

DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

Autor: François Ricard, D.O PhD



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



Historia clínica

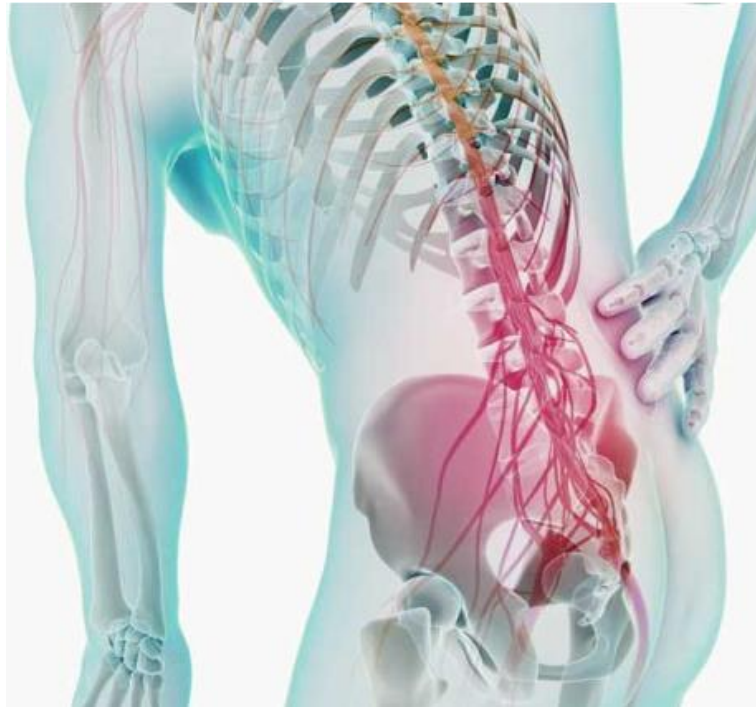
Evitar atajos diagnósticos para evitar el anclaje en las primeras impresiones diagnósticas .



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR SEGÚN EL TEJIDO AFECTADO

Sabemos que **el dolor no siempre es la causa del problema**

Pero, lo que es claro, es que **determina el tejido que está sufriendo**





Dolor
discal

01



Dolor
ligamentario

02



Dolor
muscular

03



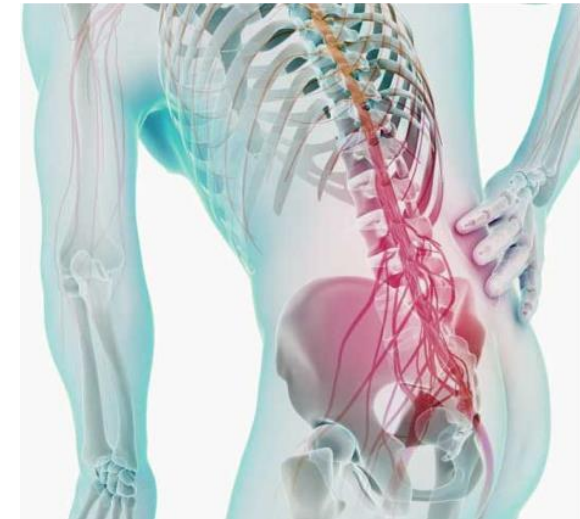
Dolor
articular

04



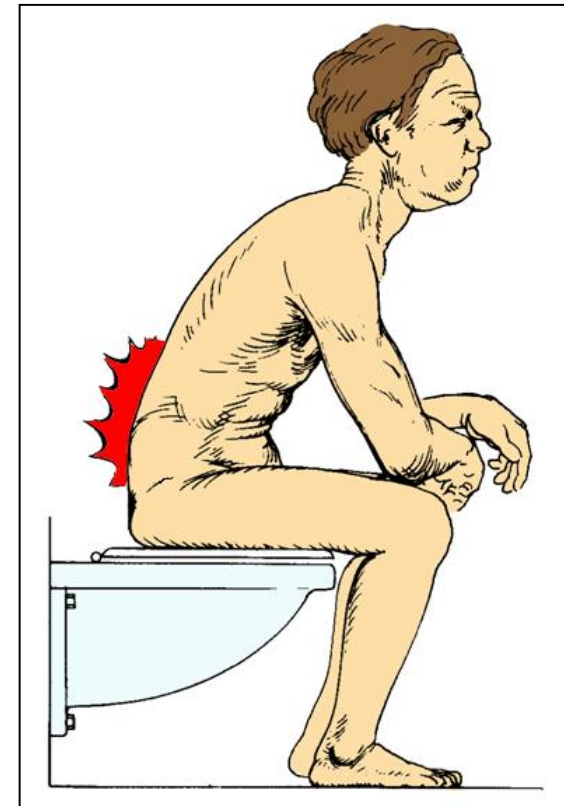
Dolor referido
visceral

05



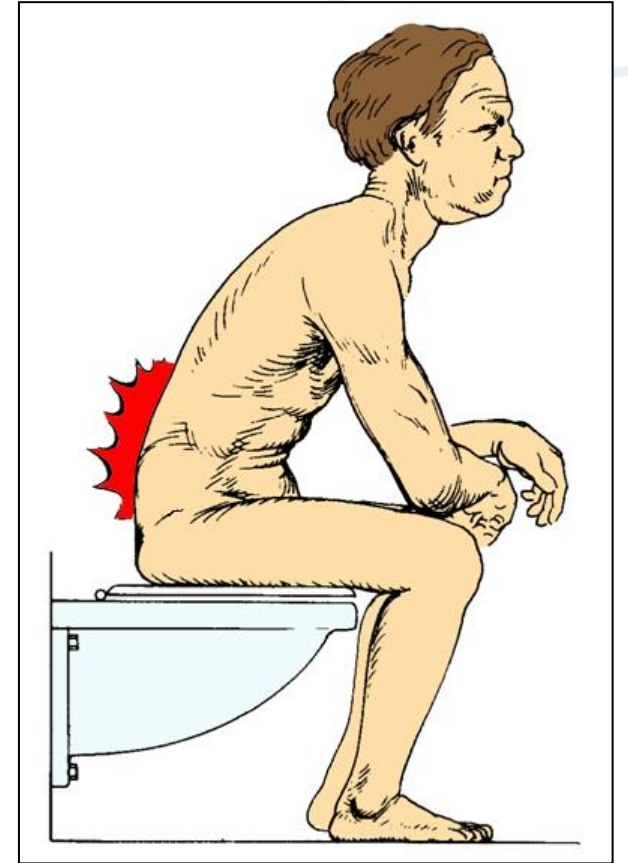
1- DOLOR DISCAL:

- Agudo.
- Aparición sin tiempo de latencia cuando el peso del cuerpo está sobre al disco.
- Aumenta con:
 - La gravedad
 - La posición sentado
 - Anteflexión de tronco
 - La tos
 - Los esfuerzos de defecación



2 - DOLOR LIGAMENTARIO:

- El dolor aparece por:
 - Mantener una posición un tiempo prolongado.
 - Al final de las amplitudes articulares.
 - Tiempo de latencia entre 10 mn y 1 H.
 - Dolor tipo quemadura.



2.1. LIGAMENTOS ILIOLUMBARES:

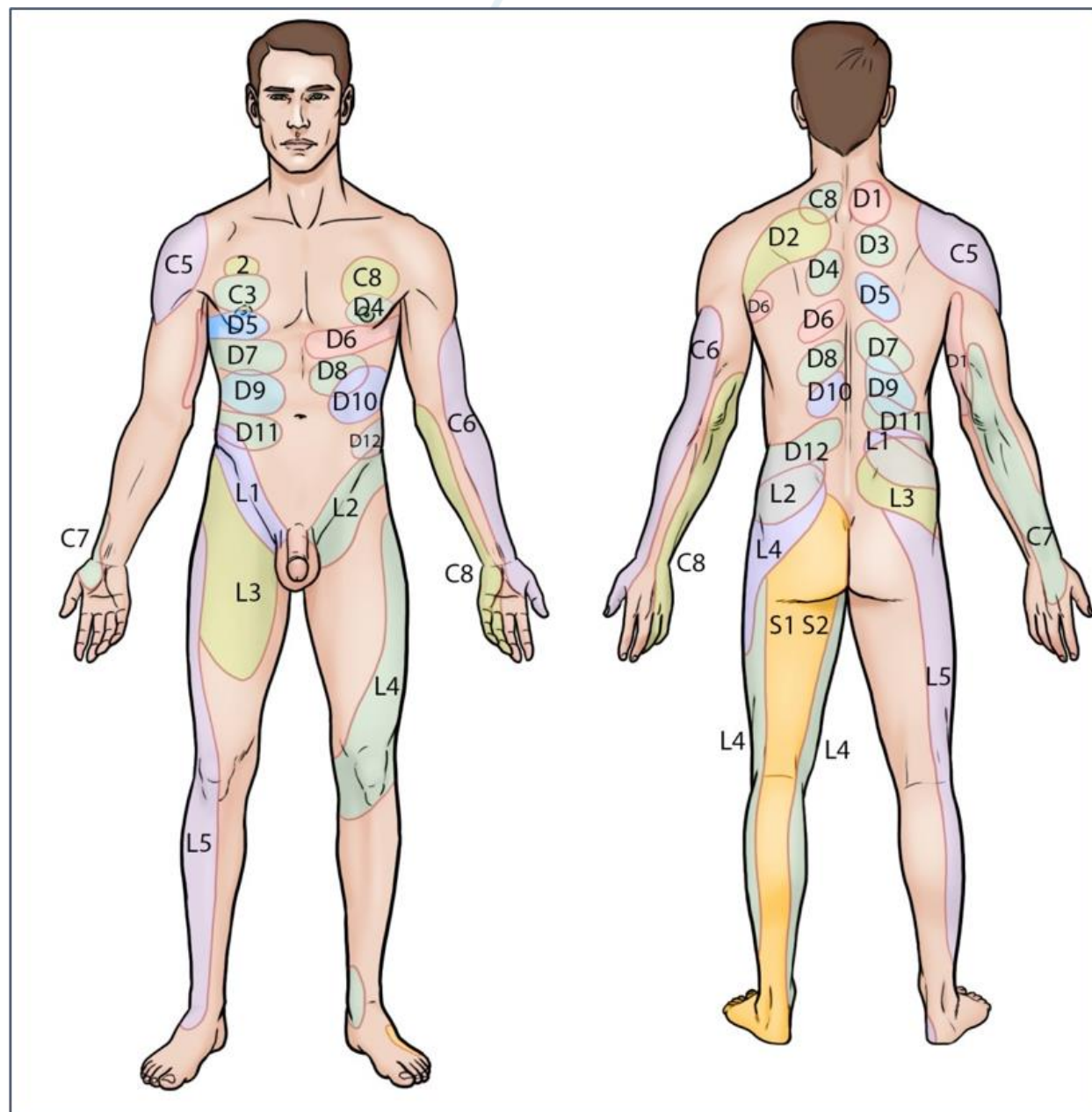
- Dolor referido en la metámera L5.
- Aumenta con la F y la S contralateral.
- Dolor lumbar bajo unilateral o sacroilíaco y a veces inguinal.



2.2. LIGAMENTOS INTERESPINOSOS:

- Dolores en barra sobre la línea media raquídea, que aumenta con la anteflexión sostenida y durante el enderezamiento
- Dolores referidos en la metámera.





