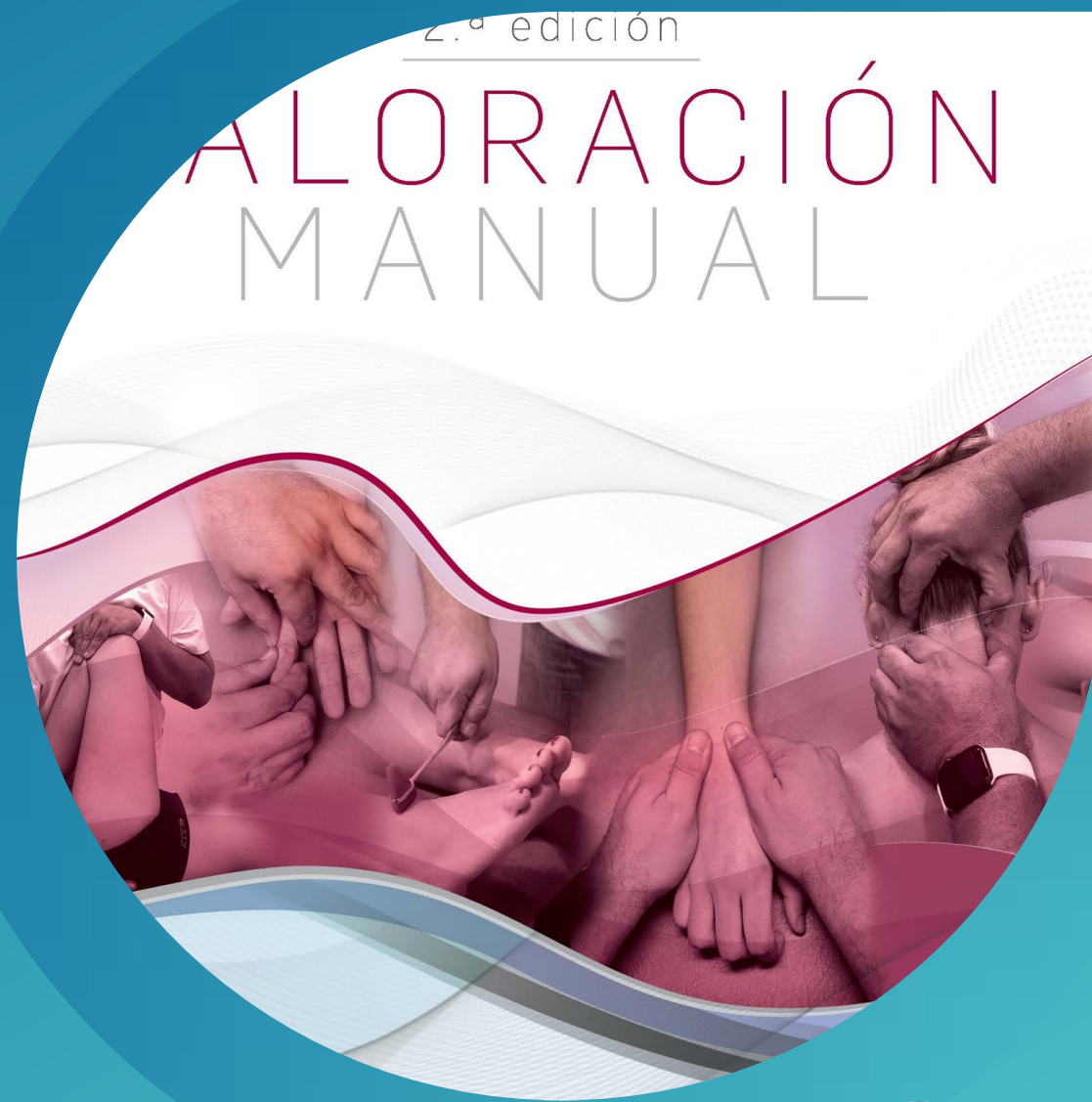


Diagnóstico diferencial de la columna lumbar

Juan A. Díaz Mancha PhD

Colaboración: Aitor Vaquero Garrido



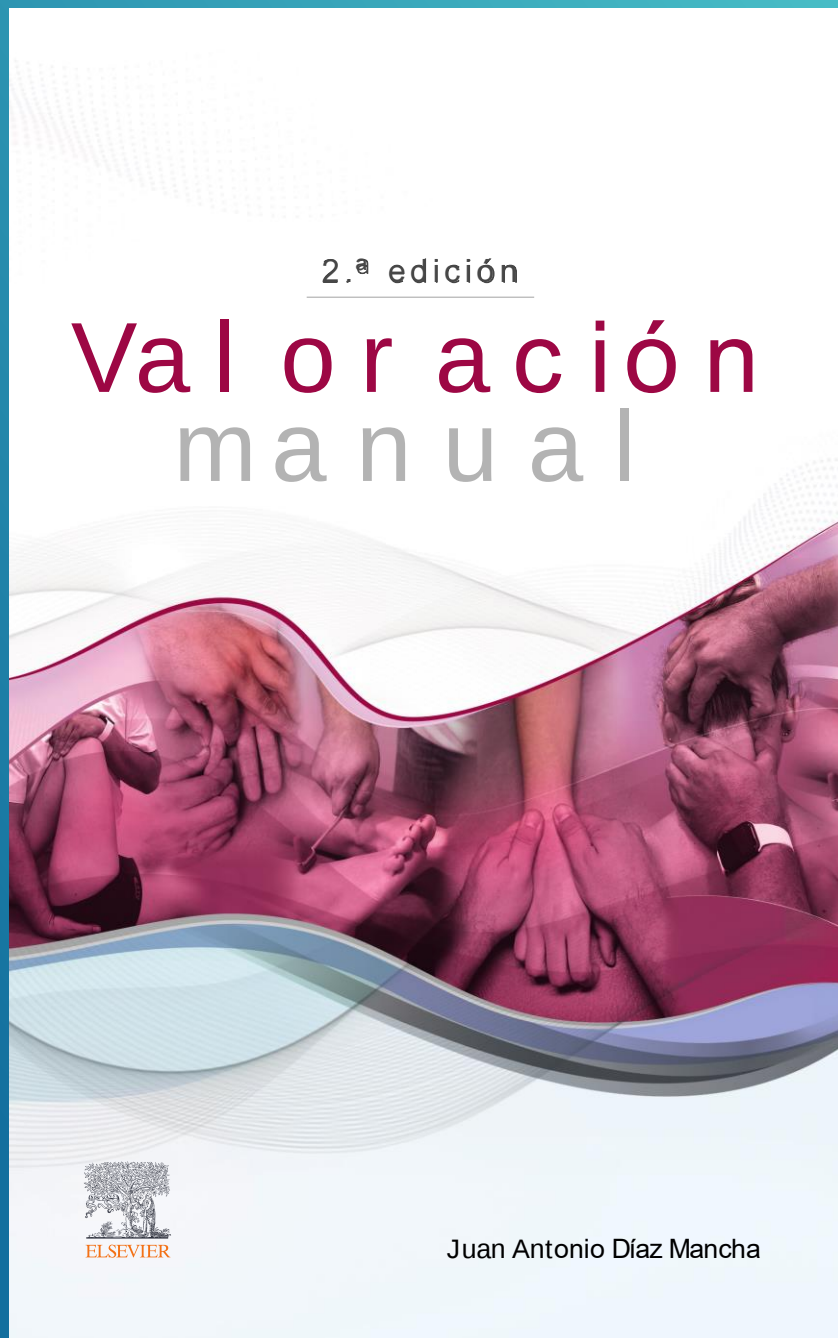
Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Esquema por patologías

- Pruebas para valorar una neuropatía/radiculalgia de la columna lumbar
- Pruebas para valorar la movilidad de la columna lumbar
- Pruebas para detectar la presencia de una posible patología discal lumbar
- Pruebas para valorar los ligamentos de la columna lumbar
- Pruebas para valorar un problema muscular lumbar



Pruebas para valorar una neuropatía/radiculalgia de la columna lumbar

- Prueba de hundimiento del mentón **Evidencia científica**
- Prueba de Betcherewis **Evidencia científica**
- Prueba de Cram o prueba del arco **Evidencia científica**
- Prueba de Bekhterev
- Signo de Linder
- Signo de Bonnet (signo del piriforme)
- Prueba de la bicicleta
- Prueba de Milgram
- Prueba de estiramiento del nervio femoral **Evidencia científica**
- Prueba de la marcha



Prueba de hundimiento del mentón

Esta prueba se utiliza para el diagnóstico de posibles atrapamientos en el nervio ciático.

Posición del paciente

En sedestación, al borde de la camilla con los pies colgando y las manos colocadas sobre sus rodillas.

Posición del terapeuta

De pie, delante del paciente en finta adelante orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva un doble mentón, esto es, una flexión de la columna cervical alta y después, una flexión cervical y, manteniendo esta posición, introduce una extensión de una de las rodillas y una flexión dorsal de tobillo. Inmediatamente después se vuelve a la posición neutra para repetir la prueba con la otra pierna.

Interpretación del test

Se considera positiva la prueba si aparece dolor en cualquier fase del proceso de la técnica que impida terminar la secuencia. Esto indica afectación del nervio ciático debida a su atrapamiento.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,89.





Prueba de Betcherewis

Esta prueba se usa para valorar una disfunción neurológica del nervio ciático debida a atrapamiento.

Posición del paciente

En sedestación al borde de la camilla, con los brazos relajados a lo largo del cuerpo y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una flexión de la columna cervical; manteniendo dicha flexión, le pide que extienda la rodilla del lado afecto y que realice una flexión dorsal del tobillo del mismo lado. La prueba se debe realizar de forma alternativa en ambas piernas del paciente.

Interpretación del test

El test se considera positivo si aparece un dolor de tipo radicular en el territorio del nervio ciático cuando el paciente estira la rodilla. El dolor de tipo ciático puede aparecer en la zona lumbar y/o en la parte posterior del muslo y de la pierna. Es posible encontrar dolor en la parte posterior de una de las piernas cuando el paciente realiza la prueba con la otra; en este caso la prueba también se considera positiva.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,71.

Walsh J , Hall T . Reliability, validity and diagnostic accuracy of palpation of the sciatic, tibial and common peroneal nerves in the examination of low back related leg pain. Man Ther . 2009 ; 14 : 623 - 9 .





