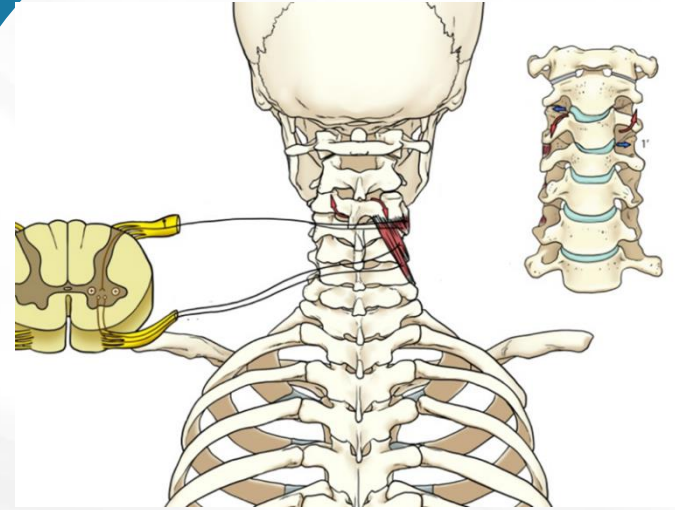


# DISFUNCIONES OSTEOPÁTICAS DEL RAQUIS CERVICAL

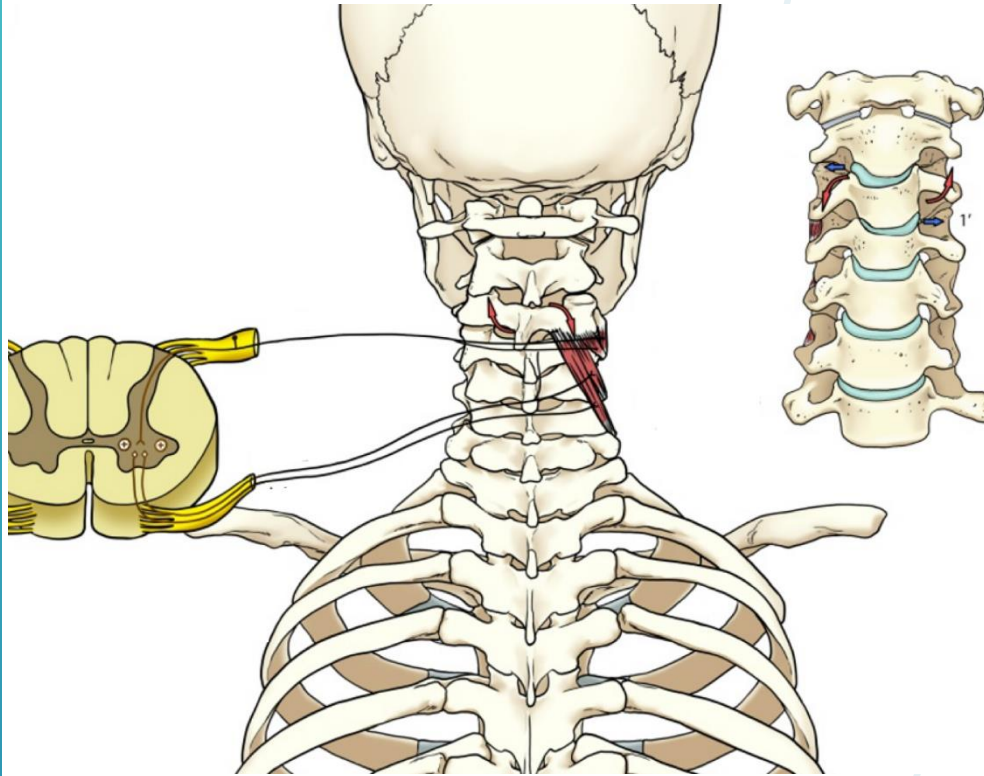
Autor: François Ricard, D.O PhD



Escuela de  
Osteopatía  
de Madrid  
Internacional



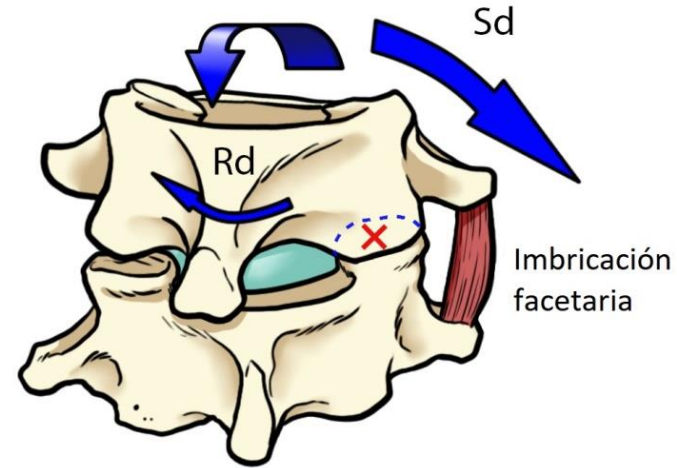
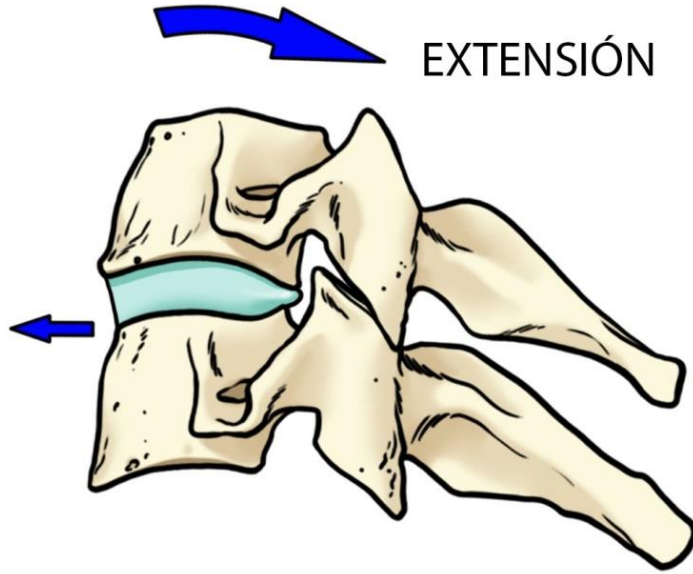
# DISFUNCIONES FACETARIAS CONVERGENTES