3- FACETA INTERAPOFISARIA:

- Para un Síndrome Facetario Convergente:
Dolor lumbar unilateral que aumenta con la Extensión, Sh al dolor y Rc al dolor
- Para un Síndrome Facetario Divergente:
Dolor lumbar unilateral que aumenta con la Flexión, Sc al dolor y Rh al dolor



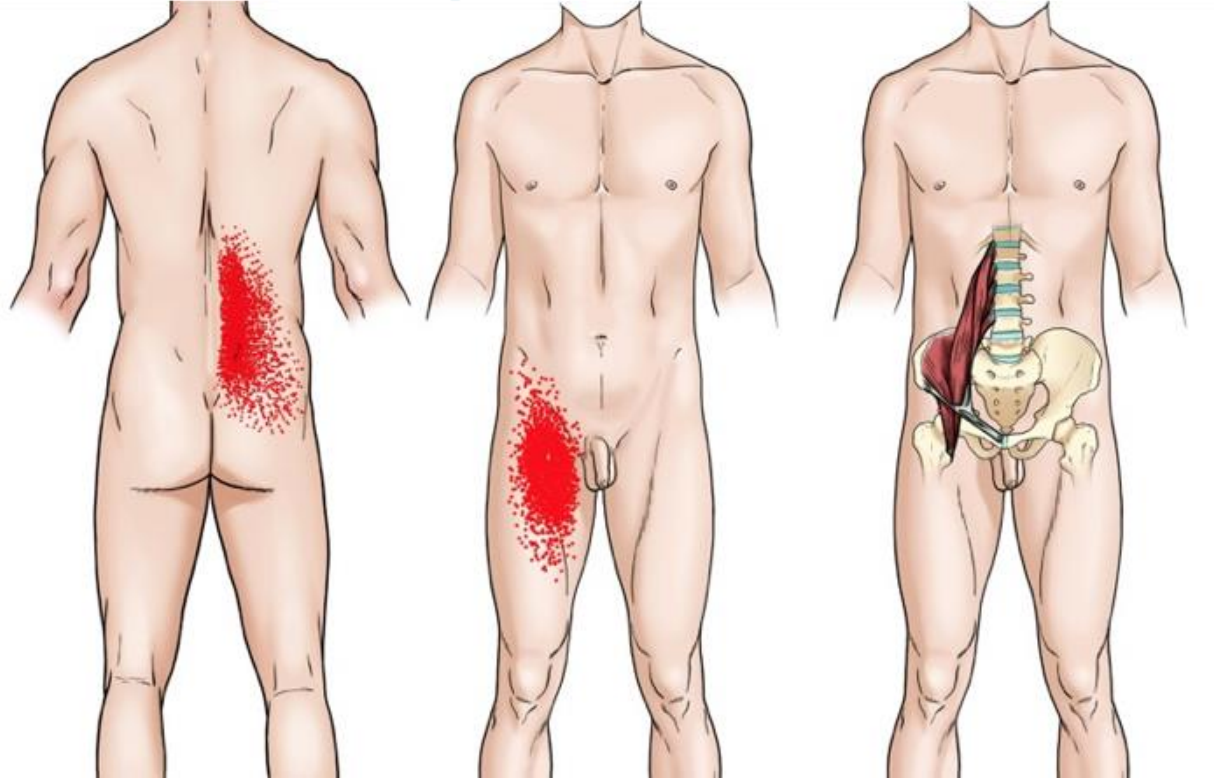
4- SÍNDROME DEL DOLOR MIOFASCIAL

Es un trastorno doloroso regional, que afecta a músculos y fascias, de forma que los músculos implicados presentan las siguientes características:

- **Aparece un Punto Gatillo (PG)**
- **La palpación de los PG provoca dolor y síntomas referidos.**
- **Los síntomas (sobre todo dolorosos) del paciente se reproducen al presionar los PG**
- **El PG está situado en una zona muscular dura y tensa**
- **Puede aparecer a la palpación o a la inserción de una aguja en la banda tensa, una respuesta de espasmo local (REL).**



Punto trigger miofascial



La compresión del PT provocar dolor local y dolor referido que es similar al manifestado por el paciente (reconocimiento del dolor).

DEFINICIÓN DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

Es una zona minúscula, altamente irritable, localizada en el interior de un músculo, que se presenta rígido a la palpación y que produce dolor, limitación en la amplitud del estiramiento y debilidad sin atrofia ni déficit neurológico.

En ocasiones puede dar lugar a fenómenos autónomos y distorsión de la sensibilidad propioceptiva.

EL PG ES EL GENERADOR DE LOS SÍNTOMAS



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

Puntos Gatillo Activos. Son dolorosos sin estimulación. Siempre sensibles, el paciente los siente como un punto de dolor constante. El dolor aumenta al palpar el músculo, al presionarlo, al movilizarlo y al estirarlo.



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

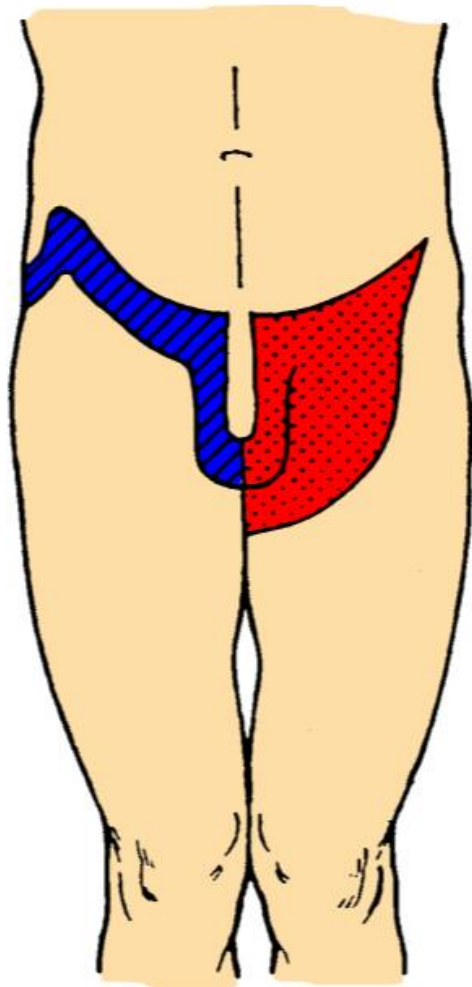
Puntos Gatillo Latentes . No ocasionan dolor durante las actividades normales. Pero pueden alterar la función (Lucas y cols. 2004)
Sólo son dolorosos a la palpación. Son capaces de ocasionar los mismos fenómenos que los activos, cuando son estimulados. Son activados por el frío, calor, cambios de presión atmosférica, daño repetitivo...



5. DOLOR NEUROPÁTICO:

- Dolor nervioso periférico (raíz, nervio raquídeo o periférico)
- FILIFORME, más definido el trayecto que en el dolor miofascial y el dolor visceral





NEURALGIA GENITO-ABDOMINAL



NEURALGIA GENITO-CRURAL

NEURALGIA GENITO -ABDOMINAL (RAÍZ L1):

- Dolor en la pared posteroinferior del abdomen, bajo vientre y testículo o escroto.

NEURALGIA GENITOCRURAL (RAÍZ L2):

- Dolor difuso, con preferencia en el testículo.





