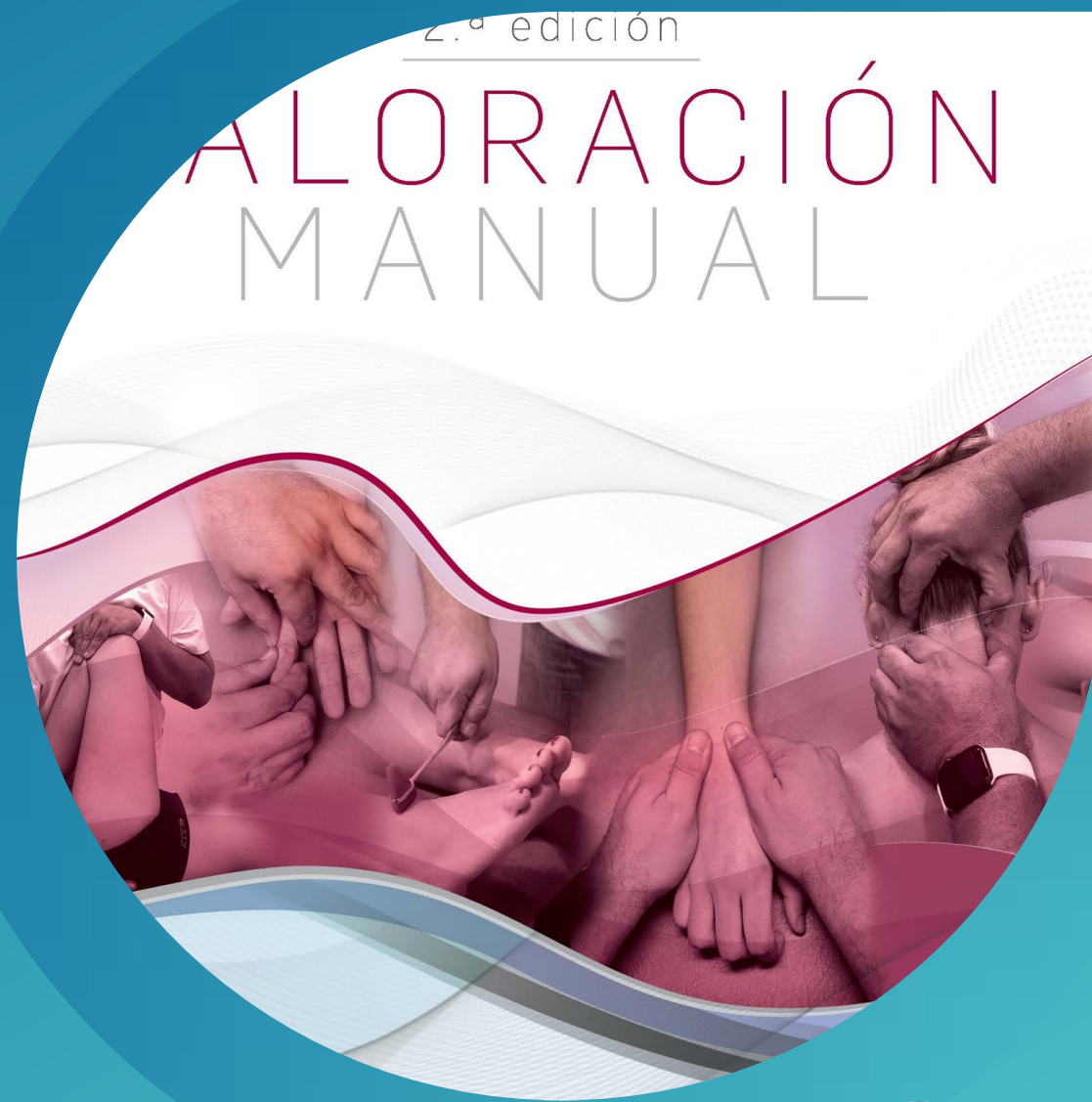


Diagnóstico diferencial de región cervical

Juan A. Díaz Mancha PhD

Colaboración: Aitor Vaquero Garrido



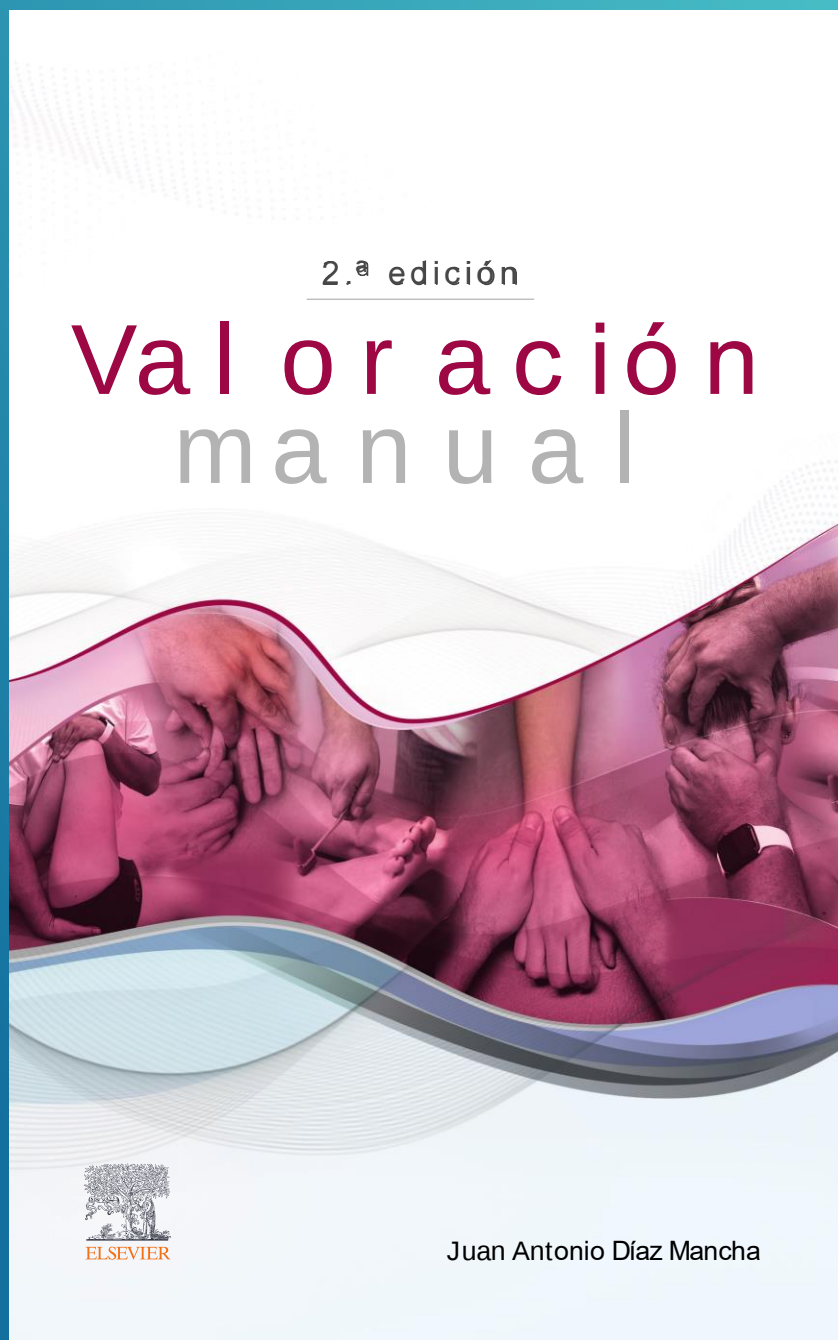
Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Esquema por patologías

- Pruebas para valorar la inestabilidad ligamentosa de la columna cervical (posibles fracturas)
- Pruebas para valorar la movilidad de la columna cervical
- Pruebas para detectar la presencia de una posible patología discal cervical
- Pruebas para valorar un problema facetario a nivel cervical
- Pruebas para valorar un problema muscular cervical
- Pruebas para valorar una neuropatía/radiculopatía de la columna cervical
- Pruebas para valorar una posible afectación vascular a nivel cervical
- Pruebas para detectar un problema de tipo médico (diagnóstico diferencial)



Pruebas para valorar la inestabilidad ligamentosa de la columna cervical (posibles fracturas)

- Prueba de Aspinall
- Test de Sharp-Purser **Evidencia científica**
- Prueba de distracción **Evidencia científica**
- Prueba de inestabilidad lateral atlantoaxial
- Prueba de percusión
- Prueba de estabilidad de los ligamentos alares **Evidencia científica**
- Prueba de la membrana tectoria **Evidencia científica**
- Test de inestabilidad cervical superior o test del ligamento transversal **Evidencia científica**





Prueba de Aspinall

Esta prueba se usa para determinar una alteración de la estabilidad de la articulación entre el atlas y el axis (primera y segunda vértebras cervicales). Pone de manifiesto una inestabilidad atlantoaxoidea por alteración del sistema ligamentoso de dicho complejo articular.

Posición del paciente

Tumbado, en decúbito supino con la cabeza por fuera de la camilla. Con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie, a la cabeza del paciente en finta doble orientado hacia los pies de aquel. Con una mano, el terapeuta toma un contacto en copa bajo el occipucio con los dedos orientados hacia los pies del paciente, de forma que coloca sus dedos índice y corazón en la parte posterior del atlas a ambos lados de la línea media. Con la otra mano toma un contacto bajo el mentón a través de la segunda comisura de los dedos.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una pequeña flexión cervical estabilizando el occipucio sobre el atlas. Manteniendo esta posición, aplica una fuerza de desplazamiento anterior sobre el atlas con la ayuda de los dedos de la mano en contacto con el occipucio.

Interpretación del test

Es posible que el paciente describa una sensación en la garganta motivada por el desplazamiento anterior del atlas en dirección al esófago, permitido por la hipermovilidad de la articulación atlantoaxoidea debida a la alteración del sistema de sostén ligamentoso. En este caso la prueba es positiva.

A veces se puede apreciar un chasquido al movimiento, indicativo de una insuficiencia de sostén por lesión del ligamento transversal del atlas, que puede presentarse por una causa traumática o por una anomalía congénita de la apófisis odontoides.

También es posible realizar la prueba en posición neutra o en ligera extensión del raquis cervical.

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 Sharp-Purser

Este test se usa para detectar una posible inestabilidad de la columna cervical alta. Es un test muy inespecífico que debe combinarse con otras pruebas para determinar un diagnóstico fiable.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos extendidos paralelos al cuerpo y la cabeza en posición neutra, con el cuello en ligera flexión.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta doble, orientado hacia este con la cabeza del paciente a la altura de su pecho. La mano anterior toma un contacto a nivel del frontal y la mano posterior toma un contacto a nivel del occipucio.

Ejecución del test

Con la mano anterior, el terapeuta realiza un deslizamiento anteroposterior del frontal, lo que impone un movimiento del occipucio con respecto al atlas y de este con respecto al axis.

Interpretación del test

El test será positivo si aparecen signos de dolor en la región cervical, que se traducirá en una posible inestabilidad atlantoaxial por afectación del plano ligamentoso.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre un 69-88% y un 96% para la subluxación atlantoidea < 4 mm y > 4 mm, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 15,64 para la subluxación atlantoidea < 4 mm, y de 21,56 para la subluxación atlantoidea > 4 mm. La razón de verosimilitud negativa es de 0,33 para la subluxación atlantoidea < 4 mm; y de 0,13 para la subluxación atlantoidea > 4 mm. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 85% y un valor predictivo negativo del 90% para la subluxación atlantoidea < 4 mm y del 97% para la subluxación atlantoidea > 4 mm.





Prueba de distracción

Esta prueba sirve para determinar una posible afectación del sistema capsuloligamentario o del sistema muscular monoarticular de la columna cervical. Está contraindicada en caso de inestabilidad importante de la columna cervical.

Posición del paciente

Sentado, con los brazos extendidos a lo largo del tronco y la cabeza en posición neutra. Las manos reposan sobre sus muslos.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta doble orientado hacia este. Con la mano posterior, el terapeuta toma un contacto bajo el occipucio, mientras que con la mano anterior contacta bajo la mandíbula del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una lenta y progresiva tracción axial hacia el techo de la cabeza del paciente.

