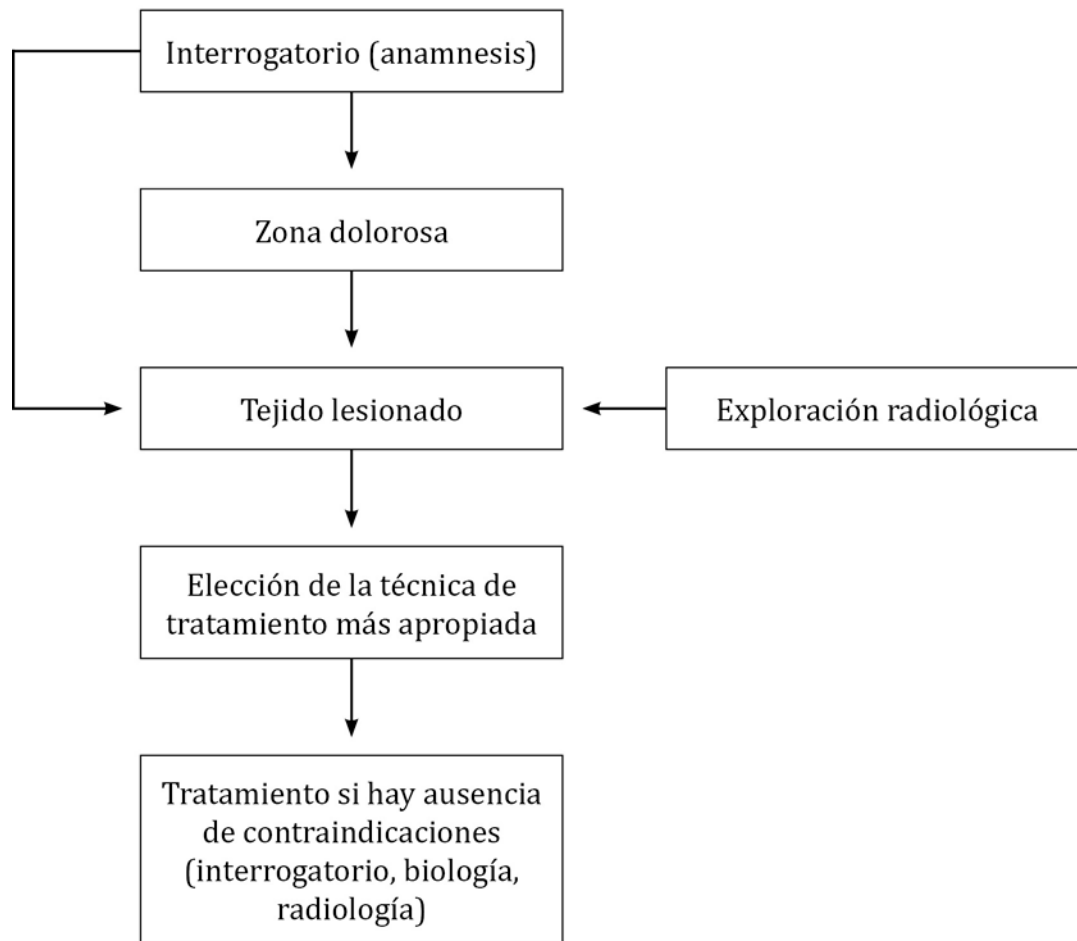


DIGANÓSTICO OSTEOPÁTICO



INTERROGATORIO (ANAMNESIS)

El objetivo es tratar de obtener la mayor cantidad de datos posibles (zona de dolor, tipo de dolor, forma de comienzo, antigüedad, etc.), que nos oriente a determinar cuál es la estructura comprometida (Ver Cuadro: Elementos de orientación de las correlaciones entre el dolor y las estructuras de donde proviene), así como circunstancias que pongan en evidencia alguna contraindicación a la manipulación. Anamnesis del paciente con Dorsalgia:

- Historial General:
 - Fiebre
 - Pérdida de Peso.
 - Anorexia
 - Otras: psoriasis, síndrome diarreico, uveítis.
- Historia del Dolor.
 - Forma de Inicio.
 - Traumatismo Previo.
 - Relación con las Actividades.
 - Mejoría con el Reposo. Interferencia del Descanso Nocturno.
 - Mejoría con Tratamientos.
 - Dorsalgia Prevía.