CRURALGIA



Territorio mínimo



Territorio máximo



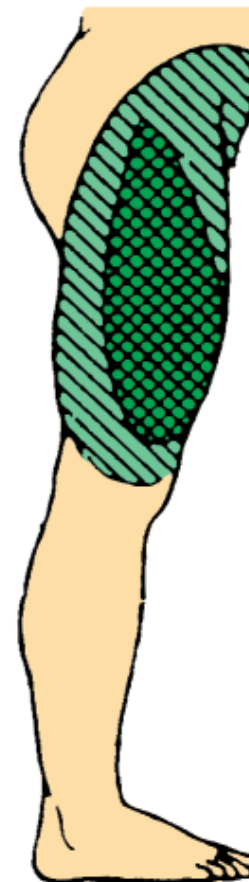
NEURALGIA OBTURATRIZ



Territorio mínimo



Territorio máximo



NEURALGIA FEMORO-CÚTANEA



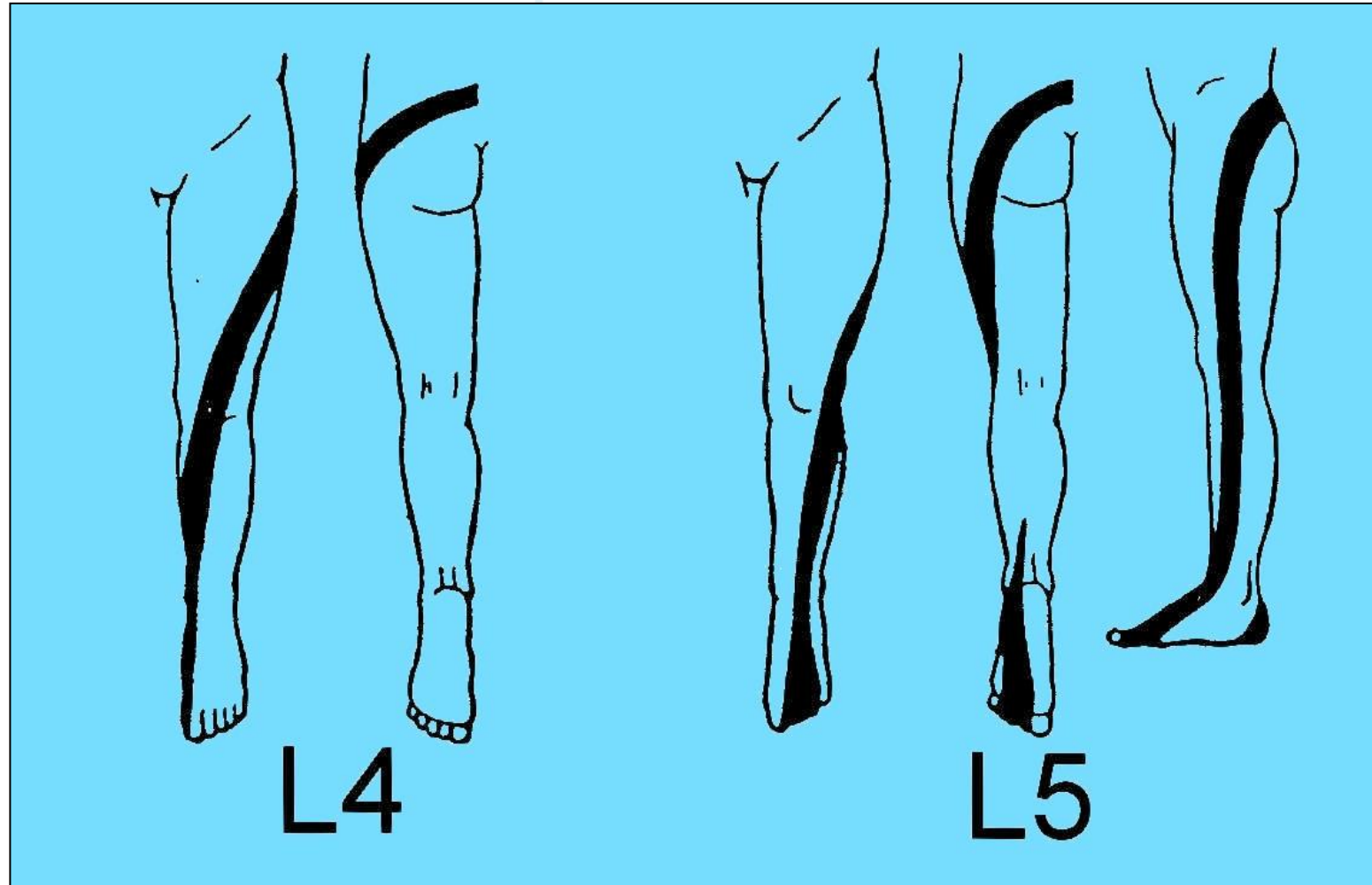
Territorio mínimo



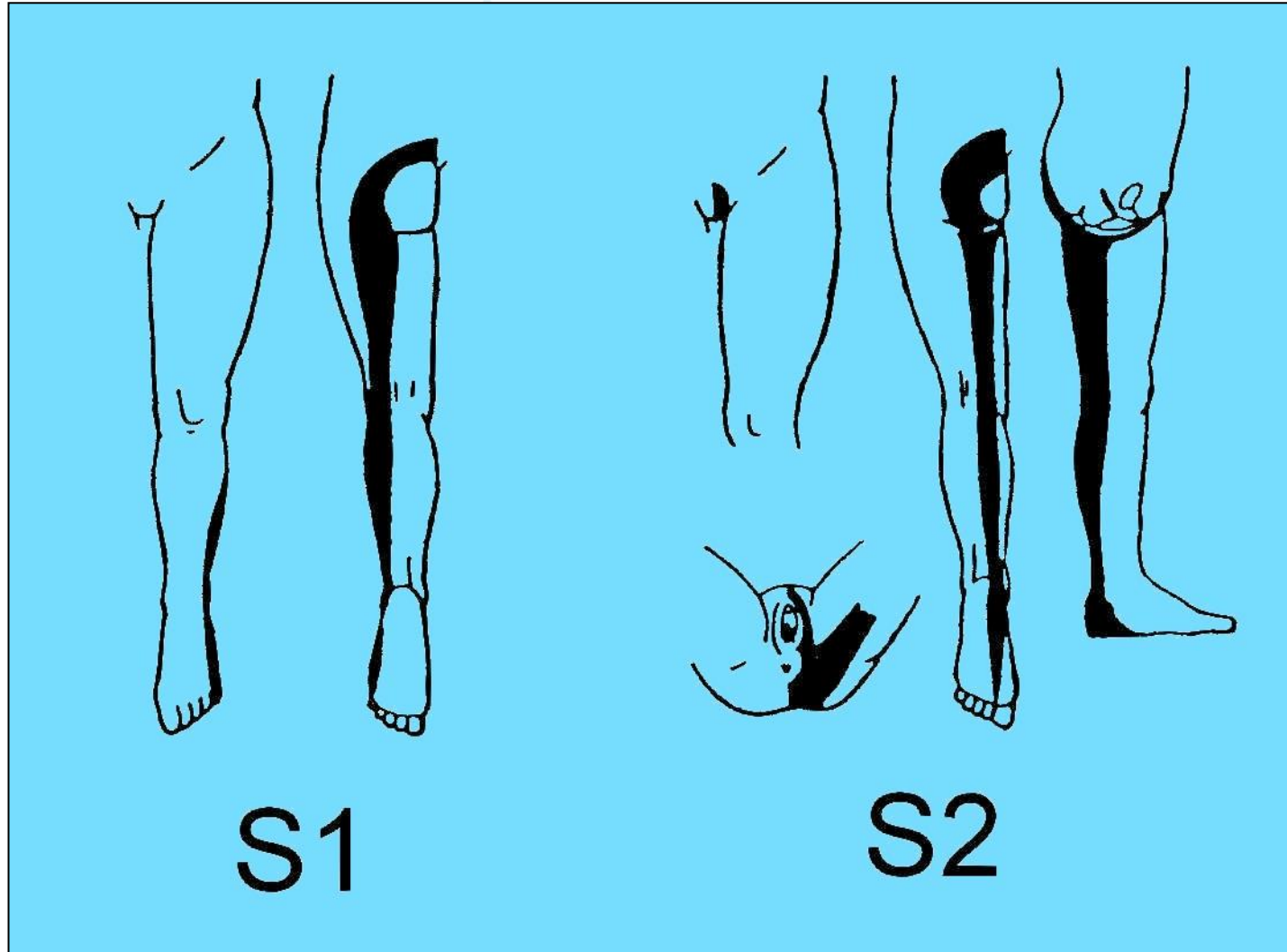
Territorio máximo



TERRITORIO DOLOROSO EN LA LUMBOCIÁTICA



TERRITORIO DOLOROSO EN LA LUMBOCIÁTICA



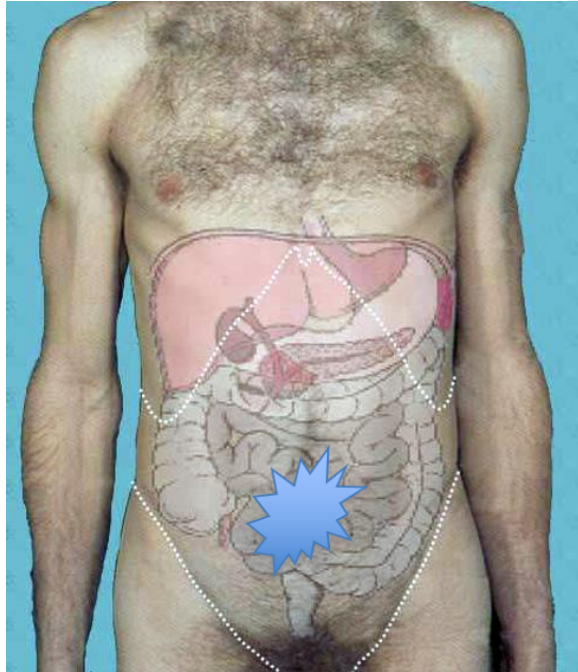
6. DOLOR REFERIDO VISCERAL:

- Dolor rítmico que depende de la función visceral.
- Zona somática dolorosa en relación con la
- disfunción .
- El dolor no presenta características mecánicas.
- Puede aparecer en reposo



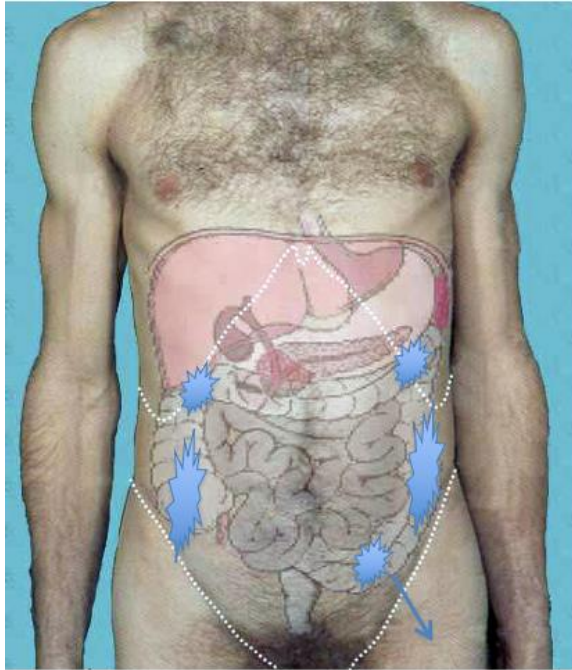
Yeyuno - Ileon

Región periumbilical y lumbalgia



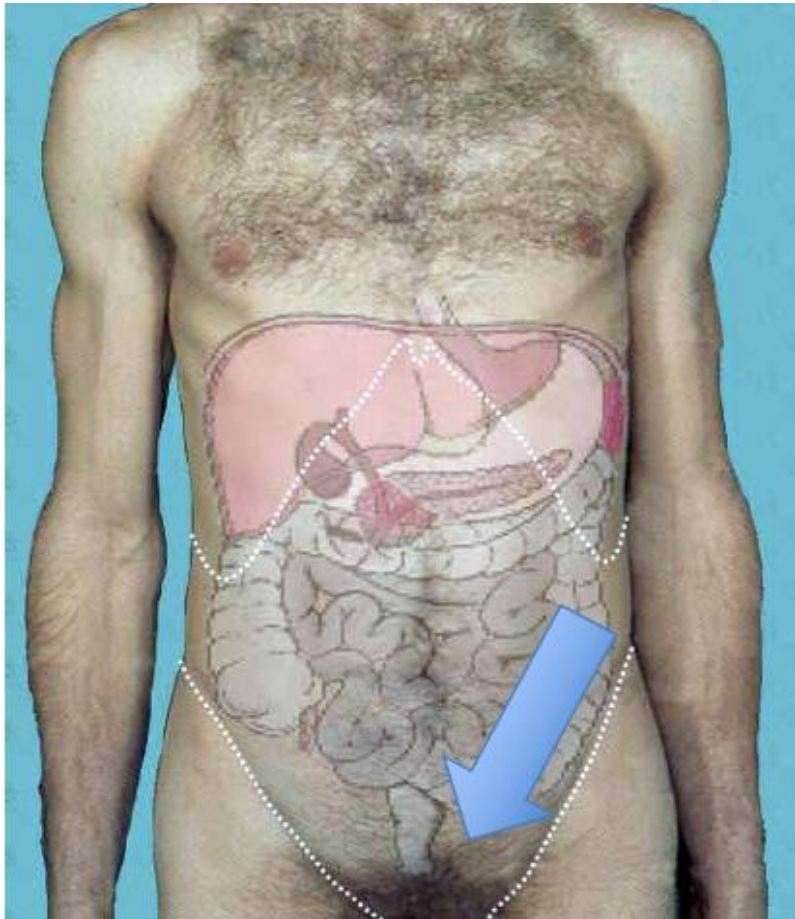
Colon

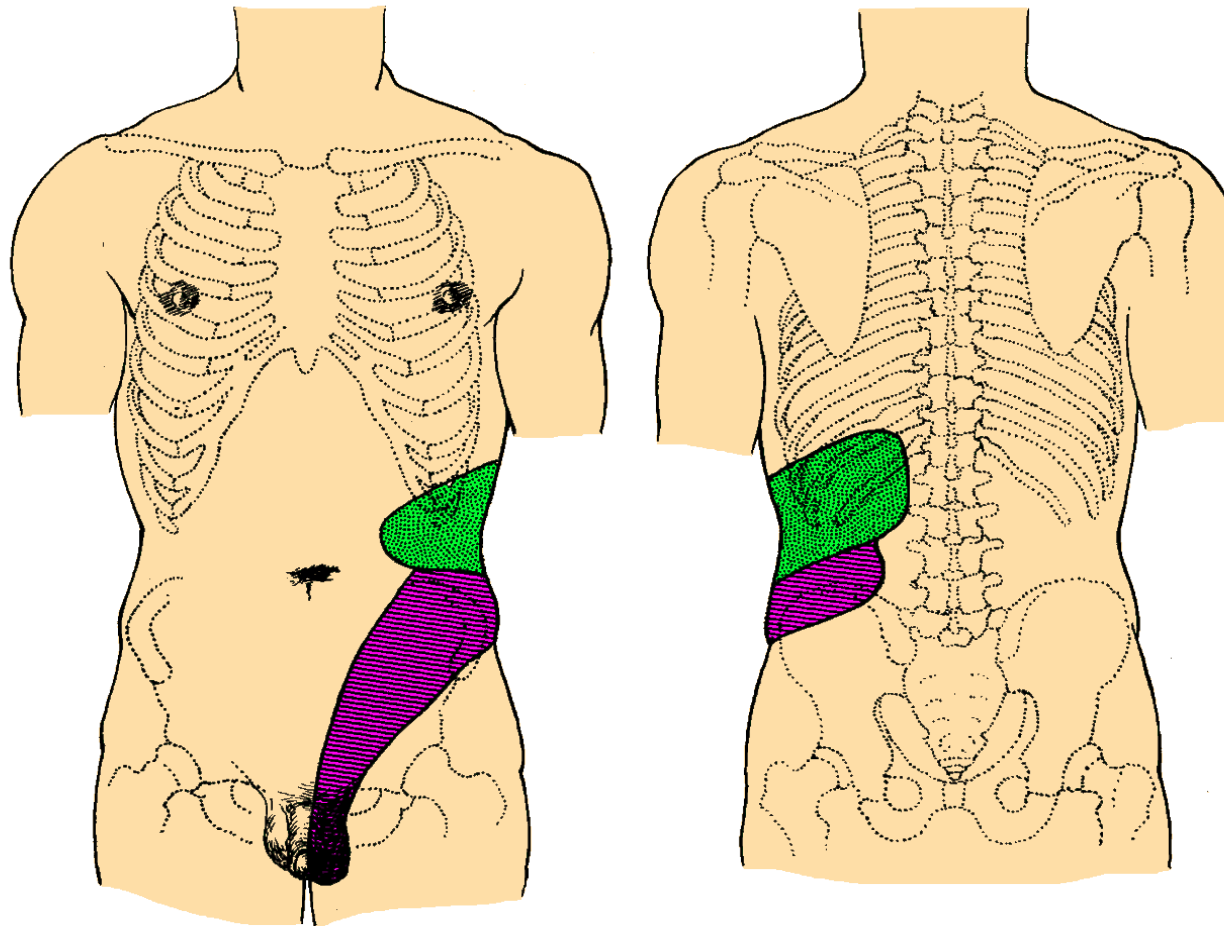
Región abdominal y/o lumbalgia y pseudociática y/o pseudocruralgia, ASI dcha, ASI izq, pseudotrocanteritis



Riñón y Uréter

Lumbalgia, flancos (por recorrido de psoas)