Prueba de Cram o prueba del arco

También llamada «*BowString Test*», tiene como objetivo evidenciar la existencia de una radiculopatía lumbar de origen mecánico por compresión sobre el nervio ciático.

Posición del paciente

En decúbito supino con los brazos paralelos al cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar del paciente a la altura de los pies de este en finta adelante orientado hacia la cabeza. Con la mano caudal toma en pinza el pie homolateral y con la mano craneal toma un contacto sobre la rodilla de la misma pierna que evalúa, de tal forma que los dedos del segundo al cuarto reposen bajo el hueso poplíteo.

Ejecución del test

La primera parte de la técnica consiste en realizar una flexión de la cadera del paciente con la rodilla en extensión haciendo que se desencadene el dolor; inmediatamente después se lleva a cabo de forma pasiva una ligera flexión de rodilla de unos 20° hasta que los síntomas desaparezcan; en este momento, el terapeuta presiona con su índice en la línea media del hueso poplíteo durante unos segundos hasta hacer reaparecer el dolor. Es importante que al realizar la flexión de la rodilla, el terapeuta mantenga el mismo grado de flexión en la cadera del paciente.

Interpretación del test

En caso positivo, el paciente refiere dolor radicular tras la compresión poplíteo, que indica tensión del nervio ciático, bien en la zona de la columna lumbar baja o bien en la glútea; se debe a una afectación por compresión del nervio ciático.

Evidencia científica

Se ha evidenciado una sensibilidad para esta prueba del 69%

- Supik LF, Broom MJ. Sciatic tension signs and lumbar disc herniation. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1994 May 1;19(9):1066-9. doi: 10.1097/00007632-199405000-00013. PMID: 8029743.





Prueba de Bekhterev

Esta prueba se utiliza para valorar la existencia de una posible afectación del nervio ciático.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación o sedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que lleve a cabo una extensión de las dos rodillas de forma paralela. A continuación y partiendo de la posición inicial, el terapeuta le pide al paciente que vuelva a repetir el gesto, pero esta vez extendiendo las rodillas de forma alternativa.

Interpretación del test

Si el paciente es incapaz de realizar la acción con ambas piernas a la vez y además, cuando repite la acción de forma alternativa, no puede llevar a cabo el gesto, se dice que la prueba es positiva y, por tanto, el terapeuta puede pensar en una afectación del nervio ciático del paciente.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Signo de Linder

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible afectación del nervio ciático.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y las piernas reposadas sobre la camilla con extensión de rodillas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la altura de la cabeza del paciente en finta adelante orientado hacia los pies del mismo.

Ejecución del test

El terapeuta abarca con una mano la cabeza del paciente tomando contacto en el hueso occipital. Seguidamente, induce de forma pasiva una flexión cervical máxima.

Interpretación del test

Si tras llevar a cabo el gesto se activa en el paciente sintomatología álgica en el recorrido del nervio ciático, se puede decir que el paciente presenta una afectación del nervio ciático.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Signo de Bonnet (signo del piriforme)

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una neuralgia compresiva del nervio ciático por espasmo del músculo piramidal de la pelvis.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo. La pierna del lado a valorar se encuentra en flexión de rodilla, de tal forma que la planta del pie homolateral contacte con la camilla. La otra pierna se sitúa con extensión de rodilla.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar en finta doble a la altura de las caderas orientado hacia el paciente. Con la mano craneal contacta sobre la rodilla homolateral. La mano caudal abarca el pie del mismo lado por el empeine.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una aproximación y rotación interna de la articulación coxofemoral del lado a evaluar.

Interpretación del test

La prueba es positiva cuando al llevar a cabo la maniobra aparece en el paciente la sintomatología dolorosa y/o parestésica en el recorrido del nervio ciático. La positividad de la prueba está relacionada con la compresión del nervio ciático a nivel del músculo piramidal de la pelvis.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Prueba de la bicicleta

Esta prueba se utiliza para valorar afectaciones de tipo radicular por alteración foraminal lumbar.

Posición del paciente

Sentado encima de una bicicleta estática.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que enderece la espalda y que inicie el pedaleo.

Interpretación del test

Si transcurridos unos minutos el paciente continúa pedaleando sin modificar la postura de la espalda, la prueba es negativa.

Si, por el contrario, cuando el paciente lleva un tiempo de pedaleo realiza una anteflexión de tronco, se puede pensar en una afectación de origen compresivo lumbar. En este caso, la prueba es positiva, ya que el paciente intenta incrementar el espacio foraminal que se ha visto reducido por alguna afección flexionando el tronco, porque de esta forma aumenta de tamaño y alivia la sintomatología.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Prueba de Milgram

Esta prueba pone de manifiesto una posible lesión de atrapamiento nervioso en la zona lumbar.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos cruzados sobre el pecho y las piernas con las rodillas extendidas reposadas sobre la camilla.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente y observándolo.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que eleve los pies unos 10 centímetros del plano de la camilla manteniendo las rodillas extendidas. Ha de mantener la posición durante al menos 30 segundos.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva si aparece dolor en la zona lumbar y/o en la cara posterior de las piernas, lo que indica un posible compromiso radicular.

Hay que comprobar antes de realizar la prueba si el paciente tiene una musculatura abdominal normotónica, ya que una debilidad en ella podría falsear la prueba y producir dolores o molestias que no se deben a la inestabilidad articular segmentaria.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Prueba de estiramiento del nervio femoral

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por compresión del nervio femoral.

Posición del paciente

En decúbito ventral, con los brazos a lo largo del cuerpo y las piernas reposadas sobre la camilla con las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante en dirección craneal a la altura de las rodillas del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta flexiona la rodilla del paciente del lado a valorar unos 90° y toma contacto con su mano caudal sobre la cara anterior de la rodilla del mismo lado. La mano craneal abarca el pie del paciente. A continuación, contacta su pecho con la cara anterior de la tibia del lado a evaluar. El terapeuta se va dejando caer sobre la pierna poco a poco, induciendo una flexión de rodilla. De la misma forma, con la mano sobre la rodilla va induciendo extensión de cadera.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo el gesto aparece dolor en la zona de la columna lumbar o a lo largo del recorrido del nervio femoral, se puede pensar en una afectación por compresión del nervio femoral. En este caso la prueba es positiva.

El terapeuta ha de distinguir el dolor por estiramiento del nervio femoral del dolor por afectación de la musculatura anterior del muslo.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 50 y 100%, respectivamente. La razón de verosimilitud negativa oscila entre 0,34 y 0,75.



Suri P , Rainville J , Katz JN , et al. The Accuracy of the Physical Examination for the Diagnosis of Midlumbar and Low Lumbar Nerve Root Impingement. Spine . 2011 ; 36 (1) : 63 - 73 .





Prueba de la marcha

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de tipo compresivo en la columna lumbar.

Posición del paciente

De pie, con los miembros a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que adopte una posición erecta de la espalda y que comience la marcha a lo largo de la sala. Transcurridos unos minutos el paciente ha de sentarse y descansar.

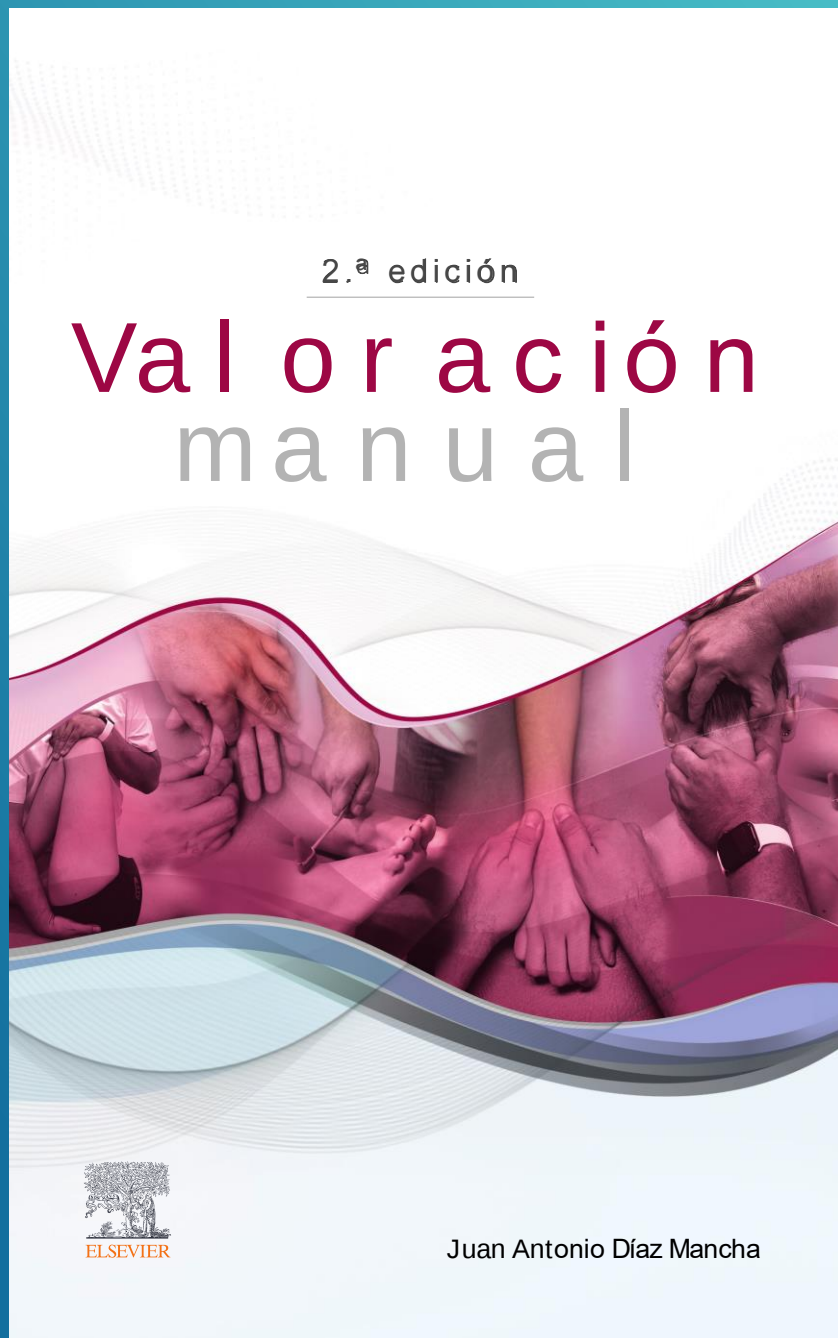
Interpretación del test

Si durante la marcha el paciente adopta una posición de anteflexión de tronco, el terapeuta puede pensar en una afectación por compromiso en el raquis lumbar. En este caso, se dice que la prueba es positiva y el terapeuta ha de indicarle al paciente que tome asiento y que continúe con la anteflexión de tronco con el fin de aliviar la sintomatología.