- Tiempo de Evolución.
- Dolor en otras Localizaciones.
- Dolor Irrradiado/Referido.
- Síntomas Neurológicos.
- Datos Demográficos y Sociolaborales:
 - Edad
 - Sexo
 - Actividades Lúdicas
 - Historia Laboral
- Antecedentes Personales y Familiares.
 - Neoplasias.
 - Enfermedades Crónicas.
 - Artritis Reumatoide
 - Espondilitis Anquilosante (HLAB-27)

ELEMENTOS DE ORIENTACIÓN DE LAS CORRELACIONES ENTRE EL DOLOR Y LAS ESTRUCTURAS DE DONDE PROVIENE

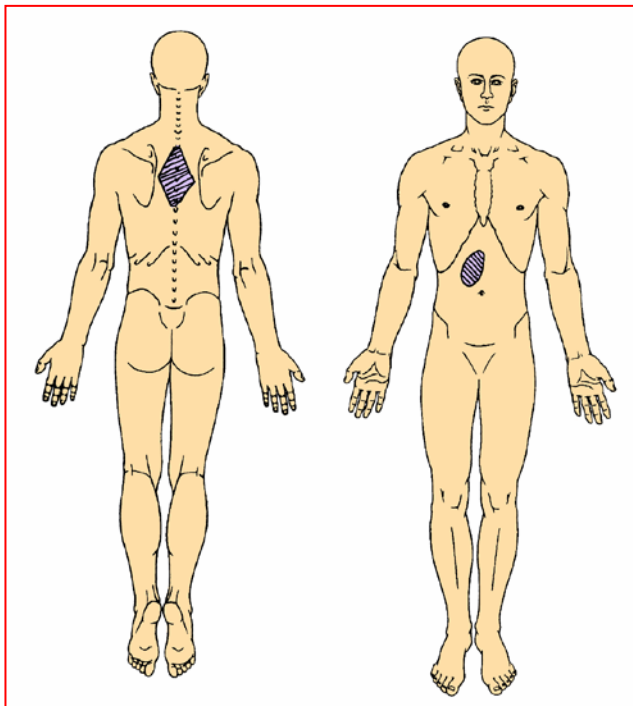
TEJIDO LESIONADO	IMPORTANCIA DEL DOLOR	TOPOGRAFÍA	CARACTERÍSTICAS	ALIVIO POR REPOSO
Hueso	+	Local	Constante	Raramente
Periostio	+++	Local	Constante	Raramente
Disco	+	Local	Variable según Actividad	Frecuente
Ligamentos Vertebrales	++	Local y Segmentaria	Variable según Actividad	Generalmente
Articulaciones y Sinoviales	++	Local y Segmentaria	Variable según Actividad	Generalmente
Raíces Nerviosas	++++	Radicular	Variable según Actividad	Generalmente
Músculos	++	Isquémica	Sobreviene Sólo con Actividad	Siempre

