

DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO



ANAMNESIS

Debe ser exhaustiva, referenciar antigüedad de la lesión (agudo, crónico, etc), tipo de dolor, factores modificantes del dolor(cuándo duele más o cuándo menos), características del dolor(que nos llevará a pensar en el tejido afectado), e incluiremos la EAV para graduar el dolor del paciente.

Además estaremos alerta por si algún síntoma nos hiciera sospechar de la existencia de contraindicaciones a nuestro tratamiento, ya fuesen relativas o absolutas.

INSPECCIÓN

Se busca indicadores sobre el estado general del individuo; luego se dirige a regiones más puntuales.

Se estudia la estática vertebral, el porte de la cabeza, las curvas raquídeas.

EXAMEN ESTÁTICO: actitudes antiálgicas (hernia), tortícolis (degenerativa o traumática) etc.

EXAMEN DINÁMICO: se examina en forma global los movimientos del tronco y con el paciente sentado, los movimientos de la columna cervical: flexo-extensión, lateroflexión, rotaciones.

Hay que recordar que a nivel cervical los movimientos simples tienen una amplitud de: extensión 80º, flexión 70º, rotación 80º.

Los movimientos compuestos: flexión-rotación 70º, lateroflexión 45º. Los resultados de la evaluación se anotan en el gráfico de la estrella, del mismo modo si apareciera dolor. Si aparecen quiebros de la columna, manifiestan fijación vertebral.

TEST ORTOPÉDICOS

La función de dichos test será doble:

- A. Por un lado nos confirmarán el diagnóstico de la estructura lesionada.
- B. Nos alertarán de la existencia de una contraindicación a la manipulación.

En la columna cervical aplicaremos los siguientes test:

1. Test de Jackson: Es un test que se realiza en compresión cervical tanto en posición neutra como en ambas inclinaciones laterales. Nos sirve para realizar un diagnóstico diferencial entre Hernia Discal cervical u Osteofitosis en caso de NCB.
2. Test de distracción: si el paciente presenta alivio se confirmaría el diagnóstico de compresión radicular.

3. Hands-off test: Es un test premanipulativo. Se realizará de manera sistemática ANTES de cualquier manipulación cervical. Es una combinación del test de Hautant y de el de Klein. El paciente debe realizarlo sin nuestra intervención. Se puede completar/sustituir con el test de Underbrug.

Pueden aplicarse otra serie de test como el test de Roger-Bikelas (Lasègue para miembro superior), test de Lhermitte, test de Valsalva, o incluso un Lift abdominal para relacionar el dolor cervical a una disfunción visceral.

Epstein O. Clinical Evaluation. 2nd edition. Mosby.1997.

Cleland J. Netter. Exploración clínica en ortopedia. Un enfoque para fisioterapeutas basado en la evidencia. Elsevier 2006.

Díaz Mancha J. Valoración Manual. Elsevier 2014.

Ricard F. Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical - Panamericana 2008

"BANDERAS ROJAS" DE LAS CERVICALGIAS

Para investigar una fractura del raquis cervical si hay traumatismo es de utilidad la **Canadian C-Spine Rule**.



Evidencia

Sensibilidad = 99,4; Especificad = 45.1. La relación de probabilidad negativa vinculada a este test es extremadamente sensible (menor del 5%).

El siguiente cuadro resume las principales causas de alerta en la cervicalgia . Algunos necesitan de pruebas de imagen/laboratorio