*Congestión del agujero de conjunción*

*Puede asociarse a NCBh*

*Actitud antiálgica cruzada (los músculos contralaterales intentan disminuir la compresión de la raíz nerviosa)*



## I – FISIOPATOLOGÍA :

- Disfunción de imbricación del lado de la posterioridad
- La R se produce del mismo lado de la S

## II – DIAGNÓSTICO:

- El espacio interespinoso
- La disfunción está fijada por el aumento tónico del músculo transverso-espinoso homolateral.
- Movimientos restringidos
- Test de Mitchell
- Palpación

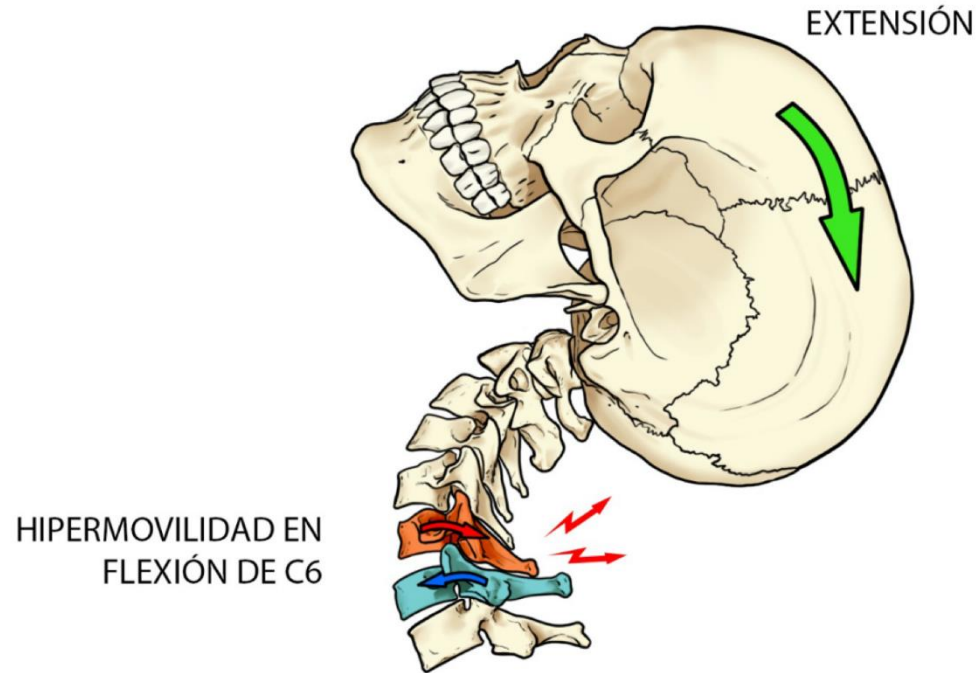


### III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

- Meta de la manipulación
- El espacio interespinoso está cerrado.
- La disfunción es fijada por el aumento tónico del músculo transversoespinoso homolateral.
- Movimientos restringidos en flexión, lateroflexión, rotación contralateral.
- Test de Mitchell: resistencia en el deslizamiento lateral hacia el lado de la lesión. La resistencia aumenta en flexión y disminuye en extensión.
- La palpación pone en evidencia una apófisis articular que sobresale posterolateralmente por culpa de la posterioridad asociada en la concavidad.



# DOLOR A LA EXTENSIÓN CERVICAL



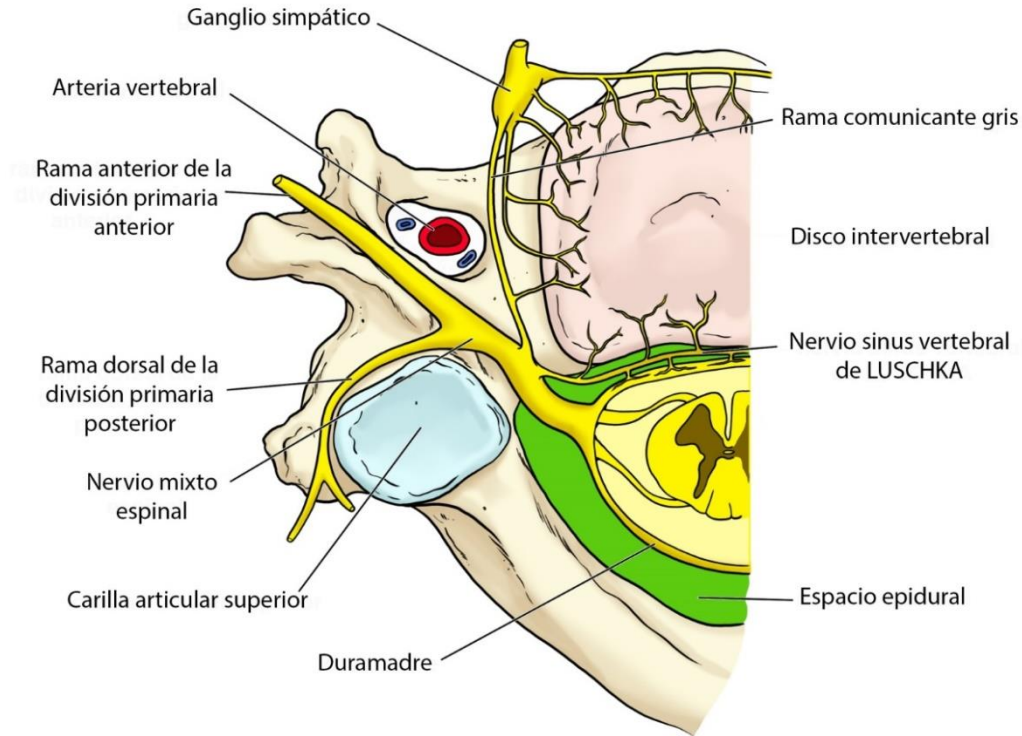
# DISFUNCIONES FACETARIAS DIVERGENTES

La protrusión del disco, del lado contrario a la inclinación lateral, puede provocar irritaciones periarticulares, pudiendo comprometer a las estructuras nerviosas adyacentes.

