el cuerpo del fluido, en contraste con la corriente directa de la fluctuación longitudinal. Cualquiera de ellas puede utilizarse para llevar las fluctuaciones del fluido a un estado de equilibrio en la

quietud. La fluctuación lateral puede utilizarse para incitar a una mayor actividad cuando ésta es demasiado escasa o es demasiado débil y desigual, o para paliar y calmar una actividad excesiva,
La técnica incitativa consiste en iniciar un movimiento deliberadamente. Las porciones petrosas se giran en direcciones opuestas hasta que se percibe que el fluido fluctúa de un lado a otro por su propio impulso. Este procedimiento se caracteriza por la mayor excursión de las manos en contacto alrededor del punto de apoyo, establecido donde los dedos entran en contacto. La contracción del flexor profundo de los dedos centrales estabiliza este punto de apoyo. Cuando las manos giran alternativamente sobre él, los pulgares son llevados a través de un arco. Los pulgares entran en contacto con los huesos temporales, como se ha descrito anteriormente, y hacen girar la porción petrosa de uno de ellos en rotación externa mientras el otro gira en rotación interna. El grado de arco de este giro es un poco mayor que el rango existente antes de que se inicie el giro alternativo en la dirección opuesta. Pronto el operador percibe el desplazamiento del fluido con la rotación de las porciones petrosas de los huesos temporales. Cuando se da cuenta de que la fluctuación lateral está firmemente establecida y se balancea sobre el punto de apoyo del fluido, ha hecho su parte. A partir de ese momento se convierte en observador.

La técnica paliativa es similar a la incitativa en los contactos, pero la excursión de las manos alrededor del fulcro del contacto de los dedos entre sí es tan pequeña que apenas es perceptible. Esto se debe a que el operador realiza la acción contraria. En lugar de hacer oscilar el mecanismo a través de un mayor arco, está relacionando sus contactos con una fluctuación excesiva y la reduce limitando la excursión de cada oscilación. Una vez que ha medido la fluctuación existente yendo con ella hasta su máxima extensión, posteriormente detiene sus manos antes de que se alcance esa extensión y comienza a moverlas en la dirección alternativa y luego repite en el otro lado. Con este método consigue que la fluctuación lateral descienda a una amplitud muy baja, una mera ondulación, y luego a un estado de equilibrio en el punto de apoyo, en el que permanece inmóvil. Éste es el estado de reposo neutro a partir del cual puede establecerse, y de hecho se establece, una fluctuación más normal. El operador rompe los viejos patrones y hace que el mecanismo comience de nuevo desde el punto de quietud.

Si los pulgares actúan como punto de apoyo, la contracción del flexor largo del pulgar estabiliza los firmes contactos plásticos de los dedos, de modo que las manos que lo manejan oscilan sobre su punto de apoyo (los pulgares cruzados) mientras el mecanismo interior oscila sobre su punto de apoyo. Cuando los dedos se entrelazan para crear un punto de apoyo en el que entran en contacto, es la contracción del flexor profundo de los dedos la que estabiliza los contactos de los pulgares. De este modo, el operador evita que el peso incontrolado u otras fuerzas de su cuerpo entren en el mecanismo del paciente. Las fuerzas y potencias del paciente hacen el trabajo real de ajuste y liberación; el operador sólo dirige y maneja lo suficiente como para poner en juego estos organismos. Este principio fundamental es el factor de seguridad en las técnicas osteopáticas utilizadas en esta región que se ocupan de estas funciones primarias y vitales.

El uso de las porciones petrosas de los huesos temporales para el manejo de las fluctuaciones laterales del líquido cefalorraquídeo es práctico, cómodo y eficaz. Para las circunstancias en las que no sea el contacto de elección, se pueden conseguir los mismos resultados utilizando cualquier otra estructura bilateral según los mismos principios. El contacto y la maniobra es-

confiaenlamarea@gmail.com

pecíficos vienen dictados por la forma y la colocación de los huesos y las direcciones de sus movimientos fisiológicos. Los huesos parietales proporcionan contactos muy prácticos y cómodos, especialmente en bebés y niños. La fluctuación del fluido se gestiona aquí girando los huesos parietales alternativamente en sus posiciones de rotación interna y externa. La clave del éxito es la precisión y la exactitud. Los huesos frontales, las grandes alas del esfenoides e incluso el sacro pueden utilizarse con el mismo fin. En este caso, el sacro se giraría sobre su eje vertical. El uso de los huesos cigomáticos como contactos operaría principalmente a través de las grandes alas del esfenoides.