Causa potencial	Características clínicas
Fractura	• Traumatismo clínicamente relevante en el adolescente o a la edad adulta. • Traumatismo menor en la espondilartrosis anquilosante del paciente mayor
Tumor	• Dolor que aumenta en la noche • Pérdida de peso inexplicable • Antecedentes de neoplasia • Edad > 50 años o < 20 años de edad • Antecedentes de cáncer • Dolor constante, ningún alivio en reposo • Pérdida de peso no explicada
Infección	• Fiebre, escalofríos, sudor nocturno • Antecedentes no explicados de pérdida de peso • Utilización intravenosa de droga • Reciente infección sistémica • Inmunosupresión invasiva • Reciente procedimiento invasivo
Lesión neurológica	• Déficit neurológico progresivo • Síntomas de los miembros superiores e inferiores • Disfunción intestinal o vesical
Mielopatía cervical	• Trastornos sensitivos de las manos • Atrofia de la musculatura intrínseca de la mano • Marcha inestable • Reflejo de Hoffman • Hiperreflexia • Trastornos intestinales o vesicales • Debilidad muscular multisegmentaria y/o trastornos sensitivos • Babinsky • Clonus • Signo del reflejo supinador invertido
Inestabilidad ligamentosa cervical superior	• Cefalea occipital y adormecimiento • Limitación severa de la ROM cervical activa en todas las direcciones • Signos de mielopatía cervical • Artritis reumatoide • Síndrome de Down
Insuficiencia de la arteria vertebral	• Ataques de gota • Vértigos o deslumbramiento vinculados a los movimientos cervicales • Disfagia • Disartria • Diplopia • Signos positivos sobre los nervios craneales • Ataxia • Náusea
Enfermedad inflamatoria sistémica	• Temperatura > 37°C • TA > 160/95 mmHg • Pulso de reposo > 100 pulsaciones • Ritmo respiratorio de reposo > 20-25 ciclos/mn • Cansancio

Banderas amarillas

Son factores que aumentan el riesgo que un paciente desarrolle una incapacidad a largo plazo. El **Cuestionario de conductas de Miedo-Evitación. (FABQ)** es una herramienta para evaluar banderas amarillas en los pacientes. La validez provisional del FABQ es discutible. La fiabilidad global de test-retest es excelente, (ICC=97).

Algunas de las actitudes y creencias que deben investigarse son:

- Si el dolor es intenso o invalidante.
- Creencia de que el dolor debe eliminarse antes del retorno a la actividad.
- Actitudes pasivas durante el tratamiento.
- Abuso del reposo, nivel de actividad reducido, incluidas las actividades diarias.
- Intensidad extrema del dolor.
- Toma exagerada de alcohol u otras sustancias.

Factores psicosociales

Pueden contribuir a un dolor persistente y a la incapacidad de un paciente, o pueden contribuir a la transición de un estado agudo a un estado crónico, de incapacidad.

Identificación de la depresión

Las herramientas de examen como el Beck Depression Inventory (BDI) o la Depression Anxiety Screening Scale (DASS), Escalas de identificación de inquietud y de depresión son útiles estos pacientes.

Propiedades psicométricas del BDI: un resultado de ≥ 5 puntos tiene una sensibilidad de 90,9%, especificidad de 17,6%. Un resultado ≥ 22 puntos para la utilidad diagnóstica, sensibilidad de 27,3%, especificidad de 90%.

Dolor catastrofizante

La escala de catastrofización del dolor, ayuda a

determinar si el paciente exagera su dolor y sus síntomas, y la severidad de las situaciones en general. Los valores alfa de Cronbach informados para el conjunto de los puntos de la escala de catastrofización del dolor ($\alpha=.87$) y escalas de factor (Rumia $\alpha=.87$; magnificación $\alpha=.60$; impotencia $\alpha=.87$) resultaron satisfactorias. Todos los resultados mostraron una fuerte validez temporal

En una población de pacientes con whiplash agudo existe una correlación moderada significativa entre el umbral de presión del dolor y la escala de catastrofización del dolor, así como el umbral del dolor al frío y la escala de catastrofización del dolor.

Actitudes y espectacularización

- Creencia que el dolor es dañino o invalidante, con protección y temor del movimiento
- Creencia que todo el dolor debe suprimirse antes del retorno a la actividad
- Espera de un aumento del dolor con la actividad o el trabajo
falta de capacidad a prever sus capacidades
- Catastrofización pensando en el retorno al trabajo
- Creencia que el dolor es incontrolable
- Actitud pasiva durante la rehabilitación

Comportamientos

- Reposo prolongado
- Nivel de actividad reducida, con la supresión significativa de las actividades diarias
- Evasión de la actividad normal y sustitución progresiva de modo de vida lejos de la actividad productiva
- Intensidad extremadamente elevada del dolor