De la misma forma, la protrusión discal directamente en el lado del abombamiento, puede provocar una tensión neural generando inflamación de la raíz.



# DISFUNCIONES FACETARIAS DIVERGENTES



# Posibles estructuras comprometidas en la disfunción divergente:

- Nervio sinus vertebral de Luschka
  - Raíz nerviosa
  - Cadena ganglionar
  - L.V.C.P.
  - Sistema cápsuloligamentoso
- La protrusión del disco, del lado contrario a la inclinación lateral, pudiendo comprometer las estructuras nerviosas:

El nervio sinus vertebral de Luschka, que se encuentra íntimamente relacionado con la cadena ganglionar, la cápsula articular y el ligamento intertransverso (entre otras estructuras), se ve irritado por, la elongación de las carillas articulares y el desplazamiento del disco.

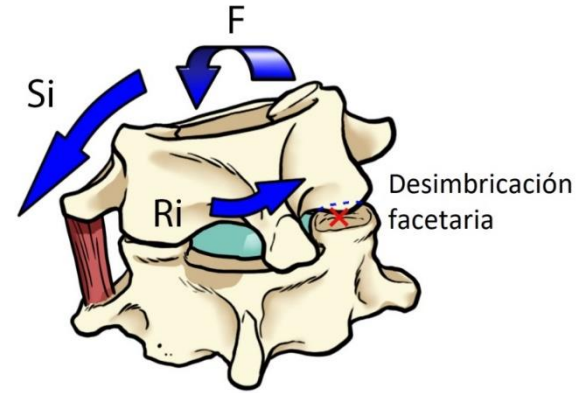
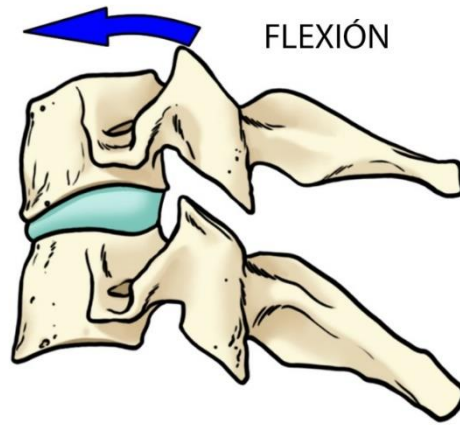


# DISFUNCIONES FACETARIAS DIVERGENTES

Es una disfunción de desimbricación ubicada del lado contrario a la posterioridad:

- O con un parámetro mayor en lateroflexión (protrusión discal).
- O con un parámetro mayor en rotación anterior (esto sobre todo en caso de WHIPLASH) llamada Disfunción en anterioridad.





## I- FISIOPATOLOGÍA:

Es una disfunción en desimbricación que se coloca del lado contralateral a la posterioridad. El disco intervertebral favorece el mantenimiento de la disfunción al igual que el aumento tónico de musculatura como son los Intertransversos, Transverso espinoso, Largo del cuello y Escalenos del lado de la posterioridad

## II - DIAGNÓSTICO:

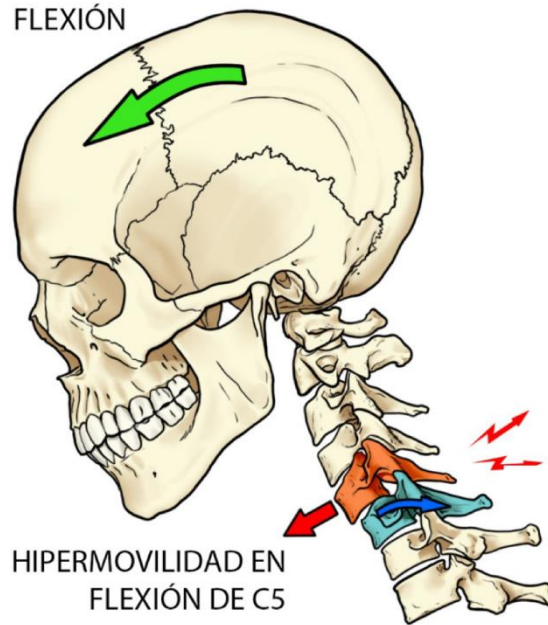
- Movimientos dolorosos y/o limitados
- Espacio interespinoso
- Test de MITCHELL
- Apófisis transversa sobresale lateralmente

## III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

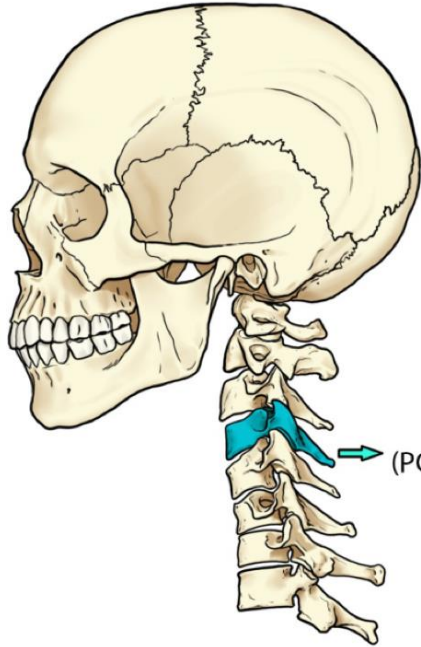
- Cerrar la carilla desimbricada y reducir la protrusión discal con una técnica de thrust en lateralidad desde el lado de la desimbricación hacia el lado de la posterioridad.