A medida que aprendemos a utilizar diferentes contactos para el uso de los mismos principios, debemos tener en cuenta nuestro conocimiento de los principios de funcionamiento del mecanismo en su conjunto. El mecanismo respiratorio primario consiste en la fluctuación del líquido cefalorraquídeo, la motilidad del tubo neural y la movilidad del mecanismo externo membranoso-articular. Utilizamos los contactos en el mecanismo externo para afectar de tal manera a su actividad que las condiciones de las partes internas se liberen de las limitaciones y se permita así que vuelvan a la normalidad. Por lo tanto, debemos comprender bien el mecanismo externo. Sabemos que los huesos del cráneo, las dos o tres vértebras cervicales superiores y el sacro están estructural y mecánicamente relacionados entre sí mediante la función de la duramadre. La duramadre actúa como sustancia aglutinante y como ligamento de control. Su capa interna, incluyendo especialmente las reduplicaciones bicapa que constituyen la hoz del cerebro, la hoz del cerebelo y las dos mitades de la tienda del cerebelo, actúa como membrana de tensión recíproca entre los polos articulares de unión. La duramadre espinal es una extensión de la capa interna de la duramadre craneal y funciona como el "núcleo-enlace" entre el mecanismo craneal y el mecanismo pélvico. Este "eslabón central" encuentra su fijación final en el canal sacro a nivel del segundo segmento sacro y se extiende a través del canal como ligamento coccígeo hasta la parte posterior del cóccix. La duramadre espinal está tensa, es decir, en tensión, al igual que las demás partes de la membrana de tensión recíproca.

Como ingenieros del cuerpo humano, tratamos de comprender las características de la anatomía que tienen un significado mecánico para la acción viva. Grant se refiere a la capa interna de la duramadre en el cráneo de la siguiente manera: "Se reduplica para formar cuatro pliegues que se proyectan hacia el interior, que subdividen parcialmente la cavidad craneal en compartimentos, y al estar tensos impiden el desplazamiento de la carga craneal que es el cerebro". Otra frase significativa es "La tienda del cerebelo se mantiene tensa por la hoz del cerebro (y la hoz del cerebelo), estando la línea de unión ocupada por el seno recto". En "*The Cranial Bowl*", el Dr. Sutherland nos ofrece una comprensión más profunda de la membrana de tensión recíproca. "Este agente tisular de tensión funciona de forma parecida a la del muelle de tensión del volante de un reloj; el muelle de tensión regula o limita el movimiento de ida y vuelta del volante".

La tensión, tal y como se define en su sentido mecánico en el "Concise Oxford Dictionary", es "(aquel) esfuerzo por el que se tira de (una) barra, (o) cuerda, etc. cuando forma parte de un sistema en equilibrio o en movimiento". La tensión en un sistema de este tipo está en el punto de apoyo alrededor del cual se mantiene el equilibrio o el movimiento en la periferia. En el cráneo tenemos las dos mitades de la tienda del cerebelo suspendidas de la hoz del cerebro, o la hoz del cerebelo suspendido de las dos mitades de la "tienda", o una mitad de la

"tienda" suspendida de la hoz del cerebro y la mitad opuesta, todo ello relacionado con la posición de la cabeza en relación con la fuerza de la gravedad. La línea de unión o la zona en la que estas estructuras son contiguas es la zona del seno recto, el fulcro suspendido. Visualiza la movilidad del mecanismo articular al que está unida la membrana de tensión recíproca y la acción de desplazamiento automático del fulcro se hace evidente en la imagen mental. Es esta imagen mental de la función fundamental central la que el Dr. Sutherland nos ha dado como clave de los procedimientos osteopáticos para ajustar las tensiones articulares membranosas y manejar las fluctuaciones del líquido cefalorraquídeo.