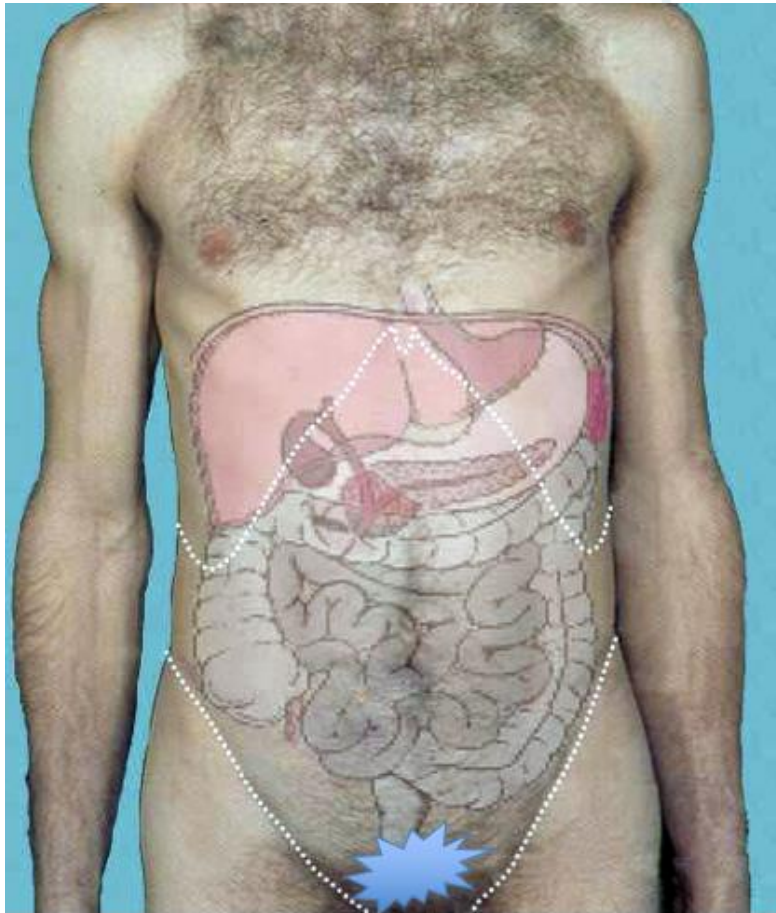
DOLORES REFERIDOS DE ORIGEN URINARIO

Punteado : dolor renal

Rayado : dolor ureteral

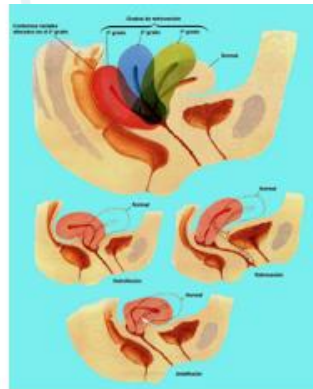
Vejiga

Hipogastrio, Lumbosacro y pseudociáticas



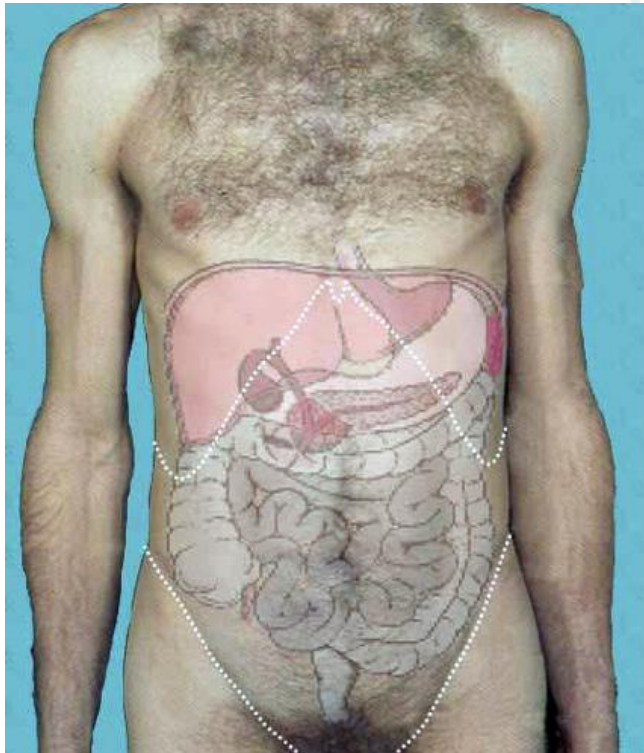
Útero y Ovarios

Hipogastrio, Fosas ilíacas, Lumbosacro, pseudociáticas, cara interna de rodillas

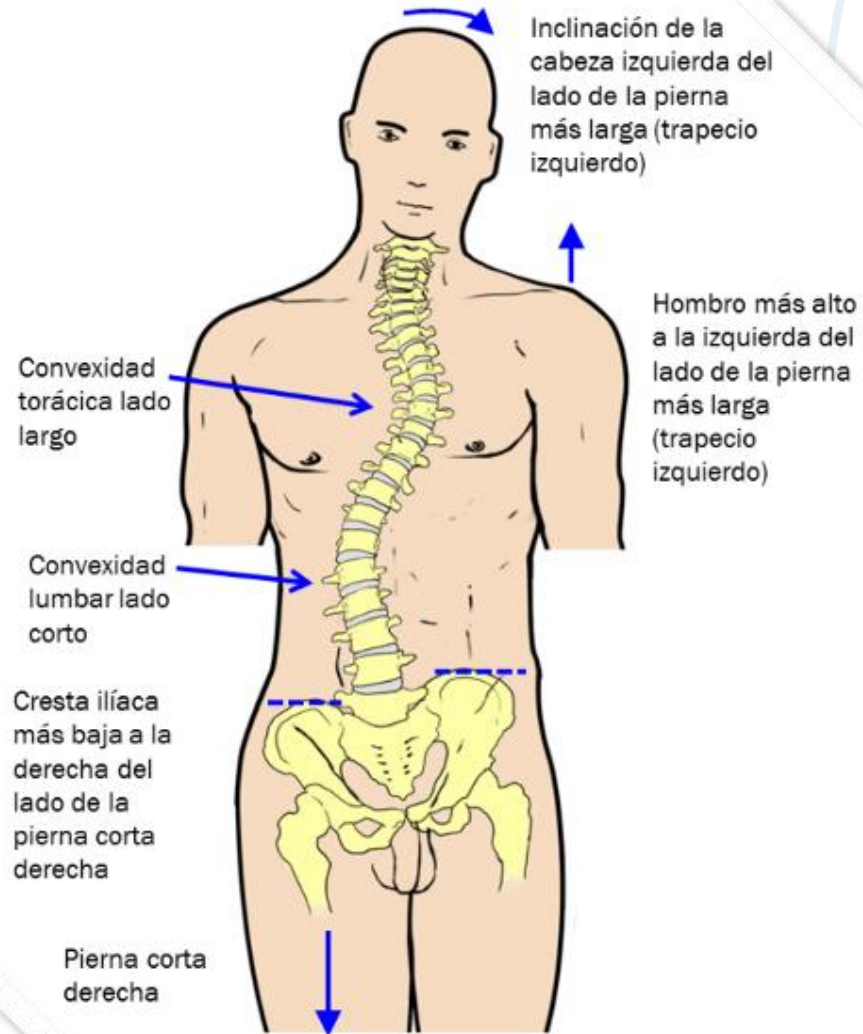


Próstata

Lumbosacro y Periné

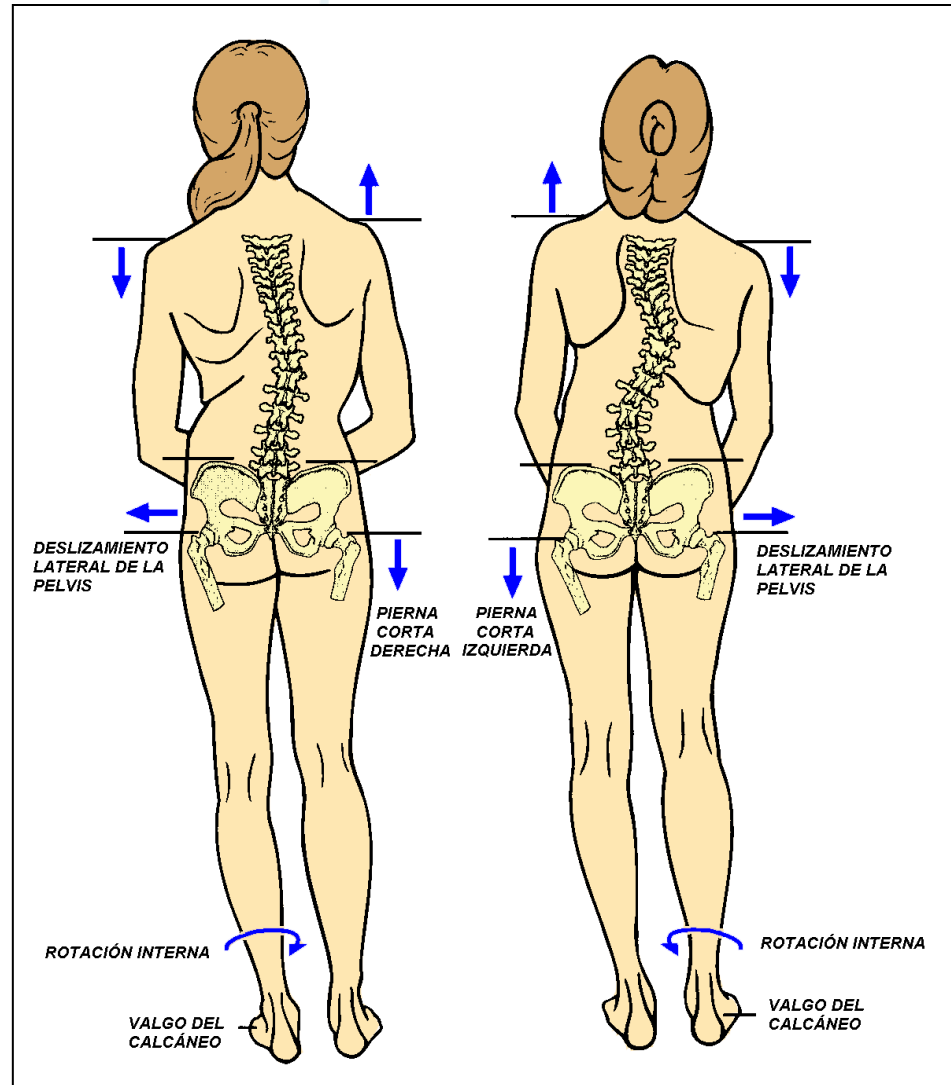


Inspección Estática



- Altura de la pelvis
- Altura de la lordosis
- Determinar posible rectificación o hiperlordosis

ADAPTACIONES POSTURALES A UNA PIERNA CORTA ANATÓMICA



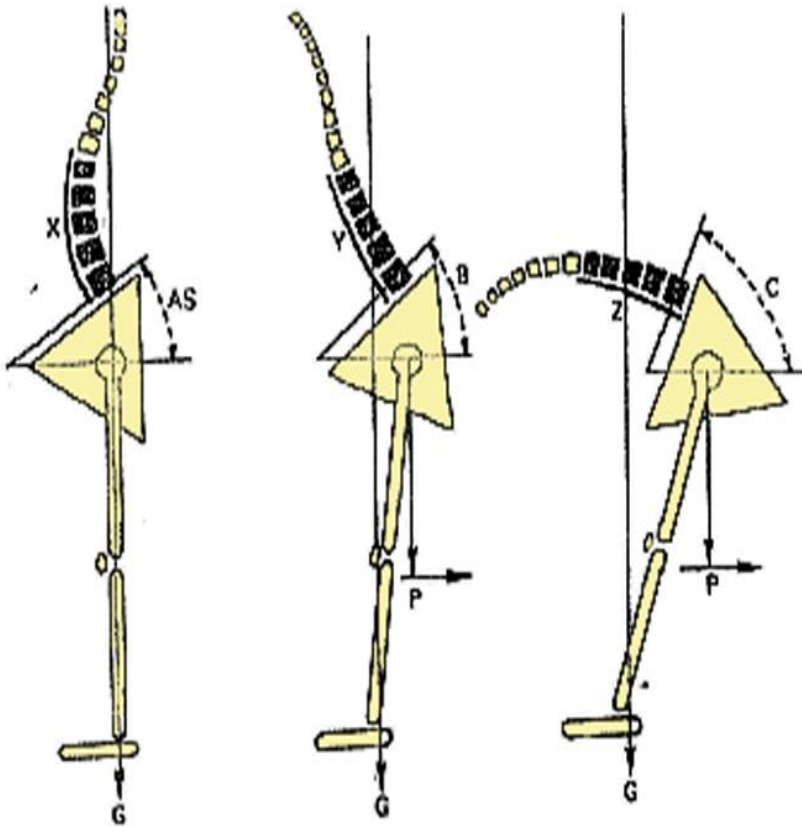
Inspección Dinámica



Ritmo lumbo-pélvico durante la flexión

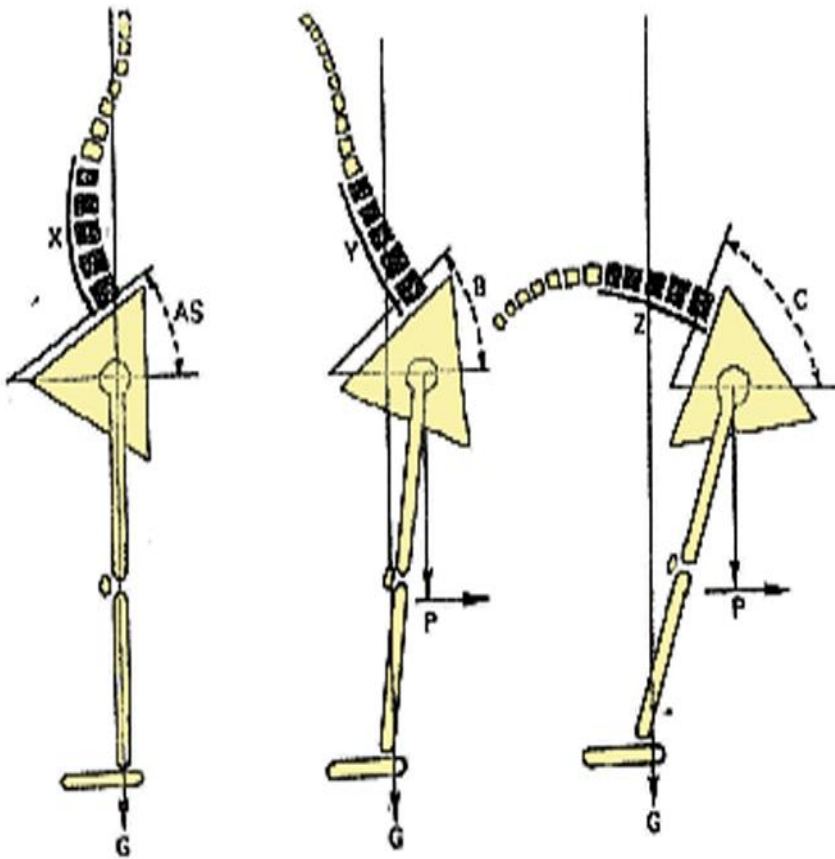
A la izquierda: raquis en posición vertical con su lordosis fisiológica (X) (AS = ángulo sacro).