DESCARTAR CONTRAINDICACIONES

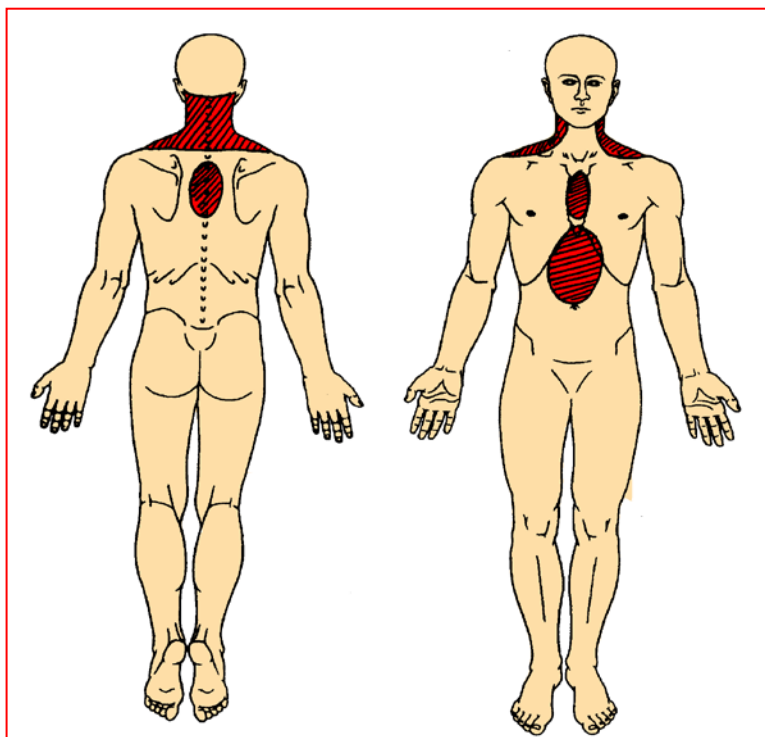
PATOLOGÍA	HISTÓRICO Y SÍNTOMAS	INDICADORES DE DIAGNÓSTICO	TERAPIA
Angina de Pecho Pericarditis	Dolor Descrito como Aplastamiento o Presión Subesternal	- E.C.G Normal. - Taquicardia - Hipotensión - Radiografía: sombra en forma de botella ancha a nivel del corazón - Estado de Shock	Cardiología
Aneurisma	Dolor Atroz Repentino entre los Omóplatos	- Disminución del pulso carotídeo en los brazos y las piernas. - Ampliación progresiva de la sombra aórtica en la radiología.	Cirugía
Embolia Pulmonar	Palidez Dolor Agudo Tipo Aplast. Subesternal	- Cianosis - Estado de Shock - Taquicardia - Disnea	Cardiología
Hernia Diafragmática	Dolor Subesternal con Irradiación a la Garganta. Dolor que Aumenta con la Presión Abdominal	- La Radiología Revela Gastritis o Gases Intestinales por Encima del Nivel Diafragmático.	Cirugía
Inflamación Vejiga	Dolor Referido Sobre la Parte Baja del Omóplato Derecho Nauseas.	- La Radiología Revela Cálculos en la Vejiga. - Colecistografía: Ultrasonidos Necesarios para Poner en Evidencia los Cálculos.	Cirugía

DOLORES REFERIDOS VISCERALES

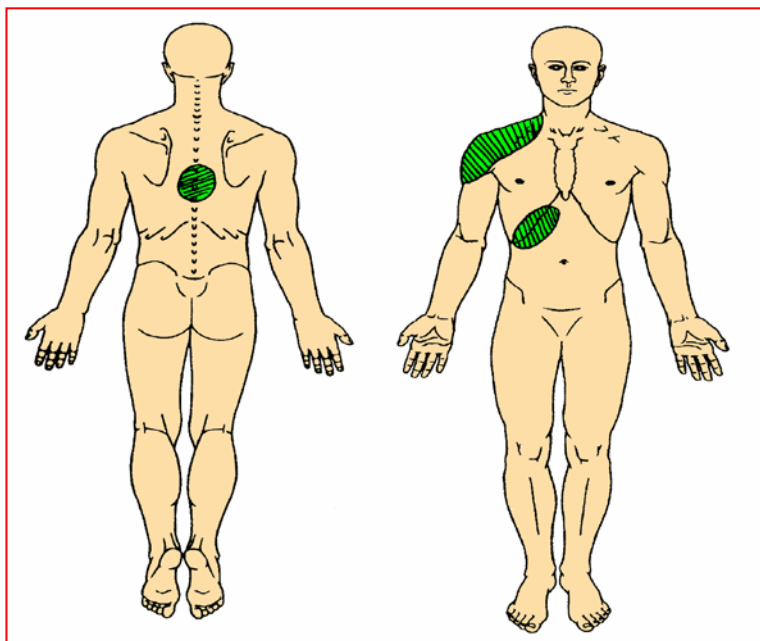
Dolores Referidos del Duodeno:



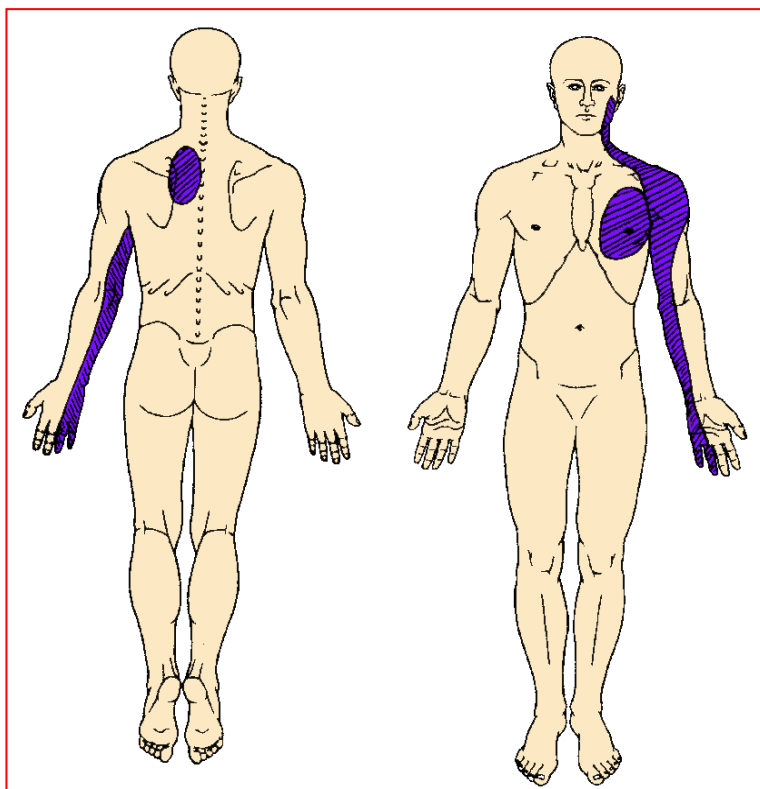
Dolores Referidos del Estómago



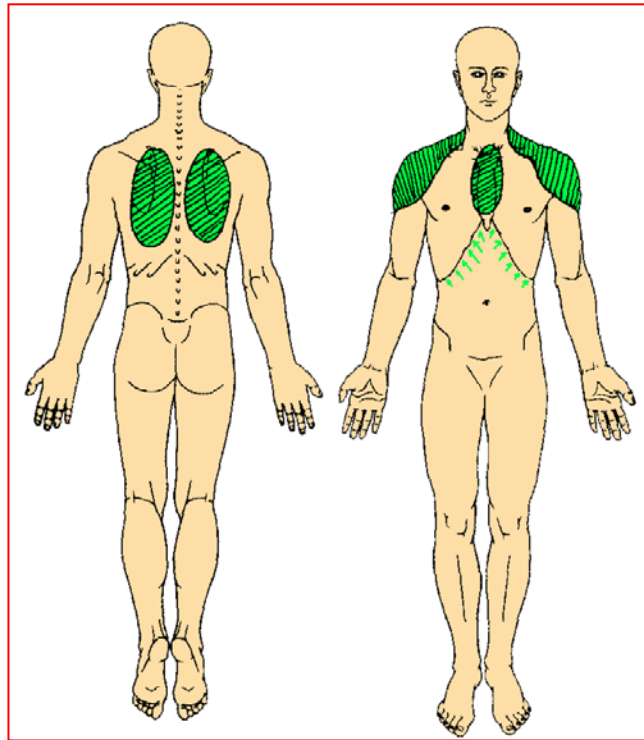
Dolores Referidos de las Vías Biliares



Dolores Referidos del Corazón.



Dolores Referidos de los Pulmones.