Esto se produce por una compresión excesiva del espacio foraminal como consecuencia de alguna otra afección. En un estado de extensión lumbar, el espacio foraminal disminuye considerablemente de tamaño. Y, al contrario, la flexión aumenta el espacio y lo libera de la compresión.

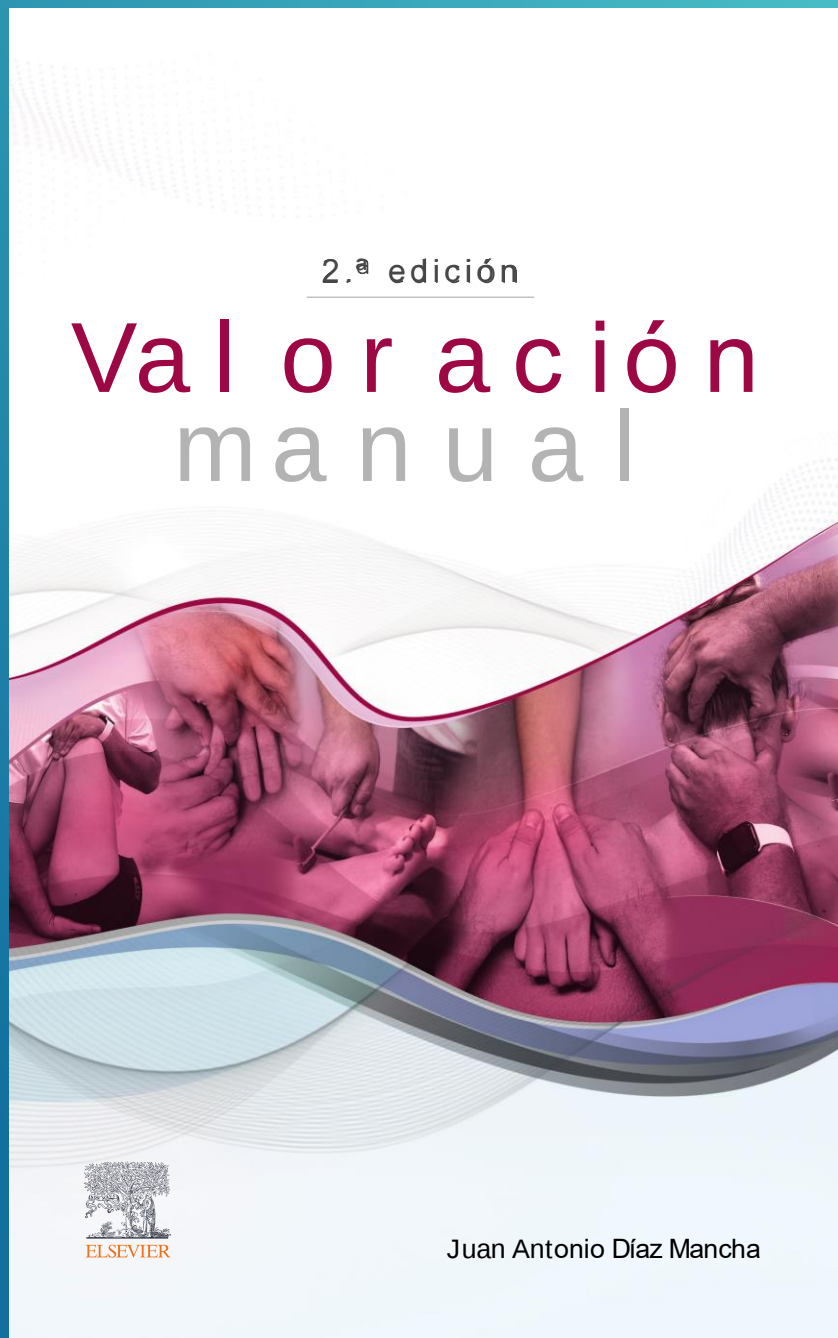


En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Pruebas para valorar la movilidad de la columna lumbar

- Prueba de elevación de las piernas rectas
- Prueba de Brudzinski-Kernig
- Prueba de Wadsworth **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Prueba monopodal de equilibrio
- Prueba de Hoover **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Signo de Schober **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Prueba de Naffziger lumbar



Pruebas para valorar la movilidad de la columna lumbar

- Prueba del cuadrante
- Prueba de distancia dedos-suelo (DDS)
- Passive physiological intervertebral motion **Evidencia científica**
- Test dorsal tilt of pelvis **Evidencia científica**
- Test prone lying active knee flexion **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Test crook lying hip abduction **Evidencia científica** **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba de elevación de las piernas rectas

Este test se usa para diferenciar si un dolor lumbar tiene una causa en la articulación sacroilíaca o en la columna lumbar.

Posición del paciente

En decúbito supino con las rodillas extendidas reposadas sobre la camilla y los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta doble a la altura de las tibias orientado hacia este. Con la mano caudal toma un contacto debajo de los tobillos del paciente y con la mano craneal toma un contacto sobre el tercio inferior y anterior del muslo del lado a valorar (con la palma de la mano hacia abajo) para fijar la extensión de las rodillas.

Ejecución del test

Una vez que el paciente esté relajado por completo, el terapeuta debe realizar una flexión de las caderas de forma pasiva con las rodillas en extensión para levantarle las piernas lentamente hasta que el paciente sienta dolor o tensión.

Interpretación del test

El test se considera positivo si aparece dolor lumbar durante la realización de la maniobra.

Si el test es positivo a menos de 70° de flexión de cadera, indica afectación de la articulación sacroilíaca. Por el contrario, si el test es positivo a más de 70° de flexión de la cadera, indica afectación de la columna lumbar.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Prueba de Brudzinski-Kernig

Esta prueba se usa para evidenciar la presencia de una lesión mecánica en la columna lumbar.

Posición del paciente

En decúbito supino con los dedos de sus manos entrecruzados detrás de la nuca y las rodillas y las caderas en flexión, de tal forma que las plantas de los pies reposen sobre la camilla.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta doble a la altura de las caderas orientado hacia este. La mano craneal toma un contacto bajo el occipucio, mientras que la mano caudal abarca el tercio inferior de la tibia del lado a explorar.

Ejecución del test

En esta posición, el terapeuta realiza con la mano craneal de forma pasiva una flexión máxima de la columna cervical y, manteniéndola, lleva a cabo una extensión lenta y progresiva de una de las dos rodillas. Se debe evaluar la reacción a la prueba en las dos piernas, por lo que primero se realiza en una y después en la otra.

Interpretación del test

En caso positivo, el paciente refiere dolor en el cuello y, especialmente, en la zona de la columna lumbar durante la extensión de la rodilla, que desaparece cuando se flexiona la rodilla; ello es indicativo de irritación de las meninges, pinzamiento de la raíz nerviosa o irritación dural, que aumenta con la elongación de la médula espinal.

El principio es similar al de la prueba de Lasègue, ya que persigue incrementar la tensión neural.

Evidencia científica⁴

La sensibilidad y especificidad de esta prueba arrojan valores del 5 y 95%, respectivamente.

Thomas KE , Hasbun R , Jekel J , Quagliarello VJ . The diagnostic accuracy of Kernig's Sign, Brudzinski's Sign, and nuchal rigidity in adults with suspected meningitis . Clin Infect Dis . 2002 ; 35 : 46 - 52 .





Prueba de Wadsworth

Esta prueba se usa para valorar el grado de inestabilidad vertebral de la columna lumbar baja y de la zona de la charnela lumbosacra.

Posición del paciente

En decúbito prono con los miembros inferiores fuera del plano de la camilla y los pies reposando en el suelo.

Posición del terapeuta

En bipedestación a la altura de la pelvis del paciente lateralmente a este en finta adelante orientado hacia la cabeza del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta coloca las yemas del segundo y el tercer dedos de ambas manos sobre las apófisis transversas de L4 produciendo una ligera compresión posteroanterior. A continuación el terapeuta le pide al paciente que eleve los pies suspendiéndolos a unos centímetros del suelo.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva si el dolor desaparece cuando el paciente eleva sus pies, ya que pone de manifiesto una inestabilidad del raquis lumbar bajo, porque en esas circunstancias la musculatura paravertebral actúa estabilizando el raquis lumbar y por esto desaparece el dolor.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,69-0,87, y un *agreement* de 0,85-91%.

Hicks GE , Fritz JM , Delitto A , Mishock J . Inter-rater reliability of clinical examination measures for identification of lumbar segmental instability . Arch Phys Med Rehabil . 2003 ; 84 . 1858-1864 .

Fritz JM , Piva SR , Childs JD . Accuracy of the clinical examination to predict radiographic instability of the lumbar spine . Eur Spine J . 2005 ; 14 : 743 - 50 .





Prueba monopodal de equilibrio

Esta prueba se utiliza para la valoración de una posible afectación mecánica de la columna lumbar.

Posición del paciente

De pie en apoyo monopodal.

Posición del terapeuta

De pie frente al paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que, manteniendo el equilibrio sobre la pierna de apoyo, realice una ligera extensión de la columna lumbar. La prueba se debe realizar con ambas piernas para poder comparar los resultados.

Interpretación del test

Los síntomas de dolor en la región lumbar pueden relacionarse con la zona de la porción interarticular, que a veces se asocia con espondilólisis. En este caso, se dice que la prueba es positiva.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Prueba de Hoover

Esta prueba pone de manifiesto un proceso patológico inespecífico de la columna lumbar. Es una prueba útil para detectar posibles simulaciones por parte del paciente de una afección de la columna lumbar.

Posición del paciente

Tumbado en decúbito supino, con los brazos extendidos a lo largo del tronco y extensión de rodillas, de forma que la piernas reposen relajadas sobre la camilla.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente a la altura de los pies de este en finta adelante orientado hacia su cabeza. El terapeuta coge una de las dos piernas del paciente de forma que la mano caudal toma un contacto bajo el talón y pone la mano craneal a la altura de la rodilla para fijar su extensión.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que levante la pierna que no está fijada con la rodilla en extensión mientras sujeta la otra. El test se debe realizar en ambas piernas.