Interpretación del test

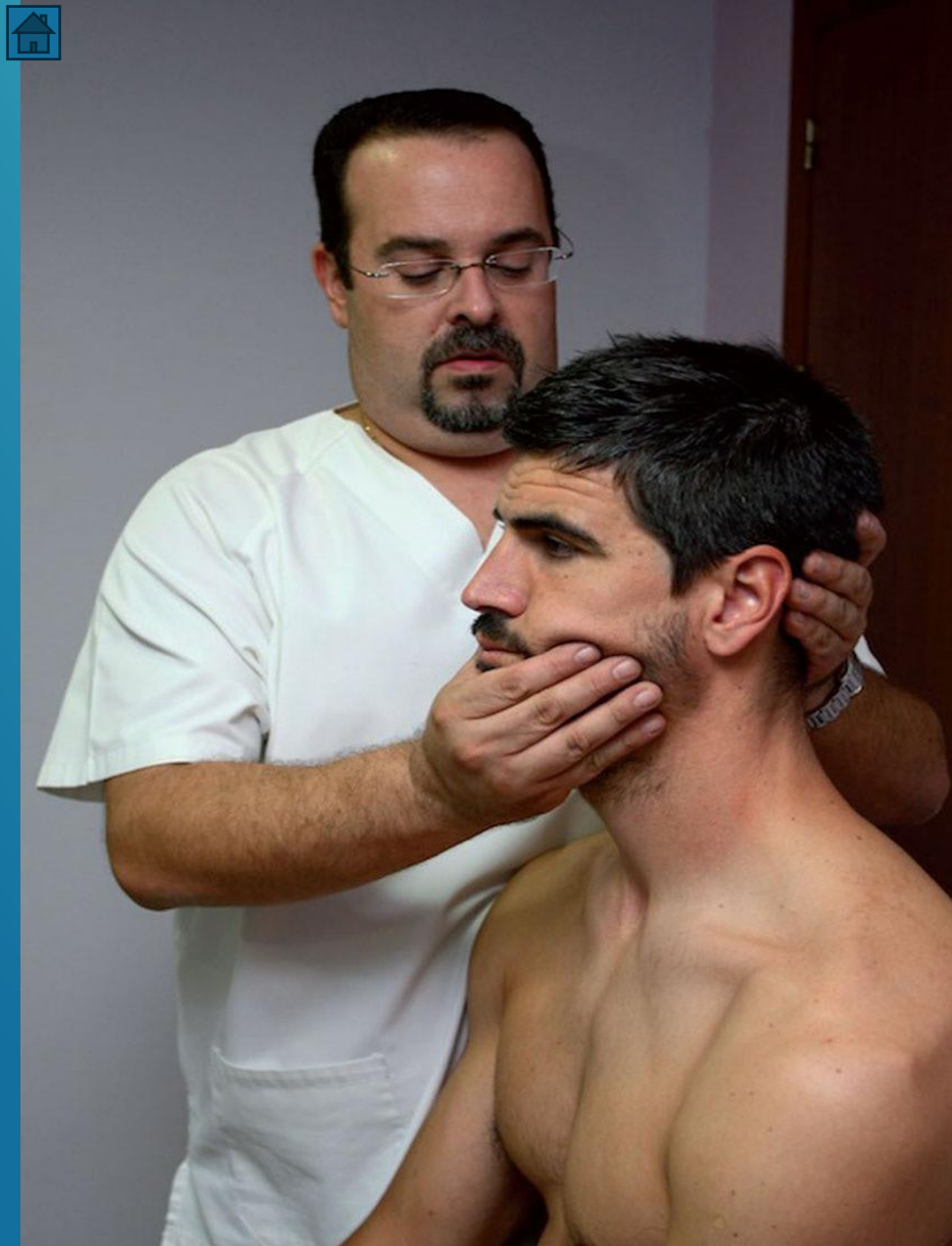
Si el dolor desaparece al realizar la maniobra, se puede concluir que se debe a un atrapamiento radicular, ya que la maniobra tiende a separar las carillas articulares produciendo una descompresión de las raíces nerviosas de la columna cervical.

Si el dolor aumenta al realizar la maniobra, indica una afectación del sistema capsuloligamentoso de la columna cervical al poner en tensión dicho sistema.

Igualmente, un aumento del dolor durante la realización de la maniobra indica una posible afectación de la musculatura de la columna cervical, en especial de la musculatura monoarticular del raquis.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 44 y 90%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 4,4. La razón de verosimilitud negativa es de 0.62.





Prueba de inestabilidad lateral atlantoaxial

Esta prueba se utiliza para valorar una posible lesión de inestabilidad del segmento de la columna cervical alta (C1-C2).

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos extendidos a lo largo del tronco y la cabeza apoyada en la camilla.

Posición del terapeuta

De pie, a la cabeza del paciente en finta doble orientado hacia los pies de este. El terapeuta toma un contacto con la yema de ambos dedos índices en la punta de la transversa del atlas de un lado y en la punta de la transversa del axis del otro lado.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una fuerza contraria con los dedos, de forma que trata de deslizar el atlas hacia un lado y el axis hacia el lado opuesto.

Interpretación del test

El test se considera positivo si existe un movimiento excesivo más allá del movimiento normal. Este deslizamiento es indicativo de una lesión de inestabilidad de la articulación atlantoaxoidea, posiblemente por una fractura de la apófisis odontoides del axis.





Prueba de percusión

Esta prueba se utiliza para el diagnóstico de una alteración en la columna cervical, ya sea de tipo muscular, ligamentosa, ósea o radicular.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco dejando caer sus manos sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta doble orientado hacia este. Con la mano anterior, el terapeuta toma un contacto sobre el frontal del paciente, mientras que el codo del mismo brazo estabiliza el hombro homolateral reposando delante de la articulación glenohumeral. La mano posterior queda libre.

Ejecución del test

Se realiza una ligera flexión pasiva de la columna cervical del paciente. Con la mano posterior, el terapeuta percute con la ayuda de sus dedos las apófisis espinosas de la columna cervical del paciente.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva si aparece dolor durante la maniobra. El dolor localizado, no radicular, podría indicar una fractura, una afectación ligamentosa o una afectación muscular. En el caso de que aparezca dolor de tipo radicular, indicaría una posible afectación de las raíces nerviosas de la columna cervical.



Prueba de estabilidad de los ligamentos alares

Esta prueba se usa para detectar una inestabilidad en el complejo cervical alto por alteración de los ligamentos alares.

Posición del paciente

En sedestación, relajado con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre sus muslos. Las cervicales se encuentran en ligera flexión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en finta doble detrás del paciente, ligeramente desplazado hacia un lado. Toma contacto con la mano interna con la espinosa de C2 mediante pinza pulgar-índice. La otra mano la sitúa sobre el vértex de la cabeza del paciente.

Ejecución del test

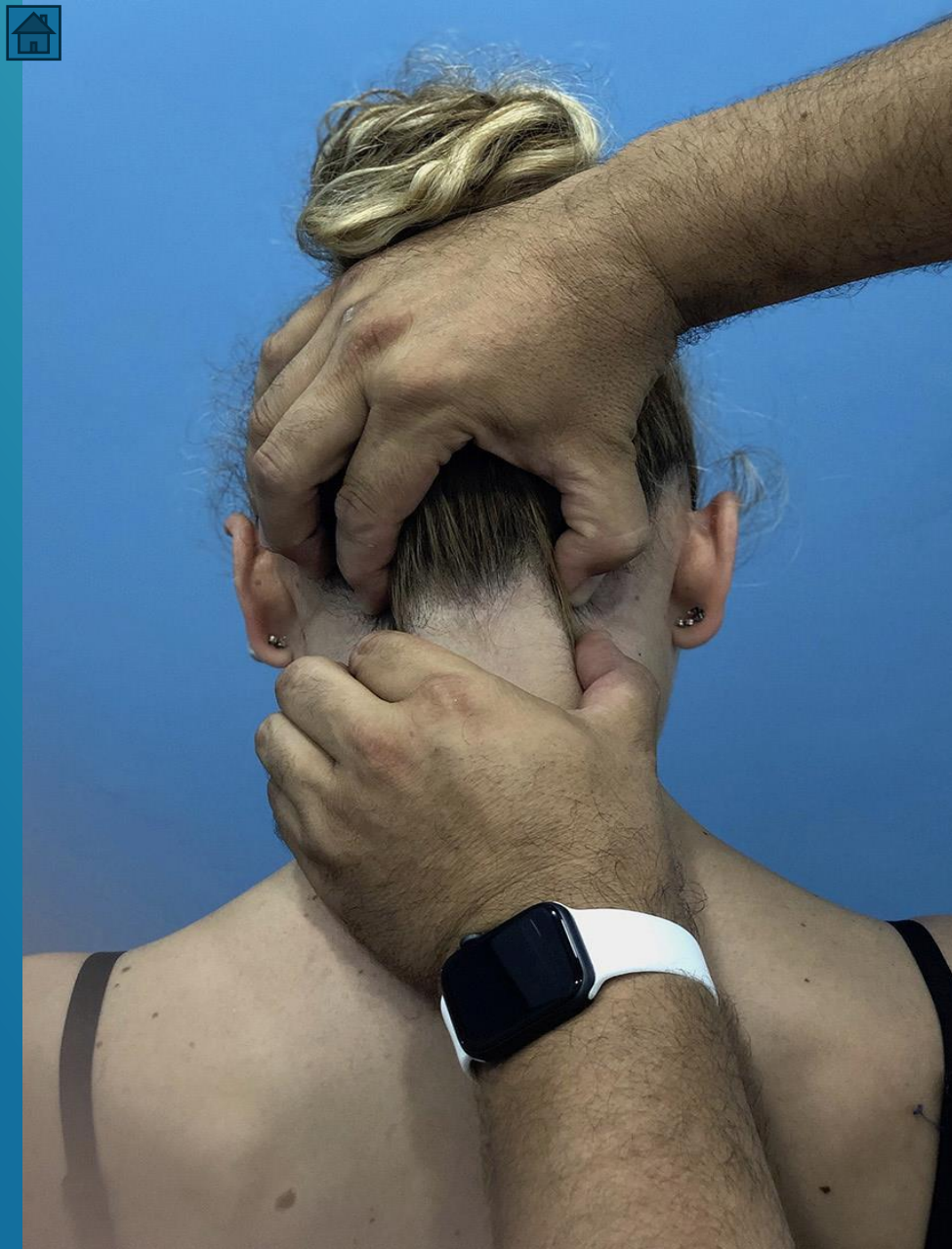
El terapeuta, por medio de su contacto craneal, aumenta la flexión cervical del paciente y, de forma pasiva, realiza movimientos de rotación de la cabeza. Primero hacia un lado y luego hacia el otro. La mano situada sobre la espinosa de C2 realiza un contacto sensitivo acompañando el movimiento de la misma.

Interpretación del test

El test se considera positivo si aparece un movimiento excesivamente aumentado en la segunda vértebra cervical durante el movimiento de rotación de la cabeza del paciente. En este caso se podría pensar en una inestabilidad del complejo cervical alto por la distensión o rotura de los ligamentos alares.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 69 y el 72% y 96-100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva que oscila entre 16,37 y 94,09. La razón de verosimilitud negativa oscila entre 0,29 y 0,33. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo que oscila entre el 93 y el 100% y un valor predictivo negativo que oscila entre el 80 y el 81%. Los valores del índice de Kappa oscilan entre 0,69 y 0,71.



Prueba de la membrana tectoria

Esta prueba se usa para detectar una alteración de la membrana tectoria a través de una inestabilidad cervical superior.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la espalda del paciente desplazado hacia un lado. Toma un contacto craneal con las yemas de los dedos índice y pulgar de una mano en las apófisis occipitales, justo detrás de las apófisis mastoideas de los huesos temporales. La otra mano toma contacto en pinza pulgar-índice en la cara lateral de las apófisis transversas de C3.

Ejecución del test

El terapeuta realiza un bloqueo, a través de su contacto inferior, de la columna cervical baja. Con la otra mano realiza una ligera compresión y tracción de la cabeza del paciente, de tal modo que genera, de forma pasiva, una ligera flexión acompañada de tracción craneal de la cabeza del paciente. Así pone en tensión la membrana tectoria y los tejidos blandos posteriores de la región cervical alta.

Interpretación del test

El test se considera positivo si se produce un desplazamiento anormalmente excesivo de la región cervical alta. De esta forma, se podría pensar en una inestabilidad importante del complejo cervical superior.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 94% y 99% , respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 98,44. La razón de verosimilitud negativa es de 0,06. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 94% y un valor predictivo negativo del 99%. Finalmente, se ha evidenciado un valor para el índice de kappa de 0,93.





Test de inestabilidad cervical superior o test del ligamento transverso

Esta prueba se usa para evaluar la insuficiencia del ligamento transverso de C1-C2 mediante la traslación del atlas sobre el axis.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos estirados a lo largo del tronco y la cabeza reposada sobre la camilla.

Posición del terapeuta

Sentado a la cabeza del paciente, orientado hacia sus pies. Toma un contacto anterior fijando C2 por delante con su mano mediante los tres primeros dedos, a través de las apófisis transversas. La mano posterior lleva a cabo un contacto con los dos primeros dedos en el occipital, estabilizándolo, mientras que 3.º, 4.º y 5.º contactan con el arco posterior del atlas.