Una técnica para gestionar la fluctuación longitudinal del líquido cefalorraquídeo es la compresión del cuarto ventrículo con contacto en la escama del occipucio por debajo de la línea nucal superior. El mismo efecto puede conseguirse con el uso del sacro como contacto. El principio esencial es mantener el mecanismo respiratorio primario hacia la posición asumida en su fase de exhalación. Con el contacto en el occipucio, los bordes laterales de la escama por debajo de los ángulos laterales se mantienen medialmente. Debido al biselado externo, el hueso puede saltar ligeramente en las manos del operador. Al hacerlo, el cerebelo se hace rodar hacia abajo sobre el techo de la protuberancia y la médula, (el techo del cuarto ventrículo) y los braquios pontis hacen subir la masa de la protuberancia y la médula por debajo del suelo. El paciente coopera reteniendo la respiración en la espiración. Cuando sigue la inhalación involuntaria, el operador mantiene su contacto en el occipucio mientras el paciente respira normalmente. La señal de que el procedimiento ha cumplido su objetivo es la emanación de calor del occipucio, la aparición de sudor en la frente y el labio superior, un efecto de encaje en la piel que indica un intercambio entre los fluidos del cuerpo y breves golpes rítmicos del diafragma (el ralentí del motor) mientras el paciente se instala en una respiración suave y fácil. El contacto del operador sobre la escama occipital se libera gradualmente. La observación de las fluctuaciones del líquido revelará el patrón de acción longitudinal. Cuando se utiliza el sacro para la compresión del cuarto ventrículo, se inclina en su posición de exhalación, con la base ventral y el vértice dorsal. La cooperación del paciente es la misma que con el occipucio. Si no es posible que el paciente coopere, el operador simplemente sujeta el sacro. Se tarda más en alcanzar el fin deseado con este método, pero en condiciones de lesión cerebral grave, por ejemplo, es el único procedimiento seguro.

Es posible aumentar la potencia de la fluctuación del líquido cefalorraquídeo para que el ajuste de las tensiones articulares membranosas sea más completo y eficaz, exagerando la posición lesionada de todo el mecanismo mediante el contacto de la bóveda. Este principio se utiliza para el cráneo en su totalidad, pensando en el conjunto a medida que se establecen los contactos. Evidentemente, la técnica se organiza para cada paciente en función del diagnóstico craneal. La clave del patrón es el diagnóstico esfenobasilar. También requiere una conciencia aguda del equilibrio en todas las partes que componen el mecanismo respiratorio primario.

Las superficies palmares de los dedos se colocan a lo largo de los lados de la cabeza y los pulgares se cruzan por encima de la sutura sagital. Los dedos índices están a lo largo de las líneas temporales en la escama frontal, donde caen cómodamente, y los meñiques en la escama occipital. Los dedos tercero y cuarto están cerca de los ángulos esfenoidal y mastoideo de los huesos parietales, respectivamente. También puede utilizarse un contacto parietal solo para colocar toda la cabeza en estado de equilibrio sobre el fulcro. Pueden utilizarse otros contactos según el tamaño de las manos del operador en relación con el tamaño de la cabeza del paciente o debido a otros factores. Con la comprensión adecuada de la anatomía, la fisiología y los principios de la osteopatía, el operador ideará los procedimientos técnicos más adecuados a la situación dada. Se trata de

confiaenlamarea@gmail.com

encontrar y mantener la posición de equilibrio. A menudo, especialmente con el uso del contacto de la bóveda, la rutina de diagnóstico se convierte en el tratamiento, excepto en la mente del operador. Porque, una vez encontrado y establecido este estado de equilibrio, la membrana de tensión recíproca y la fluctuación de fluidos comienzan a oscilar sobre el fulcro. Los beneficios completos se obtienen manteniendo este estado, ya que la actividad interior pasa de un ajuste a otro hasta que el conjunto se reajusta hacia el funcionamiento normal.

Si se desea una mayor amplificación de la potencia de la acción del líquido cefalorraquídeo, una elevación suave para aumentar la tensión en el mecanismo la proporcionará. Una separación frontooccipital lo hará en los diámetros anteroposteriores. Una forma fácil de hacerlo es separar los dedos índice y meñique cuando están en posición de contacto con la bóveda. Si se dispone de un ayudante, los dedos índices del operador que están en contacto con las líneas temporales del frontal pueden levantarse, lo que ayuda a la estabilidad de las manos del operador. Se puede conseguir un aumento de la tensión en los diámetros transversales alejando los ángulos mastoideos de los parietales como en la rotación externa. Tanto los diámetros anteroposteriores como los transversales pueden aumentarse suavemente de forma simultánea mediante una acción combinada. Se pueden añadir tensiones desde el sacro para aumentar aún más la potencia operativa. Naturalmente, estas tensiones aumentadas se aplican de forma gradual y se liberan poco a poco. Una vez que las potencias de los fluidos están en funcionamiento, no es deseable soltar los contactos antes de que se complete la acción de ajuste. Las ondas sucesivas en el patrón fisiológico indican la conclusión de la operación.