INSPECCIÓN

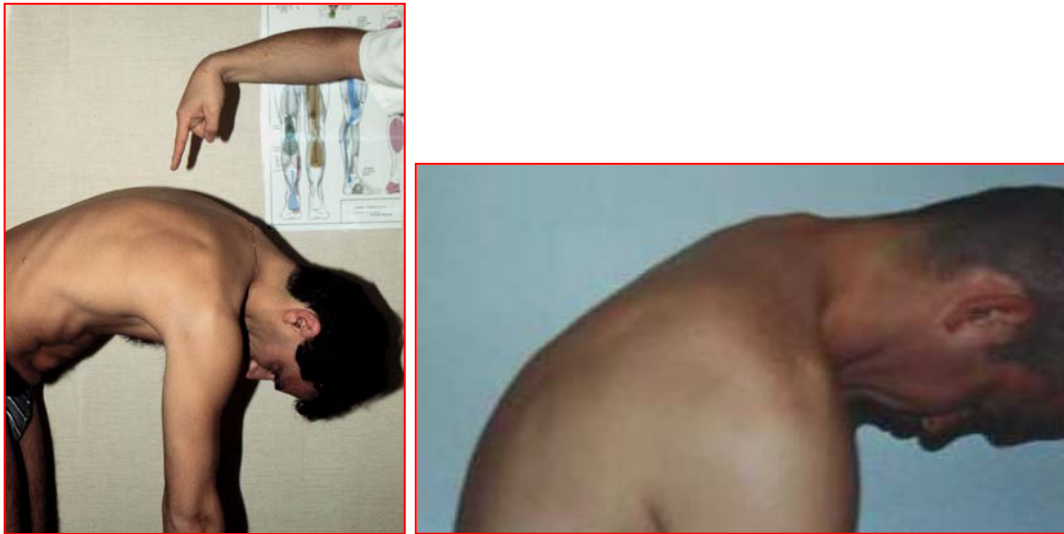
La inspección debe realizarse con el paciente de pie, sentado, caminando y en los diferentes decúbitos.

DE PIE (BIPEDESTACIÓN)

- Estática: Se observará:
 - Estática vertebral global y de la región torácica de frente y de perfil (Búsqueda de desequilibrios).
 - Asimetrías: alturas de los hombros, omoplatos, triángulos de la talla, crestas ilíacas, etc.
 - Escoliosis y Cifosis.
 - Zonas Planas Torácicas (Anterioridades: son muy patógenas).
- Dinámica:
 - Posición del osteópata: De pie detrás del paciente.
 - Posición del paciente: Bipedestación.

Valoramos los siguientes movimientos:

- **Flexión:** En esta posición le solicitamos al paciente que incline el tronco hacia delante, de forma lenta, dejando caer su cabeza, los hombros y los brazos. El osteópata deberá identificar la calidad y cantidad del movimiento, las asimetrías y la PRESENCIA DE ZONAS PLANAS, que nos revelarán zonas de grupos vertebrales en extensión o anterioridad torácica (ya que tienen limitada la flexión).



Zonas de Anterioridad Torácica

- **Extensión.**
- **Lateroflexión:** solicitamos al paciente que incline su tronco lateralmente, de forma lenta, dejando caer también su cabeza a ambos lados. El osteópata deberá evaluar la armonía de la curva que se constituye debiendo identificar la presencia de ZONAS DE QUIEBRO, que nos indican las zonas de estrés (hipomovilidades), que serán dolorosas a la palpación.



Zonas de Quiebro en Lateroflexión

Kappa, sensibilidad y especificad desconocidas.

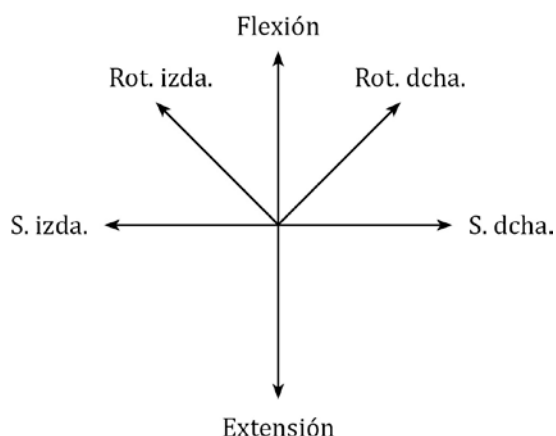
- **Rotación:** Le solicitamos al paciente rotación del tronco hacia ambos lados evitando que se mueva la pelvis. Observamos la calidad y cantidad del movimiento y si ese movimiento despierta dolor.

Se debe registrar la amplitud y dinámica del movimiento, así como la aparición de dolor durante el mismo (Dibujo Estrella de Maigne) según las diferentes modalidades:

- Dolor que detiene el movimiento.