Interpretación del test

Se considera normal que el paciente pueda levantar la pierna solicitada sin problemas. En caso de dolor real a la maniobra, el paciente no puede levantar la pierna solicitada, o bien lo hace empujando con el talón de la pierna contraria hacia la camilla, lo que proporciona información sobre una posible lesión inespecífica de la zona lumbar del paciente.

En caso de simulación, el paciente refiere que no puede levantar la pierna; sin embargo, no se nota ninguna presión en la mano bajo el calcáneo de la pierna contralateral.

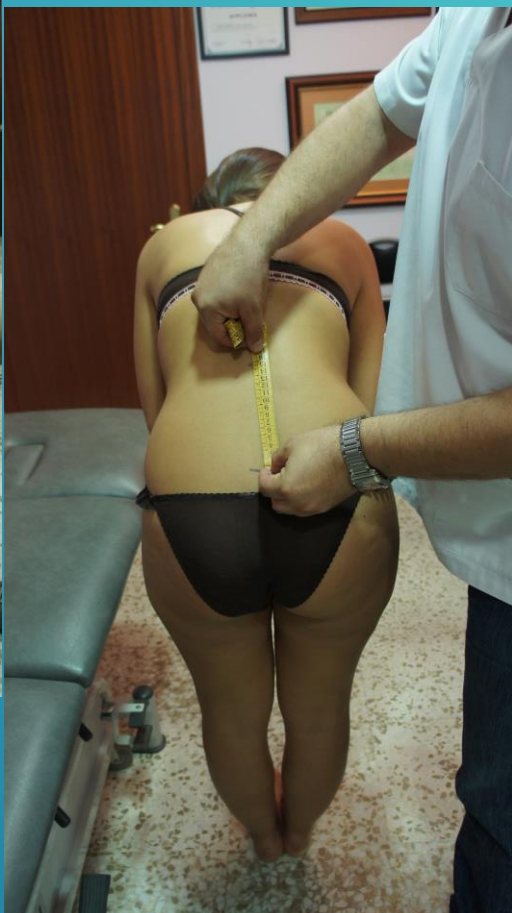
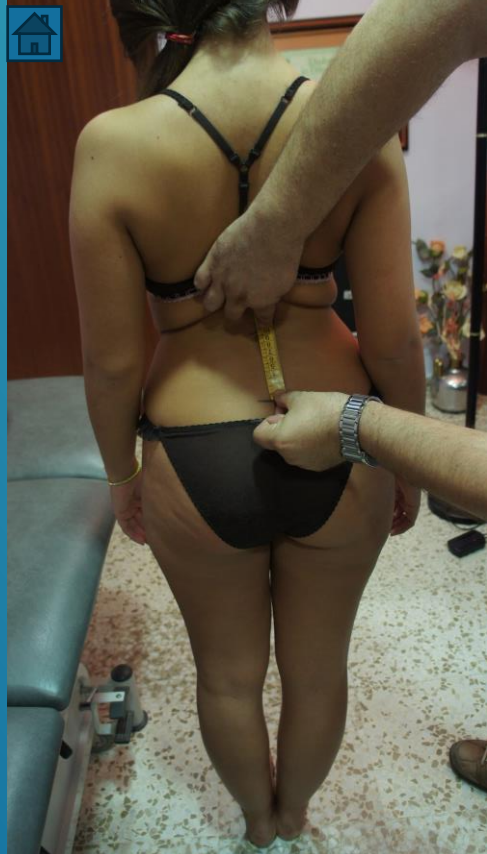
Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 63-100% y del 97-100%, respectivamente.

Diukova GM , Ljachovetckaja NI , Begljaraova MA , Gavrileyko GI . Simple quantitative analysis of Hoover's test in patients with psychogenic and organic limb pareses . J Psychosom Res . 2013 Apr ; 74 (4) : 361 – 4.

Mehndiratta MM , Kumar M, Nayak R , Garg H , Pandey S . Hoover's sign: Clinical relevance in Neurology. J Postgrad Med. 2014 Jul- Sep; 60 (3): 297-9





Signo de Schober

El test de Schober mide el grado de elasticidad del raquis, de las articulaciones coxofemorales o de los músculos isquiotibiales, teniendo en cuenta que la movilidad global del raquis depende de la sumatoria de las movibilidades parciales de todos los segmentos que lo constituyen.

Posición del paciente

De pie con los brazos a lo largo del tronco.

Posición del terapeuta

De pie, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

Con la ayuda de un rotulador, el terapeuta realiza una marca horizontal a la altura de la vértebra S1 y otra 10 cm por encima de esta primera. Le pide al paciente que se incline hacia delante y mide la distancia entre ambas marcas. A continuación, le vuelve a pedir que extienda el tronco y mide nuevamente dicha distancia.

Interpretación del test

Afecciones de tipo degenerativo e infeccioso conducen a una limitación de la movilidad de la columna y, con ello, de la flexibilidad de las apófisis espinosas. Se utiliza sobre todo para determinar el grado de discapacidad en afecciones como la pelviespondilitis anquilosante. Lo normal es que cuando el paciente flexione el tronco las dos líneas se separen unos 15 cm, y cuando vuelve a extender el tronco se aproximen hasta los 8-9 cm. Una disminución de dichos rangos indica afectación de la elasticidad de la columna lumbar, de las articulaciones coxofemorales o de los músculos isquiotibiales.

Evidencia científica

Esta prueba presenta un coeficiente de correlación intra-clase del 0,60-0,97.

MacDermid J, Arumugam V, Vincent J, Payne KL, So A. Reliability of three land marking methods for dual inclinometry measurements of lumbar flexion and extension. BMC Musculoskelet Disord. 2015 May; 16(1):121-7.

Tousignant M, Poulin L, Marchand S, Viau A, Place C. The modifiedmodified Schober test for range of motion assessment of lumbar flexion in patients with low back pain: a study of criterion validity, intra- and inter-rater reliability and minimum metrically detectable change. Disab Rehabil. 2004; 27:553-9.





Prueba de Naffziger lumbar

Esta prueba se utiliza para valorar una afectación de tipo mecánico de la columna lumbar.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las piernas reposadas sobre la camilla con las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

De pie, en finta doble en la cabeza del paciente orientado hacia los pies de este.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una compresión de las venas yugulares del paciente con las yemas de los dedos índices de ambas manos. Esta compresión ha de mantenerse unos 10 segundos. Pasado este tiempo, le pide al paciente que tosa enérgicamente.

Interpretación del test

Si tras la realización de la prueba aparece en el paciente un cuadro álgico en la zona de la columna lumbar, el terapeuta puede pensar en una afectación lumbar de tipo mecánico. En este caso, se dice que la prueba es positiva.

La presión sobre las venas yugulares genera un aumento de presión en la zona intratecal, y la tos del paciente incrementa de forma súbita esta presión. Si hay afectación de la columna lumbar, este aumento súbito de presión genera el dolor.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Prueba del cuadrante

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación mecánica de la columna lumbar.

Posición del paciente

De pie, con los miembros superiores a lo largo del tronco.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la espalda del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta toma contacto con la palma de sus manos sobre los hombros del paciente. A continuación le pide que lleve a cabo una extensión de tronco, de tal forma que contacte el occipital en el pecho del terapeuta. En esta posición el terapeuta solicita al paciente que realice una lateroflexión y rotación homolateral al lado doloroso.

Interpretación del test

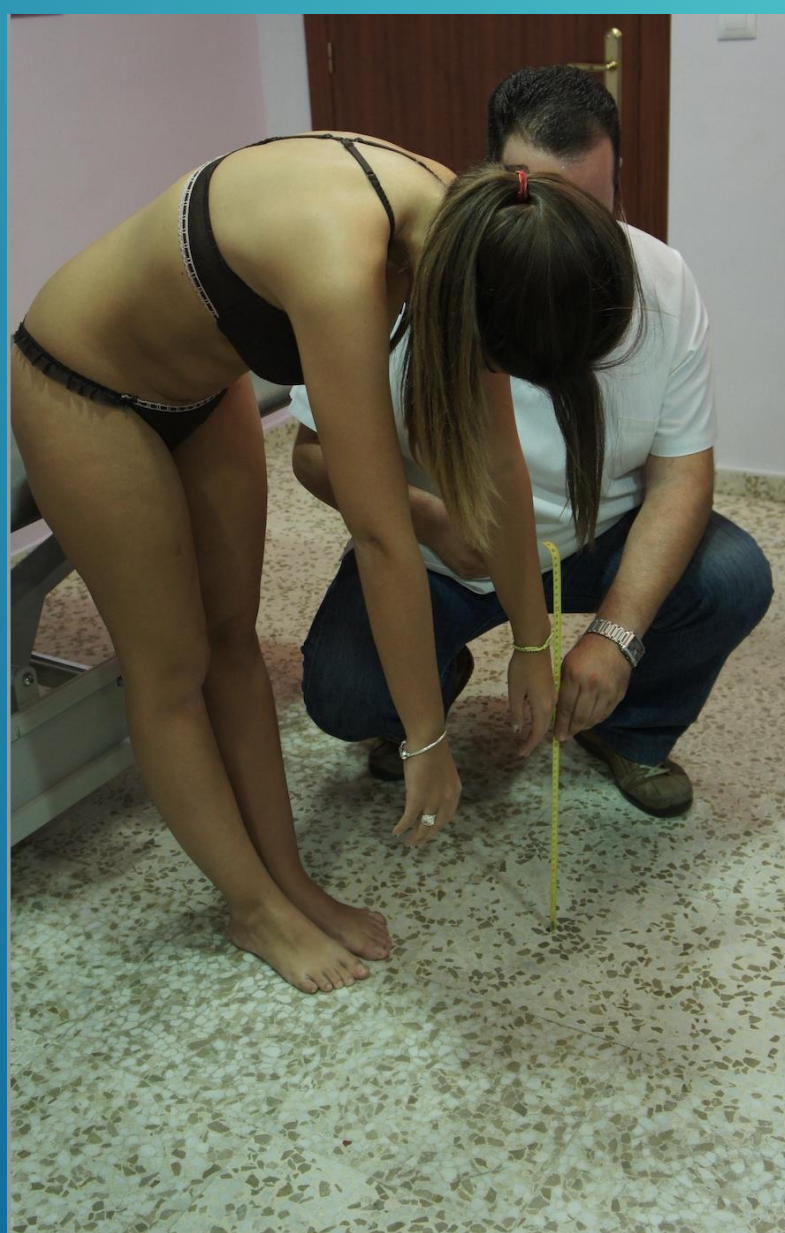
Si al llevar a cabo el gesto aparece un cuadro álgico en la zona de la columna lumbar afecta, el terapeuta puede pensar en una afectación mecánica de la columna lumbar. En este caso se dice que la prueba es positiva.

