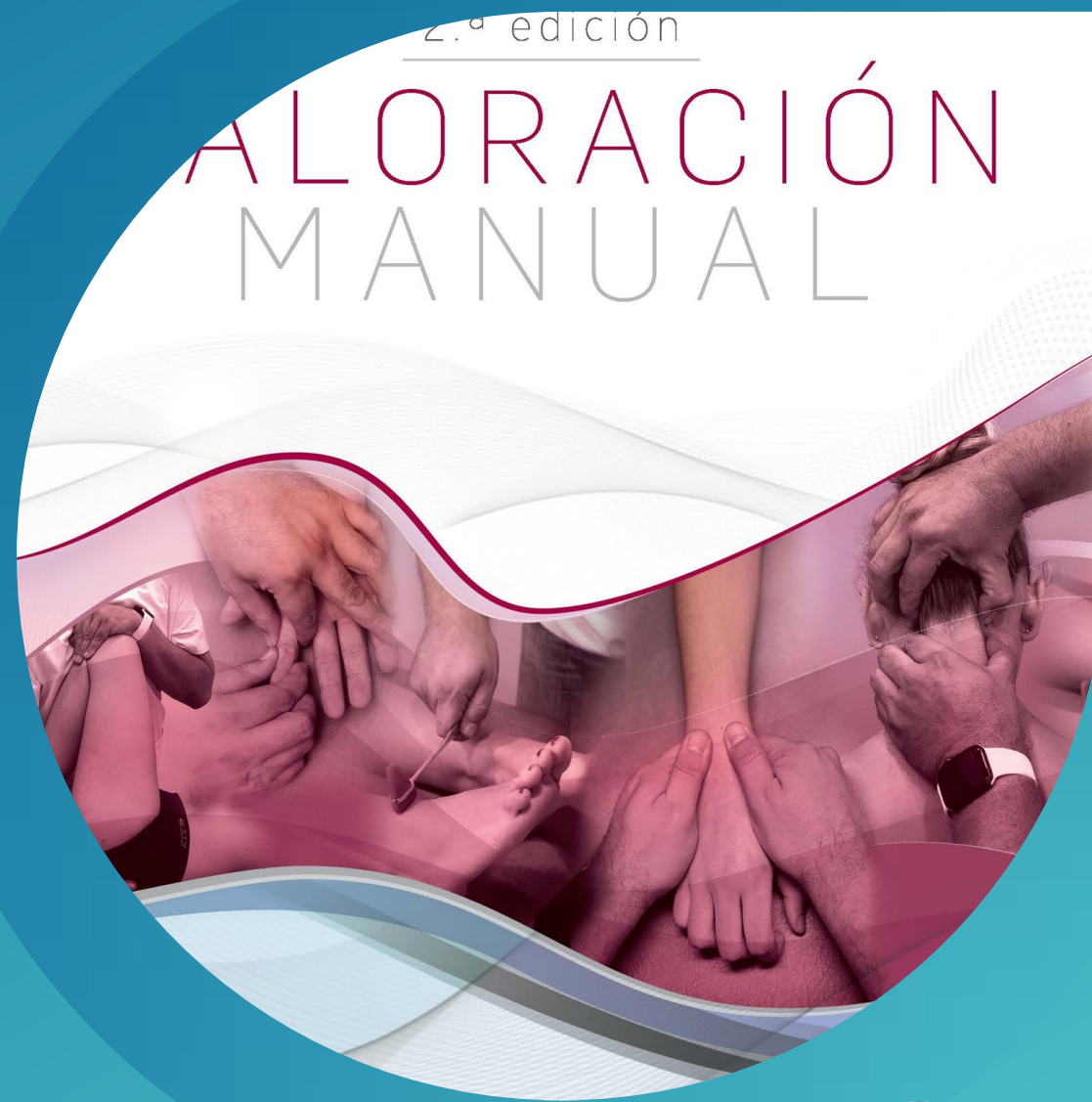


Diagnóstico diferencial de región coxofemoral

Juan A. Díaz Mancha PhD

Colaboración: Aitor Vaquero Garrido



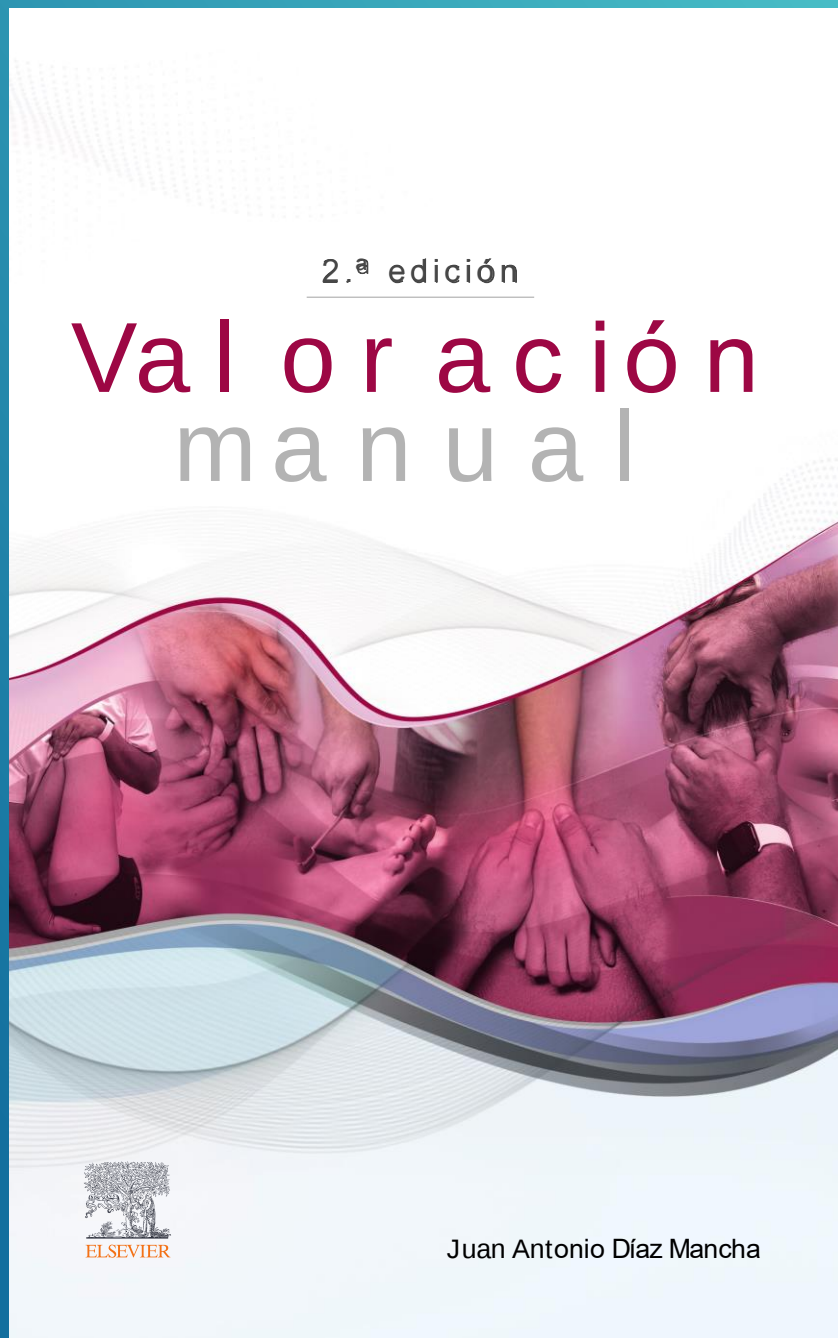
Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Esquema por patologías

- Pruebas para valorar un problema muscular en la cadera
- Pruebas para valorar la movilidad de la cadera
- Pruebas para valorar una luxación congénita de cadera en niños
- Pruebas para valorar una asimetría de miembros inferiores
- Pruebas para valorar un problema discal
- Pruebas para valorar la presencia de una fractura de cadera
- Pruebas para valorar un impingement femoroacetabular



Pruebas para valorar un problema muscular en la cadera - **Isquiotibiales**

- Test de las puntas de los dedos
- Prueba del trípode
- Prueba del acortamiento isquiotibial



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Test de las puntas de los dedos

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación de la musculatura isquiotibial.

Posición del paciente

Sentado, de forma que las dos piernas se encuentran sobre la camilla con extensión de rodillas.

Posición del terapeuta

De pie o sentado, en el lado a valorar del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que realice una flexión máxima de rodilla y cadera con el miembro inferior contrario al lado a valorar, de tal forma que acerque la pierna al tórax. Con la mano homolateral abarca la parte anterior de la tibia y sostiene la pierna en flexión. Acto seguido, indica al paciente que se palpe con la yema de los dedos de la mano del lado a estudiar la punta de los dedos de los pies del miembro inferior que reposa sobre la camilla en extensión de rodilla.

Interpretación del test

Si durante la prueba aparece sintomatología álgica a lo largo de la cara dorsal del muslo acompañada de incapacidad para llevar a cabo la acción de tocarse los pies, se puede pensar en una afectación de la musculatura isquiotibial. En este caso se considera dice que la prueba es positiva. En algunas ocasiones la incapacidad de llevar a cabo la acción no se corresponde con sintomatología dolorosa. A pesar de ello, la prueba sigue considerándose positiva.

Hay que tener en cuenta el recorrido y el tipo de dolor, ya que la prueba puede generar un falso positivo a la hora de valorar una afectación articular de cadera o una compresión del nervio ciático. Un signo muy típico de afectación de la musculatura isquiotibial, aparte de la disminución de la movilidad, es la aparición de un cuadro álgico en la parte posterior de la rodilla en el hueso poplíteo.



Prueba del trípode

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción de la musculatura isquiotibial.

Posición del paciente

En sedestación, al borde de la camilla. La parte posterior de las rodillas coincide con esta y los pies cuelgan hacia el suelo. Las manos reposan sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante en dirección craneal. La mano inferior contacta abarcando la porción distal de la tibia homolateral. La otra mano entra en contacto con las apófisis espinosas de las primeras vértebras dorsales.

Ejecución del test

El terapeuta induce un movimiento de extensión de la rodilla del miembro a valorar con el contacto de la mano caudal.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe que el paciente realiza una inclinación posterior del tronco cuando lleva a cabo la maniobra, se puede pensar en una posible afectación de la musculatura isquiotibial. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La inclinación posterior del tronco se realiza porque el paciente intenta buscar una posición en la que la musculatura isquiotibial no le genere tensión en la región posterior del muslo.

El terapeuta ha de tener en cuenta que si el paciente tuviese alguna afectación por compresión de alguna raíz nerviosa en la zona del plexo sacro, al inducir el movimiento de extensión de rodilla el resultado sería el mismo que en el caso de que tuviera una afectación de la musculatura isquiotibial, una inclinación posterior del tronco. Esto puede generar falsos positivos. El diagnóstico diferencial lleva al terapeuta a precisar el tipo de lesión con la realización de pruebas más específicas.



Prueba del acortamiento isquiotibial

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción de la musculatura isquiotibial.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros inferiores en flexión máxima de la articulación coxofemoral. Ambas manos del paciente sostienen la porción posterior de los fémures para mantener las piernas elevadas mientras que las rodillas caen en flexión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta doble a la altura de las rodillas del paciente orientado hacia este.