- Confianza excesiva en ayudas técnicas (muletas, ortesis, corsé...)
- La calidad del sueño se reduce tras el principio de la raquialgia
- Toma elevada de alcohol u otras sustancias con un aumento desde el principio de la raquialgia
- Tabaquismo

Tabla. Banderas amarillas clínicas que indican creencias que intensifican los temores y creencias negativas

LIBRO DE REFERENCIA:

François Ricard, Jean-Luc Sallé. Tratado de osteopatía. 3ème ed., Panamericana; 2003

François Ricard. Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical - Panamericana 2008

PALPACIÓN

Se dirige a las articulaciones y hacia los tejidos blandos (piel, tejido celular, subcutáneo, músculos).

OBJETIVO: encontrar cambios de textura en los tejidos que rodean la lesión y poner en evidencia las manifestaciones de dolor que pueden tener distinto origen.

- DOLOR MUSCULAR: se manifiesta en el movimiento activo, se agrava por la contracción muscular, hay cordones mialgicos cuya palpación desencadena un dolor referido .
- DOLOR LIGAMENTARIO: aparece en posiciones mantenidas largo tiempo o al final del movimiento; es un dolor quemante.

- DOLOR NERVIOSO: dolor filiforme que puede ser señalado con el dedo.
- DOLOR ÓSEO: es preciso, sobre la vértebra lesionada, aumenta con el movimiento.
- DOLOR DISCAL: dolor agudo, se manifiesta cuando el peso del cuerpo se pone sobre el disco lesionado.
- DOLOR VASCULAR: es isquémico, sordo, difuso, que aumenta con la contracción isométrica.

PALPACIÓN DEL ESCLEROTOMA

Se efectúa de las apófisis espinosas y articulares. Se realiza en decúbito dorsal. A nivel vertebral se evalúa con presión en las apófisis espinosas (facilitación metamérica medular), el espacio interespinoso y la distancia entre las apófisis espinosas que pueden señalar una lesión en flexión.

A nivel de la apófisis transversas el dolor en su parte posterior evidencia una lesión de posterioridad. Desde los extremos de las apófisis transversas se pueden evaluar los movimientos de lateralidad del cuello.

- POSTERIORIDAD: zona dura dolorosa, corresponde a la apófisis articular posterior. La lesión está del lado doloroso (más bajo y posterior).
- LATERALIDAD: la apófisis transversa está más lateral del lado doloroso.
- ANTERIORIDAD: se palpa la parte anterior de las transversas, que pueden desencadenar neuralgias cervicobraquiales. Los dolores periósticos son difíciles de desaparecer, se debe esperar entre uno y dos meses.



Estudio	Sensibilidad	Especificad	LR+	LR-	QUADAS (0-14)
<i>Jull et al.</i>	100	100	NA	NA	9
<i>Rey et al.</i> (C2-C3)	88	39	1,4	0,30	5
<i>Rey et al.</i> (C5-C6)	89	50	1,8	0,22	5

PALPACIÓN DEL MIOTOMA:

Recordar que el plexo braquial esta formado por los cuatro últimos nervios cervicales y D1. Va a inervar cintura escapular y miembro superior.

Se puede encontrar una hipotonía o hipertonía; en una hipotonía hay un desequilibrio postural y articular; en la hipertonía hay restricción del juego articular, cuya consecuencia va a ser el dolor. En el espasmo el dolor es por por isquemia.

PUNTOS GATILLOS MUSCULARES:

Son responsables de los dolores referidos y del mantenimiento de la cronicidad del arco reflejo patológico que mantiene la facilitación nerviosa.

PUNTOS DE VALLEIX:

Sus puntos dolorosos relacionados con la raíz afectada (semejantes a los puntos gatillos).

- C1: por encima de la ceja en su parte interna.
- C2: a nivel del hueso temporal.
- C3: a nivel del hueso parietal.
- C5: a nivel del hueso occipital.
- C6: a nivel de la mastoides.
- C7: a nivel del trapecio.