Ejecución del test

El test se realiza mediante la aplicación por parte del terapeuta de una fuerza de cizallamiento entre ambas manos, de tal forma que se produzca un deslizamiento lateral del atlas con respecto al axis. Primero hacia un lado, luego hacia el otro.

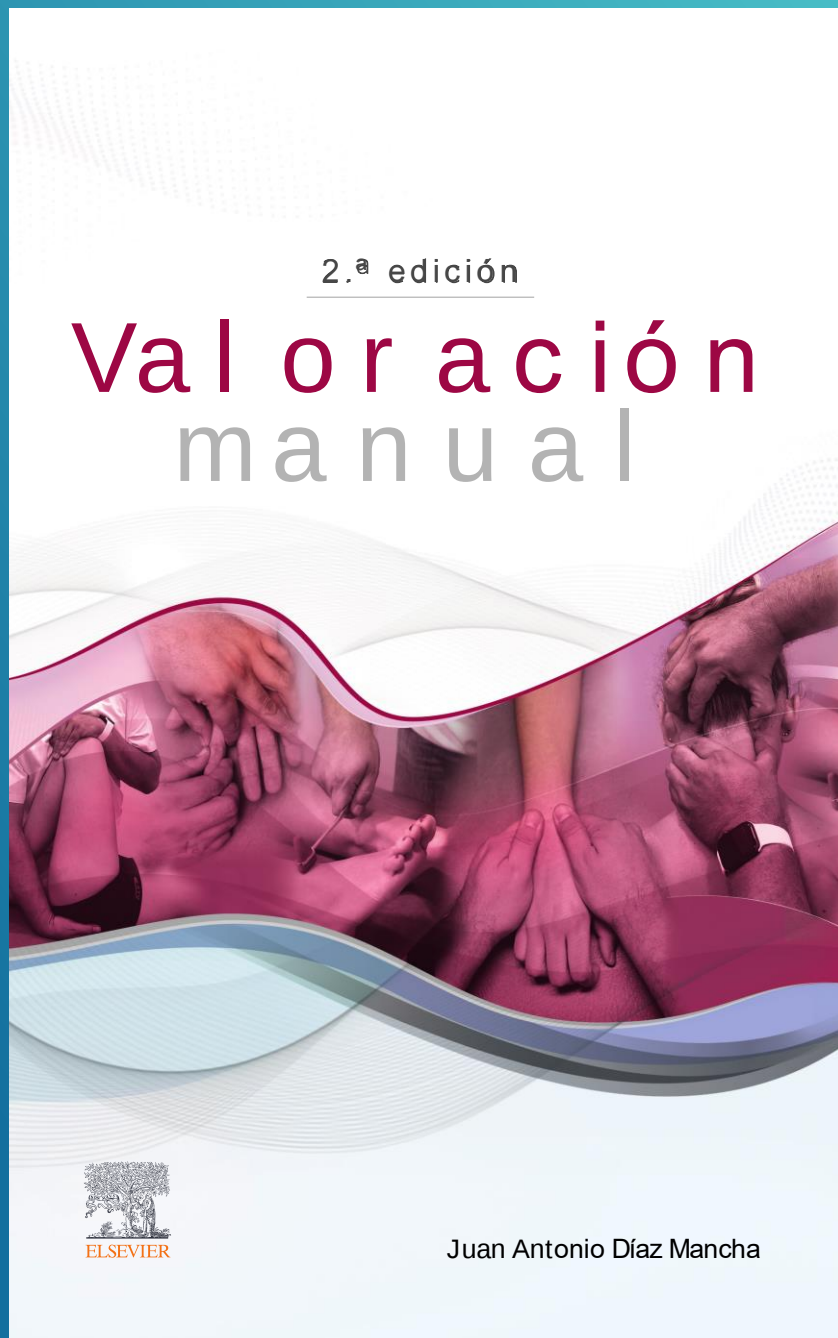
Interpretación del test

El test se considera positivo si aparece un movimiento anormalmente aumentado entre ambos niveles vertebrales. Este excesivo desplazamiento se produce por una alteración de elongación o rotura del ligamento transverso del atlas, lo que genera inestabilidad cervical superior.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba arrojan valores del 65 y 99%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 97% y un valor predictivo negativo del 84%.





Pruebas para valorar la movilidad de la columna cervical

- Prueba de rotación de la columna vertebral cervical **Evidencia científica**
- Prueba de rotación de la cabeza en extensión máxima **Evidencia científica**
- Prueba de rotación de la cabeza en flexión máxima
- Prueba funcional segmentaria de la columna vertebral cervical
- Prueba de Soto-Hall



Prueba de rotación de la columna vertebral cervical

Esta prueba se usa para detectar posibles anomalías por restricción de movilidad o dolor en la columna cervical a su movilización.

Posición del paciente

Sentado relajado, con los brazos paralelos al tronco reposando las manos sobre sus rodillas.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este. Toma un contacto con las manos a ambos lados de la cabeza.

Ejecución del test

El terapeuta realiza de forma pasiva una rotación máxima sin forzar a la izquierda y después a la derecha.

Interpretación del test

La prueba es normal si la amplitud de la movilidad en rotación es simétrica y con un tope elástico al final del movimiento. En caso de que haya alteraciones, se nota un tope seco que aparece antes de completar el arco normal de movimiento y una asimetría en la amplitud de los movimientos normales a la izquierda o a la derecha.

Si el tope y el dolor aparecen pronto, al inicio del movimiento, pone de manifiesto una alteración de la columna cervical alta de tipo artrosis, bloqueo o infección; si aparece a mitad del recorrido articular, la alteración corresponde a la columna cervical media, y si aparece al final de la amplitud articular, indica un problema o en la columna cervical baja o en la columna torácica alta, ya que la rotación de la columna cervical se va a transmitir hasta la vértebra T5. La aparición de otros síntomas, como mareos, vértigos o nistagmo, ponen de manifiesto una alteración vascular cervical o un problema del sistema vestibular que habrá que descartar con las pruebas pertinentes.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 77, 80 y 77,30%, respectivamente.





Prueba de rotación de la cabeza en extensión máxima

Esta prueba se usa para valorar la parte baja de la columna cervical, la columna cervicotorácica y la columna torácica alta.

Posición del paciente

Sentado, relajado, con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas sobre las piernas.

Posición del terapeuta

De pie lateralmente al paciente en finta doble orientado hacia este. Con la mano posterior toma un contacto sobre el occipucio y con la mano anterior toma un contacto a nivel del mentón.

Ejecución del test

El terapeuta realiza de forma pasiva una extensión de la columna cervical del paciente y, manteniendo esta extensión, realiza una rotación a un lado y después al otro.

Interpretación del test

La extensión cervical máxima bloquea el segmento cervical alto, por lo que el movimiento en rotación se realiza solo con la columna cervical baja, la zona cervicotorácica y la columna dorsal alta. La existencia de dolor con limitación de la amplitud en rotación con el cuello en extensión pone de manifiesto alteraciones degenerativas tipo artrosis de la columna cervical media-baja o de la columna torácica alta (menos frecuente).

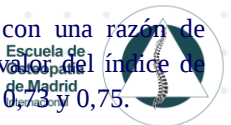
Hay que tener en cuenta la posibilidad de que aparezcan vértigos; si es así, hay que descartar un posible problema vascular de la arteria vertebral o un problema en el sistema vestibular, que hay que valorar mediante las pruebas correspondientes.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 82,70 y 58,90%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 2,01. La razón de verosimilitud negativa es de 0,29. Asimismo, se ha evidenciado un valor del índice de Kappa interexaminador que oscila entre 0,92 y 0,93 y un valor del índice de Kappa intraexaminador que oscila entre 0,73 y 0,75.



Lemeunier N, da Silva-Oolup S, Chow N, Southerst D, Carroll L, Wong JJ et al. Reliability and validity of clinical tests to assess the anatomical integrity of the cervical spine in adults with neck pain and its associated disorders: Part 1-A systematic review from the Cervical Assessment and Diagnosis Research Evaluation (CADRE) Collaboration. Eur Spine J. 2017;26(9):2225-2241.





Prueba de rotación de la cabeza en flexión máxima

Esta prueba se usa para valorar posibles alteraciones en la parte alta de la columna cervical.

Posición del paciente

Sentado, relajado con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas en las piernas.

Posición del terapeuta

De pie lateralmente al paciente en finta doble orientado hacia este. Con la mano posterior toma un contacto en el occipucio, y con la mano anterior toma un contacto en el mentón.

Ejecución del test

El terapeuta realiza de forma pasiva una flexión de la columna cervical del paciente y, manteniendo aquella, lleva a cabo una rotación a un lado y después al otro.

Interpretación del test

La flexión máxima de la columna cervical bloquea el segmento cervical por debajo de T2, por lo que el movimiento en rotación se realiza solo con la columna cervical alta, esto es, occipucio, atlas y axis. La existencia de dolor con limitación de la amplitud en rotación con el cuello en flexión pone de manifiesto alteraciones degenerativas tipo artrosis de la columna cervical alta.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de que aparezcan vértigos; si es así, hay que descartar un posible problema vascular de la arteria vertebral o una alteración del sistema vestibular que se tendrá que descartar con las pruebas oportunas.

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 funcional segmentaria de la columna vertebral cervical

Esta prueba se utiliza para analizar la movilidad segmentaria del raquis cervical.

Posición del paciente

Sentado, con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

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

Ejecución del test

El terapeuta pasa el brazo de la mano anterior por delante de la cara del paciente de tal forma que tome un contacto abrazando la cabeza de aquel. Con el borde cubital de la misma mano, contacta con la superficie inferior de la apófisis espinosa de la vértebra un nivel superior a la que va a valorar. Con una toma de pico de pato, la mano posterior del terapeuta contacta con la apófisis espinosa de la vértebra a valorar.

El terapeuta realiza un empuje en dirección craneal con su mano anterior produciendo un leve ascenso de los niveles superiores a la vértebra a valorar. La mano posterior valora la movilidad vertebral del segmento con el que contacta, de tal forma que lleva a cabo un empuje posteroanterior, lateral y rotatorio a la izquierda y a la derecha.

Interpretación del test

El terapeuta ha de percibir la movilidad de cada segmento vertebral, apreciando posibles restricciones en una dirección u otra. La prueba ha de realizarse en todo el conjunto vertebral cervical.

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 Soto-Hall

Con esta prueba se trata de realizar un análisis funcional inespecífico de la columna cervical.

Posición del paciente

En decúbito supino con los brazos reposando paralelos al tronco.

Posición del terapeuta

De pie, a la cabeza del paciente en finta adelante en dirección caudal.

Ejecución del test

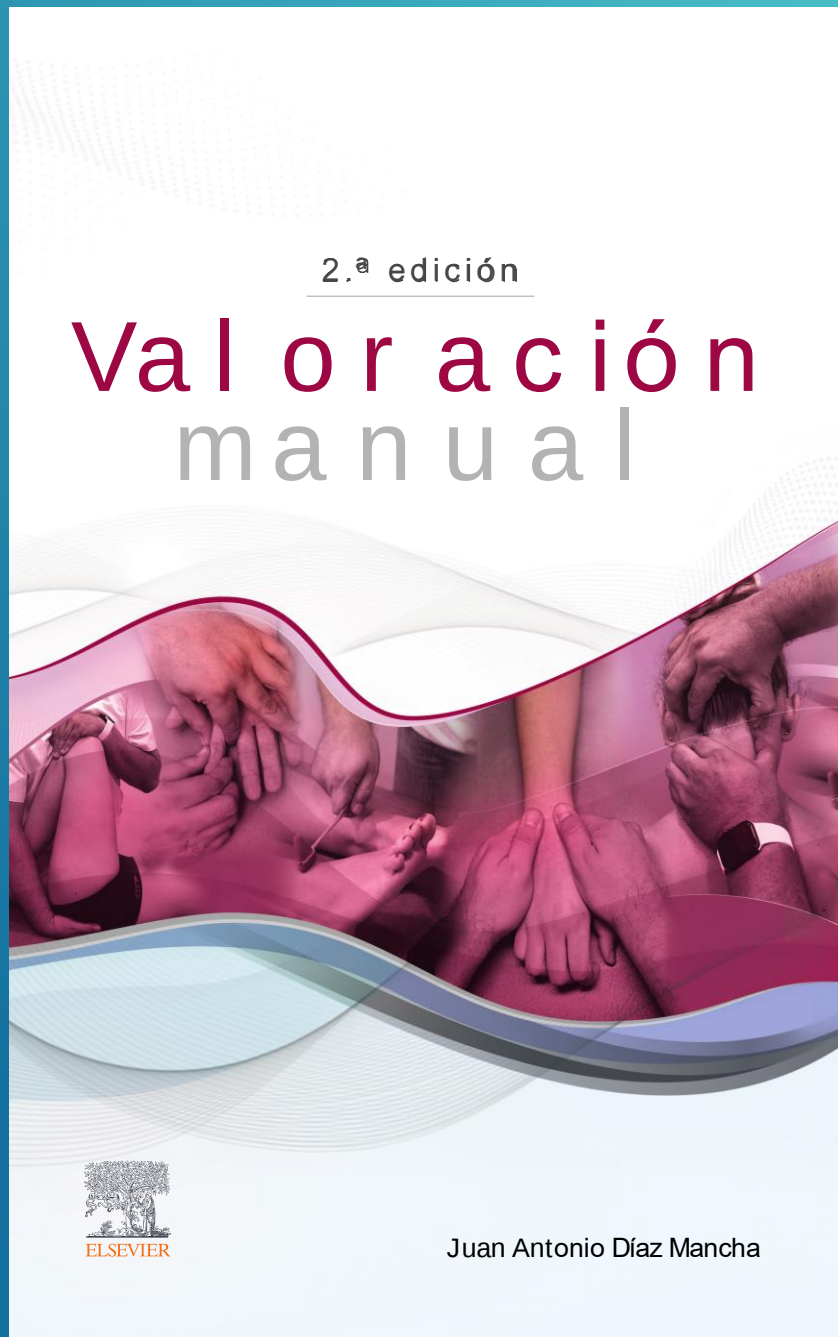
El terapeuta toma un contacto con la mano craneal bajo el occipucio y con la mano caudal globalmente sobre el esternón. Le pide al paciente que realice una flexión cervical activa, de tal forma que intente contactar el mentón al manubrio esternal. Una vez llegado al final de la amplitud activa, el terapeuta incrementa de forma pasiva la flexión cervical del paciente a la vez que realiza una compresión anteroposterior con la mano esternal.