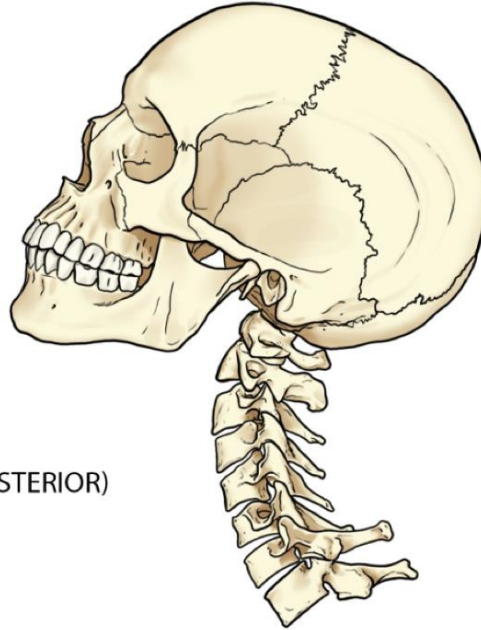
# DOLOR EN LA FLEXIÓN CERVICAL



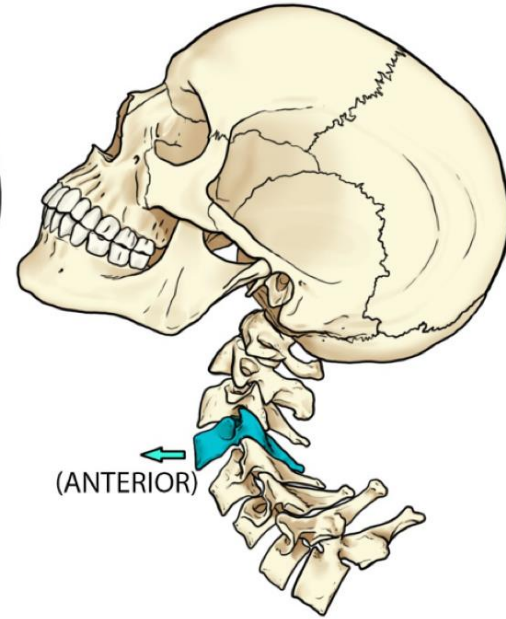
# DISFUNCIONES CERVICALES Y MODIFICACIONES DE LA CURVA CERVICAL



INVERSIÓN DE CURVA

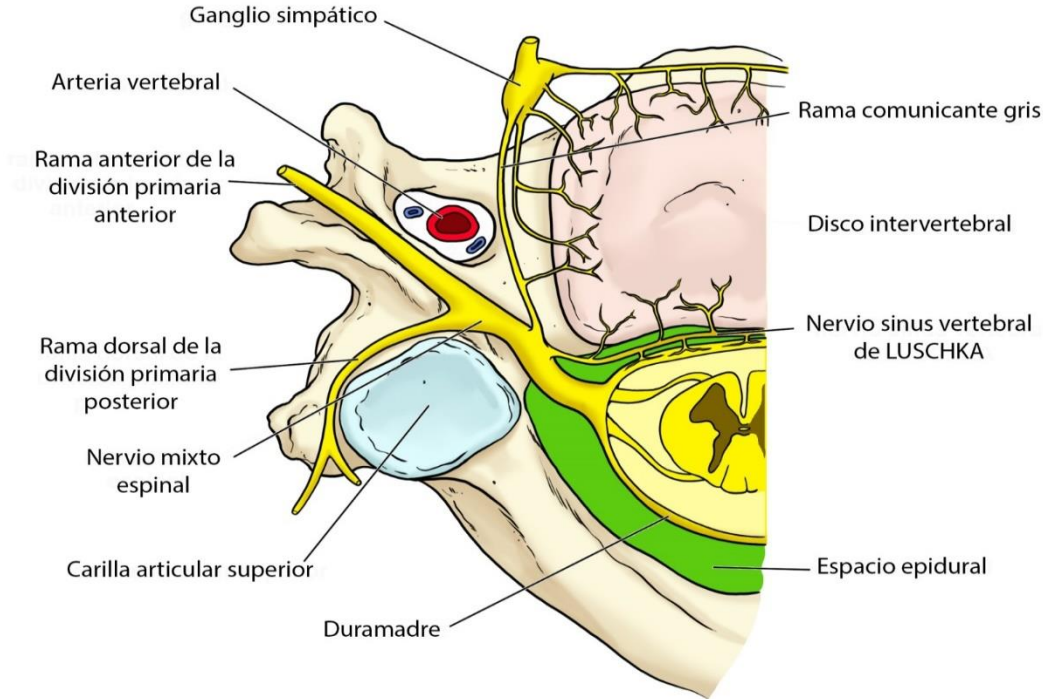


ESTÁTICA NORMAL



HIPERLORDOSIS

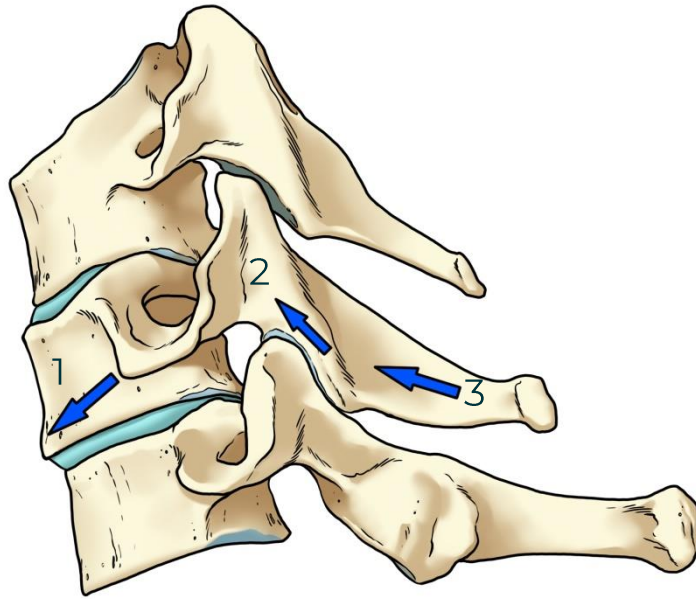
# DISFUNCIÓN EN ANTERIORIDAD "HIDDEN CERVICAL DISC"