En el centro: durante la flexión la lordosis se invierte progresivamente (Y), simultáneamente los ilíacos rotan relativamente en sentido posterior y el ángulo ,lumbosacro aumenta (B), el centro de gravedad se desplaza hacia atrás (P), el raquis dorsal se desplaza sin modificar su curvatura.

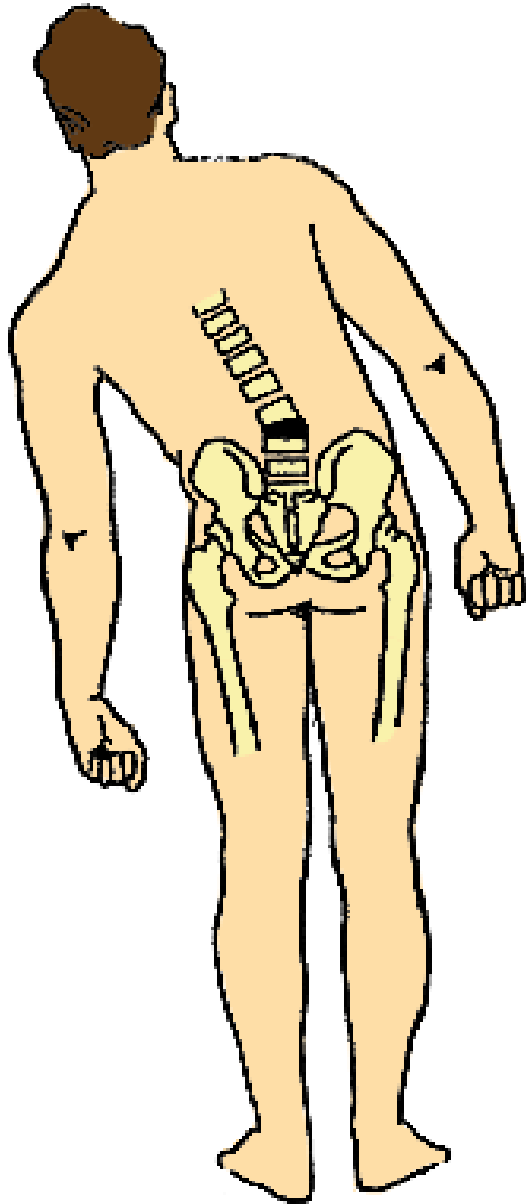


Ritmo lumbo-pélvico durante la flexión

A la derecha: el raquis lumbar está en flexión completa (Z), la rotación de la pelvis es completa (C) y las caderas son desplazadas hacia el centro de gravedad con el fin de mantener el equilibrio, el raquis dorsal no sufre ninguna modificación.







Test en lateroflexión

- Un quiebro en la lateroflexión puede indicar una disfunción somática subyacente.
- El segmento de quiebre correspondería a la hipermovilidad adaptativa.



DISFUNCIONES VERTEBRALES

HIPOMOVILIDADES:

- CONVERGENTES
- DIVERGENTES

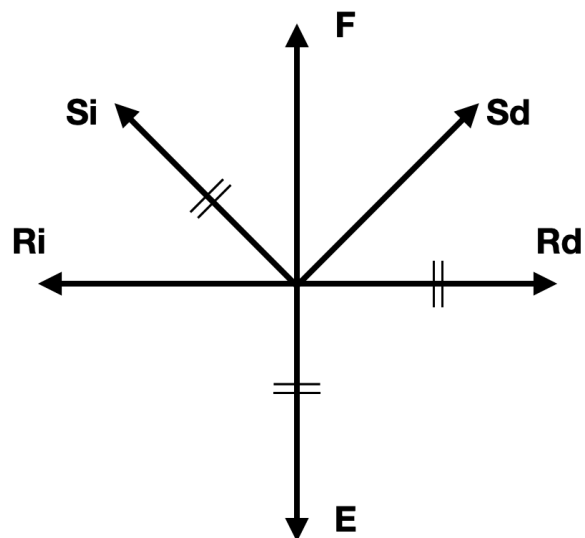
HIPERMOVILIDADES

ADAPTACIONES:

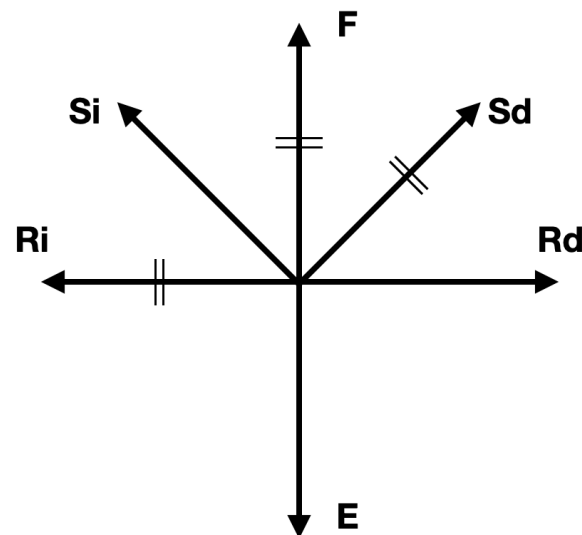
- HIPERMOVILIDADES
- SEGMENTOS VERTEBRALES ACOPLADOS



Test de movilidad



Síndrome facetario
Convergente
izquierdo (antigua
lesión de
imbricación)



Síndrome facetario
Divergente
izquierdo
(antigua lesión en
desimbricación)



Test de Provocación del Dolor: Facetas

Síndrome Facetario Convergente:

Si duele a la extensión, inclinación homolateral al dolor y rotación contralateral al dolor máximas todas ellas, podemos considerar que estamos provocando una compresión facetaria y por tanto el origen se ubicaría en esta estructura.



Test de Provocación del Dolor: sistema cápsuloligamentario facetario

Síndrome Facetario Divergente:

Si duele a la flexión, inclinación contralateral al dolor y rotación homolateral al dolor máximas todas ellas, podemos considerar que estamos provocando una puesta en tensión del sistema cápuslo-ligamentario facetario y por tanto el origen se ubicaría en este sistema.



Test de Provocación del Dolor: sistema muscular

Si el dolor está en relación a los movimientos limitados que hemos reflejado en el a estrella de Maigne (test de movilidad), éste estará causado por el sistema muscular que estará fijando la disfunción (antiguas lesiones en imbricación y desimbricación)



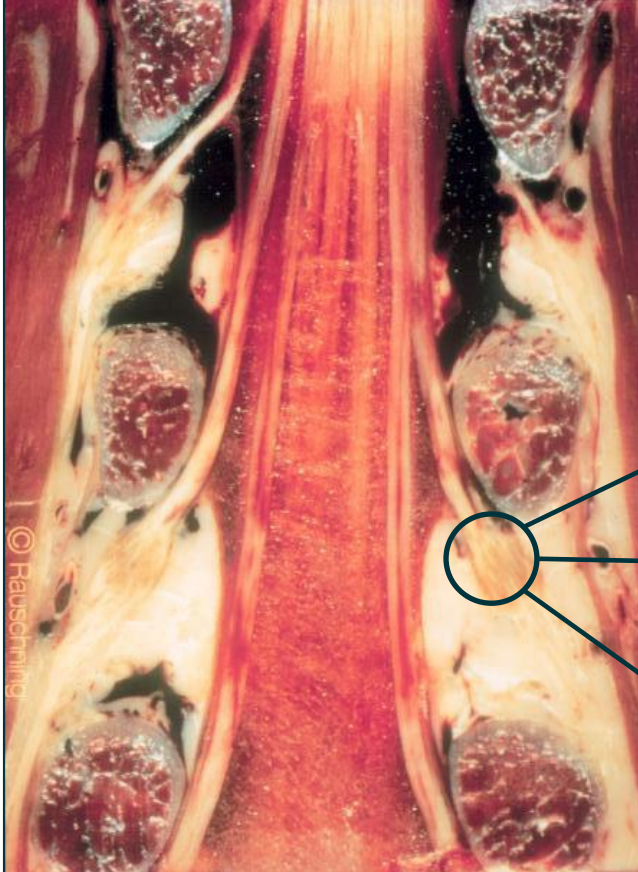
Reflejos



Reflejo rotuliano (L4)



Reflejo de Aquiles (S1)



Test de Neri



Test de Bragard

Test de Lasègue



Slump test

slump test

ORIGINAL ARTICLE

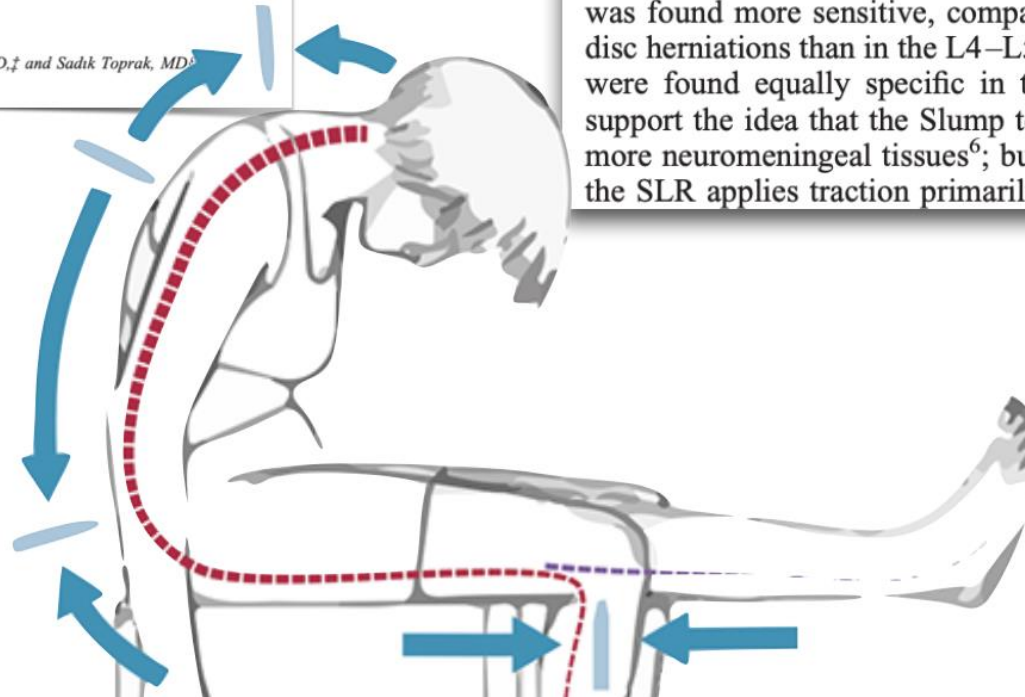
The Sensitivity and Specificity of the Slump and the Straight Leg Raising Tests in Patients With Lumbar Disc Herniation

Javid Majlesi, MD,* Halit Togay, MD,† Halil Ünal, MD,‡ and Sadik Toprak, MD§

DISCUSSION

Our results show that both the Slump and the SLR tests had similar rates of specificity, but Slump was found to be more sensitive in the study group and also in its subgroups.