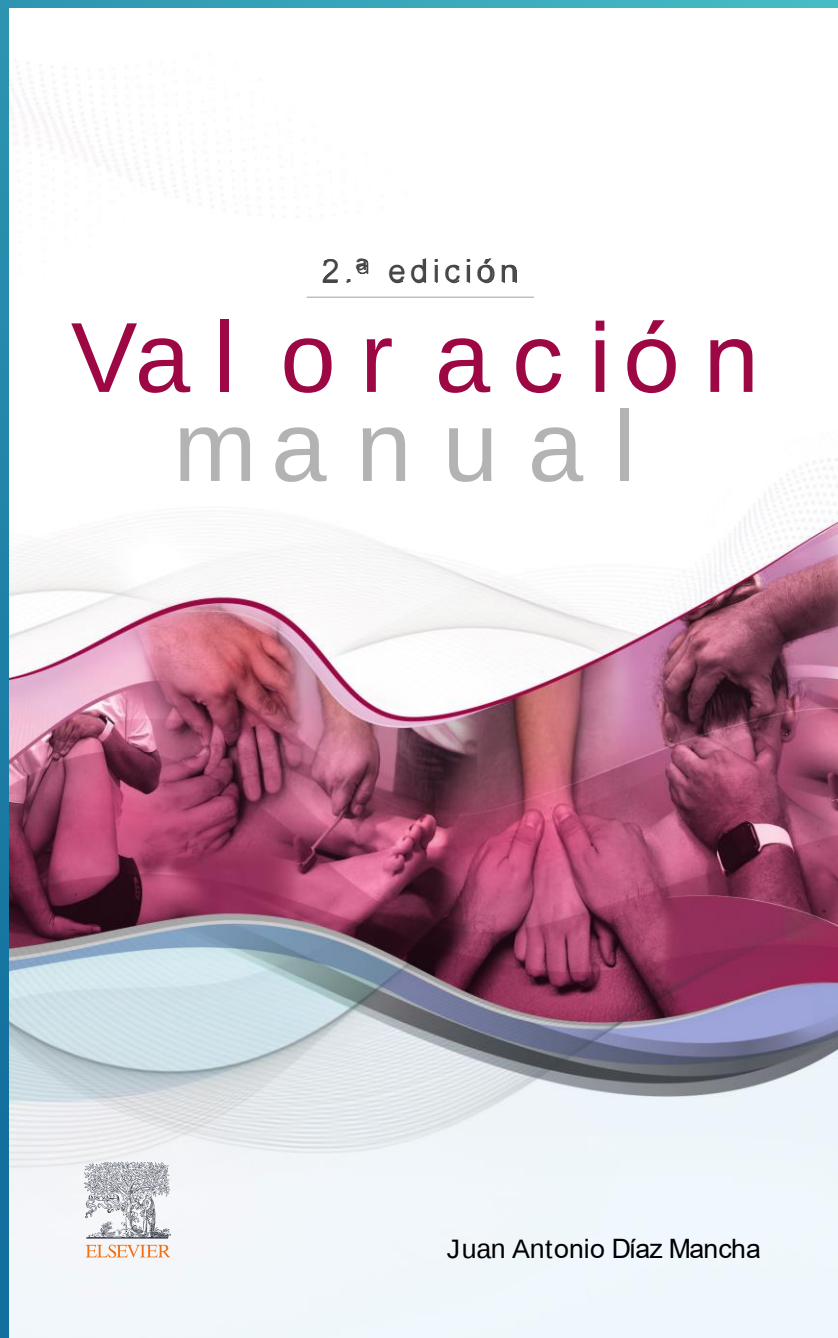
Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que lleve la rodilla del miembro a valorar hacia extensión máxima. El gesto se puede realizar también de forma pasiva por medio de la ayuda del terapeuta.

Interpretación del test

Si al final de la extensión de la rodilla se mantiene un flexo de más de 20°, se puede pensar en una afectación de acortamiento de la musculatura isquiotibial. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Es posible que a lo largo de la maniobra aparezca un pequeño cuadro álgico en la parte posterior del muslo; el terapeuta ha de identificar si la molestia tiene un origen muscular o radicular.



Pruebas para valorar un problema muscular en la cadera - **Cuádriceps**

- Prueba de la contractura del músculo recto femoral **Evidencia científica**
- Prueba de Ely **Evidencia científica**
- Prueba de Phelp



Prueba de la contractura del músculo recto femoral

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del músculo recto anterior del cuádriceps.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, desplazado al borde caudal de la camilla de tal forma que la rodilla coincida con el margen inferior de esta y las tibias cuelguen.

Posición del terapeuta

De pie, lateral al paciente, observándolo.

Ejecución del test

El paciente ha de llevar a cabo una flexión máxima de cadera y rodilla del lado contrario al que se evalúa y tomar contacto con ambas manos abarcando la porción anterior de la tibia del mismo lado. El terapeuta observa la reacción de la pierna del lado a valorar.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe que la pierna del lado a valorar se eleva de la camilla cuando la contralateral va hacia el pecho, se puede pensar en una posible afectación muscular del recto anterior del cuádriceps. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La flexión de la cadera que se encuentra sobre la camilla secundaria al movimiento de flexión hacia el pecho del otro miembro puede deberse también a una afectación muscular del psoas ilíaco o a disfunciones lumbares o pélvicas, por lo que hay que tener en cuenta estas afectaciones para realizar un buen diagnóstico diferencial.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo la maniobra es que una afectación del músculo cuádriceps puede generar un cuadro algico en la rótula.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa intra-ratio de 0,40, e inter-ratio de 0,33.





Prueba de Ely

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del músculo recto anterior del cuádriceps.

Posición del paciente

En decúbito ventral, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de las rodillas del paciente orientado hacia la cabeza de este. Con la mano craneal toma contacto sobre la porción posterior del trocánter mayor del fémur. La otra mano abarca la porción distal de la tibia homolateral.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva flexión de la articulación de rodilla del miembro a valorar. Con la otra mano percibe los movimientos de la articulación coxofemoral. Lleva a cabo la misma acción en el miembro contralateral.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe un movimiento de flexión de la articulación coxofemoral secundario a la flexión de rodilla, se puede pensar en una afectación del músculo recto femoral. En este caso se considera que la prueba es positiva.

En condiciones normales, la flexión de rodilla no debe generar un movimiento secundario de flexión de cadera. Debido a una contracción del músculo recto femoral, el movimiento se transmite a la articulación coxofemoral.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 56-59% y 64-85%, respectivamente.

Marks MC, Alexander J, and Chambers Hg. Clinical Utility of the Duncan-Ely Test for Rectus Femoris Dysfunction During the Swing Phase of Gait. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2003;45(11):763-768.





Prueba de Phelp

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación muscular del recto interno del músculo cuádriceps.

Posición del paciente

En decúbito ventral, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el borde inferior de la camilla en finta doble en dirección craneal. Contacta con ambas manos abarcando cada uno de los calcáneos del paciente.

Ejecución del test

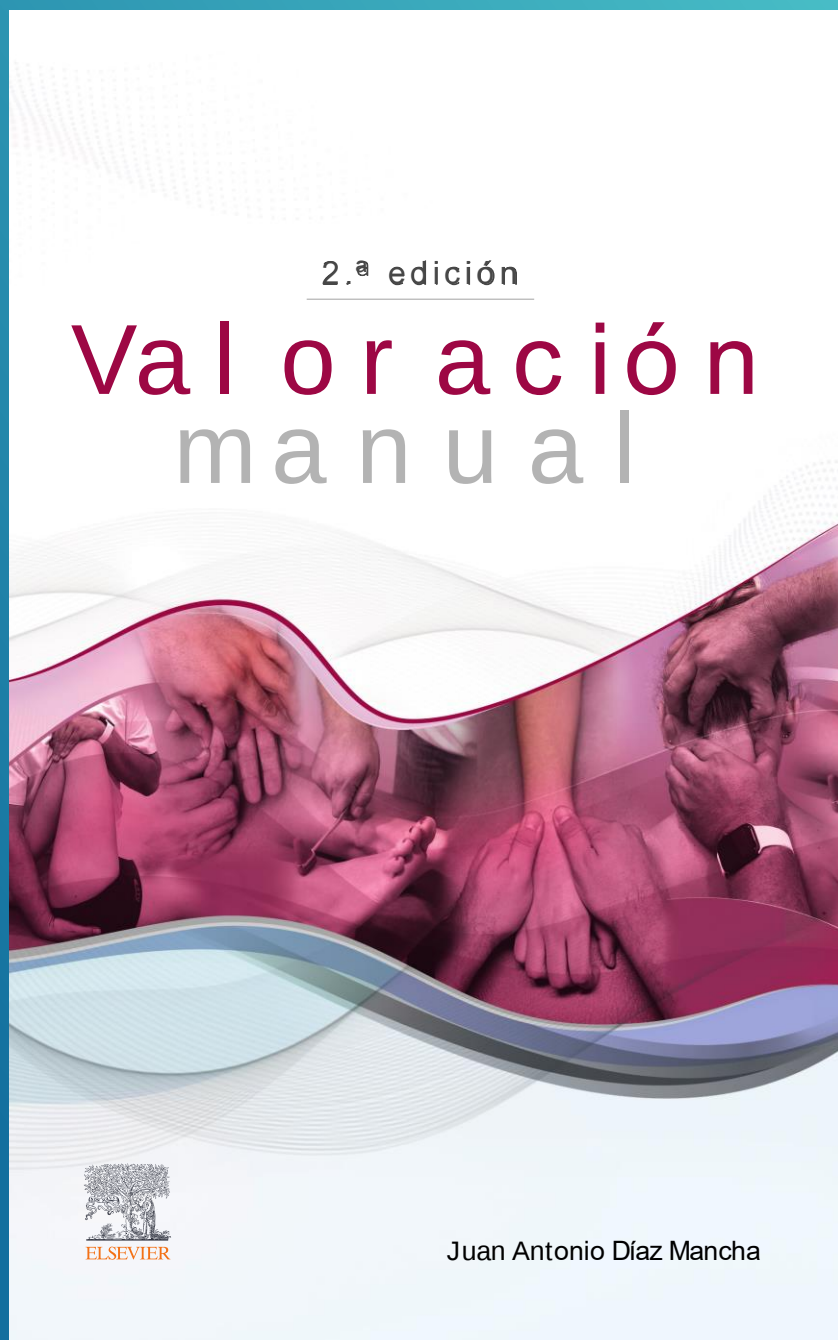
El terapeuta induce de forma pasiva un movimiento de separación de ambas articulaciones coxofemorales. Cuando ya no puede separar más las piernas, lleva a cabo un movimiento de flexión de 90° de ambas rodillas. Acto seguido, continúa induciendo el movimiento de separación de las caderas.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe un incremento de los grados de separación coxofemoral cuando las rodillas se encuentran en flexión en comparación a cuando están extendidas, se puede pensar en una posible afectación de acortamiento del músculo recto interno, ya que es el único aductor de cadera que atraviesa la rodilla. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Cuando las rodillas están en flexión, se genera una relajación de las fibras musculares del recto interno. Si el músculo no se encontrara en acortamiento, aun con las rodillas en extensión alcanzarían su amplitud máxima.

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 un problema muscular en la cadera - **Psoas**

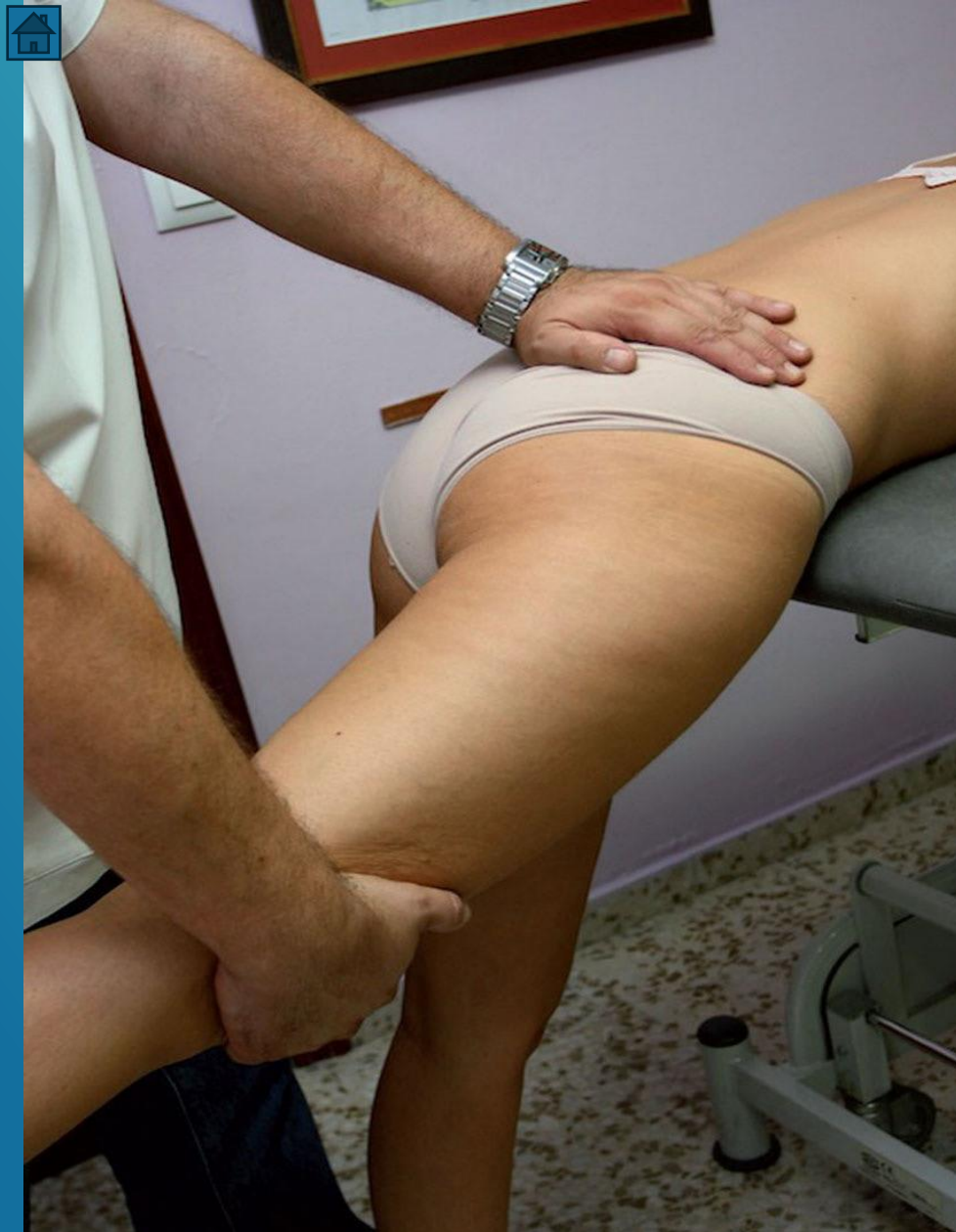
- Prueba de extensión de la articulación de la cadera
- Prueba de sostenimiento de la mano según Thomas **Evidencia científica**
- Prueba de Fabere para la articulación coxofemoral **Evidencia científica** **Evidencia científica** **Evidencia científica**
Evidencia científica **Evidencia científica**
- Signo de Ludloff **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba de extensión de la articulación de la cadera

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

En decúbito ventral, desplazado hacia el borde inferior de la camilla, de tal forma que este último coincida con las espinas ilíacas anterosuperiores.