# I – FISIOPATOLOGÍA:

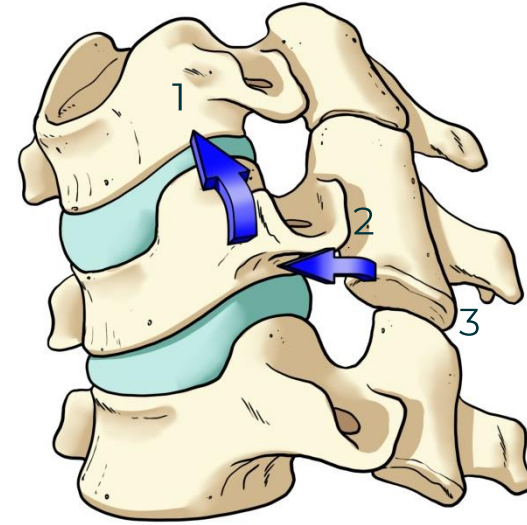
- Estas disfunciones resultan de un whiplash (mecanismo de hiperflexión), afectando a la carilla articular, al sinus intervertebral de LUSCHKA y el disco intervertebral.
- Pueden ser unilaterales, si durante el accidente la cabeza estaba girada; o bilaterales, si el paciente estaba mirando hacia delante.
- En la disfunción unilateral, la carilla en la convexidad está fijada en posición alta y ANTERIOR lo que aumenta la desimbricación.
- El aumento tónico de los escalenos fija esta disfunción.





### **ANTERIORIDAD BILATERAL**

- 1- deslizamiento anterior del cuerpo vertebral
- 2- anterioridad de la carilla
- 3- anterioridad global de la vértebra



### **ANTERIORIDAD UNILATERAL**

- 1- lateroflexión derecha
- 2- anterioridad izquierda
- 3- desimbricación y deslizamiento anterior de la carilla izquierda

## II - DIAGNÓSTICO:

- Radiológicamente, se observa rigidez cervical por el aumento tónico del largo del cuello, lo que determina una rectificación cervical e incluso, dependiendo de la gravedad, la inversión de curva.
- El movimiento más doloroso es la FLEXIÓN.
- Existen irradiaciones anteriores y de manera típica una irradiación interescapular en la zona T5-T6 cuando C5 está implicada.



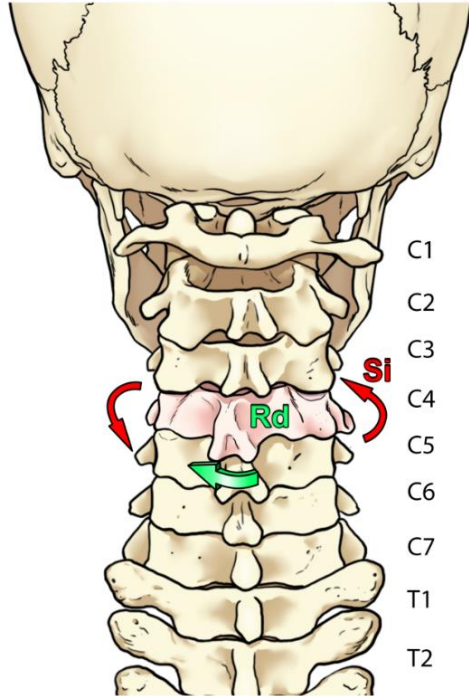
- El paciente puede presentar dolores lumbares en la flexión cervical por la tracción sobre la duramadre.
- A la palpación se nota un tubérculo anterior de la apófisis transversa más anterior y doloroso por la tracción de los escalenos.

### **III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:**

- Hacer retroceder la carilla articular anterior con thrust en rotación del lado homolateral.



# VARIANTES DISFUNCIONALES



- Van Buskirk describe ocasionalmente disfunciones en rotación e inclinación contrarias.
- Se observa este patrón cuando existe rectificación de la lordosis cervical.
- Estas disfunciones son el resultado de disfunciones de tejidos blandos.

# NEURALGIAS CERVICOBRAQUIALES ASOCIADAS A DISFUNCIONES FACETARIAS



# DISFUNCIÓN FACETARIA CONVERGENTE CON NCB dcha

- La convergencia puede provocar lesión discal y alteración neuroinflamatoria sobre la raíz nerviosa que puede producir una neuralgia cervicobraquial.

En este caso el paciente puede presentar una actitud antiálgica cruzada (los músculos contralaterales intentan contrarrestar el proceso convergente disminuyendo así la congestión neurovascular).



## II - DIAGNÓSTICO:

- Movimientos dolorosos y/o limitados
- Espacio interespinoso
- Test de MITCHELL
- Test de JACKSON
- Apófisis transversa sobresale lateralmente