Interpretación del test

La existencia de dolor en la zona de la musculatura corta de la nuca al aumentar de forma pasiva el movimiento indica una posible afectación ósea o ligamentosa de la columna cervical. Igualmente, la aparición de dolor durante la fase activa del movimiento pone de manifiesto una afectación muscular de la columna cervical.

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 detectar la presencia de una posible patología discal cervical

- Prueba de Jackson **Evidencia científica**
- Prueba de Spurling o de compresión foraminal **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba de Jackson

En un principio, el test de Jackson se describió para valorar una afectación discal cervical en el caso de hernias discales. No obstante, en estudios posteriores se ha observado que no todos los test de Jackson positivos cursan con afectación discal, ya que es posible que un test de Jackson positivo sea producido por un síndrome facetario. Sin embargo, una afectación discal siempre va a dar un test de Jackson positivo y, en conclusión, en el caso de que la prueba sea negativa, se puede afirmar sin temor a error que no existe en ese paciente una lesión de tipo hernia discal. Por este motivo, este test se usa más para descartar una afectación discal que para afirmar que exista.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos extendidos a lo largo del tronco, las manos reposadas sobre los muslos y la cabeza mirando al frente.

Posición del terapeuta

En bipedestación detrás del paciente en finta doble orientado hacia el mismo, con los dedos de ambas manos entrelazados y apoyados sobre la parte superior de la cabeza del paciente. Los codos del terapeuta se colocan estabilizando al paciente por la parte superior de sus hombros.

Ejecución del test

El terapeuta aplica una compresión axial descendente y progresiva sobre la cabeza del paciente a través de las manos colocadas en la parte superior de aquella.

Interpretación del test

El resultado se considera positivo si aparece un dolor cervical con irradiación a un brazo del paciente. Esto indicaría una posible afectación discal o un síndrome facetario. Para determinar la raíz afectada, es interesante conocer la distribución del dolor.

Como se ha indicado en la introducción al test, en el caso de que no aparezca dolor cervical con irradiación al brazo se puede descartar una afectación discal cervical.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 36 y 100%, respectivamente.





Prueba de Spurling o de compresión foraminal

Por el propio mecanismo del procedimiento, esta prueba debe realizarse con mucha precaución en pacientes que padezcan alteraciones que cursen con fragilidad ósea, como las osteoporosis graves o en pacientes con antecedentes de tumores. Esta prueba se utiliza para detectar problemas discales en caso de neuropatías de atrapamiento del raquis cervical que cursen con radiculopatías o sin ellas. Asimismo, es útil también para detectar síndromes facetarios en las carillas articulares de las vértebras cervicales.

Posición del paciente

Sentado con los brazos a lo largo del cuerpo, las manos reposadas sobre los muslos y la cabeza en posición neutra. El paciente debe estar relajado.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia aquel con una mano plana en la parte superior de la cabeza del paciente.

Ejecución del test

La prueba se realiza en tres posiciones según Bradley: la primera, en posición neutra de la columna cervical; la segunda, en extensión de la columna cervical, y la tercera, en extensión de la columna cervical y rotación del lado de la neuralgia cervicobraquial.

En cada una de las posiciones, el terapeuta debe aplicar un golpe seco pero suave con la ayuda de su puño sobre la mano que tiene en el vértex del paciente.

Interpretación del test

Durante la compresión se produce un aumento significativo de la presión en los discos intervertebrales cervicales por elevación de la tensión en las fibras del anillo fibroso, por lo que en caso de afectación discal de tipo hernia se producirá un incremento considerable de los síntomas del paciente. Además, durante la extensión cervical se produce una disminución por estrechamiento del agujero intervertebral de entre un 20 y un 30%, de manera que en caso de irritación de una raíz nerviosa o de las carillas articulares se producirá un incremento del dolor. Por último, la presencia de dolor durante la extensión y la rotación homolateral pone de manifiesto una compresión de la raíz nerviosa.

Los síntomas se desencadenan en el territorio correspondiente al dermatoma de la raíz nerviosa afectada.

Evidencia científica

La realización de la prueba en posición neutra cuenta con un valor de sensibilidad y especificidad del 50 y 86%, respectivamente. También presenta una razón de verosimilitud positiva de 3,5. La razón de verosimilitud negativa es de 0,58.

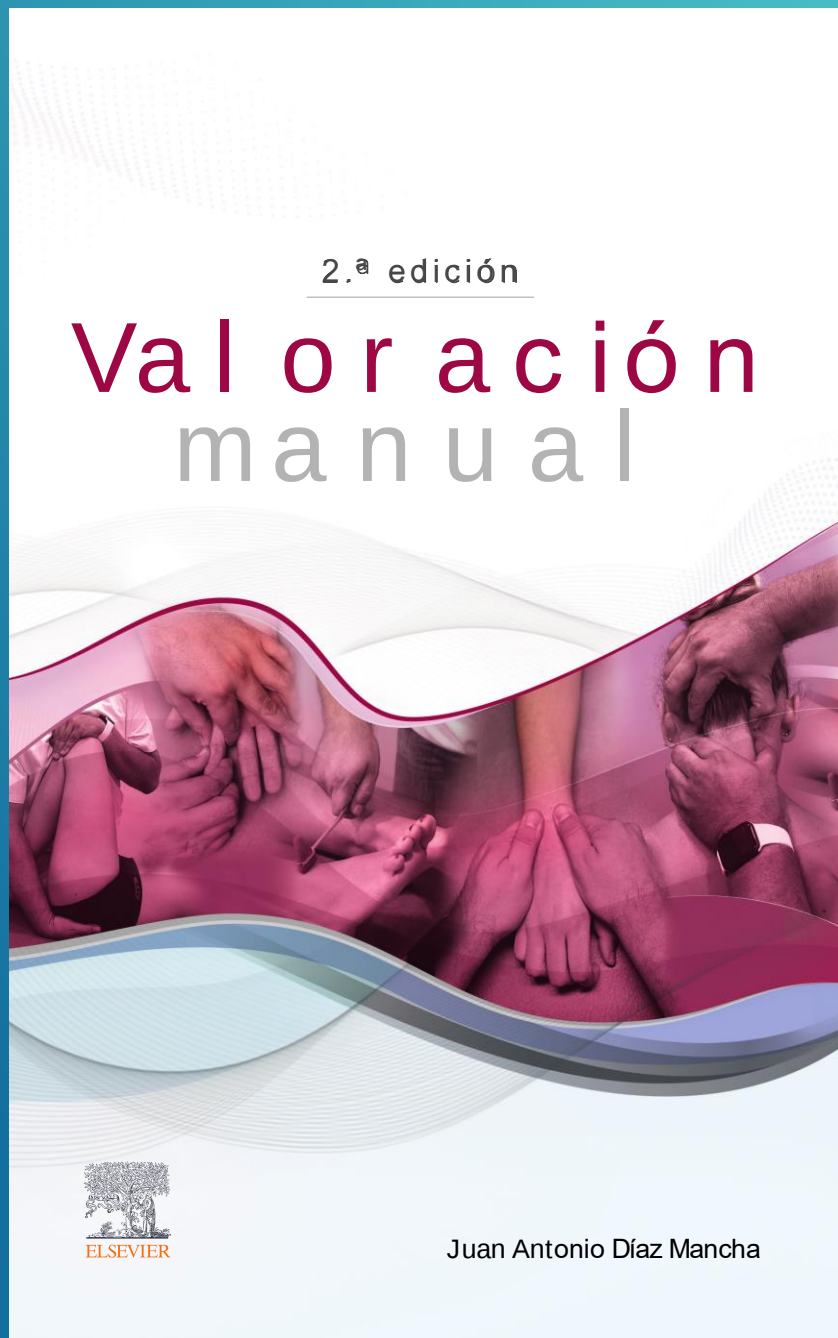
La realización de la prueba en extensión cervical cuenta con un valor de sensibilidad y especificidad del 92 y 95%, respectivamente. También presenta un valor predictivo positivo de 96,40%. El valor predictivo negativo es de 90,90%.

La realización de la prueba en extensión con rotación cuenta con un valor de sensibilidad y especificidad del 50 y 74%, respectivamente. También tiene una razón de verosimilitud positiva de 1,9. La razón de verosimilitud negativa es de 0.67.

Wainner RS, Fritz JM, Irrgang JJ, Boninger ML, Delitto A, Allison S. Reliability and Diagnostic Accuracy of the Clinical Examination and Patient Self-Report Measures for Cervical Radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52–62.

Shah KC, Rajshekhar V. Reliability of diagnosis of soft cervical disc prolapse using Spurling's test. Br J Neurosurg. 2004;18(5):480-3.





Pruebas para valorar un problema facetario a nivel cervical

- Prueba de compresión máxima del agujero intervertebral



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba de compresión máxima del agujero intervertebral

Esta prueba se utiliza para hacer un diagnóstico diferencial entre un problema de la columna cervical de tipo imbricación de carillas articulares y una afectación muscular cervical.

Posición del paciente

Sentado con los brazos a lo largo del tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie observando al paciente.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que realice de forma activa una rotación, una inclinación lateral del mismo lado y una extensión de la columna cervical.

Interpretación del test

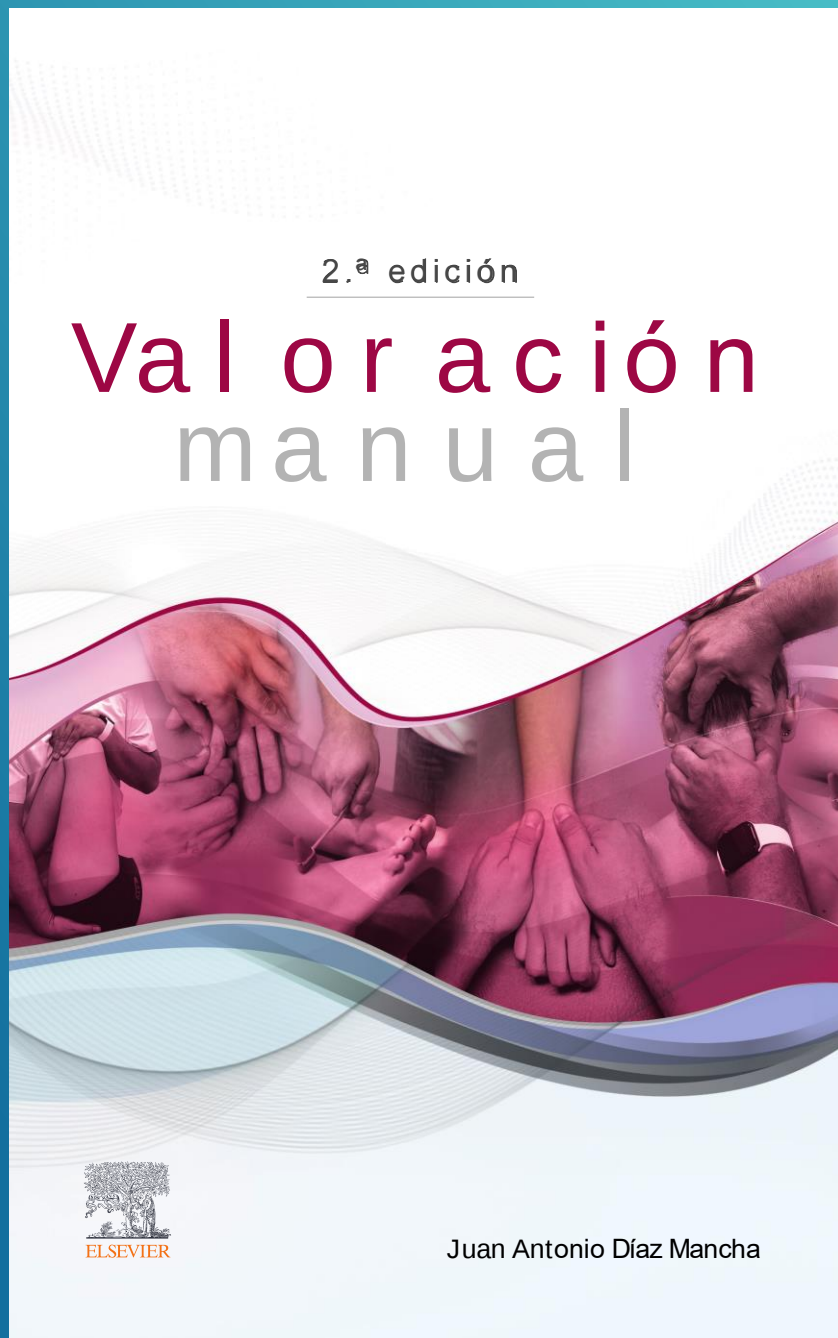
Este movimiento implica un cierre máximo del agujero de conjunción del mismo lado de la rotación e inclinación de la columna cervical, con lo que se produce un estrechamiento y en consecuencia una irritación de las raíces nerviosas homolaterales.