PALPACIÓN DEL DERMATOMA

Objetivo: evidenciar una celulalgia refleja. Las zonas de dermalgias reflejas están en relación con la irritación de las ramificaciones cutáneas sensitivas de los nervios raquídeos.

A nivel de la cara anterior y posterior del tronco corresponden a los dermatomas (excepciones C5-C6 y T1-T2, dan dolor interescapular en la zona de T5). Estas zonas son buscadas con la técnica de pinzado-rodado, el cual a nivel del cuero cabelludo es reemplazado por el signo de fricción.

- C1: ápex del cráneo.
- C2: parte lateral del cráneo.
- C3: mandíbula y cuello.
- C4: cara anterior del tórax y hombro.
- C5: parte anterior y externa del brazo.
- C6: parte anterior y externa del antebrazo y dedos pulgar e índice.
- C7: dedo mayor.
- C8: borde cubital y mano.

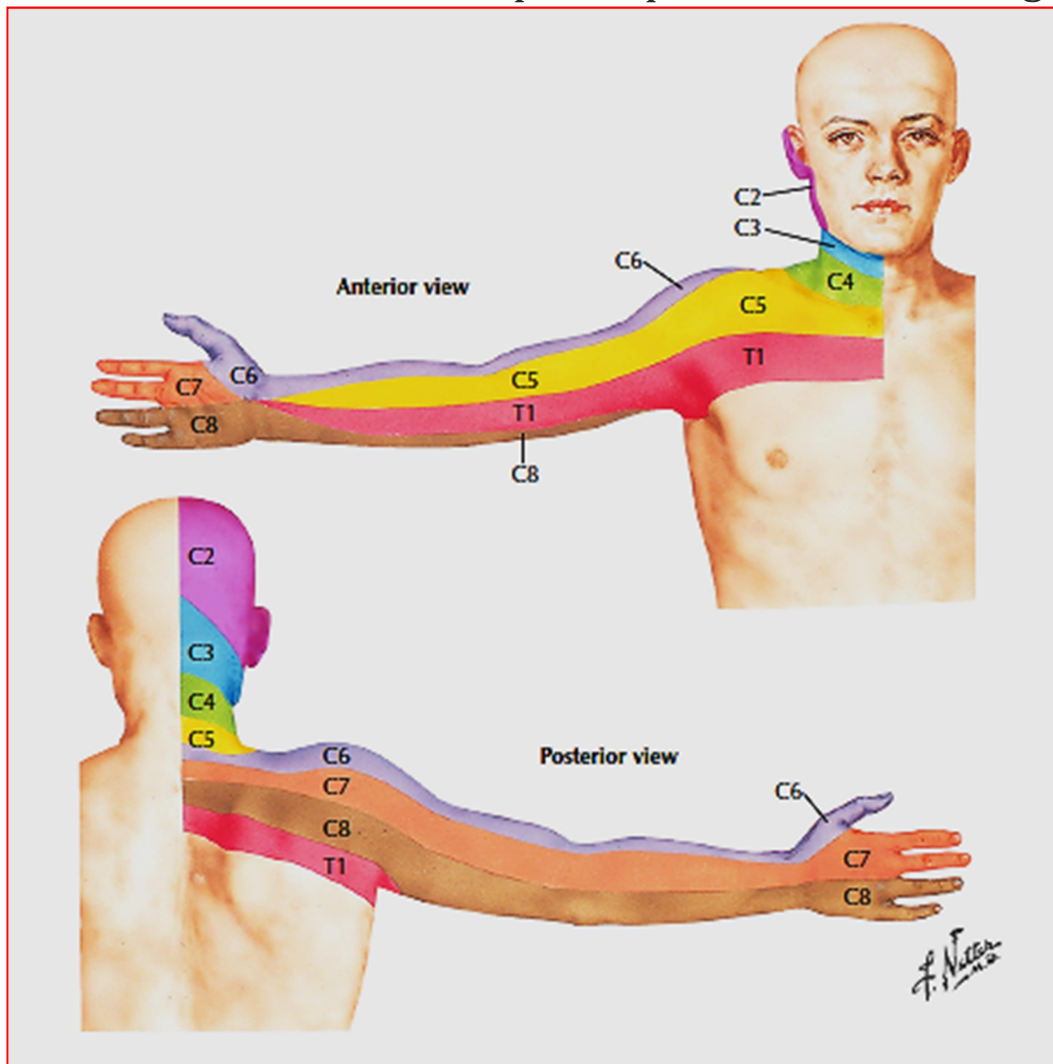
CELULALGIA REFLEJA: se traduce por espesamiento y dolor en la piel, en el dermatoma correspondiente al segmento en lesión.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Se divide en dos fases:

- Pruebas musculares de los músculos intrínsecos de la columna cervical.