Posición del terapeuta

De pie, en el borde inferior de la camilla en finta adelante orientado hacia la cabeza del paciente ligeramente desplazado del lado a valorar. El terapeuta toma un contacto con la palma de la mano externa sobre la cara anterior de la rodilla del miembro a estudiar. La otra mano toma contacto globalmente bloqueando el sacro.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva un ascenso de la pierna a valorar, de tal forma que se genere extensión de la articulación coxofemoral manteniendo la rodilla homolateral en extensión.

Interpretación del test

A través de esta prueba el terapeuta puede percibir cuándo acaba el movimiento coxofemoral y pélvico y cuándo comienza el movimiento lumbar.

Si el terapeuta percibe un movimiento de extensión coxofemoral anormalmente disminuido, se puede pensar en una afectación de la musculatura flexora de la articulación de la cadera. En este caso se considera 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 sostenimiento de la mano según Thomas

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación de los músculos flexores de la articulación coxofemoral; es especialmente útil para el diagnóstico de una retracción por espasmo del músculo psoas.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar del paciente en finta adelante a la altura del muslo orientado hacia su cabeza. El terapeuta toma un contacto con su mano inferior sobre la cara anterior de la rodilla homolateral. La otra mano contacta con las apófisis espinosas de las vértebras lumbares.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que lleve a cabo una flexión activa de cadera y rodilla de la pierna contralateral a la que se explora en dirección al pecho y que la sostenga a través de un contacto con ambas manos en la porción anterior de la tibia. Acto seguido percibe los movimientos que se producen en la pierna que se encuentra sobre la camilla (miembro a evaluar) y los que se producen en la columna vertebral lumbar.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba el terapeuta percibe que la pierna a evaluar se eleva de la camilla hacia flexión de la articulación coxofemoral, se puede pensar en una afectación de la musculatura flexora de la cadera. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Para valorar el grado de contracción de la musculatura flexora, el terapeuta puede observar el hueco que se genera entre la rodilla de la pierna evaluada y la camilla al realizar la prueba. Cuanto mayor sea este hueco, mayor es la retracción de la musculatura flexora de la cadera. Hay que tener en cuenta que una afectación de la flexión de cadera puede compensarse a través de un aumento de la lordosis lumbar, de forma que el terapeuta ha de percibir también los movimientos que suceden en la columna lumbar a lo largo de la prueba.

En condiciones normales, cuando finaliza el movimiento de la pelvis, la pierna a valorar tiene que continuar reposando sobre la camilla.

Es importante llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial, ya que pueden generar un falso positivo afecciones de tipo artritis o disfunciones de la movilidad articular.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa intra-ratio de 0,47, e inter-ratio de 0,39.





Prueba de Fabere para la articulación coxofemoral

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del músculo psoas ilíaco.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar del paciente en finta adelante a la altura de las tibias orientado hacia su cabeza. Con la mano interna toma contacto sobre la espina ilíaca anterosuperior contralateral al miembro a evaluar. La otra mano contacta con la rodilla homolateral.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva en el miembro inferior a valorar una flexión de 90° y rotación externa de la articulación coxofemoral y una flexión de la articulación de la rodilla, de tal forma que el maléolo peroneal se sitúe sobre la porción anterior de la rótula contralateral. Acto seguido, induce con la mano externa un empuje en la parte interna de la rodilla en dirección al suelo, generando separación de la articulación coxofemoral. La otra mano bloquea la hemipelvis del lado contrario durante toda la prueba.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe una limitación de movilidad coxofemoral a la separación, de tal forma que la rodilla del lado a estudiar se encuentre en un plano superior a la contralateral, se puede pensar en una afectación del tono del músculo psoas ilíaco.

Si no existe ningún tipo de afectación, la rodilla del miembro a valorar debe entrar en contacto con la camilla o a la altura del plano de la misma. Si esto no ocurre, el terapeuta tiene que valorar una posible disfunción articular o muscular.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 41-82% y 71-100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 1,9 y negativa de 0,61. Su valor predictivo positivo es del 46-100% y su valor predictivo negativo del 9%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,90-0,96.

Fearon AM, Scarvell JM, Neeman T, Cook JL, Cormick W, Smith PN. Greater trochanteric pain syndrome: Defining the clinical syndrome. Br J Sports Med. 2012.

Maslowski E, Sullivan W, Forster Harwood J, et al. The diagnostic validity of hip provocation maneuvers to detect intra-articular hip pathology. PM R. 2010;2:174-81.

Strender LE, Sjoblon A, Sundel K, Ludwig R, Taube A. Interexaminer reliability in physical examination of patients with low back pain. Spine. 1997;22:814-20.

Sutlive TG, Lopez HP, Schnitker DE, et al. Development of a clinical prediction rule for diagnosing hip osteoarthritis in individuals with unilateral hip pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2008;38:542-50.

Troelsen A Mechlenburg I, Gelineck J et al. What is the role of clinical tests and ultrasound in acetabular labral tear diagnostics?. Acta Orthop. 2009;80:314-8.

Escuela de
de Madrid





Signo de Ludloff

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del músculo psoas ilíaco.

Posición del paciente

En sedestación, con la espalda en apoyo y las piernas extendidas a lo largo de la camilla.

Posición del terapeuta

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

Ejecución del test

El terapeuta indica al paciente que realice un movimiento de elevación de las piernas con las rodillas en extensión, de tal forma que separe el calcáneo de la camilla. La maniobra debe realizarse primero en una extremidad y después en la otra.

Interpretación del test

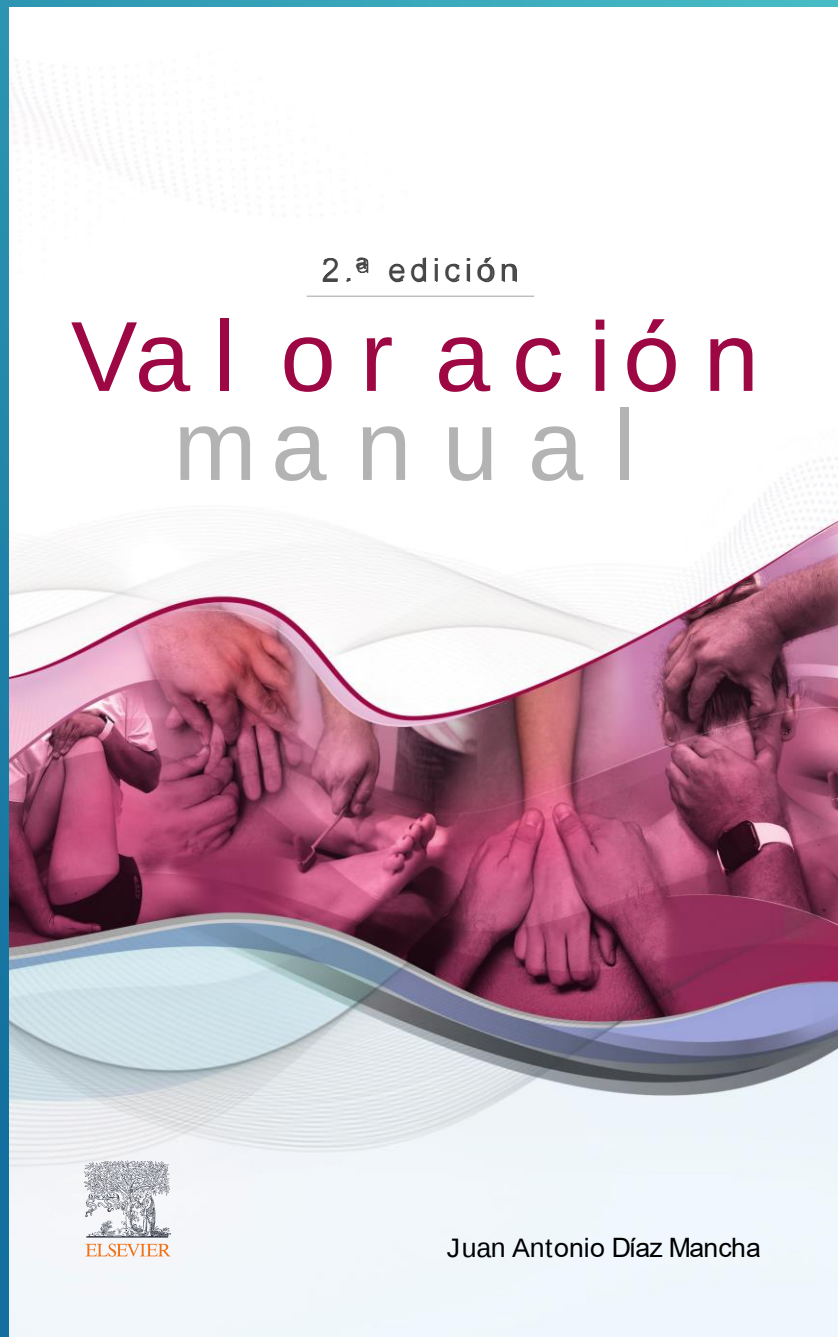
Si durante la realización de la prueba se genera una sintomatología álgica en la fosa ilíaca acompañada, en la mayoría de los casos, de imposibilidad de mantener la postura, se puede pensar en una posible afectación del músculo psoas ilíaco. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Con el movimiento anteriormente descrito se activa el músculo psoas de forma selectiva. Ante cualquier signo de imposibilidad de realizar el gesto, el terapeuta ha de pensar en este músculo.

Evidencia científica

La sensibilidad de esta prueba tiene un valor del 56%.





Pruebas para valorar un problema muscular en la cadera

Tensor de la fascia lata

- Prueba de compresión según Noble
- Prueba de Ober **Evidencia científica**
- Prueba de Renne



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba de compresión según Noble

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible disfunción del músculo tensor de la fascia lata en su tendón de inserción, la cintilla iliotibial.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de las rodillas mirando a la cabeza del paciente. El terapeuta toma un contacto con la mano caudal abarcando el calcáneo de la pierna homolateral. La otra mano contacta con la cara anterior de la rodilla del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que lleve a cabo una flexión de 50° de la articulación coxofemoral y una flexión de 90° de rodilla. A través de la mano craneal, el terapeuta realiza una leve compresión en la porción distal lateral del fémur homolateral. Acto seguido y conservando los parámetros de compresión y flexión de la articulación coxofemoral, el terapeuta va induciendo de forma lenta una extensión de la rodilla del mismo lado. Los últimos grados de extensión los debe realizar el paciente de forma activa.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece un cuadro álgico agudo a lo largo del recorrido del músculo del tensor de la fascia lata, se puede pensar en una posible afectación del mismo. En este caso se considera que la prueba es positiva.

El tensor de la fascia lata alcanza su mayor actividad en los últimos 35° de extensión de la rodilla, grados en los que aparece con mayor frecuencia el dolor ante una afectación de este músculo.

Si a lo largo de la prueba aparece sintomatología álgica en la porción posterior del fémur, el terapeuta puede pensar en una afectación de la musculatura isquiotibial.

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 Ober

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación de la musculatura abductora de la articulación de la cadera, especialmente del músculo tensor de la fascia lata.

Posición del paciente

Tumbado de lado, con el miembro a valorar arriba con extensión de rodilla y la cadera en posición neutra. La pierna se sitúa en contacto con la camilla, en flexión de rodilla y cadera, que servirá para estabilizar al paciente.