## III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

Cerrar la carilla desimbricada



## II - DIAGNÓSTICO:

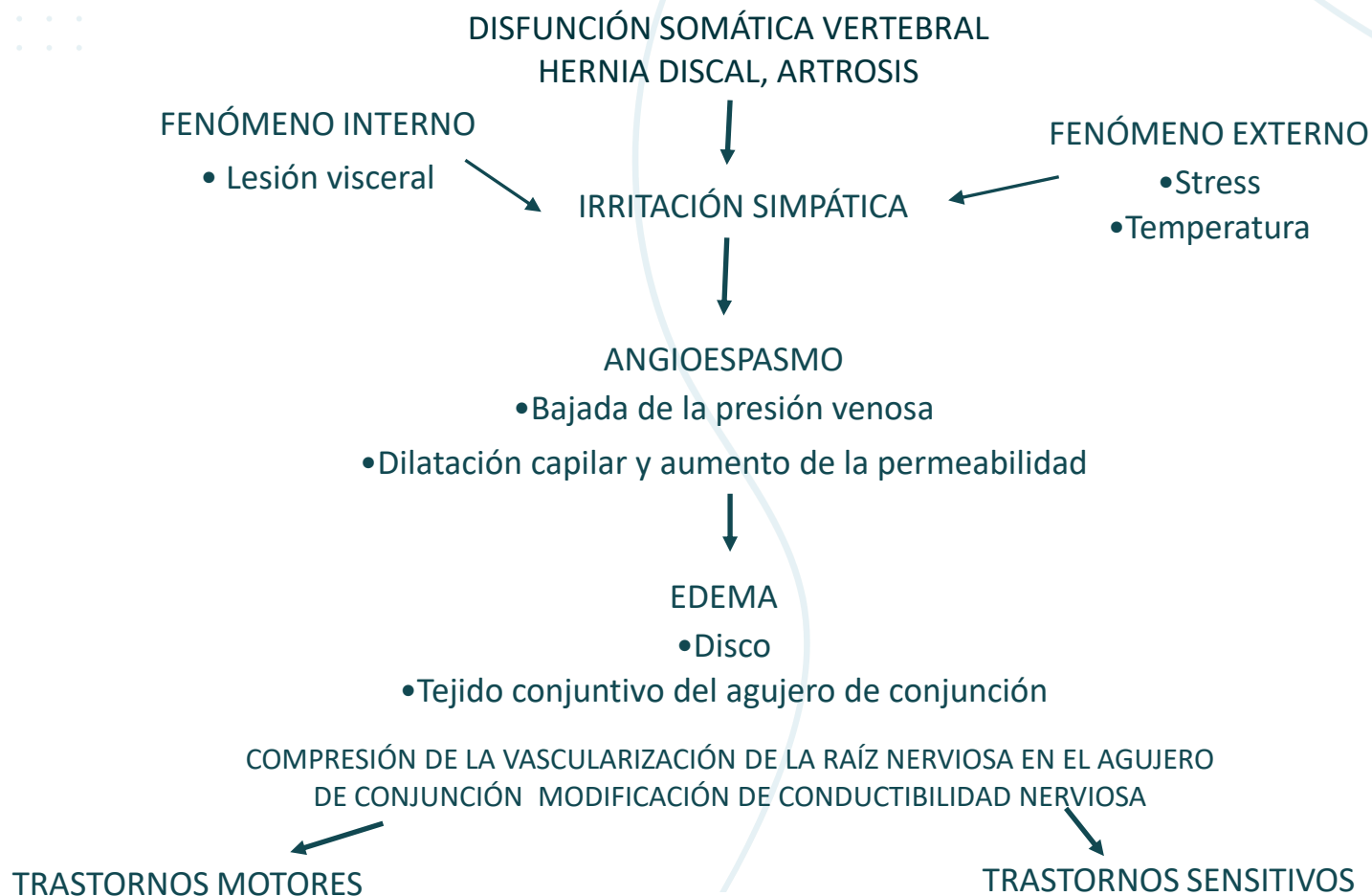
- Los movimientos dolorosos NEUROPÁTICOS (igual que el facetario):  
IMBRICACIÓN DCHA: EXT-Sd-Rd
- Los movimiento restringidos: Flx-Ri-Si
- El espacio interespinoso está cerrado
- Al test de MITCHELL existe una resistencia en deslizamiento lateral, por ejemplo en caso de IMBRICACIÓN derecha, de la izquierda a la dcha que aumenta en posición de flx cervical y disminuye en ext.
- El test de JACKSON es positivo en posición neutra del cuello y lateroflexión del lado homolateral a la imbricación y a la neuralgia.

## III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

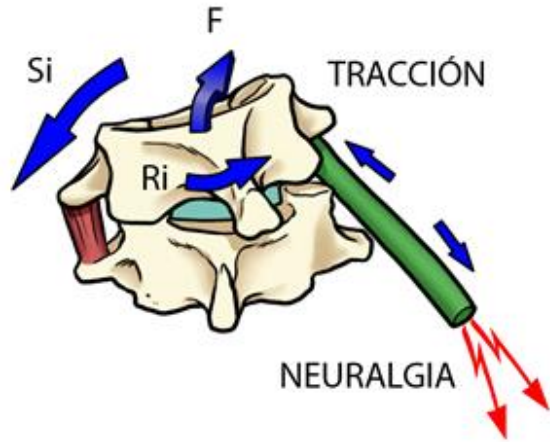
- Abrir la carilla imbricada



# MECANISMOS DE LAS RADICULALGIAS POR COMPRESIÓN



# DISFUNCIÓN FACETARIA DIVERGENTE CON NCB dcha



- La protrusión discal, por la tracción sobre la raíz nerviosa, puede producir una neuralgia cervicobraquial.

En este caso el paciente puede presentar una actitud antiálgica directa (los músculos homolaterales intentan disminuir la desimbricación y la tracción sobre la raíz nerviosa).