La existencia de dolor es indicativa de una disminución del espacio foraminal y, en mayor medida, de una afectación de las carillas articulares de las vértebras lumbares.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Prueba de distancia dedos-suelo (DDS)

Esta prueba se utiliza para valorar la elasticidad de la columna vertebral.

Posición del paciente

En bipedestación con los pies juntos y las rodillas completamente extendidas.

Posición del terapeuta

A un lado del paciente en cuclillas para poder realizar la medición resultante con la ayuda de una cinta métrica.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una anteflexión de la columna vertebral de forma que sus brazos, manos y dedos queden completamente extendidos y relajados hacía delante.

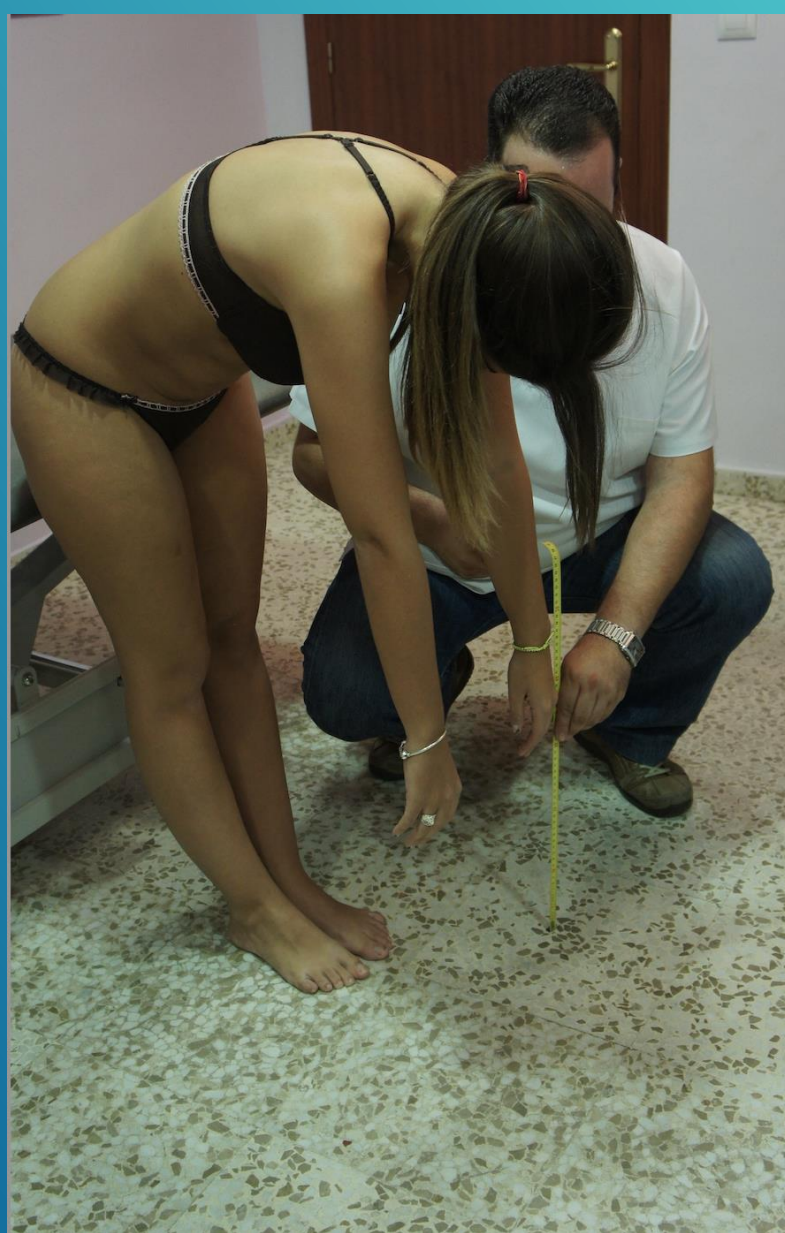
Para llevar a cabo la flexión anterior de la columna vertebral, el paciente realiza de manera activa:

1. Flexión de las caderas bilateralmente.
2. Flexión del raquis lumbar siguiendo la que empezó la cadera, sobre todo en L5-S1.
3. Por último, colocación de la pelvis en retroceso de forma que la flexión de la columna vertebral llegue a su máxima amplitud.

De la misma forma, al final de la anteflexión el terapeuta ha de medir con una cinta métrica la distancia entre la punta de los dedos y el suelo.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Prueba de distancia dedos-suelo (DDS)

Interpretación del test

En caso de que aparezca dolor en el primer momento de la anteflexión, el terapeuta puede deducir que el paciente presenta una posible restricción de la articulación coxofemoral.

Si, por el contrario, la sintomatología dolorosa aparece en la segunda parte del movimiento, se puede pensar en la existencia de una disfunción del raquis lumbar o de las articulaciones sacroilíacas.

De igual modo, si la sintomatología se acentúa en la tercera parte de la anteflexión, el terapeuta puede pensar en una alteración de la columna lumbar alta o torácica.

Para poder valorar de forma objetiva la amplitud que tiene la columna vertebral así como su flexibilidad, hay que descartar posibles adaptaciones, compensaciones o zonas fijas de la articulación de la cadera y de la columna vertebral propiamente dicha, así como las posibles variaciones de la curvatura cifótica armónica o no que presente el paciente. También es importante tener en cuenta los momentos en los que el paciente experimenta dolor o desarmonía en el movimiento de flexión y enderezamiento al realizar dicha prueba, lo que constituye una señal de que la flexibilidad de la columna no es la adecuada y está siendo posiblemente adaptada.

Por lo tanto, la distancia que se obtiene tras la medición entre la punta de los dedos del paciente y el suelo depende sobre todo de la movilidad de la columna vertebral lumbar, del estado de la musculatura isquiotibial, de la presencia o no del signo de Lasègue y del buen estado de la cadera; es un signo inespecífico para tenerlo en cuenta de forma aislada, por lo que hay que validarlo con otras pruebas complementarias. Así, se puede tener en cuenta dicha prueba de forma aislada para poder observar el efecto terapéutico antes y después de realizar un tratamiento y saber si ha habido cambio o no.

La medición en centímetros de la distancia dedos-suelo tiene un interés añadido en ciertas afecciones; por ejemplo, en la espondiloartritis anquilosante esta distancia es superior a 40 cm.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Passive physiological intervertebral motion

Esta prueba se utiliza para verificar el movimiento existente entre cada segmento de la columna lumbar.

Posición del paciente

El paciente se colocará en decúbito lateral.

Posición del terapeuta

De pie, delante del paciente a la altura de la pelvis de este.

Ejecución del test

El terapeuta va a tomar un contacto sensitivo con la mano craneal a la altura de los espacios interespinosos de la columna lumbar; la otra mano, la caudal, va a tomar un contacto con la pierna del paciente que queda arriba a la altura del tercio proximal de la tibia introduciendo una ligera flexión de rodilla. Una vez en esta posición, el terapeuta va a imprimir un movimiento de flexión de cadera que sobrepase los 90° y arrastre la pelvis en retroversión de tal manera que el movimiento se transmita a la columna lumbar; acto seguido, el terapeuta imprime un movimiento de extensión de la cadera que induzca una anteversión de la pelvis y una extensión de la columna lumbar. Una vez que el movimiento llega a la columna lumbar, se podrá observar con pequeños movimientos de flexo-extensión la movilidad analítica de cada segmento vertebral.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva si durante ella aparece dolor o hipomovilidad en uno o varios espacios interespinosos lumbares. Se considerará entonces que la prueba es positiva.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 5-22% y del 97-99%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 4,12-8,73 y con una razón de verosimilitud negativa de 0,80-0,96.

*Abbott JH , McCane B , Herbison P , Moginie G , Chapple C , Hogarty T .
Lumbar segmental instability: a criterion-related validity study manual therapy
assessment . BMC Musculoskelet Disord. 2005; 6:56 .*





Test dorsal tilt of pelvis

Esta prueba se utiliza para determinar una posible disfunción en la movilidad de la región lumbopélvica.

Posición del paciente

En bipedestación con los brazos colocados a lo largo del tronco.

Posición del terapeuta

De pié, lateral al paciente observándolo.

Ejecución del test

Se le pide al paciente que realice una retroversión de la pelvis que tenderá a borrar la lordosis lumbar.