Posición del terapeuta

De pie, a la espalda del paciente a la altura del sacro en finta doble orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con la mano superior sobre la articulación coxofemoral del lado a evaluar. La palma de la otra mano contacta con la porción interna de la rodilla del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta induce unos grados de extensión de la articulación coxofemoral del lado a valorar para alinear el miembro inferior con la pelvis. Acto seguido realiza un movimiento de aproximación coxofemoral hacia la camilla a la vez que impide el movimiento de inclinación de la hemipelvis homolateral. En los últimos grados de aproximación, el terapeuta suelta la pierna del paciente para que la acción de la gravedad complete el rango articular en aproximación de cadera.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la maniobra el terapeuta percibe que la aproximación de la articulación coxofemoral del lado a valorar se encuentra disminuida, se puede pensar en una posible afectación de la cintilla iliotibial. En este caso se considera que la prueba es positiva. La disfunción muscular no tiene por qué ir acompañada de sintomatología álgica, aunque en condiciones normales esta suele aparecer. Al haber incapacidad para completar el rango de movimiento en aproximación, el miembro a valorar no entra en contacto con la camilla y se queda suspendido en el aire.

Antaño la prueba se llevaba a cabo con la rodilla del miembro a valorar en flexión de 90°, pero en este caso la tensión ejercida sobre la cintilla iliotibial es menor. Además, con la rodilla flexionada se pone en tensión otras estructuras que podrían alterar los resultados de la prueba.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 41 y 95%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 94,1% y su valor predictivo negativo del 45,2%. Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,97.





Prueba de Renne

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del músculo tensor de la fascia lata.

Posición del paciente

En bipedestación, con los miembros a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En cuclillas, en el lado a valorar orientado hacia el paciente. Toma contacto con la yema del primer dedo de ambas manos sobre el epicóndilo femoral externo del miembro a evaluar.

Ejecución del test

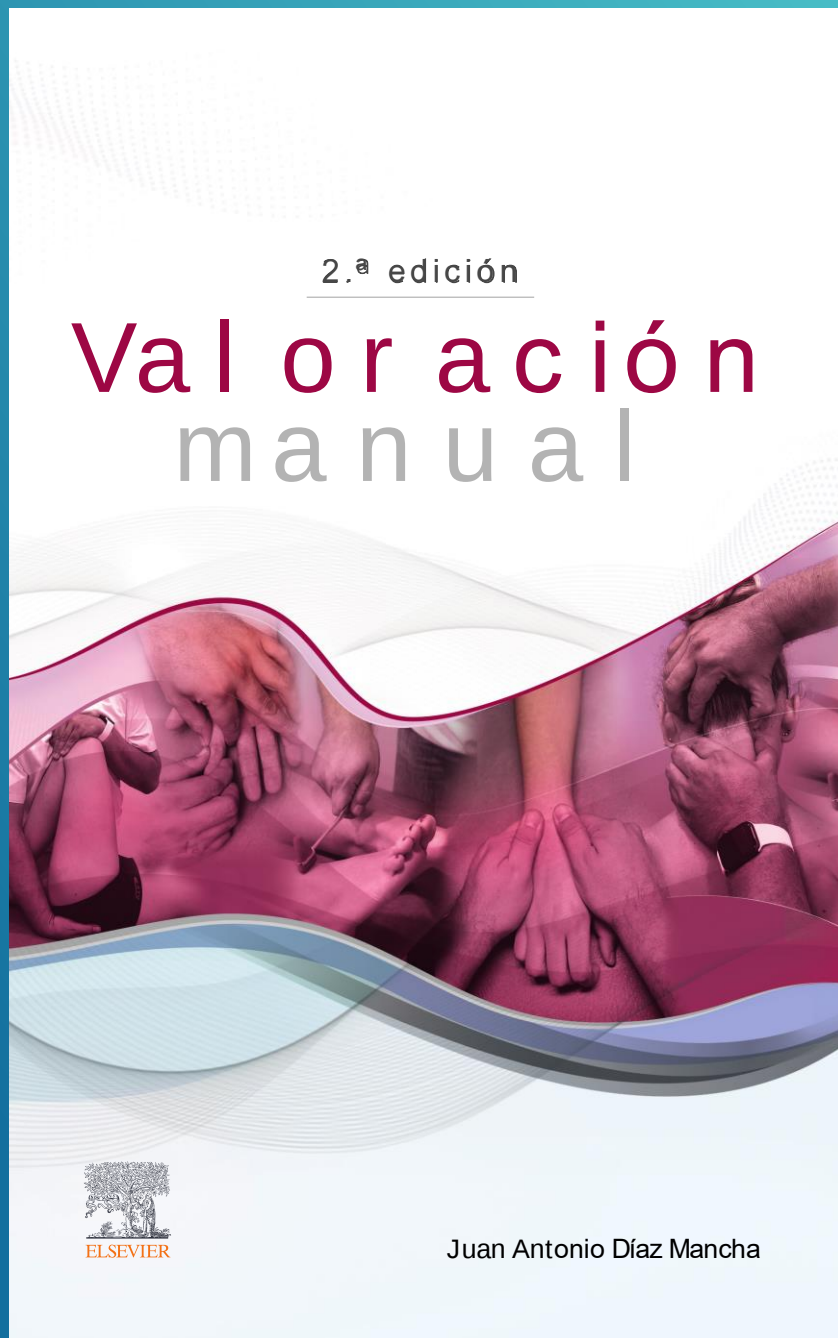
El terapeuta realiza una pequeña presión sobre el epicóndilo femoral a la vez que pide al paciente que realice un apoyo monopodal del miembro a evaluar. Acto seguido y sin variar la presión, le indica que realice una flexión de 30-40° de la rodilla del mismo lado.

Interpretación del test

Si a lo largo de la prueba se genera un cuadro álgico en el epicóndilo femoral presionado por el terapeuta y a lo largo de la cintilla iliotibial, se puede pensar en una afectación del músculo tensor de la fascia lata. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Alrededor de los 30° de flexión de rodilla es cuando el músculo tensor de la fascia lata tiene más potencia. Además, en esta amplitud la cintilla iliotibial se sitúa justo encima del epicóndilo femoral externo.

Para darle intensidad a la prueba, se le puede pedir al paciente que realice pequeñas rotaciones de la pierna del lado de la rodilla en apoyo monopodal.



Pruebas para valorar un problema muscular en la cadera

Músculos pélvicos

- Signo de Trendelenburg-Duchenne **Evidencia científica**
- Prueba del piriforme en laterocúbito **Evidencia científica**
- Prueba del Piriforme en procúbito
- Prueba de extensibilidad del piramidal
- Test de desrotación externa resistida **Evidencia científica**
- Test de Squeeze **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Signo de Trendelenburg-Duchenne

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la musculatura pélvica.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

De pie, a la espalda del paciente, observándolo.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que separe un pie del suelo a través de una flexión de la articulación coxofemoral y de la rodilla del mismo lado, de tal forma que se encuentre en apoyo monopodal. Acto seguido observa la postura que adopta el paciente. Se repite la acción con el miembro inferior contralateral.

Interpretación del test

Si el terapeuta observa que la hemipelvis contralateral al miembro en apoyo se encuentra descendida en comparación con la otra hemipelvis, se puede pensar en una afectación de la musculatura pélvica, en gran parte el músculo glúteo medio. En este caso se considera que la prueba es positiva. Cuando el paciente se encuentra en una posición monopodal la musculatura pélvica de la pierna de apoyo ha de mantener elevada la hemipelvis contralateral para equilibrarla y que se encuentre a la misma altura que la homolateral. Por tanto, si esta se encuentra descendida y en desequilibrio con la otra, se puede pensar en una afectación del tono de esta musculatura.

Antes de llevar a cabo la prueba, el terapeuta puede percibir la afectación de esta musculatura viendo cómo anda el paciente. Es típico de estas disfunciones musculares observar cómo la pelvis del lado afecto se desplaza lateralmente de forma excesiva. Esta misma musculatura evaluada en la prueba le proporciona estabilidad a la articulación coxofemoral. Por tanto, la debilidad de la musculatura pelvitrocantérea está muy relacionada con las subluxaciones de cadera.

El signo de Duchenne se relaciona con la lateroflexión lumbar homolateral al miembro afecto como medida para restablecer el equilibrio en el espacio.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 55-72,7% y 70-92%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 1,83-6,83 y negativa de 0,25-0,82. Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,68.

Bird PA, Oakley SP, Shnier R, Kirkham BW. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. Arthritis Rheum. 2001;44(9):2138-2145.

Youdas JW, Madson TJ, Hollman JH. Usefulness of the Trendelenburg test for identification patients with hip joint osteoarthritis. Physiotherapy Theory Practice. 2010;26:184-194.





Prueba del piriforme en laterocúbito

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación del músculo piramidal de la pelvis.

Posición del paciente

Tumbado de lado, con el miembro del lado a valorar arriba. La pierna que reposa sobre la camilla se encuentra con extensión de rodilla. La otra pierna presenta 60° de flexión de la articulación coxofemoral y 100° de flexión de rodilla. El dorso del pie homolateral reposa sobre la porción posterior de la rodilla que se encuentra sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble a la altura de las caderas. El terapeuta toma un contacto con la mano superior sobre la cresta ilíaca del lado a evaluar. La otra mano contacta con la porción lateral de la rodilla del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta fija la pelvis con la mano superior mientras que con la otra mano realiza un empuje sobre la rodilla hacia el suelo, de tal forma que se induce una rotación interna de la articulación coxofemoral.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe dificultad de movimiento o aparece un cuadro álgico a lo largo del recorrido del músculo piriforme, se puede pensar en una afectación de este músculo. En este caso se considera que la prueba es positiva.

En la mayoría de los casos la sintomatología álgica como consecuencia de la afectación del músculo piramidal se manifiesta en la cadera y el sacro. Si el dolor se irradia hacia la zona glútea o la región posterior del fémur, el terapeuta puede pensar en un compromiso del nervio ciático a su paso por el músculo piramidal.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 78 y 80%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 3,90 y negativa de 0,27.





Prueba del Piriforme en procúbito

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible disfunción de tipo espasmo o retracción del músculo piramidal.

Posición del paciente

En decúbito ventral, con flexión de 70-80° de las dos rodillas, de forma que las plantas de los pies se encuentren orientadas hacia el techo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, próximo al borde inferior de la camilla en finta doble orientado hacia la cabeza del paciente. El terapeuta toma un contacto con la palma de las manos sobre la región interna de cada uno de los dos pies.

Ejecución del test

El paciente ha de mantener unidas ambas rodillas mientras el terapeuta ejerce una fuerza de separación de los tobillos de aquel.

Interpretación del test

Si durante la prueba aparece un cuadro álgico en la zona glútea y/o a lo largo del recorrido del nervio ciático, el terapeuta puede pensar en una posible afectación del músculo piramidal. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La afectación del músculo piramidal puede comprimir el nervio ciático a su paso por la zona glútea. Al pedir una contracción activa-resistida del músculo, la compresión nerviosa es mayor y se reproduce la sintomatología típica de la ciática.

De la misma forma, cuando el músculo piramidal se encuentra en acortamiento, induce un movimiento de rotación externa de la articulación coxofemoral que limita en gran medida la rotación interna.



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 extensibilidad del piramidal

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por acortamiento del músculo piramidal.

Posición del paciente

En decúbito prono, con las rodillas en flexión de 90°, de forma que las plantas de los pies queden orientadas hacia el techo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la cabeza del paciente en finta doble en dirección caudal.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que deje caer los pies hacia fuera manteniendo las rodillas juntas la una contra la otra, de tal forma que realice un rotación interna de ambas articulaciones coxofemorales. Se han de observar ambos miembros inferiores y apreciar posibles diferencias entre ellos.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe que un pie se encuentra más alto que el otro, es decir, que una cadera ha rotado internamente menos que la otra, se puede pensar en una posible afectación por falta de extensibilidad del músculo piramidal de ese lado. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Un acortamiento del músculo piramidal se traduce en una excesiva rotación externa de cadera y una disminución de la capacidad de rotación interna.

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 de desrotación externa resistida

Esta prueba se utiliza para poner en evidencia una tendinopatía glútea en pacientes con síndrome trocantérico.

Posición del paciente

El paciente se sitúa en decúbito supino con una flexión de cadera y rodilla de 90° y rotación externa de cadera máxima.

Posición del terapeuta

El terapeuta se coloca de pie, lateralmente al paciente del lado a valorar. Toma un contacto con la mano caudal en el tobillo, mientras que la mano craneal toma un contacto con la cara externa de la rodilla.

Ejecución del test

El terapeuta va a disminuir ligeramente la rotación externa lo suficiente para aliviar el dolor. Acto seguido, el paciente vuelve activamente la pierna a la posición neutra colocando la pierna longitudinalmente al plano de la camilla intentando vencer la resistencia que le ofrece el terapeuta.

Interpretación del test

La prueba es positiva si aparece dolor de forma espontánea durante la maniobra.

Si la prueba es negativa, se recomienda repetir la maniobra en decúbito prono con extensión de cadera y flexión de rodilla de 90°.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 88 y 97,3%, respectivamente.





Test de Squeeze

Esta prueba sirve para determinar una afectación tendinosa de la musculatura aductora de la cadera.

Posición del paciente

El paciente se colocará en decúbito supino con las piernas flexionadas bilateralmente de forma que los pies queden apoyados en el plano de la camilla.