La aparición de dolor local homolateral pero no irradiado indica una afectación de las carillas articulares de tipo imbricación. Si, por el contrario, el dolor aparece en el lado contralateral, indica una afectación muscular de tipo distensión.

La aparición de dolor de tipo radicular indica una afectación de las raíces nerviosas por una afectación discal o artrósica cervical.

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 cervical

- Prueba del escaleno
- Prueba de O'Donoghues



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba del escaleno

Esta prueba se utiliza para detectar la presencia de un síndrome de los escalenos.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del tronco y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

Sentado a la cabeza del paciente, orientado hacia los pies de este.

Ejecución del test

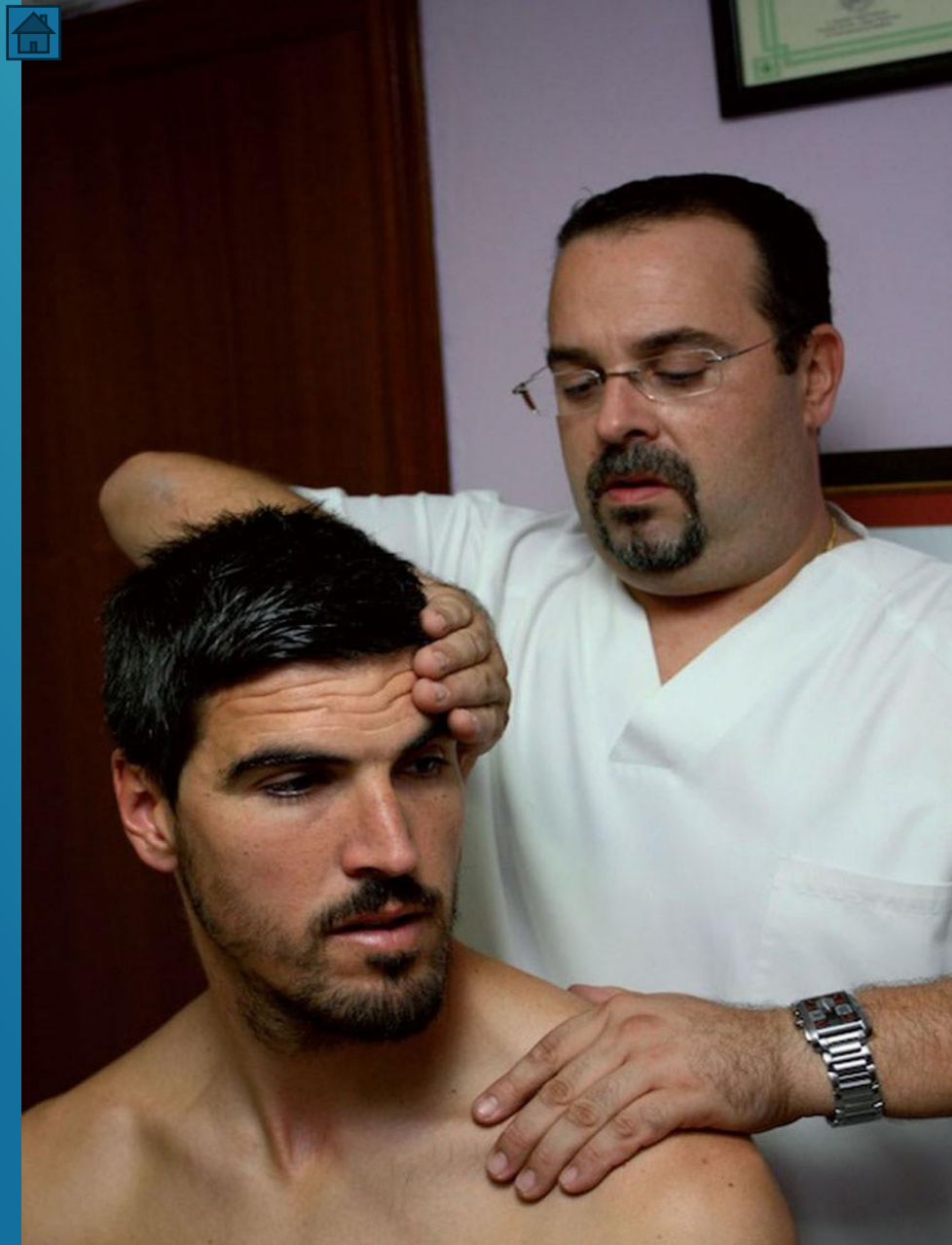
El terapeuta, con la ayuda del dedo índice de una mano, debe aplicar una presión mantenida durante unos 30 segundos sobre la inserción distal del escaleno anterior a nivel del tubérculo de Lisfranc.

Interpretación del test

En el caso de que aparezca dolor en el pecho, en el cuello, en la zona interescapular o en el territorio de las raíces nerviosas C8 y T1 correspondientes a la cara interna del antebrazo y brazo, el test será positivo.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con una afección neurovascular (test de Adson) o una hernia discal de la columna cervical baja, ya que los síntomas que presentan estas tres afecciones son muy parecidos.

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.



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 O'Donoghues

Esta prueba se usa para diferenciar si un dolor en la columna cervical tiene un origen en el sistema ligamentoso o en el sistema muscular.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este.

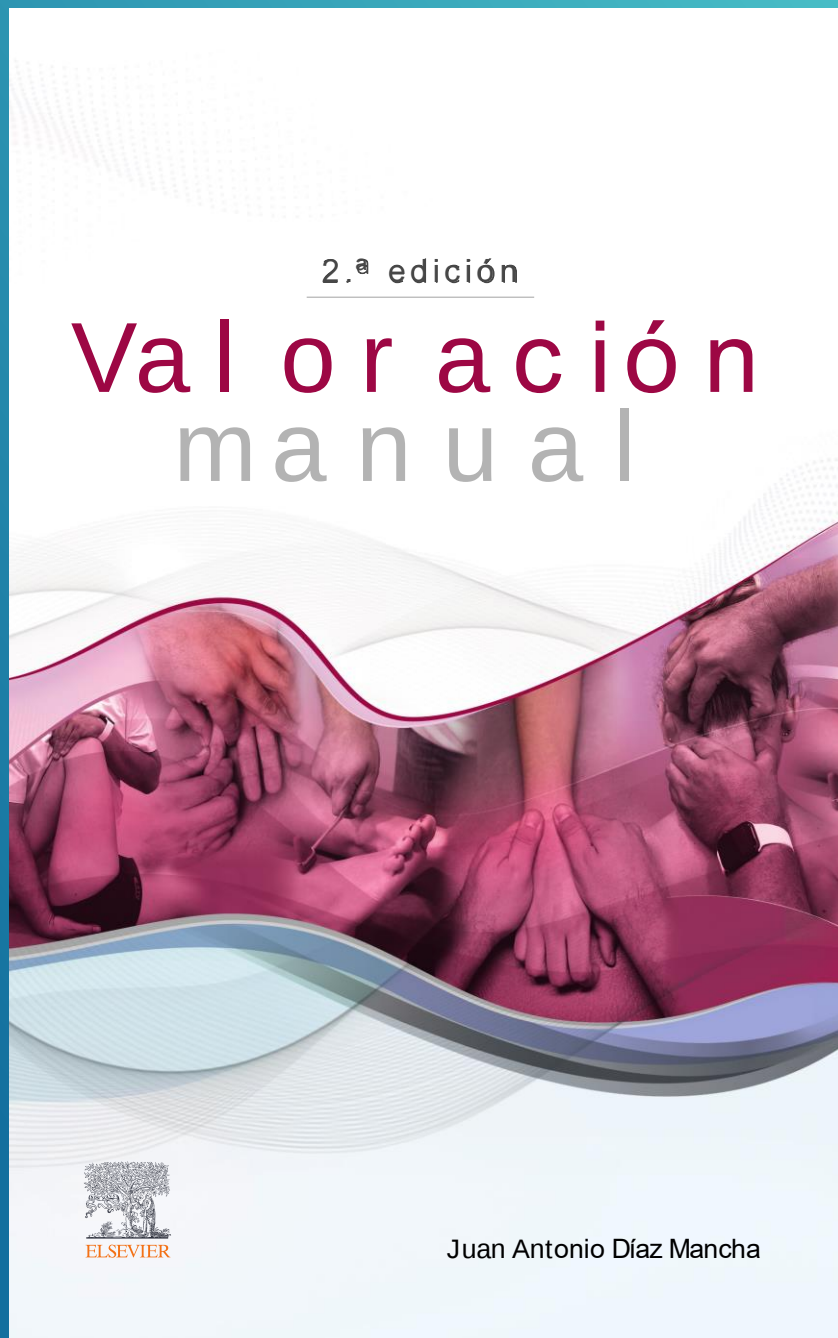
Ejecución del test

Este test consta de dos partes. En un primer momento, el terapeuta pide al paciente que realice de forma activa los movimientos de la columna cervical de rotación a ambos lados, lateroflexión a ambos lados, flexión y extensión, observando si aparece dolor en alguno de estos movimientos. En una segunda fase del test, el terapeuta resiste con la ayuda de su mano el movimiento que era doloroso en la fase anterior.

Interpretación del test

La aparición de dolor al movimiento activo que mejora o desaparece durante la contracción muscular contra resistencia indica una posible afectación ligamentosa. Sin embargo, si el dolor aumenta en la segunda fase del test con el movimiento contrarresistencia, indica una afectación muscular.