- Dolor desde el comienzo del movimiento.
- Rebote, debido al espasmo, que detiene el movimiento.
- Movimiento más doloroso.
- Detención del movimiento por bloqueo articular sin producción de dolor.
- Etc.

Dibujo Estrella de Maigne



PALPACIÓN:

Permite, a través de la palpación estática y los tests de movilidad, determinar el tejido lesionado e identificar la lesión.

PUNTOS DE REFERENCIA	NIVELES MORFOLÓGICOS
Apófisis espinosa D1	Borde externo
Apófisis espinosa D2	Ángulo superointerno del omóplato
Apófisis espinosa D3	Espina del omóplato
Apófisis espinosa D7-D8	Ángulo inferior del omóplato
Apófisis espinosa D10	Apéndice xifoides

Dada la oblicuidad que presentan las apófisis espinosas de las vértebras dorsales, debemos tener en cuenta que su extremo no se corresponde con las apófisis transversas en una proyección lateral. La diferencia dependerá del nivel vertebral que se evalúe.

- D1: apófisis espinosa al mismo nivel que la apófisis transversa.
- D2-D3: apófisis espinosa medio espacio por debajo de la apófisis transversa.
- D4-D5: apófisis espinosa un espacio por debajo de la apófisis transversa.
- D6-D8: apófisis espinosa dos espacios por debajo de la apófisis transversa.
- D9-D12: apófisis espinosa un espacio por debajo de la apófisis transversa.

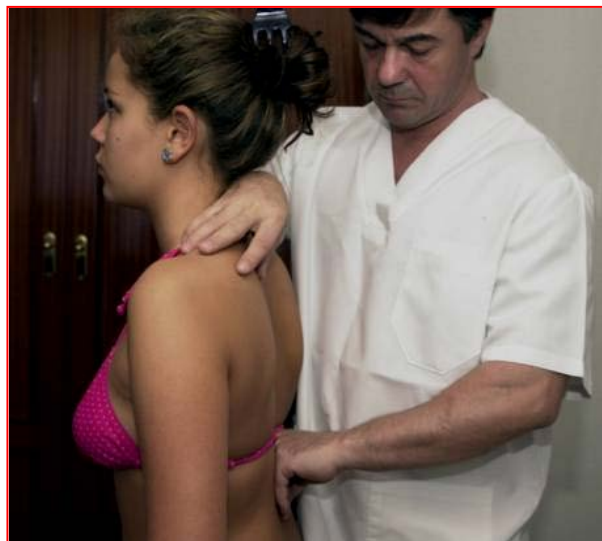
PALPACIÓN ESTÁTICA

Nos permite a través de los test de movilidad y la palpación estática, determinar el tejido lesionado e identificar la lesión.

QUICK SCANNING

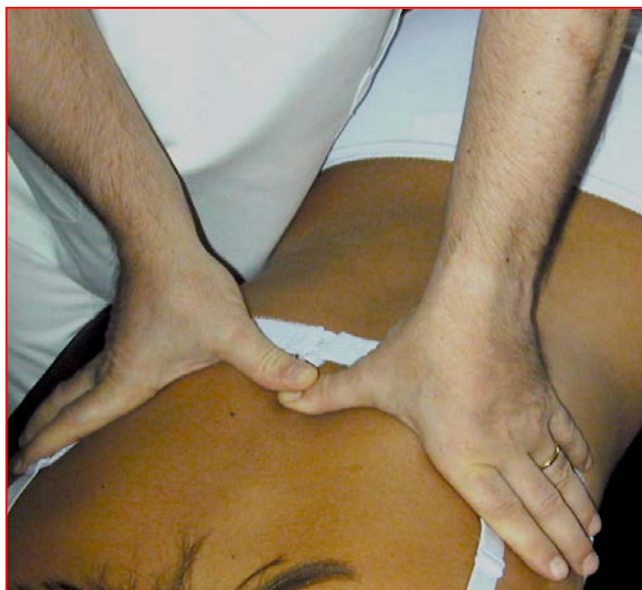
El **objetivo** de este test manual es evaluar la capacidad y la calidad del deslizamiento intersegmentario posteroanterior pasivo y el End-feel de cada articulación vertebral dorsal para determinar la localización de las zonas de mayor fijación o hipomovilidad.