- De toda la extremidad superior por niveles neurológicos.



TESTING MUSCULAR:

Los músculos intrínsecos: se evalúan por grupos funcionales, que indican si hay o no debilidad motora.

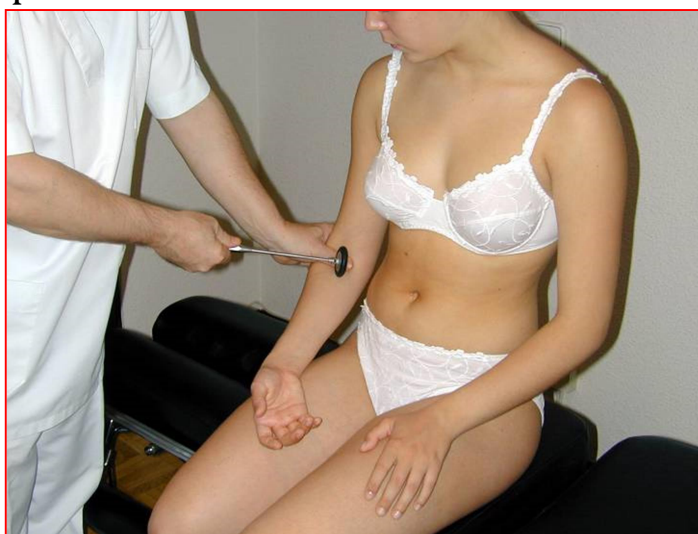
- EVALUACIÓN EN FLEXIÓN:
- Paciente: sentado.
- Terapeuta: con una mano estabiliza la parte superior del tórax, la otra mano contra la frente del paciente. Se le pide al paciente que haga flexión de cuello, se le opone resistencia.
- Flexores primarios: ECOM.
- Flexores secundarios: Escalenos y prevertebrales.
- EVALUACIÓN DE LA EXTENSIÓN.
- El terapeuta estabiliza la parte superior del tórax y omoplatos del paciente; la resistencia se aplica en la

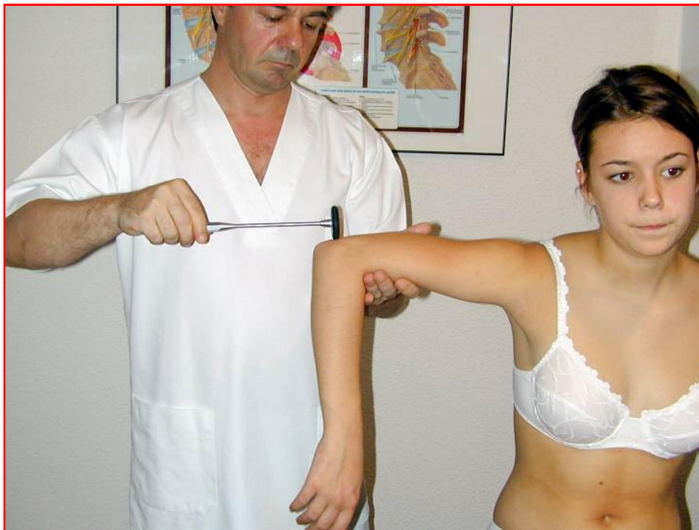
región occipital del cráneo.