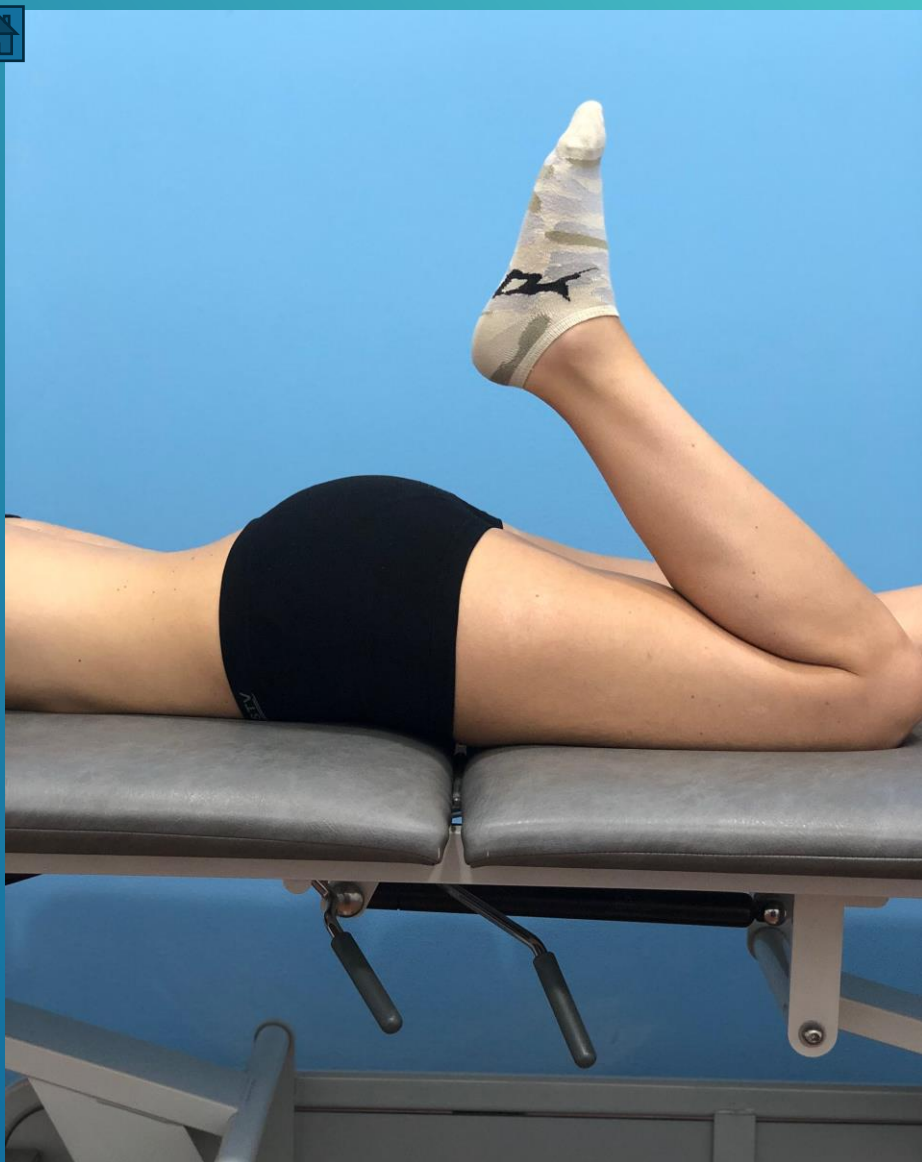
Interpretación del test

La prueba es positiva si el paciente no es capaz de realizar una retroversión de la pelvis sin acompañarla de una flexión lumbar compensatoria.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa interobservador de 0,65 e intraobservador del 0,80, con una concordancia interobservador del 80-92,5% e intraobservador del 95%.





Test prone lying active knee flexion

Prueba para poner en evidencia una disfunción en el movimiento lumbopélvico.

Posición del paciente

Decúbito prono con las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

Al lado de la camilla observando al paciente

Ejecución del test

El paciente flexiona la rodilla a 90°.

Interpretación del test

El test será positivo si para poder realizar esa flexión de rodilla el paciente no consigue mantener la pelvis en posición neutra.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa interobservador del 0,47 e intraobservador del 0,70, con una concordancia del 87,5-97,6%.

Van Dillen LR , Sahrman SA , Norton BJ , et al. Reliability of physical examination items used for classification of patients with low back pain . Phys Ther . 1998 ; 78 : 979 - 88 .

Vroomen P , de Krom M , Knottnerus . Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review . J Neurol . 1999 ; 246 : 899 .





Test crook lying hip abduction

Prueba para poner en evidencia una disfunción del movimiento lumbopélvico.

Posición del paciente

Decúbito supino con piernas flexionadas y pies apoyados en la camilla.

Posición del terapeuta

A la cabeza del paciente observando los posibles movimientos.

Ejecución del test

Se le pide al paciente que deje caer el miembro inferior con la rodilla en flexión en abducción.

Interpretación del test

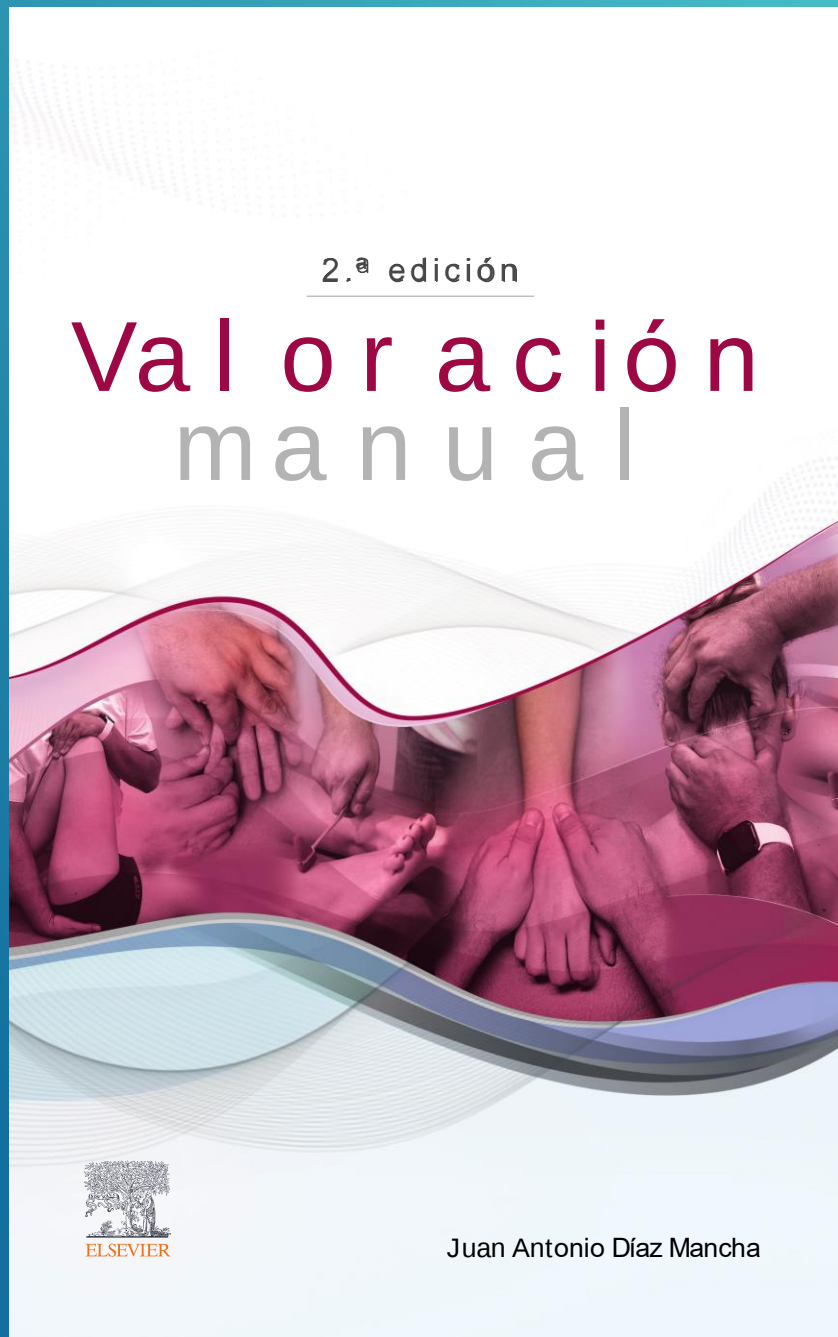
En un movimiento normal la pierna debe caer sin provocar movimiento en la pelvis ni en la columna lumbar; el test es positivo si al caer la pierna se produce un movimiento adaptativo en la pelvis o en la columna lumbar

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,38-0,86, con una concordancia del 65-78,6%.

Kasai Y , Morishita K , Kawakita E , Kondo T , Uchida A . A New Evaluation Method for Lumbar Spinal Instability: Passive Lumbar Extension Test . Phys Ther . 2006 ; 86 (12) : 1661 - 7 .

Maigne JY , Lapeyre E , Morvan G , Chatellier G . Pain immediately upon sitting down and relieved by standing up is often associated with radiologic lumbar instability or marked anterior loss of disc space . Spine (Phila Pa 1976) . 2003 ; 28 : 1327 - 34 .



Pruebas para detectar la presencia de una posible patología discal lumbar

- Maniobra de Valsalva
- Prueba de elevación de la pierna en hiperextensión

Evidencia científica

Evidencia científica



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Maniobra de Valsalva

La maniobra de Valsalva impone un aumento significativo de la presión torácica y abdominal debido a un intento de exhalar aire con la glotis cerrada. Cuando se ideó, la primera intención de esta prueba fue expulsar pus del oído medio en patología otorrinolaringológica. Este aumento de presión se produce de forma fisiológica al toser, estornudar o defecar. Esta prueba también provoca una elevación de la presión intracraneal, por lo que está contraindicada en afecciones tales como el glaucoma. En ortopedia y traumatología se usa para el diagnóstico de hernias inguinales o de hernias discales del raquis.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación junto al paciente.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una inspiración máxima, tras de lo cual le pide que realice una espiración forzada máxima sin expulsar el aire; como para defecar.

Interpretación del test

Esta maniobra aumenta la presión intraabdominal que induce un incremento de la presión intradiscal en todos los niveles de la columna vertebral. La presencia de dolor o un aumento del mismo si ya existía en el raquis lumbar, cervical o dorsal, pone en evidencia una afectación discal con posible hernia. Asimismo, también puede aparecer dolor en la zona medial del ligamento inguinal, lo que indica una posible hernia inguinal. Otras maniobras que también incrementan la presión intraabdominal, y por tanto la presión intradiscal, son la tos y el estornudo.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Prueba de elevación de la pierna en hiperextensión

Esta prueba se usa para el diagnóstico de una lesión discal de la columna lumbar.

Posición del paciente

En decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación lateral al paciente en finta doble a la altura de las tibias de este, con la mano craneal contactando sobre la cara anterolateral de la pierna sana algo por encima de la rodilla manteniéndola en extensión. La mano caudal toma un contacto a en el calcáneo del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta flexiona pasivamente la cadera sana del paciente mientras mantiene la rodilla en posición extendida. La otra pierna queda reposando en la camilla.

Interpretación del test

Se considera positiva la prueba si el paciente refiere dolor lumbar o ciático a la maniobra. Este dolor indica afectación discal de la columna lumbar.

Fajerstajn describió por vez primera esta prueba, también conocida como prueba de elevación de la pierna con el paciente tumbado, o prueba de Lhermitt. Al practicar esta prueba, se aplica un estiramiento dural sobre ambos lados de la extremidad inferior y por esto el paciente puede percibir dolor radicular en la pierna situada contra la camilla.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 69-95%¹⁸⁻¹⁹ y 26-84%¹⁸, respectivamente. El valor del índice de kappa es de 0,56-0,93²⁰, con una concordancia del 76-99%²⁰. Asimismo, la prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 1,7-11¹⁹ y negativa de 0,21-0,65¹⁹.