Pruebas para valorar una neuropatía/radiculopatía de la columna cervical

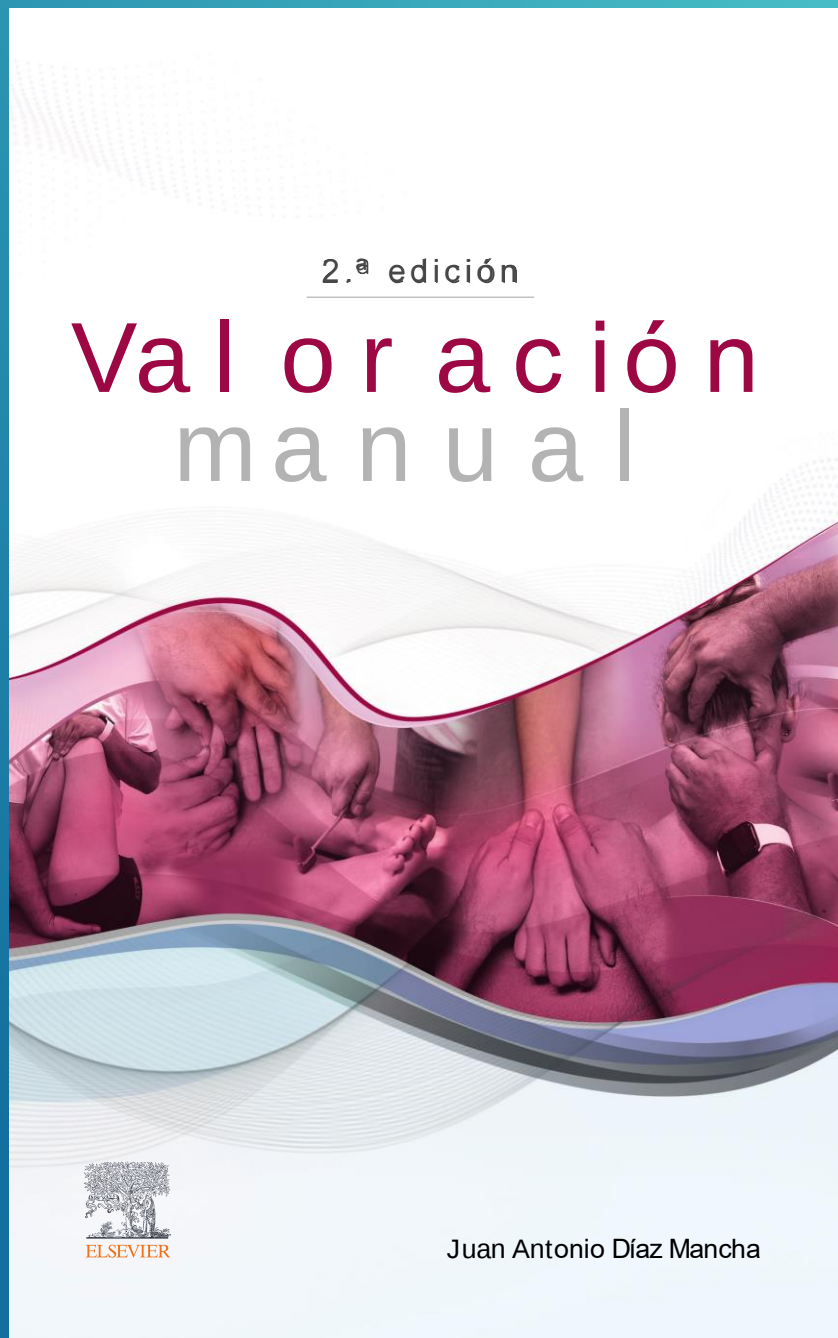
- Signo de Bakody **Evidencia científica**
- Prueba de tracción foraminal o de la columna vertebral cervical **Evidencia científica**
- Prueba de caudalización de los hombros
- Prueba de compresión en flexión
- Prueba de compresión en extensión
- Prueba de compresión del plexo braquial **Evidencia científica**
- Prueba de Naffziger



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Pruebas para valorar una neuropatía/radiculopatía de la columna cervical

- Neck Tornado Test o Choi's Test **Evidencia científica**
- Upper limb tension test (ULTT) Puesta en tensión del plexo braquial mediante SU estiramiento **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



Signo de Bakody

Esta prueba se usa para detectar una posible afectación de tipo compresivo de las raíces nerviosas cervicales en el caso de una neuralgia cervicobraquial.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos extendidos a lo largo del tronco, las manos reposadas sobre los muslos y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

En bipedestación detrás del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta toma un contacto con la muñeca del paciente del lado de la neuralgia y lleva el miembro superior pasivamente en abducción y rotación externa del hombro hasta colocar la mano sobre la parte superior de su cabeza. Esta prueba se puede realizar también de forma activa.

Interpretación del test

La disminución o la desaparición de los síntomas tras la realización de la prueba es compatible con una compresión de las raíces nerviosas del plexo braquial, que podría tener su origen en una hernia discal o en una compresión radicular en la columna cervical baja. Esta disminución de los síntomas se debe a que el movimiento de abducción, sumado a la rotación externa del hombro, acorta las raíces nerviosas y disminuye la tensión sobre las raíces inferiores, produciendo un cambio clínico significativo de disminución del dolor tanto en casos de protrusión discal como en casos de estenosis foraminal debida a un osteofito.

Una agudización del dolor durante la maniobra podría interpretarse como un incremento de la presión en el desfiladero interescalénico o en el desfiladero costoclavicular y, por tanto, una compresión del plexo braquial en estas áreas.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 78 y 75%, respectivamente.



Davidson RI, Dunn EJ, Metzmaker JN. The shoulder abduction test in the diagnosis of radicular pain in cervical extradural compressive monoradiculopathies. *Spine* (Phila Pa 1976). 1981;6(5):441-6.





Prueba de tracción foraminal o de la columna vertebral cervical

Esta prueba se usa para diferenciar dolores en la columna cervical, en los hombros o en los brazos. Indica si el dolor es de tipo radicular por compresión de las raíces nerviosas debido a un pinzamiento vertebral en la columna cervical.

Posición del paciente

Sentado con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, lateralmente al paciente en finta doble orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto en copa con la mano posterior bajo el occipucio. La mano anterior toma un contacto bajo el mentón a través de la pinza formada por el primer y segundo dedos de dicha mano.

Ejecución del test

El terapeuta realiza de forma pasiva una tracción axial cefálica progresiva con un ligero componente de deslizamiento anterior mientras el paciente permanece relajado.

Interpretación del test

La disminución de las molestias radiculares durante la realización de la prueba indica una irritación de las raíces nerviosas debida a una afección de tipo compresivo, ya que la maniobra produce una descompresión de los niveles intervertebrales de la columna cervical.

Antes de esta prueba se debe realizar la valoración de la arteria vertebral, que se verá sobreestirada en la tracción axial durante la ejecución de esta.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 44 y 97%, respectivamente.





Prueba de caudalización de los hombros

Esta prueba se usa para valorar una posible neuralgia cervicobraquial en casos de atrapamiento a nivel de la emergencia de las raíces nerviosas de la columna cervical en el agujero de conjunción, o bien de atrapamiento del plexo braquial en su recorrido cervicotorácico.

Posición del paciente

Sentado, con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas sobre los muslos, relajado.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con una mano en la parte superior del hombro a explorar y la otra mano en la parte superior de la cabeza.

Ejecución del test

El terapeuta ejerce una presión en dirección caudal de un hombro y a la vez una lateroflexión de la columna cervical hacia el lado opuesto con la idea de separar ambas estructuras. La prueba se debe realizar primero en un lado y después en el otro para comparar resultados.

Interpretación del test

El test se considera positivo si aparece una radiculalgia del lado contrario al de la lateroflexión del raquis cervical, lo que indicaría una afectación dural o de las raíces nerviosas. También es posible que aparezca dolor sin componente radicular, es decir, circunscrito a la zona del cuello o en la parte horizontal del trapecio; esto revelaría una posible afectación muscular del trapecio, del esternocleidomastoideo o de la musculatura de la columna cervical en general.



Prueba de compresión en flexión

Esta prueba se utiliza sobre todo para complementar los resultados obtenidos con la prueba de Jackson. Algunos autores la describen como una variante de la prueba de Jackson o como la prueba de Jackson en sí; sin embargo, hemos podido constatar que son pruebas completamente distintas aunque complementarias. En este caso, esta prueba también aporta información acerca de la musculatura o del sistema ligamentoso.

Posición del paciente

Sentado con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas en sus muslos.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este. El terapeuta coloca ambas manos con los dedos entrecruzados sobre la parte superior de la cabeza del paciente (vértex), mientras que sus codos reposan estabilizando la parte superior de los hombros del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una flexión de la columna cervical del paciente y en esta posición lleva a cabo una compresión axial en dirección caudal.

Interpretación del test

Se considera positivo si aparece dolor durante la prueba. El dolor puede ser localizado o radicular.

En caso de que sea localizado, puede indicar una lesión ligamentosa o muscular de la columna cervical; también es posible que el dolor se deba a una afectación de los cartílagos de las carillas articulares cervicales y si se acompaña de una maniobra de Valsalva positiva, indica una lesión discal de la columna cervical.

En caso de que el dolor sea radicular, indica una alteración de las raíces nerviosas, posiblemente por una afectación del tipo de hernia discal.

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



Prueba de compresión en extensión

Esta prueba se utiliza sobre todo para complementar los resultados obtenidos con la prueba de Jackson. Como se refleja en el apartado anterior, hemos podido constatar que son pruebas completamente distintas aunque complementarias. En este caso, esta prueba aporta información acerca de las carillas articulares de la columna cervical.

Posición del paciente

Sentado con los brazos a lo largo del tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

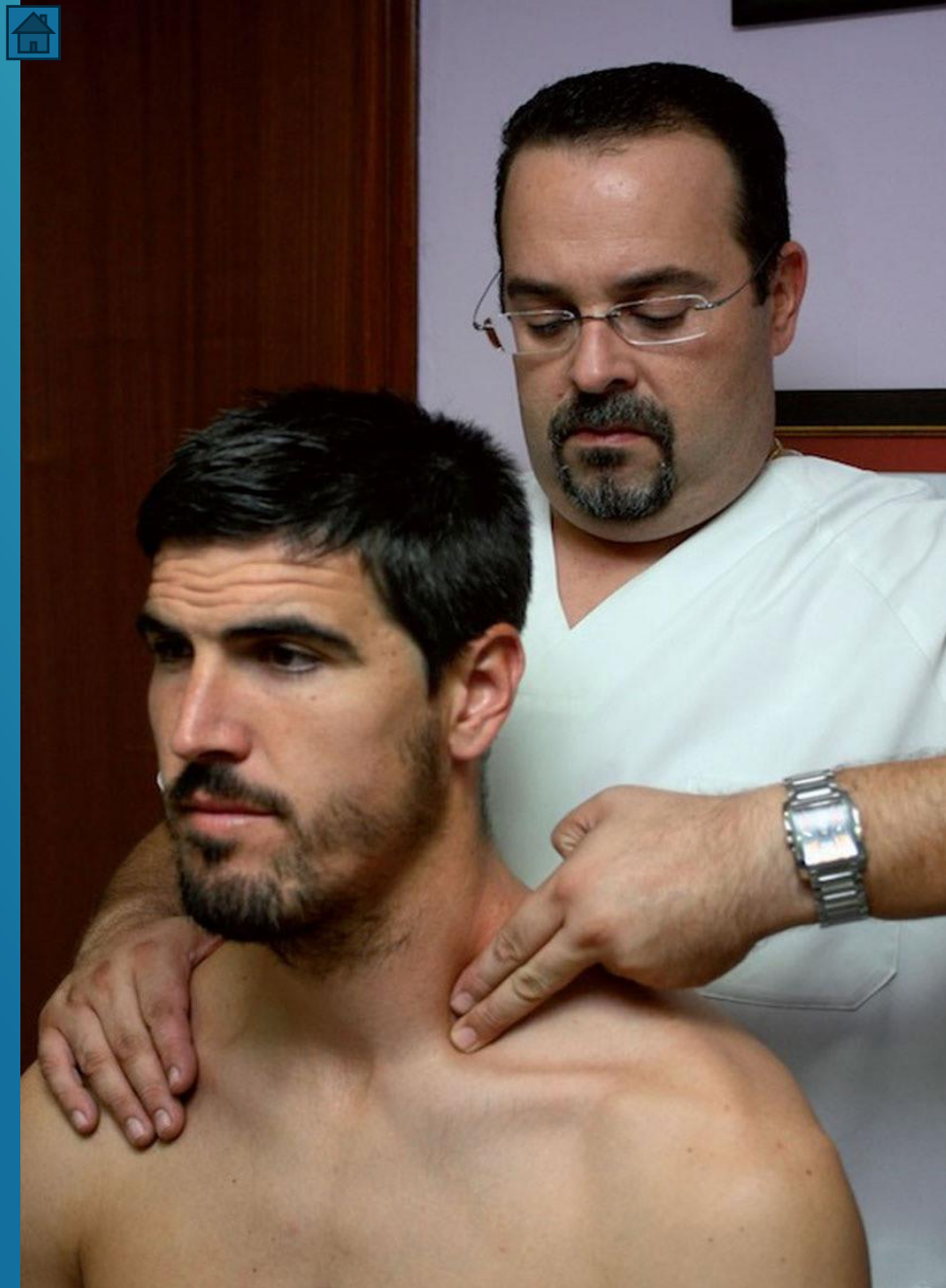
De pie, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con ambas manos con los dedos entrecruzados en el hueso frontal del paciente.

Ejecución del test

De forma pasiva, se realiza una extensión de la cabeza del paciente de unos 30°. En esta posición, el terapeuta realiza una compresión axial en dirección caudal.

Interpretación del test

Un dolor en la columna cervical que se alivia con esta maniobra indica una protrusión posterolateral. Por lo general, el incremento del dolor en esta posición se debe a una lesión de las articulaciones interapofisarias, ya que esta posición imbrica las carillas articulares.



Prueba de compresión del plexo braquial

Esta prueba sirve para determinar una lesión mecánica de la columna cervical que curse con afectación del plexo braquial.