Para su **ejecución**, el sujeto de estudio se coloca en sedestación, mientras que el osteópata permanece en bipedestación, lateral al paciente, dando apoyo con su abdomen al tronco del sujeto. Para estabilizar el raquis, el paciente coloca sus brazos superpuestos en -V- o posición de Lift-Off, mientras que el osteópata realiza un apoyo mediante la palma de la mano sobre los codos del paciente, dejando así libre la otra mano para realizar el empuje posteroanterior sobre el nivel dorsal que se va a valorar. Para realizar el empuje se colocan las caras laterales de la apófisis espinosa de la vértebra dorsal a estudiar entre las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos segundo y tercero y se realiza una fuerza posteroanterior. El antebrazo debe permanecer siempre perpendicular al nivel dorsal sometido a estudio.



Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas.

IDENTIFICACIÓN DE APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSAS (ESCLEROTOMA) Y TRANSVERSAS POSTERIORES



Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas.

DERMATOMA: DERMALGIA REFLEJA

El dermatoma se evalúa mediante la maniobra de pinzado rodado en búsqueda de dermalgias reflejas. Con respecto a las dermalgias reflejas, debemos tener en cuenta que el nivel dorsal tiene la particularidad de que las fibras sensitivas cutáneas que emergen de las ramas posteriores son las más largas. Esto significa que podemos encontrar zonas de dermalgias locales superpuestas a la zona de la posterioridad, como así también zonas cutáneas dolorosas a distancia.

Por ejemplo:

- D2 - dermalgia en fosa supraespinosa.
- D5 - dermalgia de la región posteromedial del tronco.
- D12 - dermalgia en cresta ilíaca.

MIOTOMA

Para valorar el miotoma debemos realizar los tests musculares, buscando la debilidad muscular. Asimismo, debemos palpar la zona paravertebral en búsqueda de cordones dolorosos o miálgicos que traducen el espasmo de los músculos espinales.

Consideraciones:

Si detectamos un nivel intervertebral hipomóvil mediante el Quick Scanning, y además encontramos la tríada de disfunción, es decir, afectación de esclerotoma (dolor en la palpación de la apófisis espinosa), dermatoma (dermalgia refleja) y miotoma (espasmo o hipotonía muscular), significa que estamos ante un nivel vertebral en lesión primaria que genera un segmento medular facilitado, por lo que ese nivel vertebral debe ser tratado.

PALPACIÓN DINÁMICA

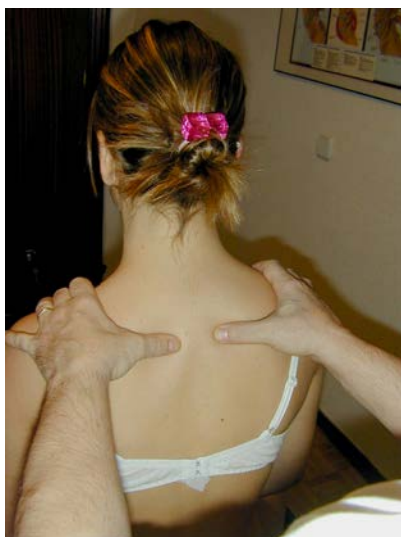
TEST DE MITCHELL

POSICIONAMIENTO

- **Raquis Dorsal Superior (T1 a T4):** el paciente se coloca en sedestación. El osteópata se localiza en bipedestación por detrás del paciente.
- **Raquis Dorsal Medio e Inferior (T5 a T12):** el paciente se coloca en decúbito prono. El osteópata se coloca en bipedestación en finta adelante mirando hacia la cabeza del paciente a la altura del tórax.

EJECUCIÓN DEL TEST: EL TEST SE REALIZA EN TRES TIEMPOS

- **Identificación de las Posterioridades.** Con el paciente en posición neutra, sin flexión ni extensión del raquis, el osteópata localiza bilateralmente las apófisis articulares mediante las yemas de los dedos índice y medio o de los pulgares de ambas manos. El objetivo de esta primera fase es identificar las posterioridades.