When the subgroups were considered, the Slump test was found more sensitive, comparing to SLR, in the L5–S1 disc herniations than in the L4–L5 herniations. But both tests were found equally specific in these subgroups. This may support the idea that the Slump test applies more traction to more neuromeningeal tissues⁶; but may degrade the fact that the SLR applies traction primarily to the L5 and S1 roots.⁶



Test de Lasègue



Test de Lasègue

- Kappa 0.56 (Bertison)
- Sensibilidad 0.33 (VIIKARI-JUNTURA)
- Especificidad (VIIKARI-JUNTURA). 1.0

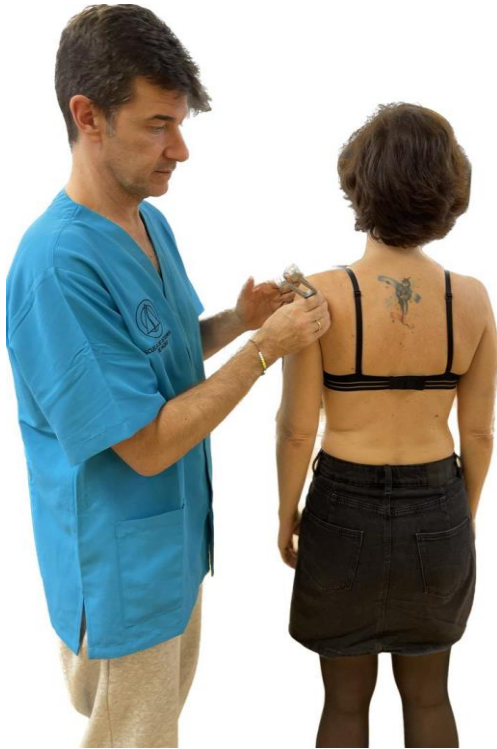


Test de Braggard
Kappa 0.65 (Van Dillen)

TEST DE MONTERO



COMPAS DE WEBER



Historia clínica

- **TEST ORTOPÉDICOS**
 - Lasegue Invertido
(Irritación de la raíz L3-L4)



¿son validos los test neurológicos y ortopédicos?



Archives of Physical Medicine and Rehabilitation

journal homepage: www.archives-pmr.org

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2018;99:726-35

ORIGINAL RESEARCH

Accuracy of Clinical Tests in Detecting Disk Herniation and Nerve Root Compression in Subjects With Lumbar Radicular Symptoms

Harald Ekedahl, PT, PhD,^a Bo Jönsson, MD, PhD,^a Mårten Annertz, MD, PhD,^b Richard B. Frobell, PT, PhD^a

From the ^aDepartment of Orthopaedics, Clinical Sciences Lund, Lund University, Lund; and ^bDepartment of Radiology, Lund University Hospital, Lund, Sweden.

Conclusions

In general, the investigated neurodynamic tests or assessments for radiculopathy lacked diagnostic accuracy. The neurodynamic slump test was the most sensitive test and radiculopathy II was the most specific in detecting extrusion and high-grade subarticular nerve compression. Radiculopathy I was the most sensitive in detecting high-grade foraminal nerve compression (foraminal stenosis), whereas no relationship was found between any neurodynamic test and foraminal stenosis.

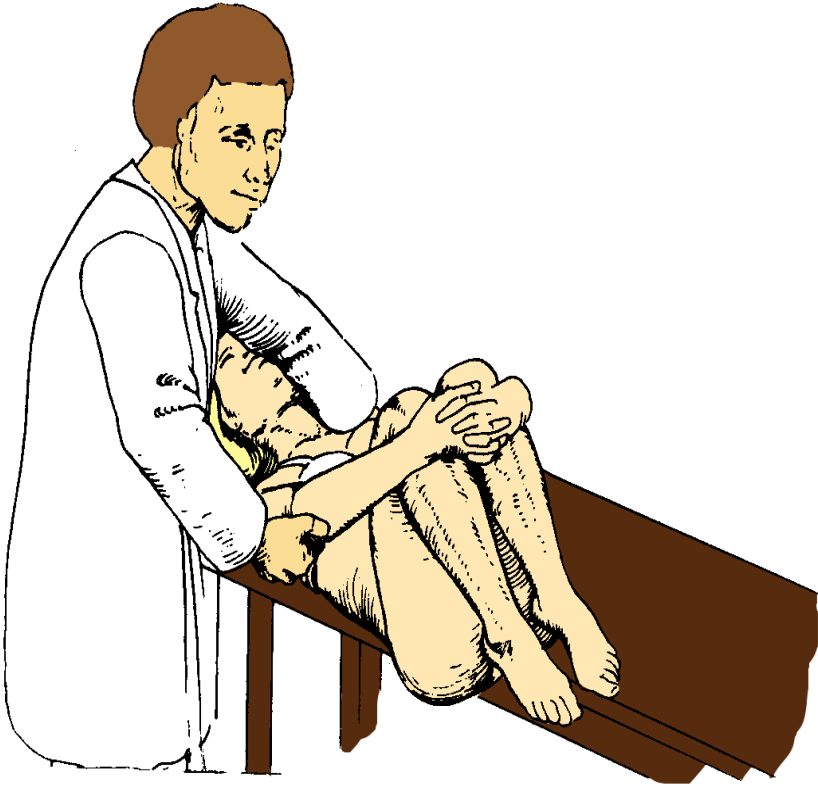


Test de Pheasant



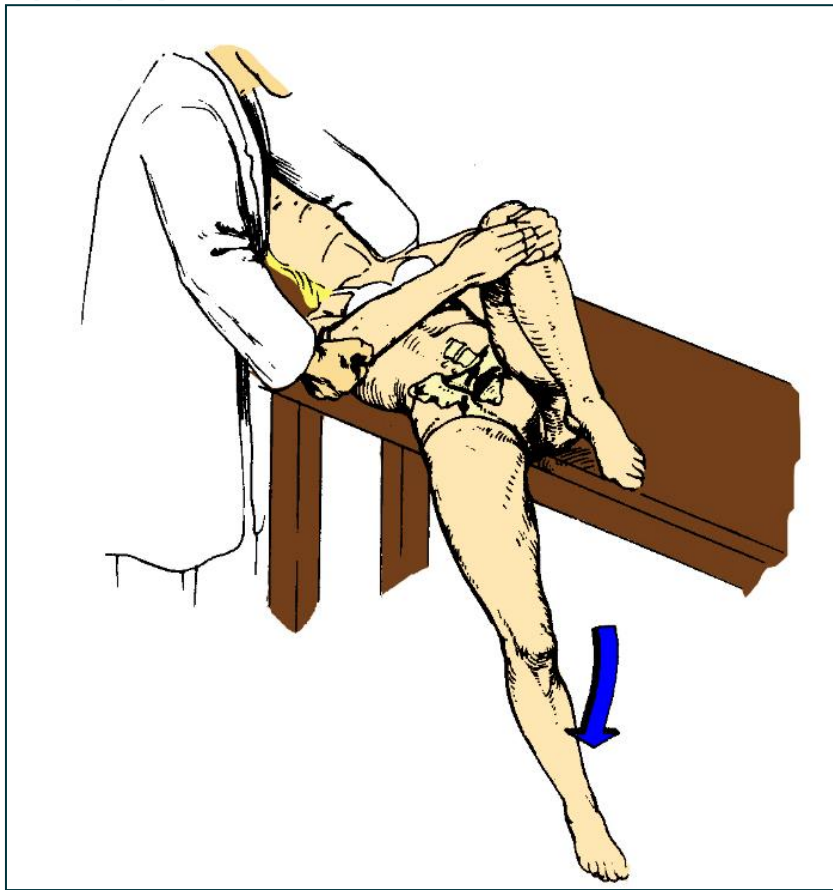
Test de Nachlas

Test de Gaenslin



Prueba de Gaenslin

- Otros nombres: Torsión pélvica con rotación posterior del ilion, pelvic torsión, posterior rotation of ilium.
- Utilización: Indicaría una disfunción sacroilíaca (iliosacra).
- Diagnóstico diferencial: Otros dolores de origen sacroilíaco, coxalgia y dolor L5-S1.
- Predominio: 34.3% de lumbosacralgia (Laslett y Williams)



- Fiabilidad: Laslett y Williams Kappa 0.73 ($p < 0.001$) y ICC 88.2% , Dreyfuss kappa de 0.61.
- Validez: Dreyfuss sensibilidad 68% y especificidad 35% ,Russel sensibilidad 21% y especificidad 90%.

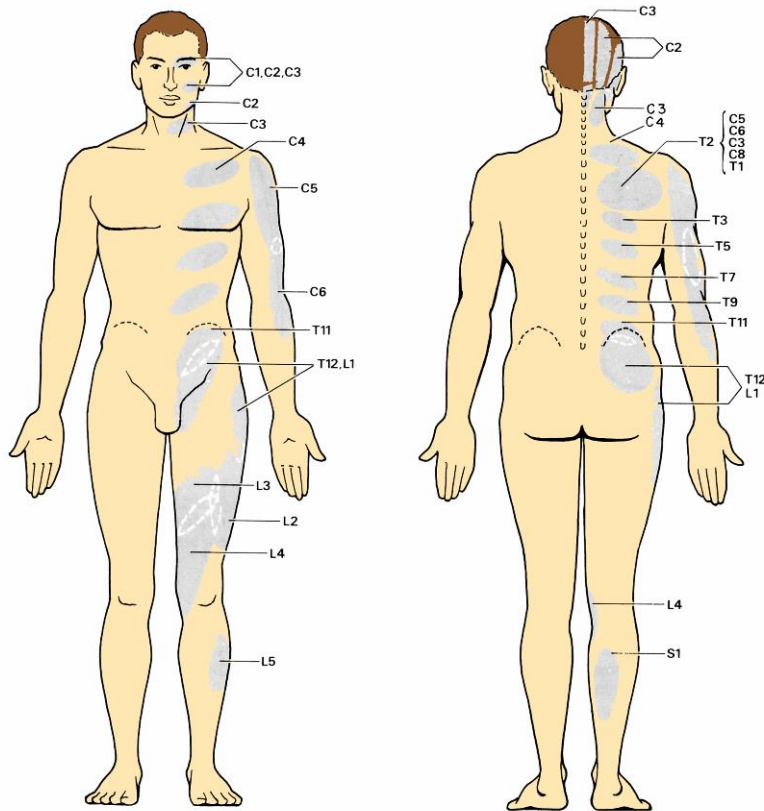
El dolor al ejecutar esta maniobra indica alteración patológica en la región de la articulación sacroilíaca.

Quick sacanning de la región lumbar



Kappa 0.57 (Hicks)

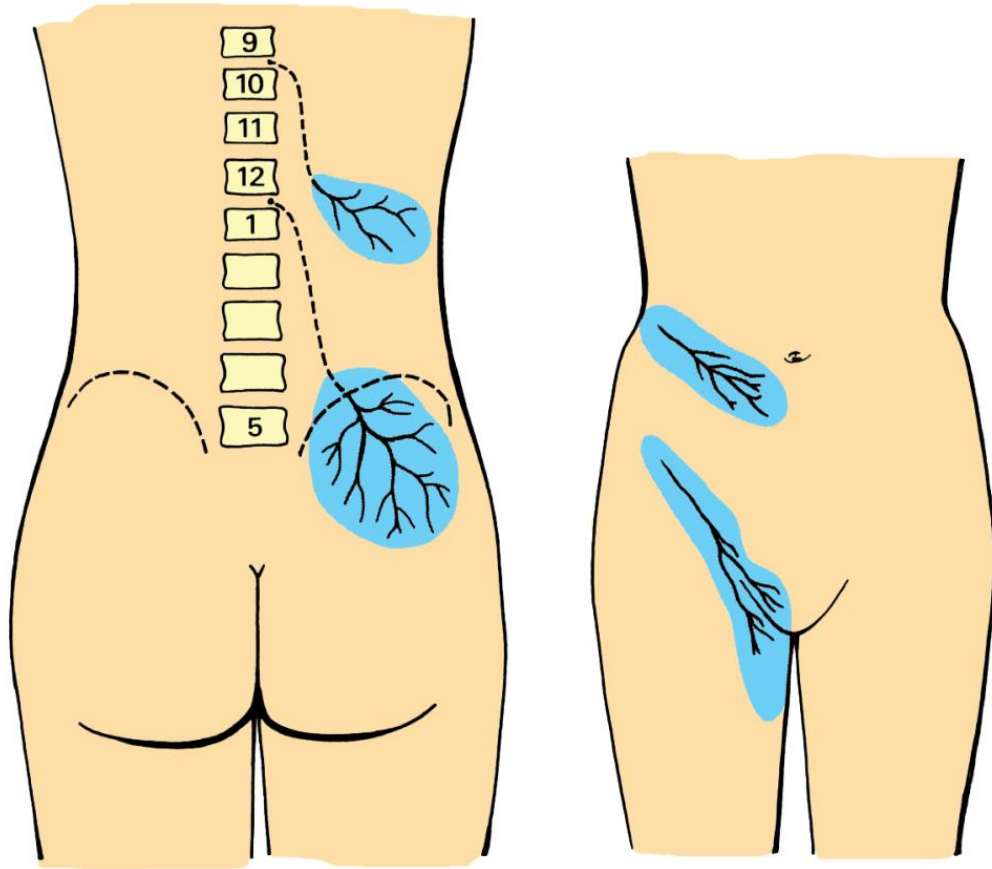
Estudio de las dermalgias reflejas vertebrales