Posición del paciente

Sentado, con los brazos extendidos a lo largo del tronco, las manos apoyadas en los muslos y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

De pie detrás del paciente en finta doble orientado hacia el mismo. El terapeuta toma un contacto estabilizador a la altura del trapecio del lado sano. Con la otra mano toma un contacto a través del segundo y el tercer dedos sobre el plexo braquial en el triángulo formado por el músculo esternocleidomastoideo, la clavícula y la parte anterior del músculo trapecio superior.

Ejecución del test

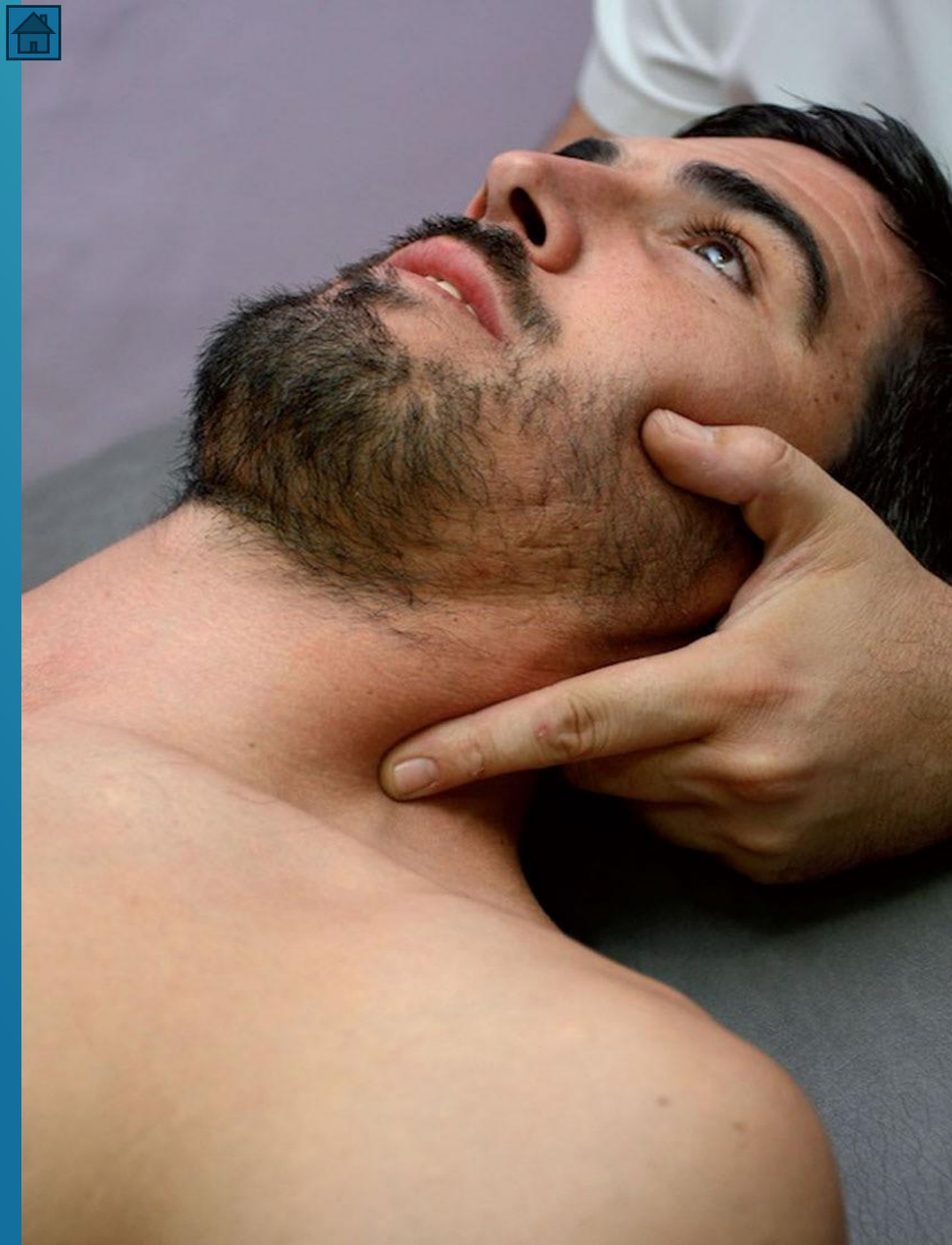
El terapeuta realiza una compresión progresiva con sus dedos sobre el plexo braquial.

Interpretación del test

En caso de que la prueba sea positiva, aparece un dolor irradiado al hombro y a todo el miembro superior de carácter radicular, que indica una afectación de tipo compresivo del plexo braquial.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 69 y 83%, respectivamente. La prueba tiene un valor predictivo positivo de 4,06. El valor predictivo negativo es de 0,37.



Prueba de Naffziger

Esta prueba pone de manifiesto una posible lesión de las raíces nerviosas en la columna cervical.

Posición del paciente

Tumbado en decúbito supino, con los brazos a lo largo del tronco y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

Sentado a la cabeza del paciente orientado hacia los pies del mismo. El terapeuta toma un contacto con sus dedos índices para localizar las venas yugulares del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta procede a comprimir las venas yugulares del paciente durante 30 segundos; transcurrido este tiempo, le pide al paciente que tosa enérgicamente.

Interpretación del test

En caso de que la prueba sea positiva, aparece un dolor que indica una lesión de compresión de las raíces nerviosas de la columna cervical. Esta prueba se basa en la hipótesis de que la compresión yugular bilateral aumenta la presión en el espacio intratecal, que se ve incrementada por la tos. Dicho incremento de presión es el responsable del dolor. Si se producen mareos u otros síntomas similares, la prueba debe suspenderse inmediatamente.

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.





Neck Tornado Test o Choi's Test

Esta prueba se usa para detectar una radiculopatía de origen cervical.

Posición del paciente

En sedestación, relajado con los brazos reposando sobre los muslos y mirando al frente.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la espalda del paciente. Toma contacto con una mano sobre la región superior del hombro del paciente para estabilizarlo. La otra mano la sitúa con un contacto de la palma en el vértex de la cabeza del paciente, aplicando una presión ligera.

Ejecución del test

El terapeuta conduce la cabeza del paciente hacia flexión cervical. A continuación, el examinador lleva la cabeza del paciente hacia un lado rotando y lateroflexionando hasta detenerse en posición de extensión con ligera rotación y lateroflexión del lado a testar.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva ante la presencia de sintomatología álgica y/o parestésica radicular a lo largo del miembro superior del lado a valorar (homolateral a la rotación y lateroflexión) en relación a una posible compresión de la raíz nerviosa a su paso por el agujero de conjunción.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba son del 85,70 y 86,76%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 86,36% y un valor predictivo negativo del 85,51%.





Upper limb tension test (ULTT) Puesta en tensión del plexo braquial mediante SU estiramiento

Esta prueba se utiliza para valorar una posible compresión neuropática del plexo braquial a lo largo de todo su recorrido.

Posición del paciente

En sedestación con el brazo del lado a valorar en extensión, abducción y rotación externa de la articulación glenohumeral, extensión del codo, antebrazo en supinación, y muñeca y dedos en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la espalda del paciente, ligeramente desviado del lado a valorar. Toma contacto con la palma de la mano homolateral al lado a valorar en la región anterior de la mano del paciente, manteniendo la posición del miembro superior. La otra mano está situada en el vértex de la cabeza del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una lateroflexión cervical del lado contrario al miembro a valorar.

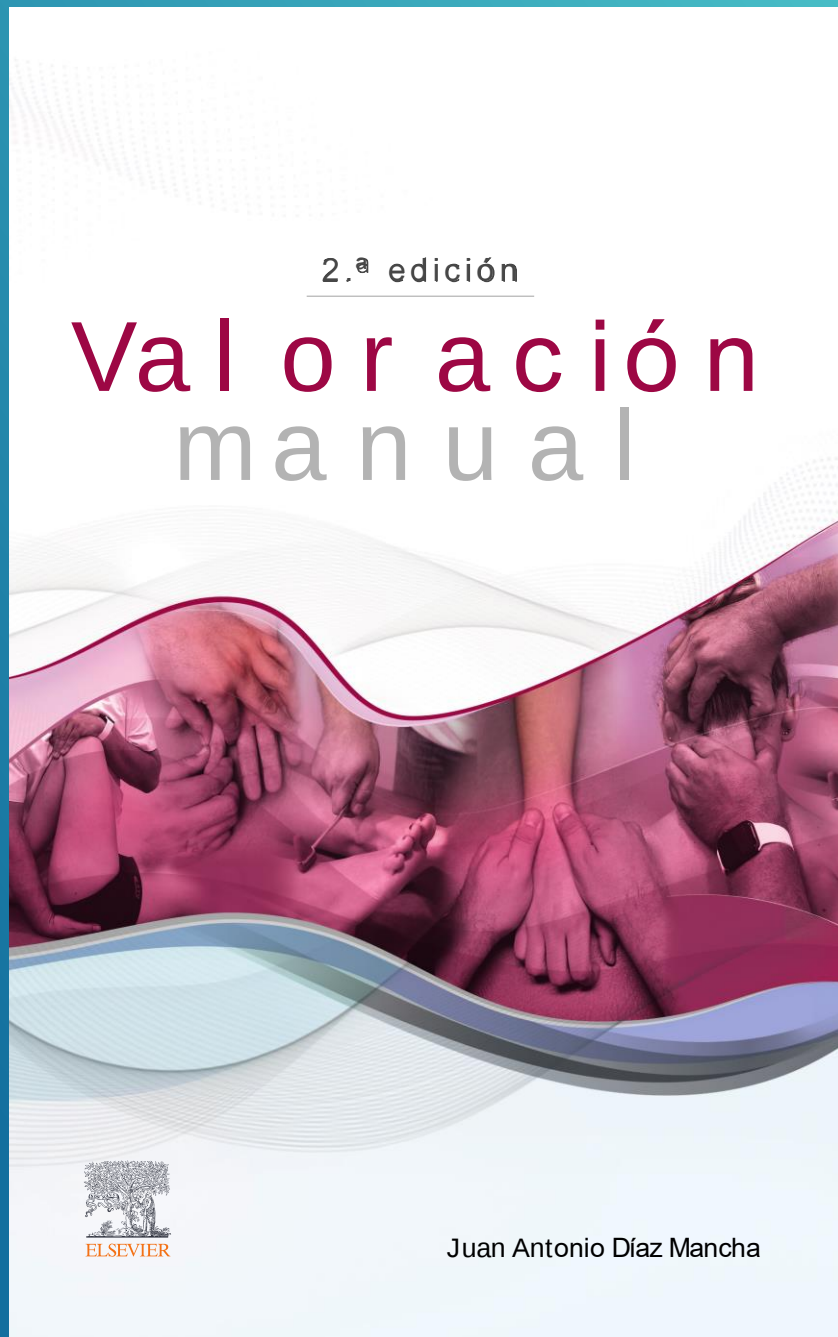
Interpretación del test

La prueba se considera positiva si hay sintomatología álgica y/o parestésica radicular en la región cervical o a lo largo del miembro superior del lado a valorar. Que aparezca esta sintomatología es signo de una compresión neuropática a lo largo del recorrido del plexo braquial.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 77 y 94%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 12,83% y un valor predictivo negativo del 0,25%.





Pruebas para valorar una posible afectación vascular a nivel cervical

- Prueba de la arteria vertebral **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Prueba de la arteria vertebral

Esta prueba se usa para detectar una insuficiencia vertebrobasilar. Es imprescindible realizarla para cualquier tratamiento que incluya manipulaciones de alta velocidad en la columna cervical.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos estirados a lo largo del tronco y la cabeza por fuera del margen superior de la camilla.

Posición del terapeuta

Sentado a la cabeza del paciente, orientado hacia sus pies. Toma un contacto con ambas manos sobre el occipucio del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta coloca de forma pasiva la cabeza del paciente en extensión, rotación y lateroflexión máxima homolateral, y, manteniendo esta posición durante 30 segundos, pide al paciente que mantenga abiertos los ojos para observar las reacciones que pueden observarse en ellos. La prueba se realiza primero de un lado y después del otro, manteniendo 30 segundos cada posición; es importante llevar a cabo la maniobra de forma bilateral, ya que en las distintas posiciones, izquierda y derecha, una arteria se estira y la otra se comprime, por lo que ambas pueden dar síntomas.