Posición del terapeuta

Se colocará de pie, lateralmente al paciente del lado a valorar colocando el puño entre las rodillas del paciente.

Ejecución del test

Se pide al paciente que contraiga bilateralmente la musculatura aproximadora de la cadera uniendo las rodillas contra el puño del terapeuta.

Interpretación del test

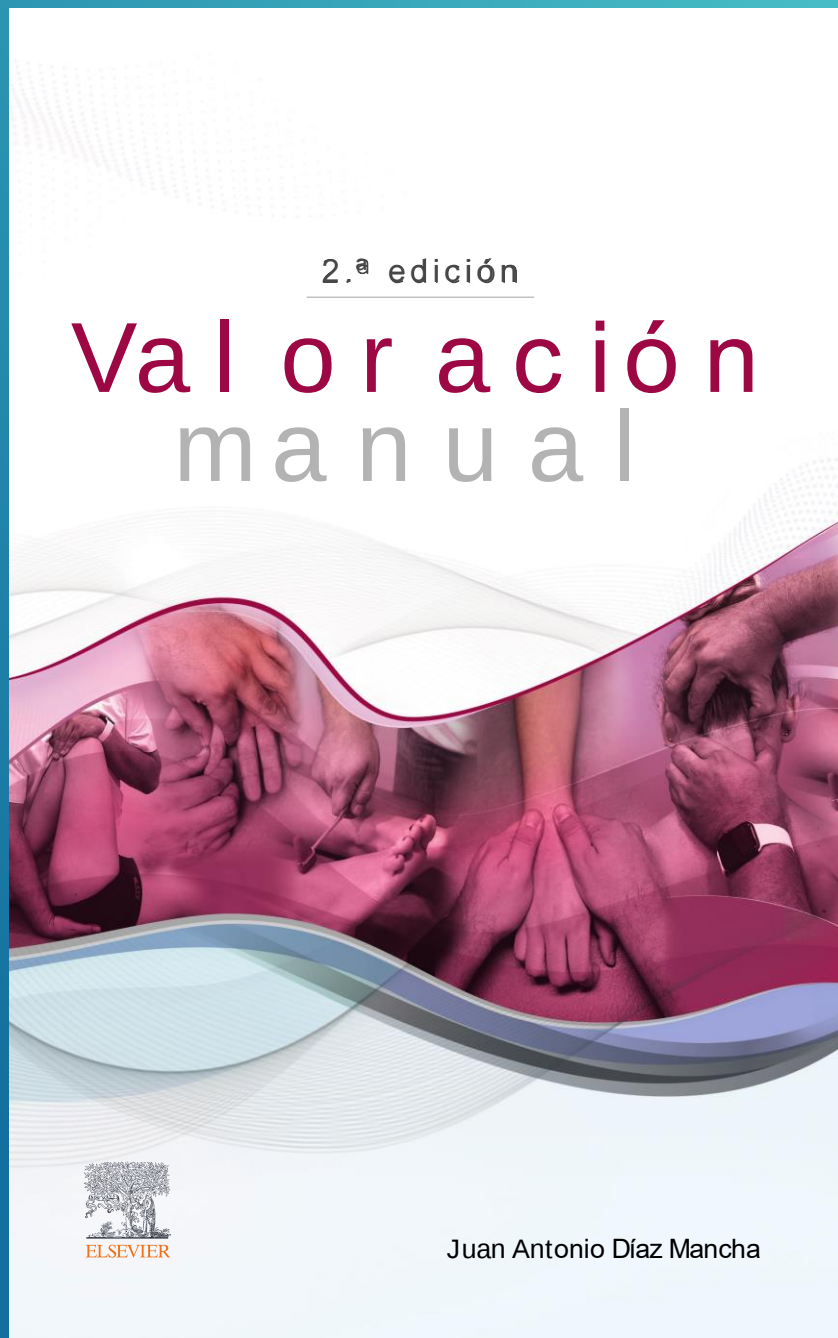
La prueba se considera positiva si aparece dolor durante su ejecución e indicaría una lesión tendinosa de la musculatura aproximadora de la cadera.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 43 y 91%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 4,8 y negativa de 0,63.

Verrall GM, Slavotinek JP, Barnes PG, et al. Description of pain provocation tests used for the diagnosis of sports-related chronic groin pain: Relationship of tests to defined clinical (pain and tenderness) and MRI (pubic bone marrow oedema) criteria. Scand J Med Sci Sports. 2005;15:36-42.





Pruebas para valorar la movilidad de la cadera

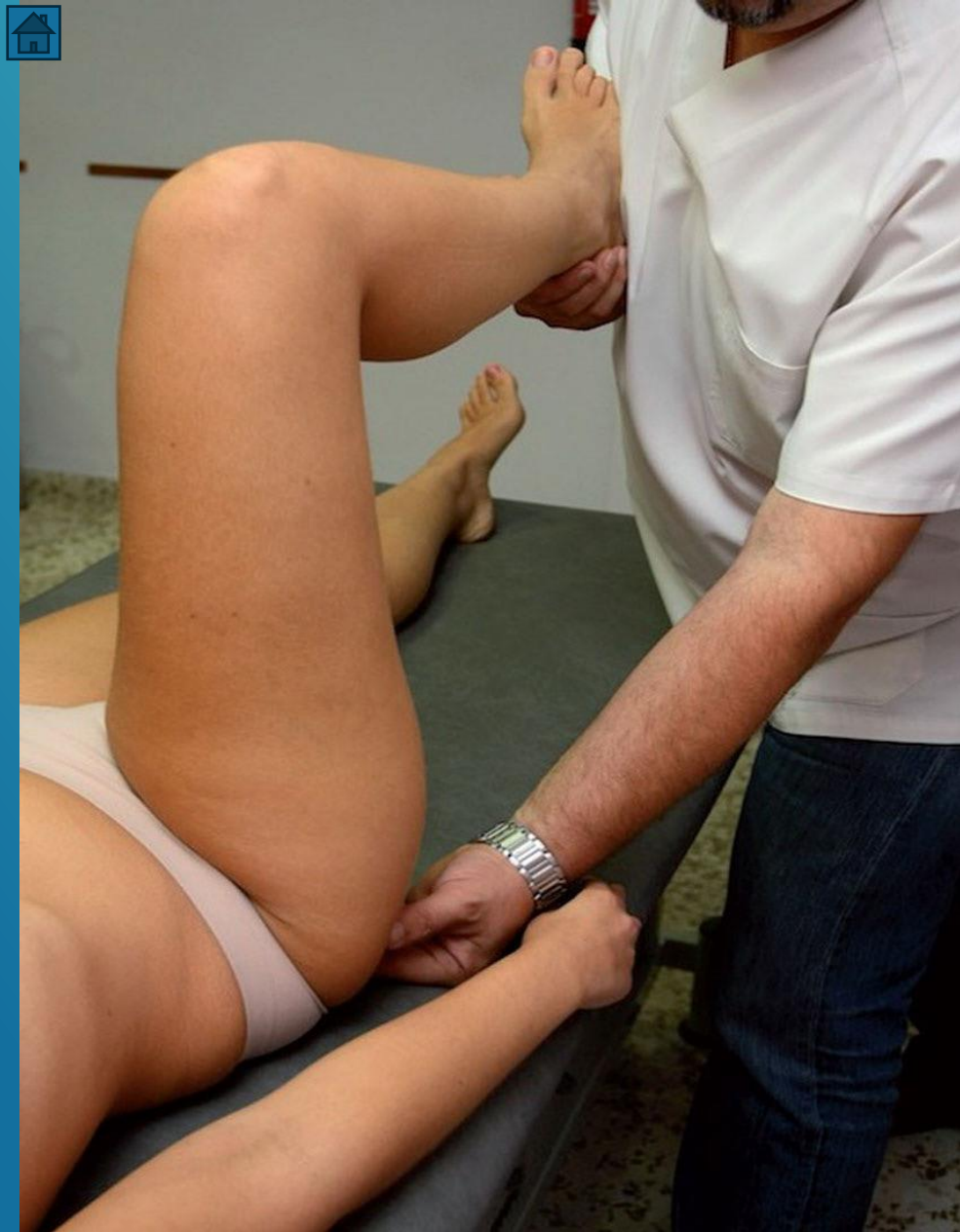
- Signo de Drehmann
- Prueba de Anvil
- Prueba de dolor a la sacudida axial de la pierna
- Prueba del cuadrante o batida de la cadera **Evidencia científica**
- Prueba de Craig **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Signo de Drehmann

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y los miembros inferiores relajados sobre la camilla, con las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de los muslos mirando hacia la cabeza del paciente. El terapeuta toma un contacto con la mano superior sobre la parte posterior del extremo craneal del fémur del paciente. La otra mano abarca el calcáneo del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva flexión de la articulación de la cadera y de la rodilla del miembro inferior del lado a valorar de 90° cada una.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe una rotación externa coxofemoral, acompañada o no de dolor cuando se lleva a cabo el movimiento de flexión de rodilla, se puede pensar en una afectación articular coxofemoral, ya que en condiciones normales el movimiento de flexión de la rodilla no debe ir acompañado de una rotación de la cadera. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Dentro de las afectaciones articulares, se pueden encontrar procesos patológicos de epifisiólisis de la cabeza del fémur, artrosis o procesos tumorales.

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 Anvil

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de los tobillos del paciente en dirección a los pies. La mano superior va a tomar un contacto abarcando la porción distal del conjunto tibia/peroné del lado a evaluar.

Ejecución del test

El terapeuta levanta de la camilla el pie del lado a valorar, de tal forma que induzca una leve flexión de la articulación de la cadera manteniendo la extensión de la rodilla. Con la mano inferior lleva a cabo una serie de percusiones con el puño cerrado en la parte inferior del calcáneo en dirección longitudinal, como si quisiera impactarlo en la mortaja tibioperoneal.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece en el paciente un cuadro álgico en la articulación coxofemoral o a lo largo de la parte proximal del fémur, se puede pensar en una afectación de esta articulación. En este caso se considera que la prueba es positiva.

En la mayoría de las ocasiones el dolor tiene su origen en un proceso artrósico coxofemoral o en una pérdida de sujeción parcial de la prótesis, en caso de que la haya.

Por lo general, el recorrido del dolor orienta en gran medida al terapeuta sobre la causa de este, ya que un dolor por el borde lateral suele estar relacionado con afectación de la diáfisis femoral; por el borde interno, con afectación del cóndilo del hueso ilíaco, y si el dolor es en la columna lumbar, puede estar relacionado con algún proceso 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.



Prueba de dolor a la sacudida axial de la pierna

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y la pierna a valorar en flexión de cadera y rodilla, de tal forma que contacta la planta del pie con la camilla.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de las rodillas del paciente en dirección a su cabeza. El terapeuta abarca con ambas manos la articulación de la rodilla del miembro a evaluar.

Ejecución del test

El terapeuta sitúa el pie del miembro a valorar sobre la región anterior de la rodilla de la pierna contralateral, de tal forma que la porción distal del peroné esté en contacto con la cara anterior de la tibia. Acto seguido realiza varias tracciones longitudinales del fémur.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece un cuadro álgico agudo en la ingle, se puede pensar en una posible afectación de la articulación coxofemoral. En este caso se considera que la prueba es positiva.

En la mayoría de las ocasiones estas afectaciones de cadera suelen coincidir con procesos artrósicos o alteración protésica, en el caso de que la hubiera.

Si al llevar a cabo la acción no se produce dolor en la misma articulación coxofemoral o en la ingle pero sí se produce en la espalda, el terapeuta tiene que pensar en alguna afectación lumbar de tipo discopata



Prueba del cuadrante o batida de la cadera

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de la cadera del paciente en dirección craneal. El terapeuta toma un contacto con la mano superior sobre la rodilla del miembro a evaluar. Con la otra mano contacta abarcando la porción distal de la tibia del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva un movimiento de flexión de 90° de cadera y flexión máxima de rodilla del miembro a valorar. Acto seguido, realiza un empuje longitudinal del fémur en dirección al suelo. Sin dejar de realizar el empuje y de forma simultánea, induce pasivamente un movimiento de aproximación y rotación externa de la articulación coxofemoral, de tal forma que lleve el pie del miembro a valorar atravesando la línea media del cuerpo. Una vez valorada la rotación externa, lleva a cabo el mismo gesto sin retirar los contactos hacia rotación interna de cadera, generando movimientos de rotación interna y externa alternativamente.

Interpretación del test

Si durante la prueba aparece sintomatología dolorosa en la cadera o la región inguinal, temor a este proceso álgico y/o algún chasquido audible, el terapeuta puede pensar en una posible afectación de la articulación coxofemoral. En este caso se considera que la prueba es positiva.

A través de esta prueba el terapeuta localiza una posible afectación de cadera de forma inespecífica. La sintomatología puede deberse a algún proceso artrósico o artrítico, afectación acetabular o inestabilidad, por ejemplo. Por ello, el terapeuta ha de realizar pruebas más específicas para concretar el tipo de lesión.