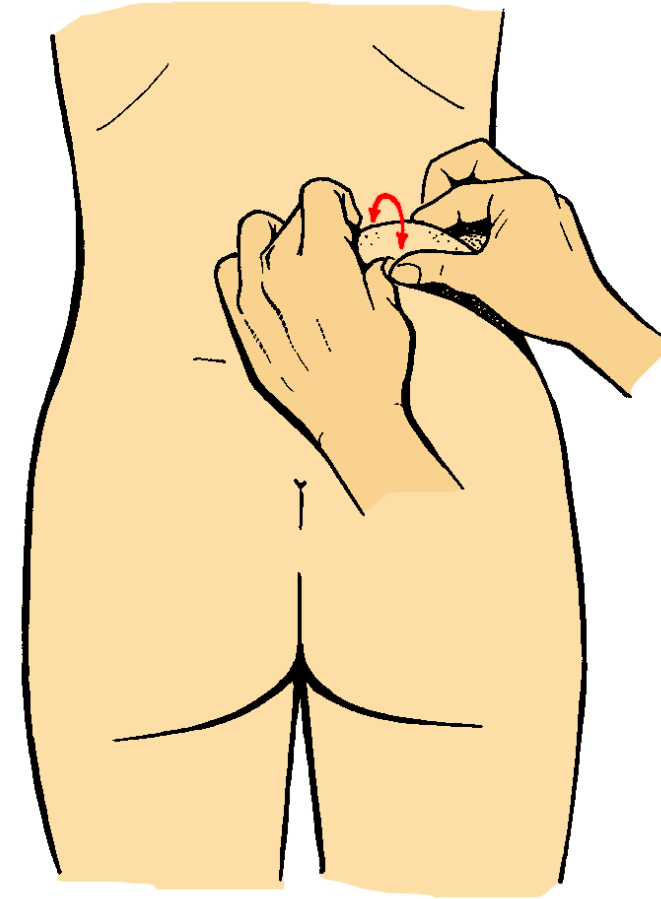
Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas



La maniobra del pinzado rodado a nivel lumbar



Dolor referido a partir de
las ramas cutáneas

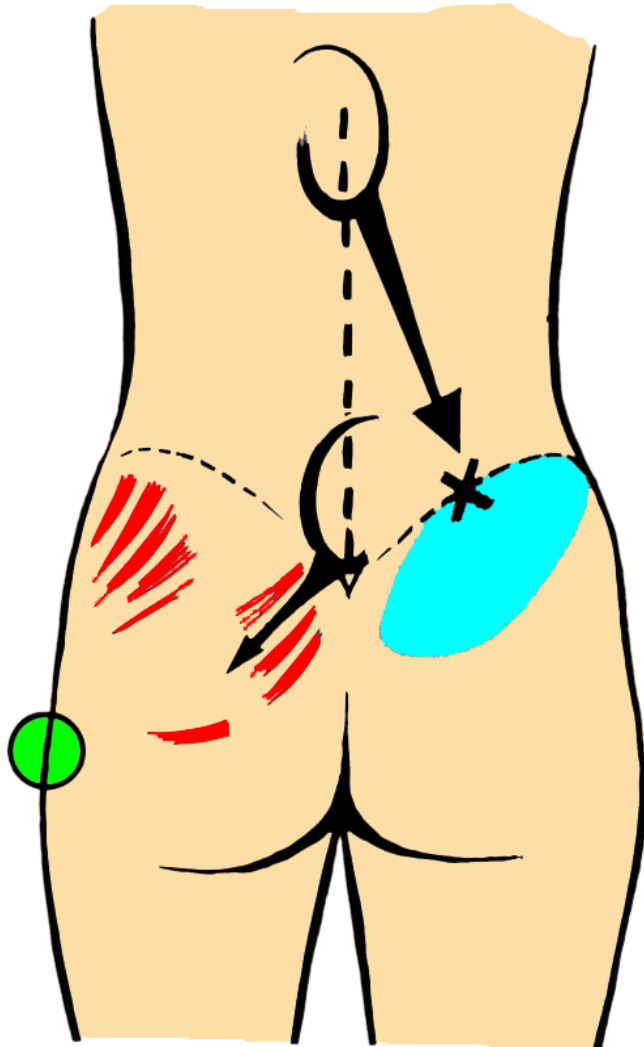


La maniobra del pinzado
rodado a nivel lumbar

Consideraciones

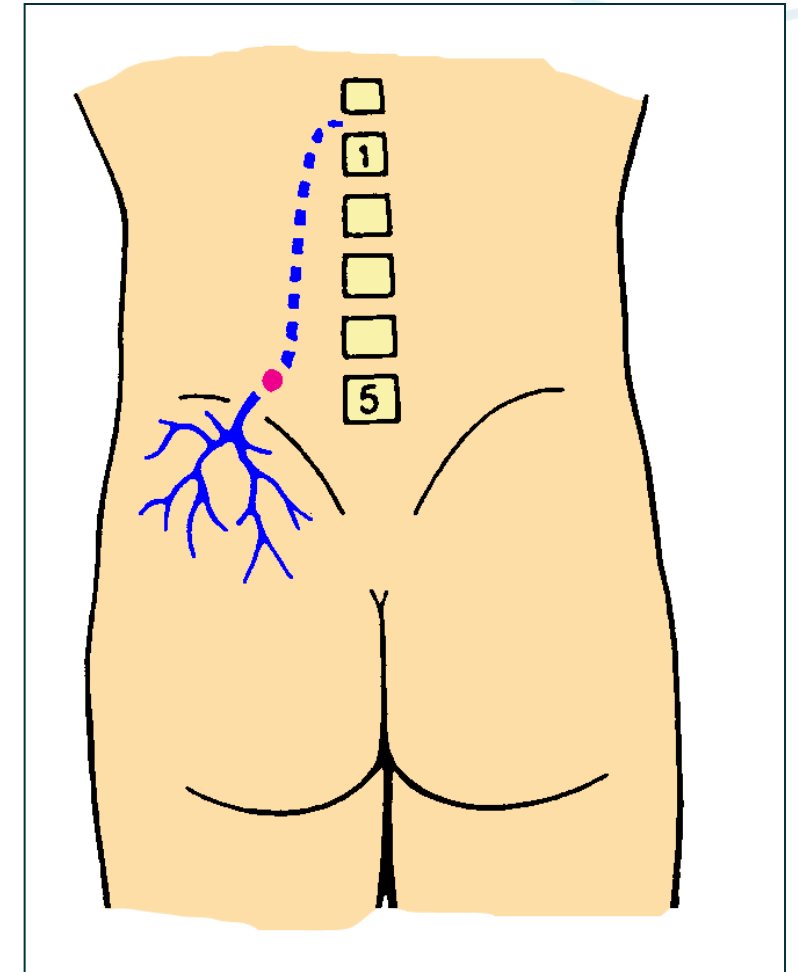
Diferenciar la afectación de los diferentes tejidos, por ejemplo:

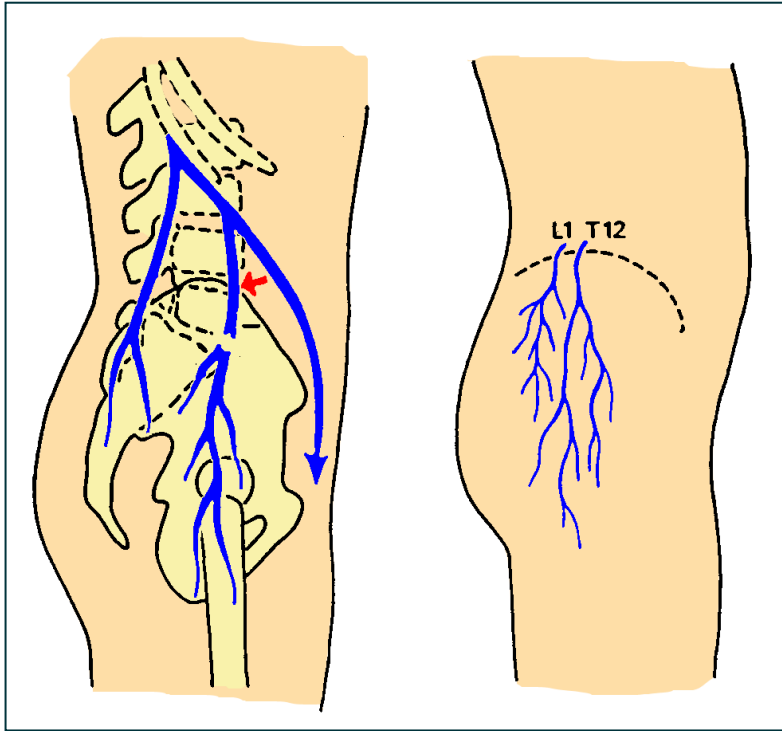
- Las algias lumbo-sacras con cordones miálgicos en los glúteos.
- Las lumbalgias bajas de origen dorso-lumbar con un infiltrado celulálgico en la zona del glúteo mayor.



LA RAMA POSTERIOR DE D12

La zona celulálgica corresponde sensiblemente al territorio de inervación de las ramas posteriores de los nervios raquídeos de la unión tóraco-lumbar. Ellos pueden ser comunes a dos o tres niveles. Búsqueda del "punto doloroso de la cresta" . Los dedos del examinador deben pasar lentamente friccionando la zona.





- a) Esquema de la rama posterior y de la rama anterior de T12 y L1 con su rama perforante lateral.
- b) Ramas perforantes laterales (cutáneas) del nervio subcostal de T12 y del nervio ilio-hipogástrico de L1.

El dolor puede ser proyectado en este territorio, con un origen en la charnela tóraco-lumbar (R. Maigne),

Puede deberse también a un síndrome de canal a nivel de la cresta iliaca.

- Springing test

TEST ESPECÍFICOS



Accepted Manuscript

Spinal PA movements behave 'as if' there are limitations of local segmental mobility and are large enough to be perceivable by manual palpation: A synthesis of the literature

Neil Tuttle, Charles Hazle

PII: S2468-7812(18)30128-0

DOI: [10.1016/j.msksp.2018.04.005](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.04.005)

Reference: MSKSP 182

To appear in: *Musculoskeletal Science and Practice*

Received Date: 16 February 2018

Revised Date: 10 April 2018

Accepted Date: 13 April 2018

Please cite this article as: Tuttle, N., Hazle, C., Spinal PA movements behave 'as if' there are limitations of local segmental mobility and are large enough to be perceivable by manual palpation: A synthesis of the literature. *Musculoskeletal Science and Practice* (2018), doi: [10.1016/j.msksp.2018.04.005](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.04.005).