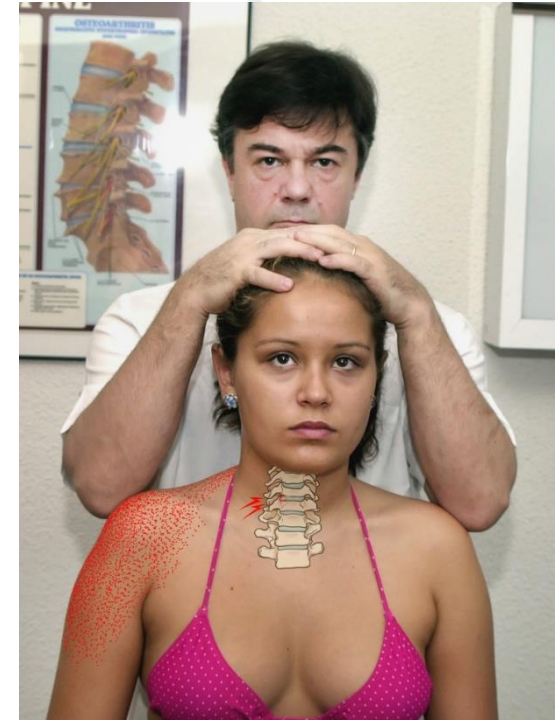


## II - DIAGNÓSTICO:

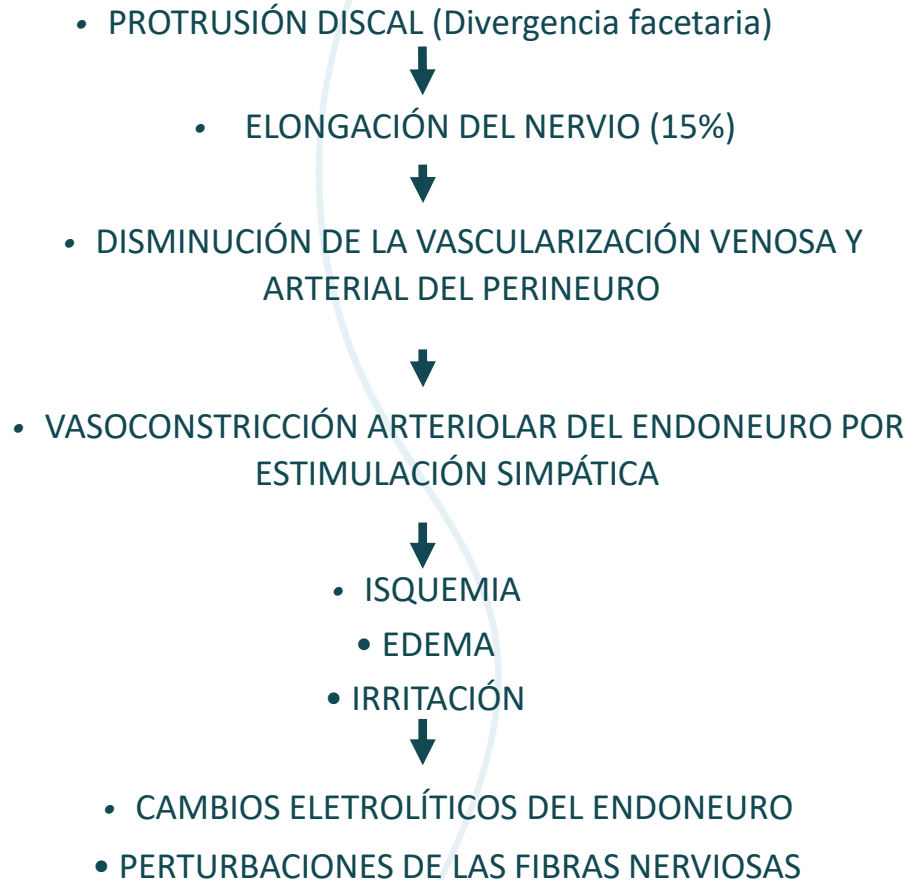
- Movimientos dolorosos y/o limitados
- Espacio interespinoso
- Test de MITCHELL
- Test de JACKSON
- Apófisis transversa sobresale lateralmente

## III - PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN:

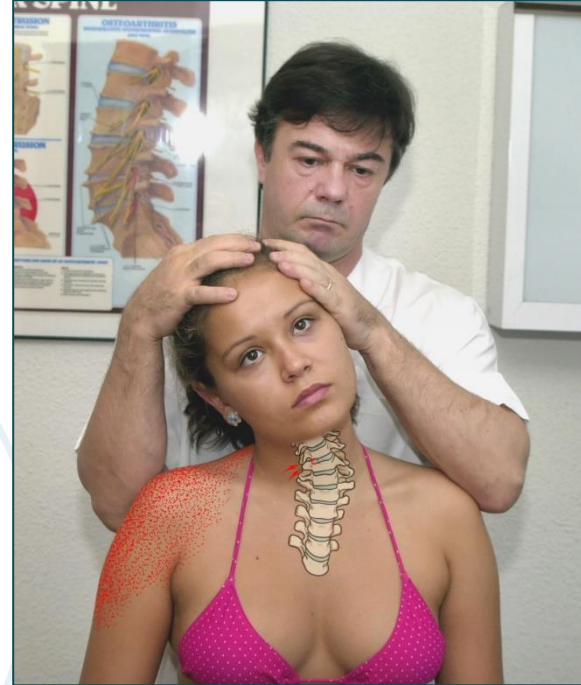
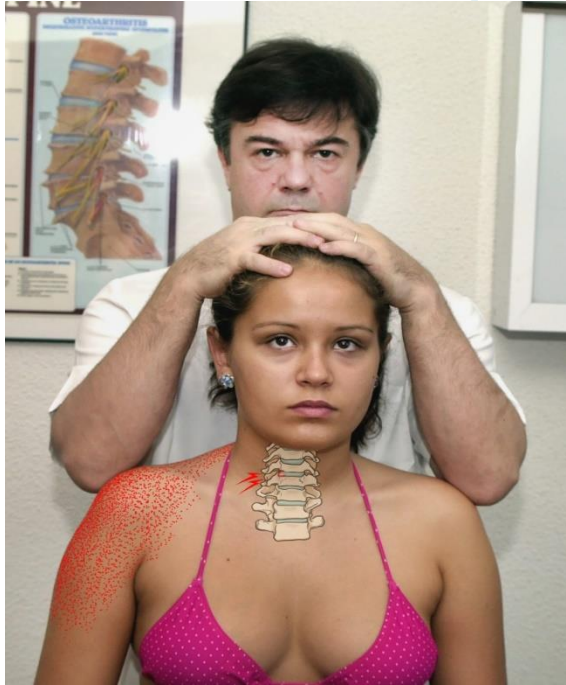
Cerrar la carilla desimbricada y reducir la protrusión discal con una técnica de thrust en lateralidad desde el lado de la desimbricación hacia el lado de la posterioridad.



# REPERCUSIONES DE UNA TRACCIÓN SOBRE EL NERVIOS SEGÚN SUNDERLAND

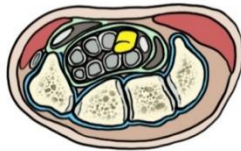
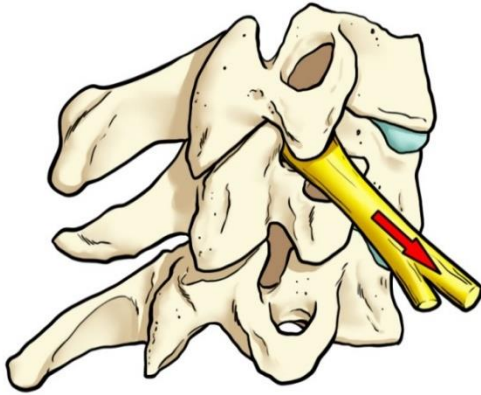


# TEST DE JACKSON

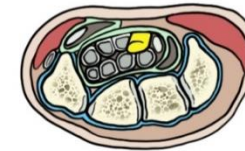
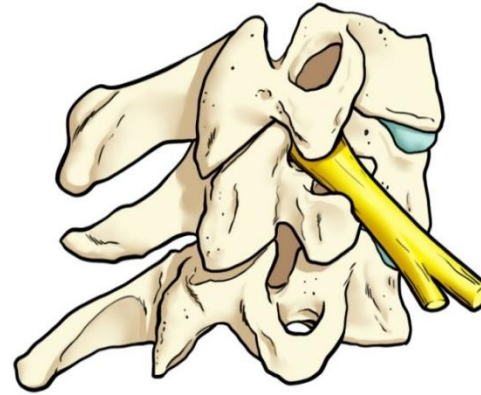


El test es positivo cuando el paciente nota dolor neuropático cervicobraquial.