Palpación C. Dorsal Superior



Palpación C. Dorsal Media e Inferior

- **Fase de Extensión. Identificación de Lesiones de FRS:** Se pide al paciente que realice una extensión activa. Para valorar el raquis dorsal alto (T1 a T4) pedimos al paciente una extensión activa mediante su palanca cervical. Para valorar las dorsales medias y bajas (T5 a T12) se pide al paciente una extensión activa del tronco (posición de Esfinge). Si la posterioridad encontrada en posición neutra se mantiene durante el movimiento activo de extensión estaremos ante una lesión de Flexión (FRS). Si por el contrario la posterioridad desaparece en extensión estaremos ante una lesión de Extensión (ERS).



Fase de Extensión C. Dorsal Alta



Fase de Extensión C. Dorsal media y baja (Pos. Esfinge)

- Fase de Flexión. Identificación de Lesiones de ERS:** Pedimos al paciente que realice una flexión dorsal activa. Para valorar las dorsales altas (T1 a T4) se utiliza la palanca cervical, mientras que para valorar las dorsales medias y bajas (T5 a T12) se utiliza el tronco.
 Si la posterioridad encontrada en posición neutra se mantiene durante el movimiento activo de flexión estaremos ante una lesión de Extensión (ERS). Si por el contrario la posterioridad desaparece en flexión estaremos ante una lesión de flexión (FRS).



Fase de Flexión C. Dorsal Alta



Fase de Flexión C. Dorsal Media y Baja

Kappa, sensibilidad y especificad desconocidas

Las posterioridades que no se modifique en ninguna de las tres posiciones se hallarán en lesión de NSR, donde el lado de la posterioridad nos indica el sentido de la rotación vertebral.

TEST DE MOVILIDAD ANALÍTICA

Tienen como objetivo estudiar los diferentes parámetros del juego articular del segmento intervertebral involucrado, lo que nos permitirá determinar el

parámetro mayor de la lesión y de esa manera elegir la técnica de corrección más eficaz. Se valoran los movimientos de Flexoextensión, Rotación y Lateroflexión. El movimiento que se perciba más restringido indicará el parámetro mayor de lesión.

POSICIONAMIENTO

El test se realiza con el paciente en sedestación a caballo sobre la camilla, con sus brazos cruzados sobre el pecho y las manos sobre sus hombros.

El osteópata se sitúa detrás del paciente en finta adelante. La mano anterior toma contacto con el hombro tras pasar por delante del tronco del paciente. La mano posterior reposa sobre la apófisis espinosa del segmento a estudiar, en el test para flexoextensión o sobre la carilla articular del segmento a estudiar, en el test para rotación o lateroflexión.



Test de Movilidad Analítico. Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas.

- **Test de movilidad analítica para Flexoextensión:** Para realizar este test el osteópata induce, con su mano anterior, movimientos de flexoextensión de tronco, mientras que con su mano posterior, situada sobre la apófisis espinosa, valora la elasticidad tisular en el final del movimiento de flexión o extensión.
- **Test de movilidad analítica para Rotación:** Para realizar este test el osteópata induce, con su mano anterior, movimientos de rotación de tronco, mientras que con su mano posterior, situada sobre la carilla articular posterior, ejerce una presión aumentando el movimiento de rotación. La mano posterior debe apreciar la elasticidad tisular en final del movimiento de rotación.
- **Test de movilidad analítica para Lateroflexión:** Para realizar este test el osteópata se sitúa en finta adelante lateralmente al paciente, induciendo, con su mano anterior, una lateroflexión de tronco, mientras que con su mano posterior, situada sobre la carilla articular, ejerce una presión

aumentando el movimiento de lateroflexión. La mano posterior debe apreciar la elasticidad tisular en final del movimiento de lateroflexión.

BIBLIOGRAFÍA:

- François Ricard, Jean-Luc Sallé. Tratado de osteopatía. 3ème ed., Panamericana; 2003
- François Ricard. Tratamiento osteopático de las algias del raquis torácico. Panamericana 2006.
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cervilum.pdf>
- Jull G, Bogduk N, Marsland A. The accuracy of manual diagnosis for cervical zygapophysial joint pain syndromes. Med J Aust. 1988; 148: 233-6.