Vroomen P, de Krom M, Knottnerus. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review. *J Neurol*. 1999;246: 899

Suri P, Rainville J, Katz JN, et al. The Accuracy of the Physical Examination for the Diagnosis of Midlumbar and Low Lumbar Nerve Root Impingement. *Spine*. 2011;36(1): 63–73.





2.ª edición

Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

Pruebas para valorar los ligamentos de la columna lumbar

- Prueba de la moneda para los ligamentos interespinosos
- Prueba de la extensión pasiva lumbar **Evidencia científica**
- Test de sentado a levantarse **Evidencia científica**
- Test de la cizalla posterior **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Instability catch sign test **Evidencia científica**
- Painful catch sign test **Evidencia científica**
- Prueba del signo de aprehensión **Evidencia científica**
- Prueba de movimiento intervertebral **Evidencia científica** **Evidencia científica**

Escuela de
Osteopatía
de Madrid





Prueba de la moneda para los ligamentos interespinosos

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de los ligamentos interespinosos en el área lumbar.

Posición del paciente

En decúbito prono, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas. Se coloca una almohada bajo el vientre del paciente con el fin de disminuir la lordosis lumbar y abrir así los espacios interespinosos de las vértebras lumbares.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble a la altura de las vértebras lumbares orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta toma una moneda y con el canto de esta realiza una pequeña compresión sobre el espacio comprendido entre las distintas apófisis espinosas de las vértebras a todo lo largo del raquis lumbar.

Interpretación del test

Si durante la realización de la maniobra se genera un proceso álgico justo en el espacio interespinoso comprimido, se puede pensar en una posible afectación del ligamento interespinoso de ese nivel vertebral. En este caso se dice que la prueba es positiva.

Esta misma prueba se puede realizar en los ligamentos interespinosos a lo largo de toda la columna vertebral.

Hay que tener en cuenta que al realizar esta maniobra se están valorando igualmente los ligamentos supraespinosos, por lo que es útil realizar una palpación manual de estos para descartar una afectación de dichos ligamentos. Si durante la palpación manual no aparece sintomatología dolorosa que sí aparece durante la palpación con la ayuda de la moneda, se puede concluir que existe una disfunción de los ligamentos interespinosos en la zona estudiada, ya que la palpación manual no incide directamente sobre estos al no poder meter el dedo en los espacios interespinosos.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Prueba de la extensión pasiva lumbar

Esta prueba se usa para evaluar la inestabilidad vertebral lumbar.

Posición del paciente

El paciente está en posición prona.

Posición del terapeuta

A los pies del paciente

Ejecución del test

Ambas extremidades inferiores se elevan simultáneamente a una altura de aproximadamente 30 cm de la cama mientras se mantienen las rodillas extendidas y se extienden suavemente sobre las piernas.

Interpretación del test

Se considera que la región lumbar es anormal cuando, durante la elevación de las dos escamas durante la prueba, los sujetos se quejan de un fuerte dolor en la región lumbar, que incluye «dolor de espalda baja», «sensación muy fuerte en la parte baja de la espalda» y ese dolor desaparece cuando se devuelve la parte inferior de las piernas a la posición inicial. Por el contrario, las quejas de los sujetos de una sensación anormal, como entumecimiento leve o sensación de hormigueo, durante esta prueba no se consideran anormales. La prueba se repite de 2 a 4 semanas después de la primera prueba para determinar la conveniencia de una visita de seguimiento. Si el paciente se queja de dolor fuerte o de cualquier sensación anormal en la región lumbar durante la segunda prueba, como lo hizo durante la visita inicial, se juzga que el resultado es positivo. De no ser así, se considera que la prueba es negativa.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 84,2%²¹ y 90,4%, respectivamente. Asimismo, su valor predictivo positivo es del 80% y el negativo del 92,7%. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 8,84.

Kasai Y , Morishita K , Kawakita E , Kondo T , Uchida A . A New Evaluation Method for Lumbar Spinal Instability: Passive Lumbar Extension Test . Phys Ther . 2006 ; 86 (12) : 1661 - 7 .





Test de sentado a levantarse

Esta prueba se usa para poner en evidencia una posible inestabilidad lumbar ante una lumbalgia.

Posición del paciente

En bipedestación.

Posición del terapeuta

Como observador.

Ejecución del test

El paciente se sienta durante 2-3 minutos; si aparece dolor lumbar, vuelve a colocarse en bipedestación.

Interpretación del test

Si cuando el paciente se sienta o durante los 2-3 minutos de estar sentado aparece dolor y ese dolor desaparece al ponerse de nuevo en bipedestación, la prueba se considera positiva para inestabilidad lumbar.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 31 y 100%, respectivamente.

Maigne JY , Lapeyre E , Morvan G , Chatellier G . Pain immediately upon sitting down and relieved by standing up is often associated with radiologic lumbar instability or marked anterior loss of disc space . Spine (Phila Pa 1976) . 2003 ; 28 : 1327 - 34 .





Test de la cizalla posterior

Este test se usa para poner en evidencia una inestabilidad lumbar en caso de lumbalgias.

Posición del paciente

En bipedestación, con las manos cruzadas sobre el abdomen.

Posición del terapeuta

Detrás del paciente, con una mano apoyada sobre el dorso de las manos cruzadas del paciente en el abdomen; con el talón de la mano opuesta apoya a la altura de las vertebrae lumbares.

Ejecución del test

El examinador ejerce una fuerza cortante posterior a través del abdomen del paciente y una fuerza estabilizadora dirigida anteriormente con la mano opuesta apoyada en el área lumbar, y repite la maniobra en cada nivel lumbar.

Interpretación del test

Se considera resultado positivo cuando la maniobra desencadena dolor lumbar en el paciente.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,27-0,35, con una concordancia del 64-74%.

Hicks GE, Fritz JM, Delitto A, Mishock J. Inter-rater reliability of clinical examination measures for identification of lumbar segmental instability. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84. 1858-1864.

Fritz JM, Piva SR, Childs JD. Accuracy of the clinical examination to predict radiographic instability of the lumbar spine. Eur Spine J. 2005; 14: 743 - 50



Instability catch sign test

Esta prueba se usa para determinar si hay inestabilidad del area lumbar.

Posición del paciente

En bipedestación.

Posición del terapeuta

Como observador

Ejecución del test

Se pide al paciente que doble su cuerpo hacia adelante tanto como le sea posible y que luego regrese a la posición erecta.

Interpretación del test

La incapacidad para volver a la posición erecta debido a dolor lumbar repentino se considera un signo de positividad para inestabilidad espinal lumbar.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 26,3 y 85,74%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 45,5% y el negativo del 65,5%.



Painful catch sign test

Esta prueba se usa para determinar inestabilidad lumbar.

Posición del paciente

En decúbito supino.

Posición del terapeuta

A un lado observando el desarrollo.

Ejecución del test

Se le pide al paciente que levante ambas piernas en la posición de extensión de la rodilla y que luego devuelva las piernas lentamente a la mesa de exploración.

Interpretación del test

Si las piernas caen bruscamente a la mesa de exploración debido a un dolor lumbar repentino se considera que hay inestabilidad espinal lumbar

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 36,8 y 72,6%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 37,8% y el negativo del 71,8%.

Kasai Y , Morishita K , Kawakita E , Kondo T , Uchida A . A New Evaluation Method for Lumbar Spinal Instability: Passive Lumbar Extension Test . Phys Ther . 2006 ; 86 (12) : 1661 - 7 .



Prueba del signo de aprehensión

Esta prueba se usa para determinar si hay inestabilidad lumbar.

Posición del paciente

Sentado.

Posición del terapeuta

Sentado frente al paciente.

Ejecución del test

Se pregunta al paciente si ha tenido una sensación de colapso lumbar debido a un dolor lumbar repentino cuando realizaba actos habituales, como inclinarse hacia adelante y hacia atrás o de lado a lado y sentarse o ponerse de pie.

Interpretación del test

Se considera que el paciente que ha experimentado la sensación arriba descrita presenta inestabilidad espinal lumbar.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 18,4 y 88,1%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 41,2% y el negativo del 70,5%.

Kasai Y , Morishita K , Kawakita E , Kondo T , Uchida A . A New Evaluation Method for Lumbar Spinal Instability: Passive Lumbar Extension Test . Phys Ther . 2006 ; 86 (12) : 1661 - 7 .



Prueba de movimiento intervertebral

Esta prueba se usa para poner en evidencia una inestabilidad lumbar a la lumbalgia.

Posición del paciente

En decúbito prono.

Posición del terapeuta

A la altura de la pelvis del paciente.

Ejecución del test

El examinador conta la apófisis espinosa con la eminencia hipotenar y ejerce una fuerza posterior-anterior.

Interpretación del test

La movilidad de cada segmento se califica como normal, hipermóvil o hipomóvil. La presencia de dolor se registra como presente o ausente.