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

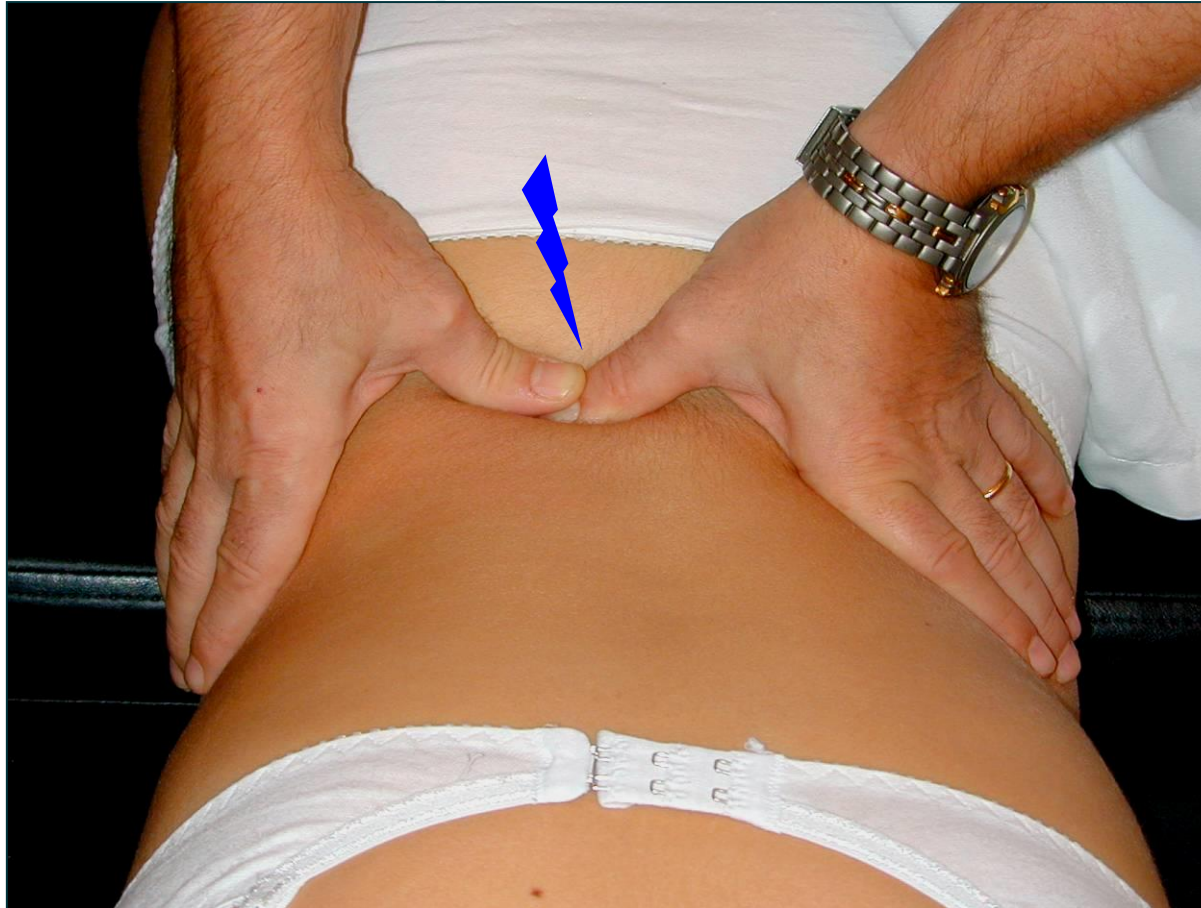


Palpación de la apófisis espinosas



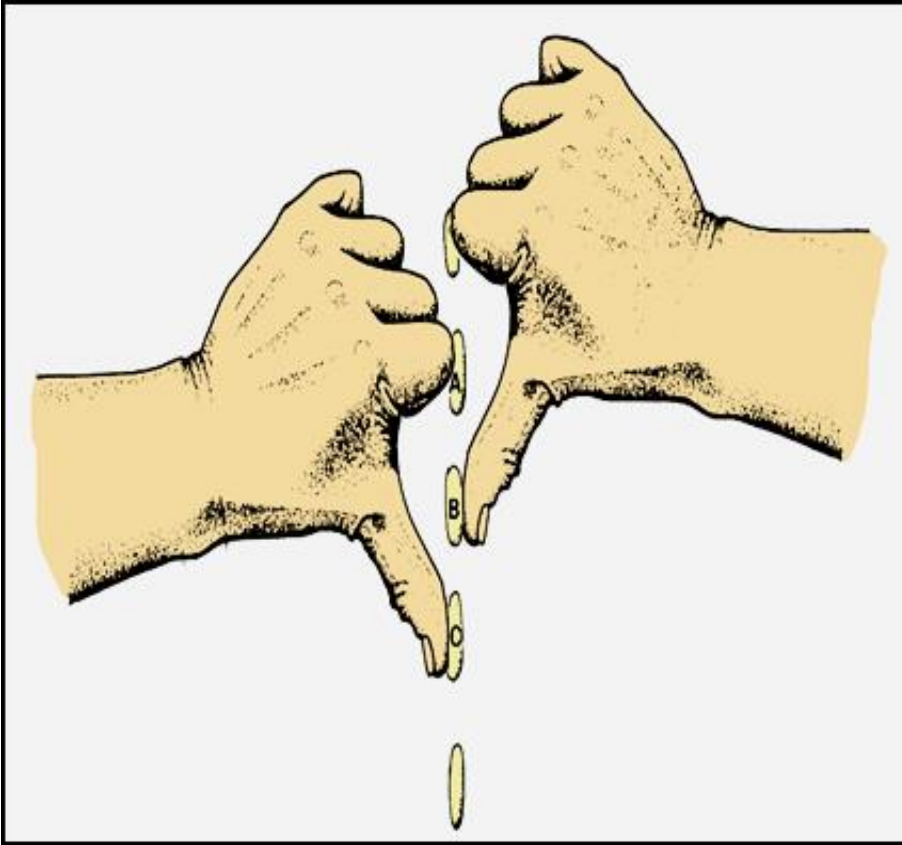
Kappa 0.65

Palpación de las carillas: signo del timbre



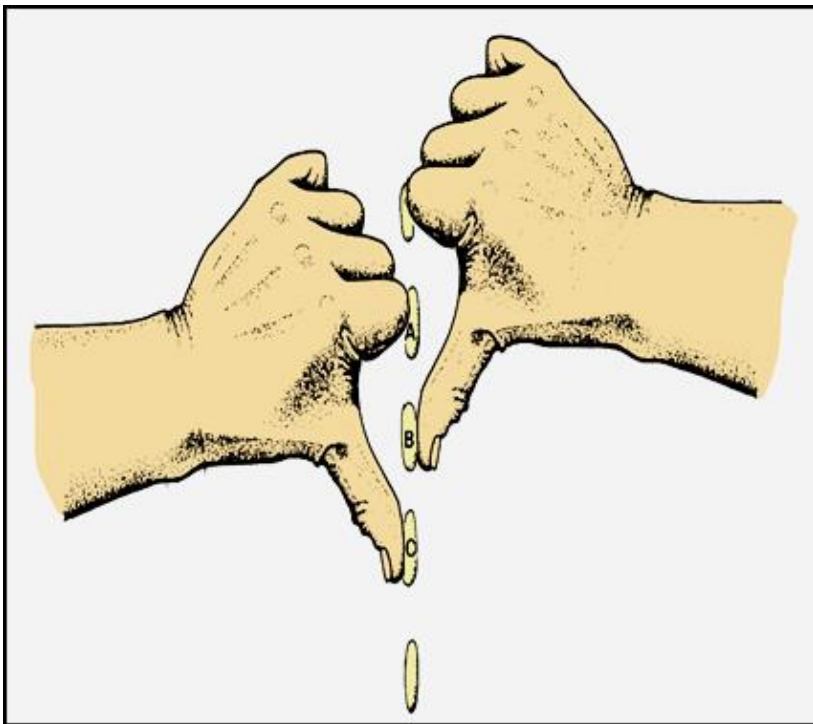
Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas

Búsqueda de la lesión mayor por la presión lateral contrariada



- Al presionar lateralmente de derecha a izquierda la espinosa B provoca dolor (x). Para saber si la causa del dolor se localiza en el segmento AB o en el BC se realizan presiones contrariadas:

Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas



Kappa, sensibilidad y
especificad
desconocidas

- Manteniendo la presión sobre B de derecha a izquierda y realizando simultáneamente una contra-presión sobre A en sentido inverso, el dolor no se modifica.
- Por el contrario, la misma maniobra llevada a cabo sobre C aumenta notablemente el dolor. Lo que indica que la causa se encuentra en el segmento BC.

Test de movilidad analíticos



Extensión.



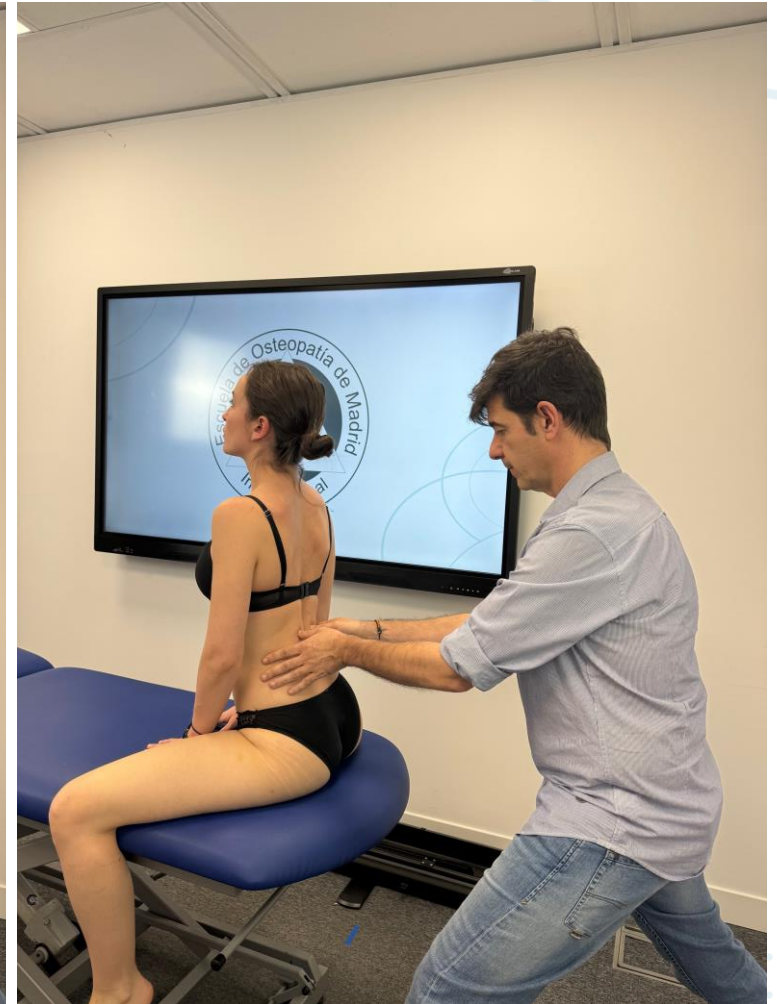
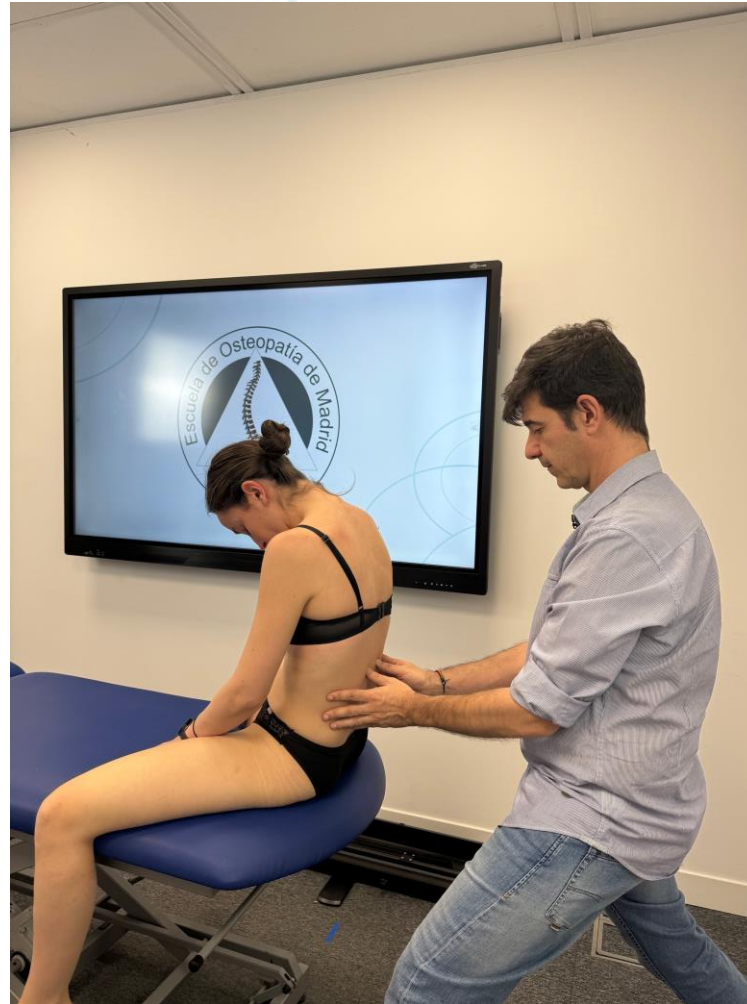
Flexión.

Kappa 0.65.



Rotación.

Test de Mitchell



• TEST ESPECÍFICOS

NIVEL	ESCLEROTOMA	MIOTOMA	DERMATOMA
T10-T12	T12: sínfisis	Abdominales	región inguinal
T12-L1-L2-L3	L3: cóndilo interno	Psoas y add	Región antero-interna del muslo
L4 ROT rotuliano	Tuberosidad anterior tibial	Cuádriceps y tibial anterior	Región anterior del muslo y medial de pierna y pie
L5	Trocánter mayor y cabeza del peroné	Extensores de los dedos	Región anterior pierna y dorso, planta y lateral del pie
S1 ROT aquiles	Calcáneo	Isquiosurales, glúteos y peroneos	Región lateral del pie
S1-S2	Calcáneo	Triceps sural	Región posterior del MI



FISIOPATOLOGÍA OSTEOPÁTICA

- Una sensibilización central segmentaria puede estar en el seno de una hiper o hipomovilidad.
- Es muy importante diferenciarlas puesto que el tratamiento puede ser opuesto.
- En hipomovilidades, técnicas articulatorias, de thrust...
- En las hipermovilidades, búsqueda de la hipomovilidad relacionada y activación de músculos estabilizadores segmentarios (glúteos, pelvitrocantéreos, multifidos, transversos...)