Evidencia científica

Esta prueba tiene un coeficiente de correlación intraclass de 0,87.

Cliborne AV, Wainner RS, Rhon DI, et al. Clinical hip tests and a functional squat test in patients with knee osteoarthritis: reliability, prevalence of positive test findings, and short-term response to hip mobilization. J Orthop Sports Phys Ther. 2004;34:676-685.





Prueba de Craig

Esta prueba se utiliza para valorar un posible aumento del ángulo de anteversión del cuello del fémur.

Posición del paciente

En decúbito ventral, con el miembro del lado a valorar en flexión de 90° de rodilla, de forma que la planta del pie homolateral se oriente hacia el techo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta doble a la altura de las caderas del paciente orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con la yema de los dedos índice y corazón de la mano craneal sobre la porción anterior del trocánter mayor del fémur. La otra mano abarca el tercio distal de la tibia homolateral.

Ejecución del test

El terapeuta induce un movimiento de aproximación del pie del paciente a la línea media y de separación alternativamente, de tal forma que conduce el miembro inferior pasivamente a rotación externa e interna de cadera. Cuando el terapeuta perciba que el trocánter mayor se encuentra paralelo al plano de la camilla indicará al paciente que mantenga de forma activa esa posición. Acto seguido, se dirige a los pies de la camilla y, ayudado de un goniómetro, mide el ángulo formado entre la tibia del lado a valorar y la camilla.

Interpretación del test

En la literatura se describe el ángulo de anteversión como aquel que resulta de la intersección de las líneas que se sitúan sobre la tibia en la posición inicial y final de la prueba. Por ello también se podrían utilizar estas referencias como forma de medición de este. Sin embargo, al utilizar la camilla como medida de referencia, al medir el ángulo se confiere mayor fiabilidad a la prueba. Por tanto, una vez obtenido el valor del ángulo antes descrito, el terapeuta ha de restarlo a 90° para obtener el ángulo de anteversión del fémur.

Si el terapeuta obtiene un ángulo de anteversión mayor de 15°, se podría decir que el paciente presenta anteversión femoral. Por el contrario, si el ángulo es menor de 8°, el terapeuta podría decir que el paciente presenta retroversión femoral.

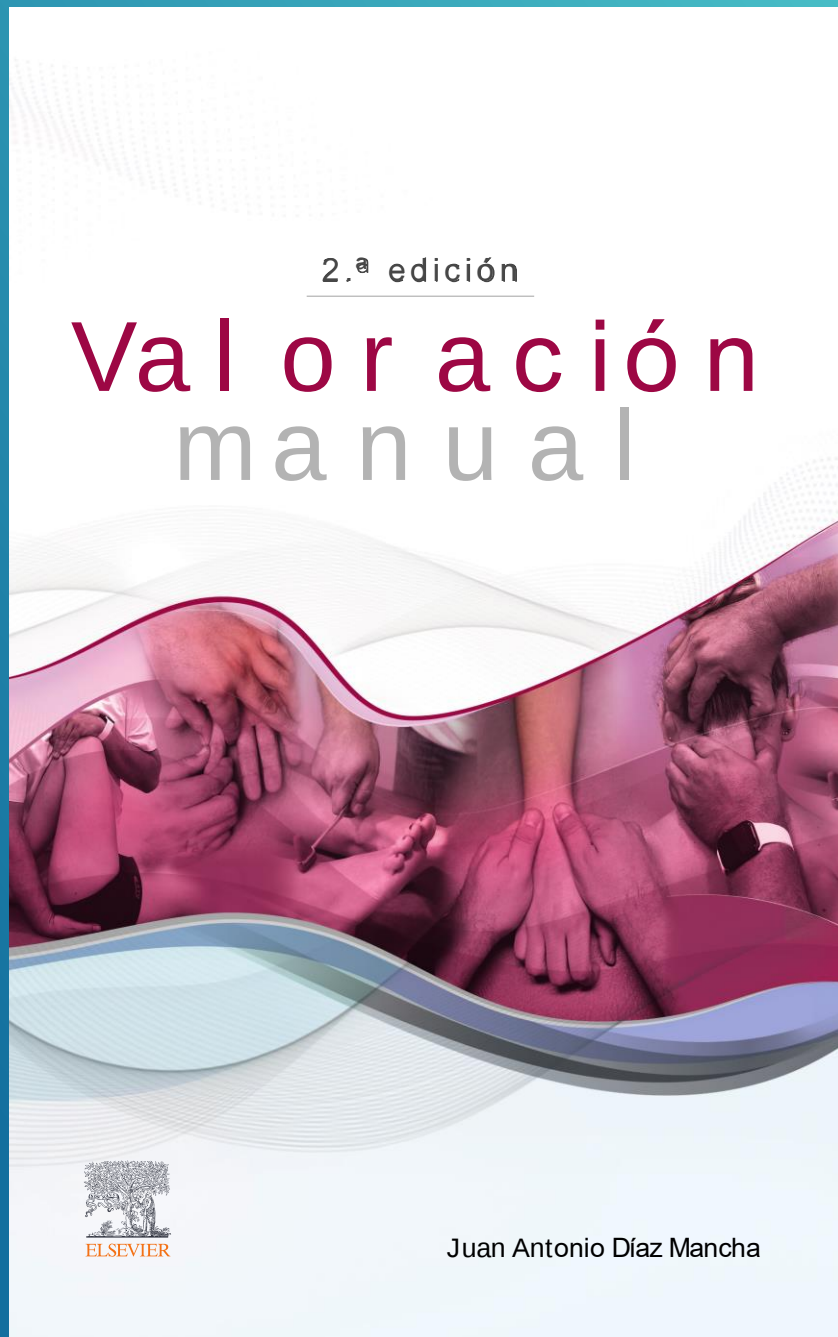
Hay que tener en cuenta que la anteversión femoral produce una rotación interna coxofemoral, de tal forma que antes de la realización de la prueba el terapeuta puede inspeccionar cómo el paciente presenta los pies y las rodillas orientados hacia a la línea media. Por otro lado, una retroversión femoral se relaciona con rotación externa de cadera y pies y rodillas orientados hacia fuera. Dependiendo del grado de anteversión femoral, el paciente tendrá mayor o menor probabilidad de padecer afectaciones de la articulación coxofemoral.

Una variante de esta prueba es el *test de Ryder*, que permite llevar a cabo la medición con el paciente en decúbito supino con las rodillas en flexión de 90° o en sedestación con las piernas colgando por el borde de la camilla. Para realizarlo se mide el ángulo que se obtiene entre la posición que adopta la tibia cuando la cabeza femoral está paralela al plano de la camilla y la línea vertical (posición de partida). Esta alternativa está más indicada en el ámbito de la pediatría.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa intraobservador de 0,80-0,90 e interobservador de 0,83.

Souza RB, Powers CM. Concurrent Criterion-Related Validity and Reliability of a Clinical Test to Measure Femoral Anteversion. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2009;39(8):586-592.



Pruebas para valorar una luxación congénita de cadera en niños

- Prueba del telescopio
- Prueba de Roser-Ortolani- Barlow **Evidencia científica**
- Prueba de displasia de cadera según Kalchschmidt
- Línea de Nélaton
- Prueba del pliegue



Prueba del telescopio

Esta prueba se utiliza para valorar una posible luxación congénita de la articulación coxofemoral en niños.

Posición del paciente

En decúbito dorsal.

Posición del terapeuta

Sentado, en el lado a valorar, a la altura de las caderas del niño orientado hacia este. El terapeuta toma contacto con la mano inferior abarcando el tercio proximal de la tibia cerca de la rodilla de la pierna del lado a estudiar. La otra mano toma contacto con la articulación coxofemoral a evaluar, de tal forma que el primer dedo se encuentra en contacto con la parte posterior del trocánter mayor del fémur y el segundo dedo con la parte anterior de aquel, de forma que la mano se coloca en pronación.

Ejecución del test

El terapeuta induce en el miembro a valorar una flexión de la articulación coxofemoral y de la rodilla de 90° cada una. Acto seguido realiza dos movimientos alternativos: primero tracciona longitudinalmente del fémur y luego realiza un empuje en la misma dirección pero en sentido opuesto, coaptando la articulación coxofemoral.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe a través de su contacto craneal un movimiento anormalmente excesivo de la cabeza femoral con respecto al cótilo pélvico, se puede pensar en una posible afectación por luxación congénita de cadera. En este caso se dice que la prueba es positiva.

En los casos en los que existe luxación, el terapeuta puede percibir visualmente cómo el miembro inferior aumenta considerablemente de longitud durante la tracción y disminuye en la coaptación. Es igualmente importante y complementario a esta prueba observar los pliegues que se forman en la parte anteroexterna de los muslos del bebé para valorar su simetría.

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 Roser-Ortolani- Barlow

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación de la articulación de la cadera en los recién nacidos.

Posición del paciente

En decúbito dorsal.

Posición del terapeuta

De pie, en finta doble a los pies del bebé. Contacta con una mano sobre la parte anterior del muslo del lado a valorar, de tal forma que el primer dedo entra en contacto con la ingle y el resto de los dedos palpan el trocánter mayor del fémur homolateral. La otra mano abarca la rodilla del miembro inferior del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta induce sobre el miembro a valorar flexión de cadera. La prueba consta de dos fases:

En la primera, el terapeuta induce un movimiento de aproximación coxofemoral del lado a evaluar y un empuje longitudinal en dirección de la camilla. Acto seguido se imprime un empuje en dirección lateral con el primer dedo sobre el trocánter mayor femoral.

En la segunda y sin variar la intensidad del empuje longitudinal de la primera, el terapeuta induce un movimiento de separación coxofemoral.

Interpretación del test

A través de la prueba el terapeuta induce un movimiento de luxación de cadera (primera fase o signo de Barlow) y un movimiento de reducción de la luxación (segunda fase o signo de Ortolani).

Si el terapeuta percibe de forma táctil primero la inestabilidad de la articulación que la conduce a la luxación y luego un chasquido fruto de la reducción, se puede pensar en una afectación de inestabilidad congénita de cadera. En este caso se considera que la prueba es positiva. El chasquido será audible por el terapeuta.

Atendiendo a lo percibido por el terapeuta, se puede cuantificar el grado de luxación: grado I, inestabilidad articular, no se percibe chasquido; grado II, presencia de subluxación coxofemoral; grado III, luxación con capacidad de reducción, y grado IV, luxación coxofemoral grave.

Esta prueba adquiere gran importancia en los recién nacidos, aunque es probable que en los primeros días de vida no se produzca chasquido articular durante la reducción.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 87-89% y 98-99%, respectivamente.

Patel H, the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 2001;164(12):1669-1677.





Prueba de displasia de cadera según Kalchschmidt

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación por luxación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

La prueba consta de varias fases en las que el paciente adopta distintas posiciones:

En la primera, de pie en apoyo monopodal sobre el miembro a valorar.

En la segunda, en decúbito ventral con flexión de 90° de la articulación de la rodilla del miembro a evaluar, de forma que la planta del pie homolateral esté orientada hacia el techo.

En la tercera, en decúbito dorsal, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En la primera fase, de pie a la espalda del paciente en finta doble orientado hacia este, con las manos contactando sobre la porción superior de los hombros.

En la segunda fase, de pie del lado contrario al que se va a evaluar en finta adelante a la altura de la cadera en dirección distal. Toma un contacto con la mano inferior abarcando la porción distal del peroné del lado a evaluar. La otra mano toma un contacto con el trocánter mayor de la articulación de la cadera del mismo lado.

En la tercera fase, de pie a la altura del muslo en finta adelante del lado contrario al que se va a evaluar orientado hacia la cabeza del paciente. El terapeuta toma un contacto con el talón de la mano superior, reforzándolo con la inferior, sobre la porción anterior del trocánter mayor del fémur.

Ejecución del test

El terapeuta induce rotación del tronco del paciente del lado contrario al del miembro inferior a valorar; de esta forma se produce una rotación externa de la cadera.

A través del contacto inferior, el terapeuta tracciona de la pierna hacia su cuerpo, de tal forma que induce una rotación externa coxofemoral. Con la otra mano de forma simultánea ejerce cierta presión sobre la región glútea.

El terapeuta realiza con ambas manos un empuje en dirección del suelo de la porción anterior del trocánter mayor del fémur.

Interpretación del test

Durante la maniobra de la primera fase se genera en el paciente una rotación externa máxima de la articulación coxofemoral acompañada de extensión de esta. Si a lo largo de ella aparece un cuadro álgico en la región inguinal acompañado de un intento del paciente de realizar una anteflexión de tronco para aliviar la sintomatología, se puede pensar en una posible luxación coxofemoral.

Si durante la realización de la segunda fase aparece un cuadro álgico en la zona de la ingle del lado a evaluar, se puede pensar en una afectación por una posible luxación de la articulación coxofemoral.