Evidencia científica

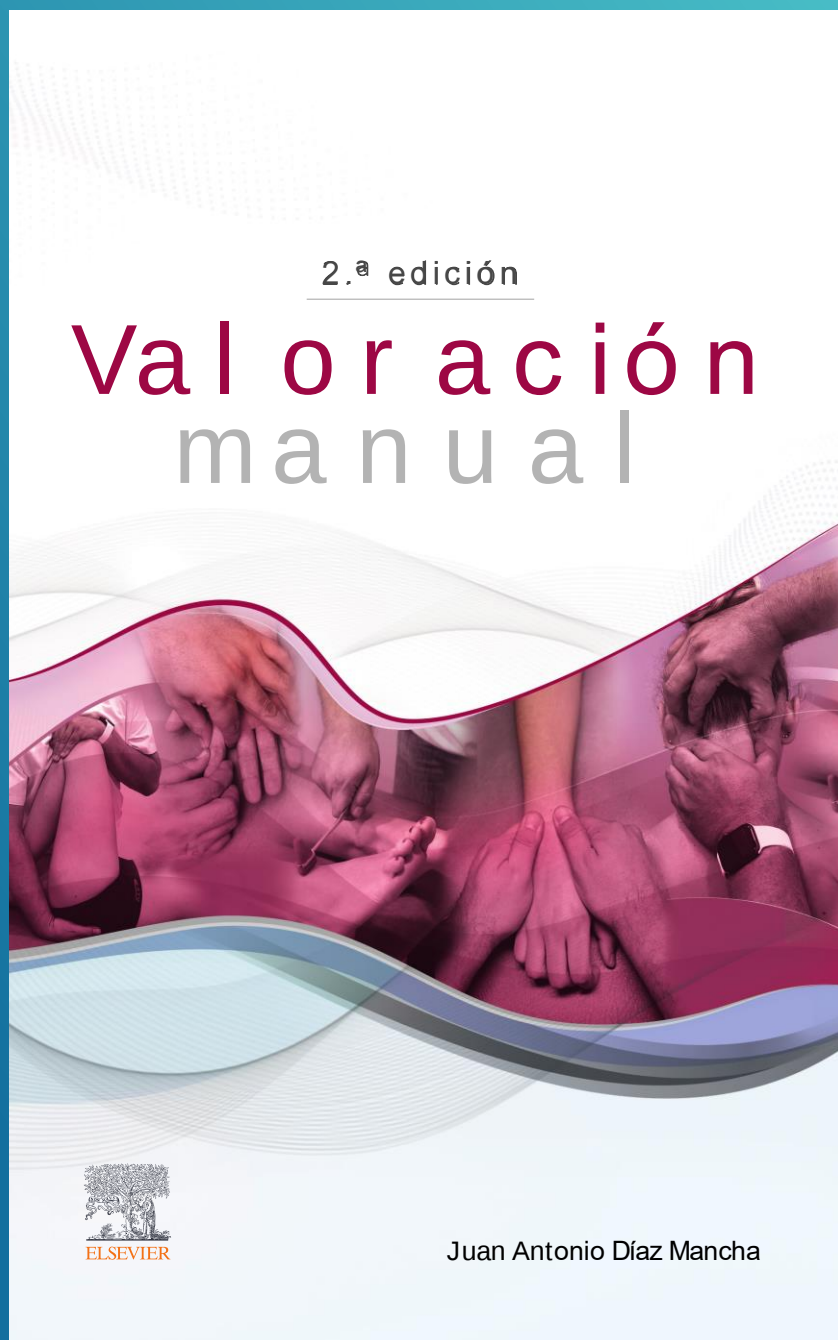
La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 29-33% y 88-89%, respectivamente. Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,38-0,57, con un *agreement* del 77-82%. Asimismo, la prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 2,52-2,74 y negativa de 0,76-0,81.



Fritz JM , Piva SR , Childs JD . Accuracy of the clinical examination to predict radiographic instability of the lumbar spine . Eur Spine J . 2005 ; 14 : 743 - 50 .

Abbott JH , McCane B , Herbison P , Moginie G , Chapple C , Hogarty T . Lumbar segmental instability: a criterion-related validity study of manual therapy assessment . BMC Musculoskelet Disord . 2005 ; 6 : 56 .





2.ª edición

Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

Pruebas para valorar un problema muscular lumbar

- Prueba con la pierna estirada 90-90
- Prueba de Thomas **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Prueba del psoas
- Test funcional del psoas **Evidencia científica**
- Test de Biering-Sorensen **Evidencia científica** **Evidencia científica**
- Supine isometric chest raise test **Evidencia científica**





Prueba con la pierna estirada 90-90

Esta prueba se utiliza para valorar una retracción de los músculos isquiotibiales.

Posición del paciente

En decúbito supino con las rodillas extendidas y los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie, junto al paciente en finta doble lateralmente a este a la altura de su pelvis.

Ejecución del test

En primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que flexione las caderas a 90°. Después el terapeuta toma un contacto con su mano inferior bajo las rodillas del paciente para mantener la posición. Los pies caen relajados hacia la camilla. A continuación solicita al paciente que extienda tanto como pueda las rodillas, primero una y después la otra.

Interpretación del test

La prueba es positiva si al realizar una extensión activa máxima de la articulación de la rodilla queda un flexo superior a 20° en la rodilla a explorar e indica una retracción de los músculos isquiotibiales que frenan la extensión completa de aquella.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.



Prueba de Thomas

También llamada prueba de extensibilidad del psoas, es una prueba que sirve para valorar el estado de este músculo.

Posición del paciente

En decúbito supino; con sus manos lleva las rodillas al pecho fijándolas en esa posición.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta adelante a la altura de sus caderas orientado hacia su cabeza. Coloca la mano craneal bajo la columna lumbar del paciente y la mano caudal abarcando el tercio distal de la tibia del lado a evaluar.

Ejecución del test

El terapeuta baja lentamente hacia la extensión la pierna del lado cuyo músculo psoas quiere examinar. Se deben examinar ambas piernas de forma alternativa.

Interpretación del test

Se considera normal si el paciente es capaz de extender por completo la pierna sobre la camilla sin aumentar la lordosis lumbar. El test es positivo si al extender la cadera sobre la camilla se produce un aumento de la lordosis lumbar. La prueba también es positiva si el paciente no es capaz de extender por completo la pierna sobre la camilla de manera que se produce un flexo de rodilla y cadera.

Existe otra forma de realizar este test que consiste en colocar al paciente en decúbito supino con las caderas y las rodillas extendidas sobre la camilla, y realizar una flexión máxima de la pierna contraria a la que se quiere evaluar. La prueba se considera normal si al flexionar al máximo la cadera, la pierna contraria se queda reposando en la camilla; sin embargo, en caso de afectación del músculo psoas, al realizar una flexión máxima de la cadera, la otra pierna se levanta de la camilla, con lo que pone de manifiesto un flexo de cadera y rodilla.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,74, con una concordancia del 92,4-95%; el coeficiente de correlación intraclass es de 0,97.

Hölmich P , Hölmich LR , Bjerg AM . Clinical examination of athletes with groin pain: an intraobserver and interobserver reliability study . Br J Sports Med . 2004 ; 38 : 446 - 51 .

Gyoung-Mo KiM, SunG-Min Ha. Reliability of the modified Thomas test using a lumbo-plevic stabilization. J Phys Ther Sci. 2015; 27: 447-449.





Prueba del psoas

Esta prueba detecta la existencia de una afección de la columna lumbar, de la articulación sacroilíaca o de la articulación coxofemoral producida por una afectación del músculo psoas.

Posición del paciente

En decúbito supino con las piernas en extensión de rodillas y los brazos a lo largo del tronco reposados sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación lateralmente al paciente en el lado que se quiere valorar en finta doble a la altura de las rodillas orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que eleve la pierna sin flexionar la rodilla; aproximadamente a mitad del recorrido articular realiza con la mano superior una presión inesperada y súbita sobre la zona anterior del muslo del paciente llevándolo a extensión de cadera.

Interpretación del test

La extensión súbita mientras el paciente realiza flexión provoca una activación de los husos neuromusculares del psoas, provocando un espasmo reflejo de este que tracciona de las vértebras lumbares.

Se considera que el test es negativo si esta maniobra no genera dolor en la columna lumbar, la articulación sacroilíaca o la articulación coxofemoral.

En caso de que aparezca dolor, la prueba se considera positiva e indica una afección de la columna lumbar o de la pelvis, como por ejemplo la espondiloartrosis, la espondilitis o una hernia discal.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre la evidencia científica de esta prueba.





Test funcional del psoas

Este test se utiliza para poner en evidencia una incompetencia del psoas por dolor o debilidad.

Posición del paciente

En decúbito supino, con la cadera y la rodilla del lado a explorar flexionadas 90°.

Posición del terapeuta

En bipedestación a la altura de la pelvis en el lado a explorar.

Ejecución del test

El explorador resiste el movimiento de flexión de la cadera por parte del paciente.

Interpretación del test

La presencia de dolor o debilidad se considera como test positivo.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,61, con una concordancia del 85,4%.

Hölmich P , Hölmich LR , Bjerg AM . Clinical examination of athletes with groin pain: an intraobserver and interobserver reliability study . Br J Sports Med . 2004 ; 38 : 446 - 51 .



Test de Biering-Sorensen

Este test se utiliza para la evaluación de la resistencia de los músculos extensores del tronco.

Posición del paciente

En decúbito prono, con la parte inferior del cuerpo apoyada en una camilla y la parte superior suspendida horizontalmente, con los brazos cruzados y las manos en contacto con los hombros apoyado en una mesa-banco. La superficie del banco debe estar aproximadamente a 25 cm; el borde de la camilla coincide con las espinas iliacas anterosuperiores; los miembros inferiores se fijan a la camilla mediante cinchas situadas a la altura de los tobillos, rodillas y caderas.

Posición del terapeuta

Observando.

Ejecución del test

La prueba consiste en mantener el tronco en la posición horizontal el mayor tiempo posible. Se da por finalizada cuando el paciente contacta con cualquier parte del tren superior en el suelo.

Interpretación del test

El hecho de obtener un tiempo muy corto de resistencia en extensión (McGuill et al. [1999] informaron de una media de tiempo de 146 y 189 segundos para hombres y mujeres, respectivamente) o la presencia de dolor a nivel lumbar nos hacen pensar en patología lumbar relacionada con la musculatura extensora lumbar.

Evidencia científica

El coeficiente de correlación intraclass es de 0,78-0,85.

Latimer J , Maher CG , Refshauge K , Colaco I . The Reliability and Validity of the Biering-Sorensen Test in Asymptomatic Subjects and Subjects Reporting Current or Previous Nonspecific Low Back Pain . Spine . 1999 ; 24 (20) : 2085 - 90 .

Moffroid M , Reid S , Henry S , Haugh LD , Ricamato A . Some Endurance Measures in Persons With Chronic Low Back Pain . JOSPT . 1994 August ; 20 (2) : 81 - 7 .





Supine isometric chest raise test

Esta prueba se utiliza para determinar la función de la musculatura abdominal.

Posición del paciente

En posición supina sobre una mesa de tratamiento con las manos cruzadas sobre el pecho. Las rodillas y las caderas se colocan en flexión de 90 grados.

Posición del terapeuta

Se limita a la observación de la prueba.

Ejecución del test

El paciente debe levantar el cuello y el tronco superior de la mesa y mantener esta posición el mayor tiempo posible.

Interpretación del test

Imposibilidad para mantener la posición descrita o dolor en el área lumbopélvica.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 96,2-99,4 % y 32,7-72%, respectivamente. El valor predictivo positivo es del 59,3-78,1% y el negativo del 94,7-99,4%.

Arab AM , Ebrahimi EI , Mousavi ME . Sensitivity, specificity and predictive value of the clinical trunk muscle endurance tests in low back pain . Clin Rehabil . 2007 ; 21 : 640 - 7 .





¡Gracias!

Síguenos en redes



eominternacional.com | escuelaosteopatiamadrid.com