- Extensores primarios: masas paravertebrales, trapecio.
- Extensores secundarios: pequeños músculos intrínsecos del cuello.
- EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN.
- El terapeuta de frente estabiliza el hombro contrario de la rotación. Se le pide al paciente que haga un movimiento como si dijera NO, la resistencia se efectúa a nivel de la mandíbula del lado homolateral de la rotación.
- Rotadores primarios: ECOM.
- Rotadores secundarios: pequeños músculos intrínsecos del cuello.
- EVALUACIÓN DE LA INCLINACIÓN LATERAL.
- El terapeuta estabiliza el hombro homolateral del lado de la inclinación de la cabeza del paciente; resistencia homolateral.
- Flexores laterales primarios: escalenos, cervicales inferiores.
- Flexores laterales secundarios: músculos intrínsecos del cuello.

REFLEJOS:

- Bicipital : C5.
- Estilorradiar: C6.
- Tricipital: C7.





La presencia de una hiperreflexia exagerada nos indicaría la presencia de una lesión central.

Una hipo o hiperreflexia leve o moderada nos indicaría la presencia de una disfunción somática, hernia discal...

SENSIBILIDAD.

Estudio de la sensibilidad de los distintos dermatomas.

EXAMEN OSTEOPÁTICO

- ❖ *Búsqueda de los movimientos dolorosos o limitados.* Le solicitaremos al paciente que realice de manera activa todos los movimientos de la columna cervical.

Anotaremos aquellos que sean dolorosos o estén limitados. Además observaremos las zonas de quiebro de la curva(posibles hipomovilidades)

- ❖ *Quick scan vertebral.* Es una prueba de deslizamiento postero-anterior. Consiste en estabilizar con una mano la frente del paciente mientras que con la otra, en pico de pato y en contacto con las láminas, realizamos un deslizamiento postero-anterior. Si percibimos una disminución de la calidad del movimiento es posible que exista una hipomovilidad por disfunción somática.
- ❖ *Búsqueda de la triada osteopática.* Los signos que nos van a determinar la presencia de una disfunción somática serán sensibilidad en el dermatoma, sensibilidad en las espinosas o carillas(esclerotoma) y debilidad por hipertonía de la musculatura relacionada así como la presencia de cordones miálgicos.
- ❖ *Palpación de los músculos.*
- ❖ *Palpación de las carillas y apófisis espinosas dolorosas.*
- ❖ *Tests de movilidad (Test de MITCHELL).* Una vez que hemos confirmado la presencia de una DISFUNCIÓN SOMÁTICA , este test nos sirve para “ponerle nombre y apellido” a la disfunción, es decir: saber qué tipo de disfunción presenta el paciente. Para realizarlo colocamos al paciente en decúbito supino. El terapeuta se coloca a la cabeza del paciente, contactando con 2º y 3º dedos en las transversas cervicales. Aplicaremos un deslizamiento de derecha a izquierda y de izquierda derecha para evaluar como se comportan las carillas del nivel evaluado. Realizaremos los mismos deslizamientos tanto en flexión como en extensión cervical, determinando así el tipo de disfunción que presenta el paciente.

TEST DE TRASLACION	POSICION NEUTRA	FLEXIÓN	EXTENSIÓN
Izq-Dcha	-Imbricación de carilla derecha -desimbricación de carilla izq -Detecta por tanto ERSd o FRSD	-La carilla derecha rechaza la abertura -ERSd	-La carilla izquierda rechaza el cierre -FRSD
Dcha-Izq	-Imbricación de carilla izq. -desimbricación de carilla dcha. -Detecta por tanto ERSi o FRSi	-La carilla izq rechaza la abertura -ERSi	-La carilla dcha rechaza el cierre -FRSi

❖ *Examen radiológico.*

RESUMEN

- Anamnesis: realizaremos la Hª Clínica incluyendo rx, pruebas de laboratorio, etc. Aquí realizaremos el dx diferencial tanto de los tejidos implicados como la búsqueda de las contraindicaciones absolutas.
- Observación: movilidad activa del paciente.
- Test Ortopédicos.
- Test Neurológicos.
- Quick scan.
- Búsqueda de la triada osteopática: sensibilidad en el dermatoma, sensibilidad en el esclerotoma, debilidad por hipertonia de los músculos según test de Kendall y Kendall y presencia de cordones miálgicos.
- Test de Mitchell cervical.