Si durante la maniobra realizada en la tercera fase se genera sintomatología álgica en la cadera evaluada y el terapeuta percibe al tacto que la cabeza femoral se encuentra anteriorizada, se puede pensar en una posible afectación por luxación de la articulación coxofemoral.

Las luxaciones de cadera suelen generar dolor durante la marcha y la bipedestación en la región inguinal y/o en la región trocántérica. De todos modos, en ocasiones no siguen este patrón, por lo que hay que realizar un diagnóstico diferencial con afectaciones pélvicas, sacras y 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.



Línea de Nélaton

Esta prueba se utiliza para valorar una posible alteración en el ángulo cervicodiafisario del tipo coxa vara o coxa valga.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante mirando hacia la cabeza del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta dibuja una línea imaginaria que tiene su origen en la espina ilíaca anterosuperior y, pasando por el vértice superior del trocánter mayor del fémur, finaliza en la tuberosidad del isquion del lado a valorar. Acto seguido localiza a través de una palpación con la yema de los dedos de una mano el trocánter mayor del fémur homolateral. Lleva a cabo el mismo gesto en la cadera contralateral.

Interpretación del test

Si el terapeuta localiza el trocánter mayor del fémur en una posición más craneal que la línea antes descrita, se puede pensar en una posición de la articulación coxofemoral en valgo o coxa valga.

Si el terapeuta localiza el trocánter mayor del fémur en una posición más caudal que la línea antes descrita, se puede pensar en una posición de la articulación coxofemoral en varo o coxa vara.

Este posicionamiento en varo de la articulación coxofemoral está relacionado con un proceso de luxación coxofemoral, en el que la cabeza del fémur se sale del acetábulo.

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 pliegue

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral en bebés.

Posición del paciente

En decúbito supino.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a los pies del bebé en finta doble orientado hacia este. Toma contacto con ambas manos abarcando las piernas del bebé a la altura de las rodillas, de forma que las yemas de los pulgares reposen sobre la cara interna de estas.

Ejecución del test

El terapeuta une las piernas del bebe entre sí y las aproxima a la camilla con las rodillas extendidas. Manteniendo esta posición, el terapeuta observa posibles modificaciones en los pliegues formados en la parte interna de los muslos del bebé.

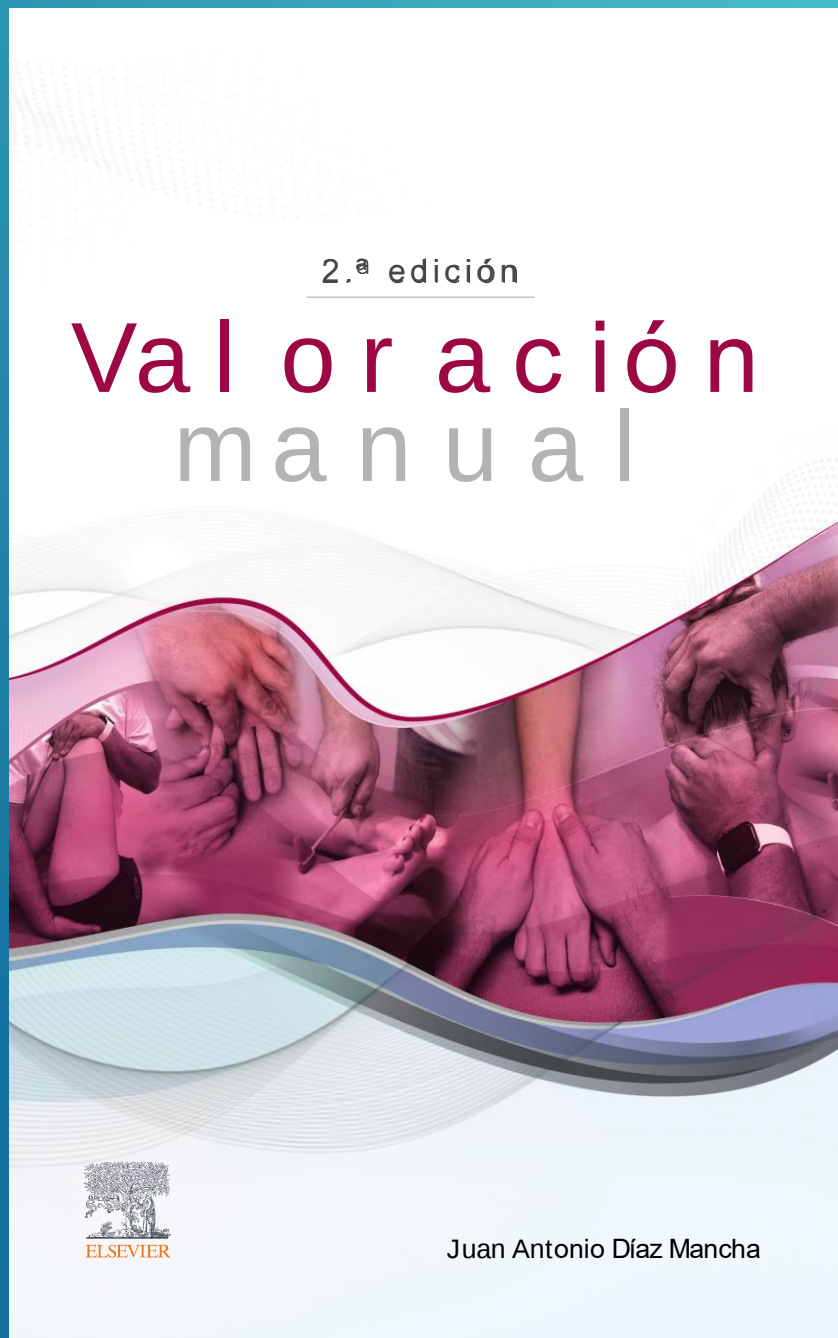
Interpretación del test

Si el terapeuta percibe una asimetría en dichos pliegues, se puede pensar en una posible afectación de la articulación coxofemoral. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La asimetría de los pliegues formados en la cara interna de las piernas del bebé aparece con frecuencia en afecciones como la displasia de cadera o la luxación congénita de esta. La prueba también es positiva en caso de luxación de cadera posparto.

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 una asimetría de miembros inferiores

- Prueba de Galeazzi-allis
- Prueba para el diagnóstico de asimetría longitudinal de las piernas **Evidencia científica**
- Prueba para el diagnóstico de asimetría longitudinal aparente de las piernas **Evidencia científica**
- Disimetrías del miembro inferior
- Maniobra de Weber-Barstow **Evidencia científica**



Prueba de Galeazzi-allis

Esta prueba se utiliza para evaluar asimetrías en miembros inferiores.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas y caderas flexionadas, de forma que las plantas de los pies estén en contacto con la camilla.

Posición del terapeuta

De pie, a los pies del paciente en un primer momento y lateralmente al paciente después.

Ejecución del test

El terapeuta sitúa su mirada horizontalmente a la altura de las rodillas y observa su situación y su altura. Luego lleva a cabo la misma acción pero esta vez observando lateralmente al paciente.

Interpretación del test

En condiciones normales, en la posición en la que se encuentra el paciente las rodillas se ven de forma simétrica, a la misma altura y a la misma profundidad.

Si el terapeuta percibe que una rodilla está a mayor altura que la otra, se puede pensar en una afectación por asimetría tibial.

Si percibe que una rodilla está más profunda que la otra, es decir, una sobresale más que la otra en un plano anteroposterior, se puede pensar en una afectación por un fémur asimétrico.

En caso de luxación de cadera, el fémur parece más largo que el contralateral. Hay que tener en cuenta que una luxación de ambas articulaciones coxofemorales falsea los resultados de la prueba.

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 para el diagnóstico de asimetría longitudinal de las piernas

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible asimetría en la longitud de los miembros inferiores.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

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

Ejecución del test

El terapeuta toma una cinta métrica y realiza una medición de la línea imaginaria que une la porción caudal de la espina ilíaca anterosuperior y la porción distal del maléolo tibial del mismo lado.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la medición el terapeuta obtiene que la diferencia de longitud entre un miembro inferior y otro es mayor de 1 cm, se puede pensar en una posible dismetría de los miembros inferiores.

A través de esta medición se obtienen los datos para pensar en una dismetría de los miembros inferiores, pero no se sabe si tiene su origen en una diferencia de longitud del fémur o de las tibias o en la existencia de coxa vara, por ejemplo.

Esta prueba proporciona una idea global y sirve como preámbulo de un estudio radiológico para confirmar la dismetría.

En opinión del autor, esta prueba es muy poco fiable, ya que no tiene en cuenta el posible ascenso y descenso que se produce en la espina ilíaca anterosuperior como consecuencia de las rotaciones posteriores o anteriores que el hueso ilíaco puede realizar sobre el sacro, que pueden falsear por completo los resultados.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,77-0,99.



Rondon CA, Gonzalez N, Agreda L, Millan A. Observer agreement in the measurement of leg length. *Rev Invest Clin.* 1992;44:85-89.

Beattie P, Isaacson K, Riddle DL, Rothstein JM. Validity of derived measurements of leg-length differences obtained by use of a tape measure. *Phys Ther.* 1990;70:150-7.

Hoyle D, Latour M, Bohannon R. Intraexaminer, interexaminer, and interdevice comparability of leg length measurements obtained with measuring tape and metrecom. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1991;14(6):263-8.





Prueba para el diagnóstico de asimetría longitudinal aparente de las piernas

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disimetría de los miembros inferiores.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

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

Ejecución del test

El terapeuta toma una cinta métrica y realiza una medición de la línea imaginaria que une el ombligo y la porción más inferior del maléolo tibial. Ha de llevar a cabo la medición en ambos miembros inferiores.

Interpretación del test

El terapeuta compara ambas mediciones. Si de la comparación resulta que una línea es menor que la otra en una medida superior a 1 cm, se puede pensar en una disfunción de la estática de la pelvis.

No es una prueba concluyente, por lo que los hallazgos se han de refutar con pruebas radiológicas.

En opinión del autor, esta prueba es muy poco fiable, ya que no tiene en cuenta posibles desviaciones fasciales que se pueden producir en el ombligo como consecuencia, por ejemplo, de una cicatriz por una intervención quirúrgica (apendicitis o cesárea).

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.



Dismetrías del miembro inferior

Esta prueba se utiliza para valorar una posible dismetría de los miembros inferiores.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión. La separación entre ambos pies ha de ser de aproximadamente 15 cm.

Posición del terapeuta

En bipedestación, lateralmente al paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

Ayudado de una cinta métrica, el terapeuta mide la longitud de una línea imaginaria que se situaría entre la espina ilíaca anterosuperior y el maléolo peroneal del mismo lado. Se lleva a cabo la misma acción en los dos miembros inferiores.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe una diferencia entre ambos miembros superior a 1,5 cm, se puede pensar en una dismetría importante de los miembros inferiores. Si la diferencia entre ambos es menor, puede o no ocasionar sintomatología, pero se encuadra dentro de la normalidad.

Se aconseja tomar las medidas utilizando como referencia el maléolo peroneal, pues el vientre muscular interno del cuádriceps puede alterar las mediciones.

El origen de una dismetría es muy variable, ya que puede deberse a muchos factores: diferencias de medidas de fémur o tibia, afectaciones musculares o articulares lumbares, pélvicas o de miembros inferiores, por ejemplo.

En opinión del autor, esta prueba es muy poco fiable, ya que no tiene en cuenta el posible ascenso y descenso que se produce en la espina ilíaca anterosuperior como consecuencia de las rotaciones posteriores o anteriores que el hueso ilíaco puede realizar sobre el sacro, que falsean por completo los resultados.

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.





Maniobra de Weber-Barstow

Esta prueba se utiliza para equilibrar la pelvis en un paciente en el que se pretende valorar una posible disimetría en las extremidades inferiores.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los miembros inferiores dispuestos en flexión de la articulación coxofemoral y rodilla, de tal forma que las plantas de los pies se sitúan en contacto con la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a los pies de la camilla en finta doble en dirección craneal. Toma contacto con las palmas de las manos sobre cada uno de los empeines del paciente, de tal forma que el primer dedo de ambas manos se sitúa en la porción inferior de los maléolos tibiales.

Ejecución del test

El terapeuta bloquea ambos pies e indica al paciente que separe el sacro de la camilla con un movimiento de elevación de la cintura pélvica. Acto seguido, el paciente ha de volver de forma lenta y progresiva a la posición inicial. Una vez realizado el gesto, el terapeuta induce de forma pasiva un movimiento de extensión de ambas rodillas y confronta los pulgares que se situaban sobre los maléolos tibiales.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe que ambos pulgares se encuentran en una posición distinta, puede pensar en la existencia de algún tipo de disimetría de los miembros inferiores.

Esta prueba solo le proporciona al terapeuta la idea de que existe alguna disimetría; por ello, debe realizar pruebas de medición más específicas que le ayuden a determinar el origen de aquella y a precisar el diagnóstico.

Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,92.

Taweewat Wiangkham, Weerapong Chidnok, Pattamaporn Janejai, Mananya Choprateep, Rarita Krueyo. Intrarater reliability of leg length measurement, palpation, and special test of sacroiliac joint in normal subjects. *J Med Tech Phy Ther.* 2010;22(2):197-204.





2.ª edición

Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

Pruebas para valorar un problema discal

- Signo de rigidez en extensión de la cadera y la zona lumbar

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Signo de rigidez en extensión de la cadera y la zona lumbar

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación discal o medular. Es especialmente útil como complementaria en el diagnóstico de meningitis en niños.

Posición del paciente

En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

De pie, a los pies del paciente en finta doble en dirección craneal. El terapeuta toma un contacto a través de sus manos abarcando los dos calcáneos del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva un movimiento de flexión coxofemoral con las rodillas en extensión de ambos miembros inferiores a la vez.

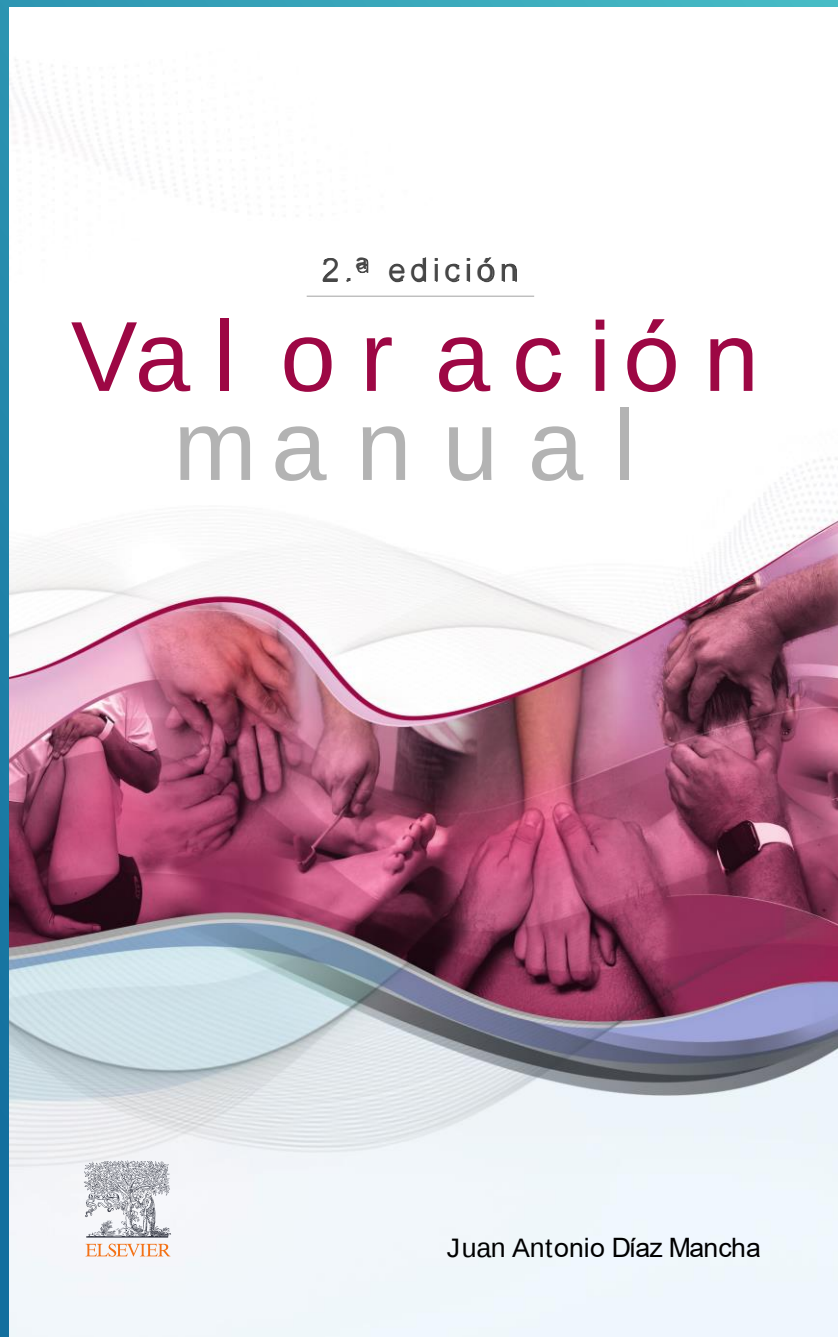
Interpretación del test

Si cuando el terapeuta intenta realizar la flexión de la articulación coxofemoral de ambos miembros no la puede llevar a cabo de manera que esta articulación se mantiene en extensión haciendo que el paciente levante el sacro de la camilla, se puede pensar en una posible afectación de origen lumbar. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La afectación puede ir desde una discopatía a una reducción del espacio foraminal debido a un proceso tumoral o a una espondilolistesis. La prueba también es positiva en el caso de una meningitis.

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 presencia de una fractura de cadera

- Prueba del fulcro **Evidencia científica**
- Signo de Allis



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba del fulcro

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por fractura de la porción superior del fémur.

Posición del paciente

En sedestación, con las tibias colgando por el borde de la camilla, los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente ligeramente desplazado del lado a valorar en finta doble orientado hacia este. Toma contacto con el antebrazo de la mano externa sobre la porción posterior del fémur a valorar, de forma que quede perpendicular al fémur del paciente. La otra mano contacta sobre la porción inferior de la región femoral anterior inmediatamente por encima de la rótula.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo un empuje con la mano interna sobre la porción anterior femoral en dirección al suelo, intentando bajar la rodilla.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece un cuadro álgico agudo sobre la porción del muslo en contacto con el antebrazo del terapeuta, se puede pensar en una posible fractura de la diáfisis femoral.

Para que la prueba sea más exacta, el terapeuta ha de llevar a cabo la maniobra a lo largo de toda la porción proximal del fémur, para intentar detectar el punto exacto del origen de la fractura.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 93 y 75%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 3,7 y negativa de 0,09.





Signo de Allis

Esta prueba se utiliza para valorar una posible fractura del cuello femoral.

Posición del paciente

Tumbado de lado con el miembro a valorar arriba con flexión de ambas rodillas y caderas, o en decúbito dorsal con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente a nivel de las rodillas en finta doble orientado hacia este.

En caso de que la prueba se lleve a cabo en decúbito supino, el terapeuta se coloca en el lado a valorar a la altura de las rodillas en finta adelante en dirección craneal.

Ejecución del test

El terapeuta introduce el segundo y el tercer dedos de una mano en el espacio que se encuentra entre al trocánter mayor del fémur y la cresta del hueso ilíaco, es decir, a la altura del cuello femoral a valorar.

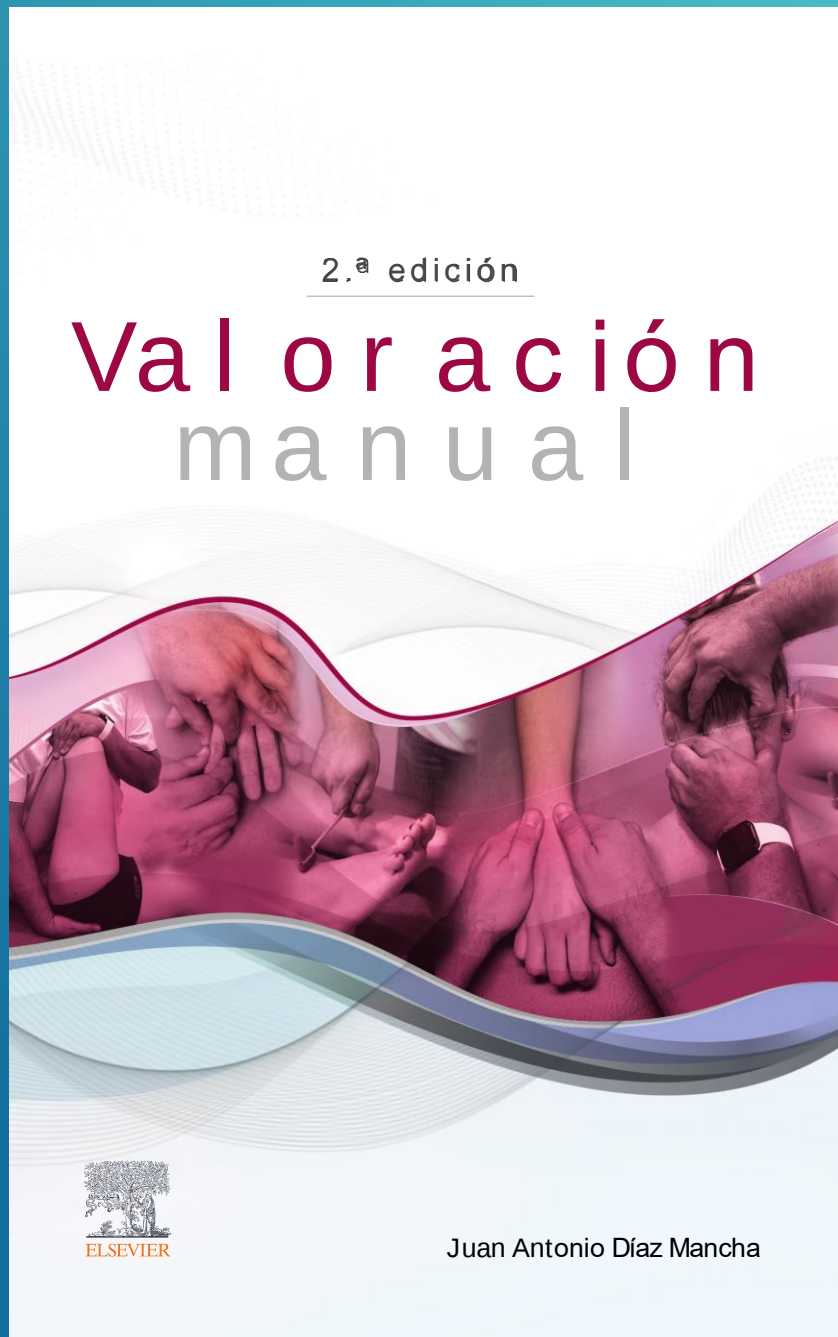
Interpretación del test

Si el terapeuta puede introducir el dedo sin oposición por parte de la musculatura y al hacerlo aparece un cuadro algíco agudo en la región, se puede pensar en una afectación por fractura del cuello femoral.

Cuando se fractura el cuello femoral, se produce un desplazamiento caudal del trocánter mayor, que genera una debilidad de la musculatura y que facilita al terapeuta la compresión con el dedo índice.



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 un *impingement* femoroacetabular

- Femoroacetabular impingement test

Evidencia científica

Evidencia científica

Evidencia científica

Evidencia científica

Evidencia científica





Femoroacetabular impingement test

Esta prueba sirve para valorar un posible pinzamiento femoroacetabular.

Posición del paciente

El paciente está en decúbito supino con las piernas estiradas y los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

El terapeuta está de pie, lateralmente al paciente del lado a valorar a la altura de la pelvis de este. Toma un contacto con la mano caudal a la altura del tobillo, mientras que con la mano proximal toma un contacto en la cara externa de la rodilla del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una flexión pasiva de cadera y rodilla de 90°. A partir de ahí realiza una aducción más rotación interna de la cadera asociada a un valgo de rodilla.

Interpretación del test

La maniobra no debe ser dolorosa. En caso de que aparezca dolor en la zona inguinal, el test es positivo y podría indicar la existencia de un pinzamiento femoroacetabular, desgarró del labrum de la cadera, cuerpos libres o una lesión condral.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 59-99% y 7-100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 1,02-1,06 y negativa de 0,15-0,48. Su valor predictivo positivo es del 100% y su valor predictivo negativo del 13%. Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,58, con una concordancia del 91%.

Troelsen A, Mechlenburg I, Gelineck J et al. What is the role of clinical tests and ultrasound in acetabular labral tear diagnostics?. Acta Orthop. 2009;80:314-8.

Martin RL, Sekiya JK. The interrater reliability of 4 clinical tests used to assess individuals with musculoskeletal hip pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2008;38:71-77.

Reiman MP, Goode AP, Cook CE, et al. Diagnostic accuracy of clinical tests for the diagnosis of hip femoroacetabular impingement/labral tear: a systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med. 2015;49:811.

Clohisey J, Knaus E, Hunt D, et al. Clinical Presentation of Patients with Symptomatic Anterior Hip Impingement. Clin Orthop Relat Res. 2009;467:638-644.

Klaue K, Durnin CW, Ganz R. The acetabular rim syndrome: a clinical presentation of dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg [Br]. 1991;73-B:423-9.





¡Gracias!

Síguenos en redes



eominternacional.com | escuelaosteopatiamadrid.com