# DOBLE CRUSH SYNDROME (SUNDERLAND)

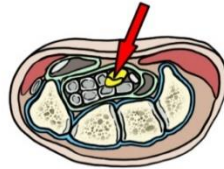
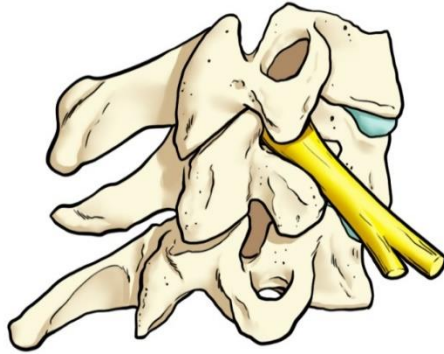


Nervio mediano normal a nivel del agujero de  
conjunción cervical y del canal carpiano

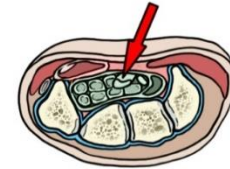
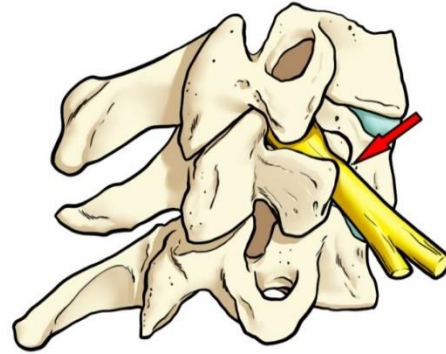


Ligera presión a nivel del canal capriano:  
no hay síntomas

# DOBLE CRUSH SYNDROME (SUNDERLAND)



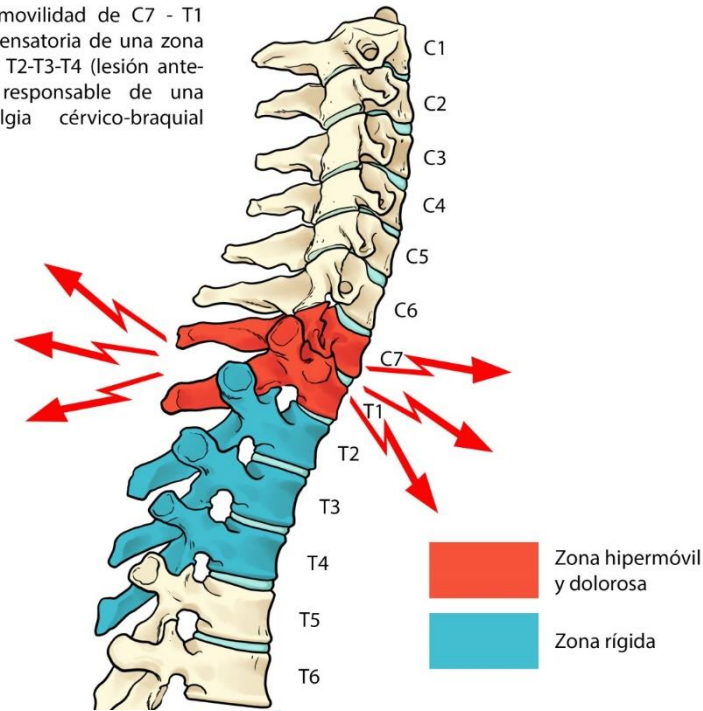
Compresión del nervio mediano a nivel del canal carpiano: hay síntomas distales. En la compresión a nivel cervical hay más síntomas proximales

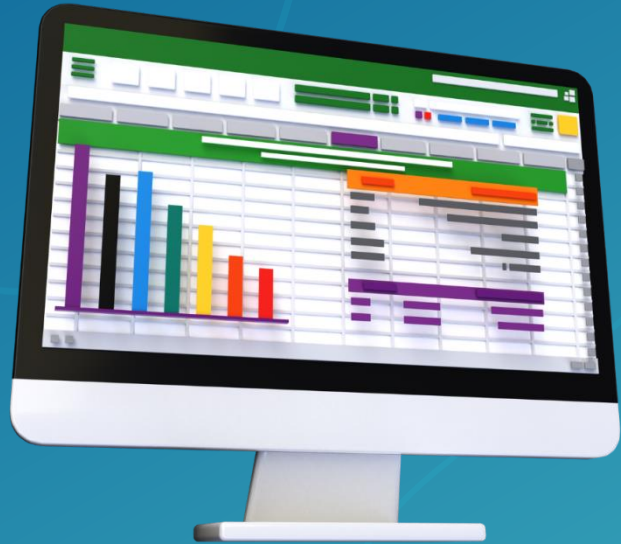


Doble crush syndrome: el nervio mediano presenta una doble compresión a nivel cervical y a nivel del canal carpiano: hay síntomas sobre todo a nivel distal, más ligeros a nivel proximal

# HIPERMOVILIDAD DE C7-T1 COMPENSATORIA DE UNA ZONA RÍGIDA T2-T3-T4 (LESIÓN ANTERIOR) RESPONSABLE DE UNA NEURALGIA CÉRVICOBRAQUIAL C8.

Hipermovilidad de C7 - T1 compensatoria de una zona rígida T2-T3-T4 (lesión anterior) responsable de una neuralgia cérvico-braquial C8.





# Visita Nuestro Departamento Científico

[scientific-european-federation-osteopaths.org](http://scientific-european-federation-osteopaths.org)