La reacción del líquido cefalorraquídeo a estos diversos procedimientos específicos es difícil de describir, a pesar de que las impresiones en el operador se registran vívidamente en su sentido del tacto y en sus receptores propioceptivos. Si es capaz de administrar las técnicas con precisión, está en condiciones de realizar observaciones directas de la respuesta interior. La situación podría ser análoga a la del conductor de un automóvil con un sistema de freno hidráulico que tuviera una parte desajustada. El conductor podría saber, al pisar el pedal del freno, qué rueda tenía problemas. La reacción y el comportamiento de este cuerpo cerrado de fluido es la fuente de información fiable sobre las condiciones dentro de la cabeza individual. A medida que crezcamos en habilidad y experiencia en la práctica de la osteopatía craneal, también creceremos en capacidad para interpretar y evaluar dicha información.

La reacción que se considera en primer lugar es la actividad que sigue al establecimiento de un estado de equilibrio del mecanismo en su conjunto. Esta actividad no está estereotipada, pero ciertos patrones de comportamiento parecen estar presentes de forma constante. Se produce una expansión de la cabeza desde el interior; el cerebro parece levantarse de su lecho de agua a medida que el cuenco o base craneal se extiende suavemente. La cisterna magna se llena y el cerebelo se eleva y se despliega mientras el cuadrado occipital se extiende y se mueve desde dentro de la bóveda parece que se levanta desde abajo mientras las fisuras y los surcos se llenan y se extienden.

Simultáneamente a estos efectos, se producen movimientos de reajuste del mecanismo membranoso-articular. Si las manos del operador mantienen el contacto con los huesos, las manos se mueven. A veces se apartan y hay que restablecer el contacto. El fluido concentrará su actividad en una región y trabajará con una función intensificada hasta que se haya neutralizado la resistencia. Entonces se quedará quieto mientras se equilibra antes de asumir otro patrón de actividad fluctuante. Puede haber una serie de estos ataques concentrados sobre la resistencia localizada antes de que se manifieste la fluctuación longitudinal fisiológica, entre cada uno de los cuales se produce

un estado de equilibrio o quietud, tal como ocurre cuando un caballo cambia de marcha. No parece que esto sea necesario con los cambios de velocidad y amplitud. En estas concentraciones localizadas de actividad fluida parece haber una aproximación gradual en longitud de onda y frecuencia a una altura de eficacia y luego un retroceso gradual hasta la quietud. Este efecto se observa sobre todo en las lesiones crónicas antiguas, en las que se puede suponer que existe fibrosis, si no osificación de las espículas.

Los diferentes efectos que se producen en la distribución subaracnoidea pueden distinguirse del movimiento fluctuante que se manifiesta en la distribución ventricular.

Otro efecto que no se distingue constantemente de otra acción dentro del cráneo es el movimiento expansivo y contráctil del tubo neural. Cuando es claramente perceptible, no hay dificultad en reconocerlo como lo que es.

Como grupo de practicantes de osteopatía craneal, que se va ampliando gradualmente, estamos acumulando un campo de experiencia cada vez mayor en los efectos sistémicos de la gestión de la fluctuación del líquido cefalorraquídeo. Colectivamente no podemos acercarnos al conocimiento y la habilidad que tiene el Dr. Sutherland tras cincuenta años de investigación y práctica. Pero tenemos un conocimiento de nuestra propia experiencia que no teníamos hace cinco años.

Quizá la experiencia más vívida y común a todos nosotros sea el efecto sistémico que sigue a la compresión ventricular. No importa qué método se utilice para producir este efecto. Al activarse una nueva fluctuación más normal del fluido, el efecto sistémico parece tener ciertos rasgos característicos. Algunos de ellos pueden atribuirse a la estimulación de los arcos reflejos que operan a través de los núcleos del suelo del cuarto ventrículo. Éstos son viscerales sensoriales y viscerales motores y, como grupo, se denominan centro visceral. Este centro incluye el reflejo del vómito, el reflejo de la tos, el reflejo del seno carotídeo, el reflejo de la deglución y otros centros de control visceral, todos ellos operando por debajo del nivel de conciencia. La demostración más vívida de la influencia de la potencia de la fluctuación del líquido cefalorraquídeo sobre estas funciones se observa en aquellos casos clínicos en los que es evidente un marcado desequilibrio. Tras un tratamiento exitoso, el desequilibrio se canaliza rápidamente hacia el equilibrio normal. La taquicardia se ralentiza y la bradicardia se acelera junto con la mejora de la calidad del pulso. Se manifiesta una influencia similar en los desequilibrios extremos de la presión arterial, en particular la mejora de la presión del pulso. La frecuencia respiratoria y la calidad de la respiración se modifican hacia la normalidad. Los reflejos persistentes que funcionan en un punto de activación hipersensible, como la tos y la hipotermia, se calman. La influencia sobre el centro de parto puede suavizar algunos rasgos problemáticos del curso del parto.

Otros aspectos de la compresión ventricular parecen ser más mecánicos que neurológicos. La evidencia es consistente en la experiencia de que cuando logramos una respuesta exitosa del líquido cefalorraquídeo se produce un intercambio intensificado entre todos los fluidos del cuerpo resultantes. Este efecto se ve más claramente en la piel: pero es definitivamente evidente que la reacción es sistémica e incluye todo el cuerpo, incluso dentro de los huesos. Esto se asemeja al conocido efecto del uso de una bomba linfática. Considera la influencia de breves golpes rítmicos del diafragma sobre la cisterna de Quilo y el conducto torácico y la bomba linfática se revela. Una extensión de esta imagen sería la influencia del diafragma, básicamente un tabique fascial, sobre el movimiento de todas las fascias del cuerpo. La continuidad de los fluidos y la continuidad de los tejidos proporcionan el nexo de unión para comprender cómo todo el cuerpo puede verse afectado

confiaenlamarea@gmail.com

sistémicamente por una acción central. Al considerar lo que se conoce de todos los sistemas de acción de los fluidos dentro del cuerpo, la magnitud de las posibilidades comienza a asomarse a la mente. Si no fuera por la colosal eficacia del intercambio de fluidos, otras funciones fisiológicas no existirían en absoluto.

No es posible aislar los núcleos del suelo del cuarto ventrículo al considerar el efecto de la gestión de la fluctuación del líquido cefalorraquídeo. Todos los núcleos del tronco cerebral se ven afectados de forma similar. Los efectos específicos se manifiestan en relación con el problema clínico concreto. Son especialmente notables las mejoras en los diversos desequilibrios del sistema nervioso autónomo. Aunque este sistema puede tratarse desde muchos ángulos de enfoque, lo cierto es que los centros de control y coordinación se encuentran en el suelo del tercer ventrículo. Esta región también incluye conexiones entre el sistema nervioso vegetativo y el sistema endocrino. Mediante la mejora del funcionamiento de estas funciones de conexión con las funciones corticales, es posible resolver muchos problemas neuroendocrinos y psicosomáticos sin recurrir a la sedación y a la terapia de sustitución.

La respuesta de las funciones del cerebro y el cerebelo a la mejora del suministro arterial, el drenaje venoso y la fluctuación del líquido cefalorraquídeo es un campo demasiado amplio para discutirlo aquí. El hecho es que muchos problemas psiquiátricos se han resuelto mediante el uso de la osteopatía craneal y muchos problemas neurológicos implicados han mejorado.

Un aspecto muy práctico de los efectos sistémicos del manejo del líquido cefalorraquídeo para el servicio osteopático cotidiano es la resolución de las lesiones osteopáticas secundarias. Esto aclara el diagnóstico de las lesiones primarias y prepara el campo para un tratamiento más exitoso del cuerpo en su conjunto.

CONCLUSIÓN:

1. Se ha discutido la naturaleza del líquido cefalorraquídeo.
2. Se han descrito los principios de la gestión de la fluctuación del líquido y se han esbozado en detalle los procedimientos específicos.
3. Se han descrito los métodos de aplicación de estos procedimientos específicos.
4. Se han descrito las reacciones del líquido cefalorraquídeo y de su fluctuación a los distintos métodos de gestión.
5.. Se ha dado una discusión indicativa pero no exhaustiva de los efectos sistémicos del manejo del líquido cefalorraquídeo.

Providence, Rhode Island

Referencias

1. Yearbook of Neurology. Psychiatry and Neurosurgery. pages 25-26. George B. Hussin (University of Illinois) Cerebrospinal Fluid: Its origin, nature and function. J. Neuropath & Exper. Neurol. 7;172-181.April. 1948; 7:432-438. October. 1948.
2. Ibid. p 2
3. Sutherland. W G: The Cranial Bowl, 1st ed. p 54. Free Press Co. 1939.
4. Grant, J. B.: A Method ofAnatomy, 2nd ed. pp 578-79 Williams and Wilkins. 1940
5. Sutherland. W G: The Cranial Bowl, 1st ed. p 45. Free Press Co. 1939.
6. The Concise Oxford Dictionary of Current English, 3rd ed. 1949

confiaenlamarea@gmail.com