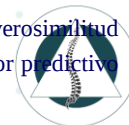
Interpretación del test

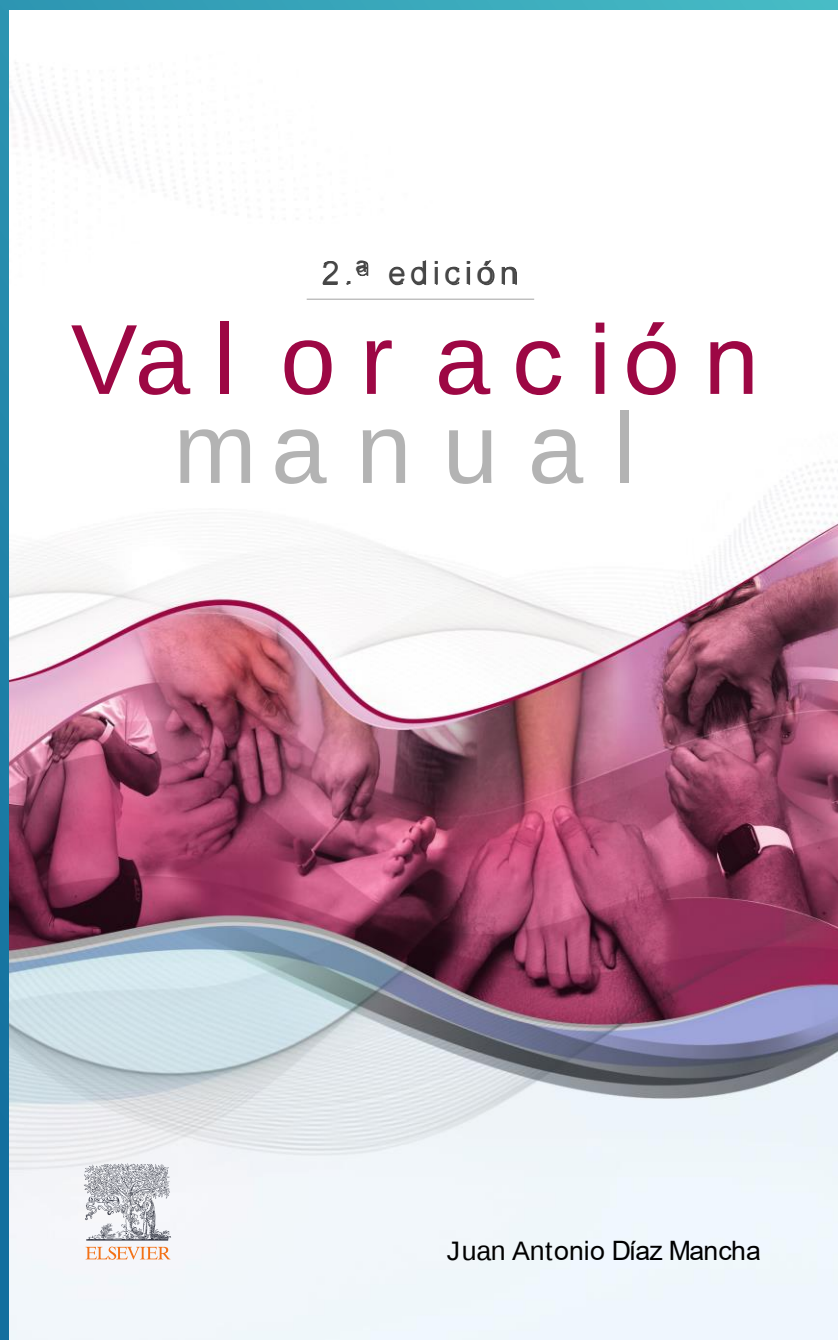
El test se considera positivo si aparece nistagmo acompañado de vértigos, mareos, sudoración o en general síntomas neurovegetativos derivados de la afectación de las arterias vertebrales.

Esta prueba puede realizarse también con el paciente en posición sentado para evitar el falso positivo derivado de la estimulación de los conductos semicirculares posteriores en un vértigo posicional paroxístico benigno de origen otolítico, ya que esta prueba podría emular a la maniobra de Dix-Halpike.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre un 0 y 57% y 67-100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva que oscila entre 0,22 y 83,25. La razón de verosimilitud negativa oscila entre 0,44 y 1,40. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo que oscila entre 0 y 100% y un valor predictivo negativo oscilante entre 26 y 96%.





Pruebas para detectar un problema de tipo médico (diagnóstico diferencial)

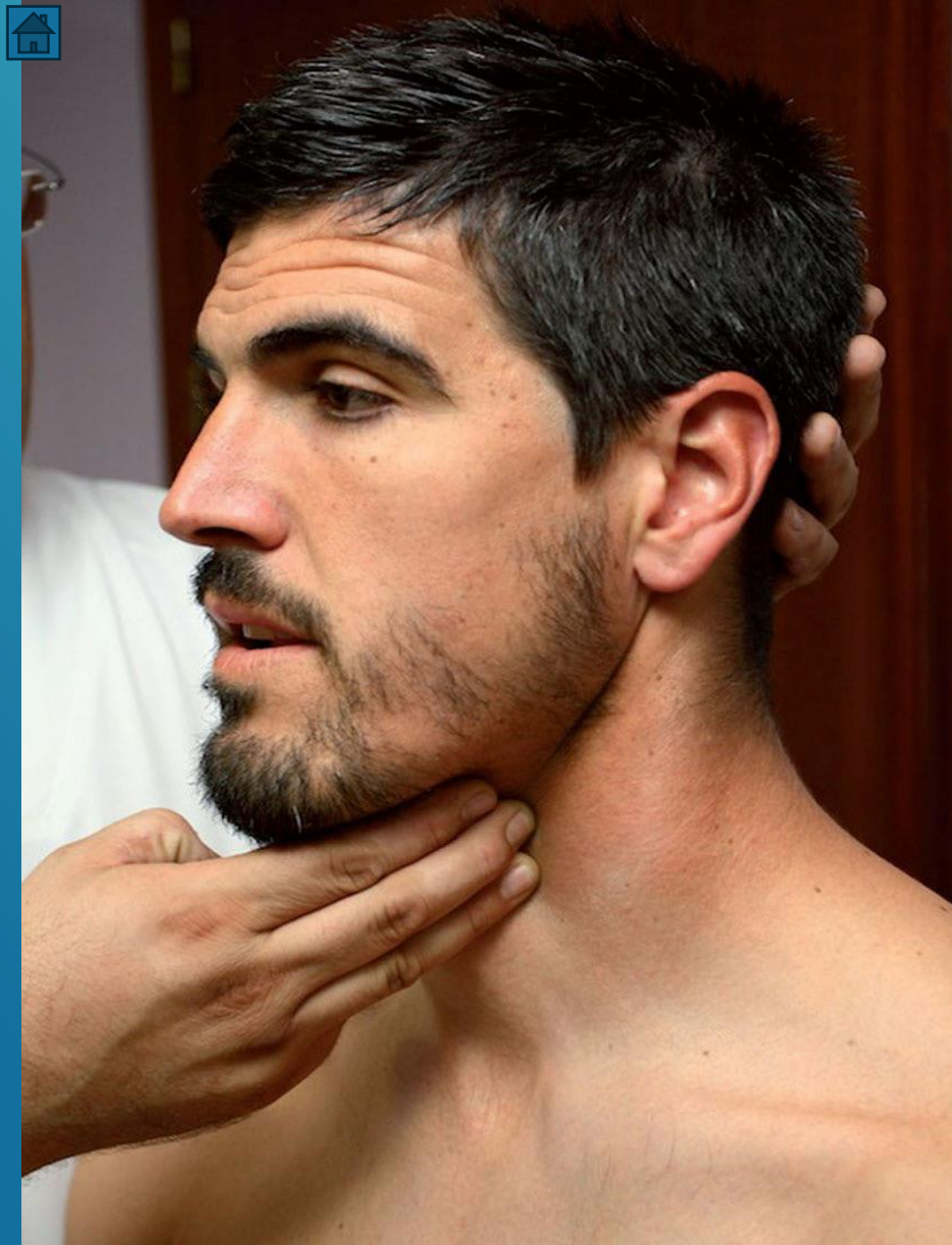
- Signo de Boyce
- Prueba de deglución
- Prueba de flexión-rotación cervical para la cefalea cervicogénica **Evidencia científica**
- Prueba de Evaluación de la movilidad articular C0-C1; C1-C2 y C2-C3 para la cefalea cervicogénica **Evidencia científica**



Juan Antonio Díaz Mancha

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Signo de Boyce

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de un divertículo de Zenker o divertículo faringoesofágico.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

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

Ejecución del test

El terapeuta contacta con las yemas de los dedos índice, corazón y anular de una mano en la parte lateral del cuello del paciente a la altura de la laringe. A continuación realiza un desplazamiento lateral empujando la laringe hacia el lado opuesto a la mano en contacto con el cuello. La otra mano estabiliza la cabeza tomando un contacto a nivel posterior en el occipucio.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta percibe un sonido de tipo aéreo inusual, se puede pensar en la existencia de un divertículo faringoesofágico o divertículo de Zenker.





Prueba de deglución

Esta prueba pone de manifiesto una inestabilidad de la columna cervical alta. Se utiliza de forma complementaria con otras pruebas de valoración, ya que por sí sola no tiene validez alguna.

Posición del paciente

Sentado, con los brazos a lo largo del tronco, las manos reposadas sobre los muslos y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

De pie junto al paciente.

Ejecución del test

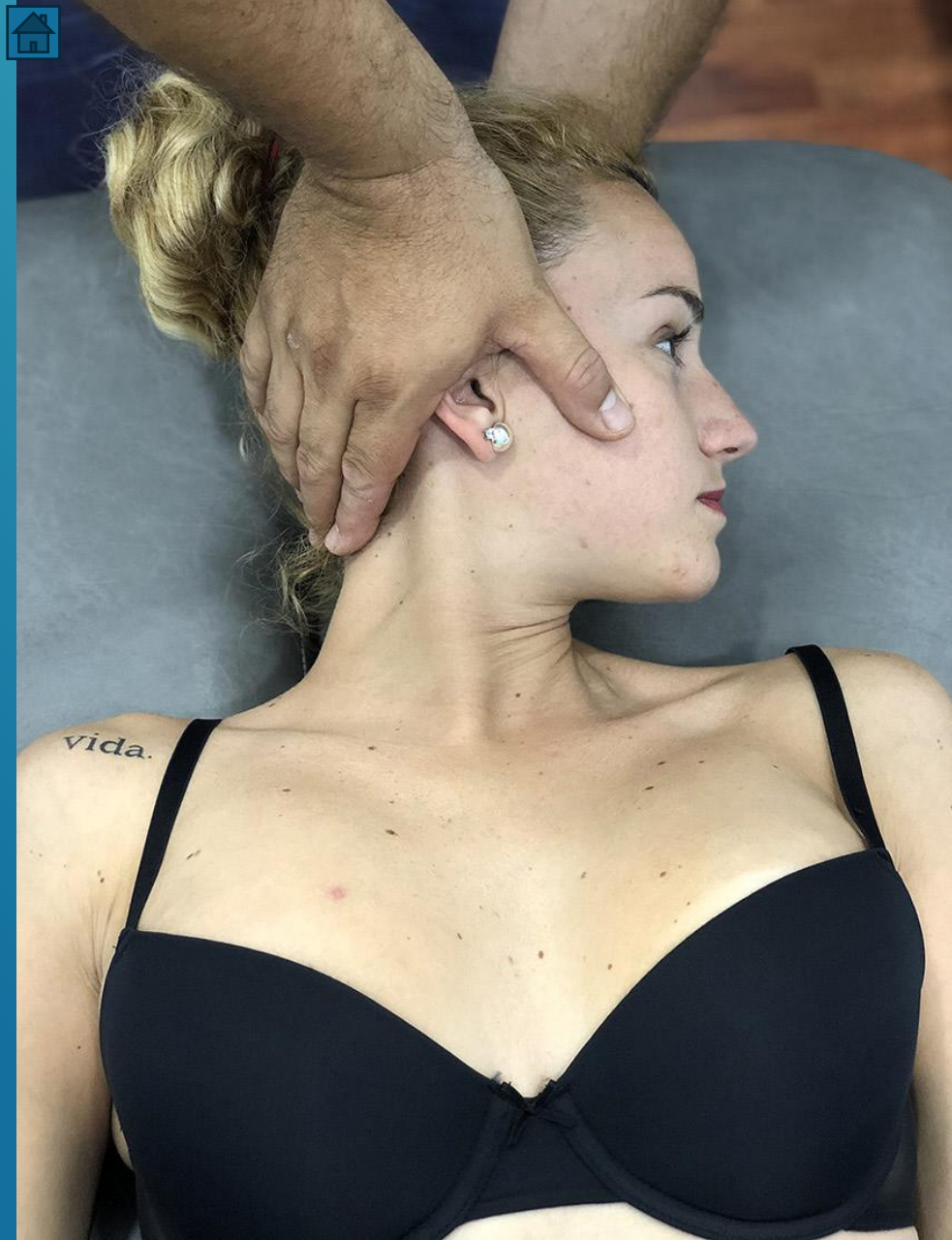
El terapeuta solicita al paciente que realice una deglución.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva si hay dolor o dificultad para tragar que indicaría una posible obstrucción anterior de la columna vertebral por una subluxación, protrusiones que cursan con osteofitosis, inflamación de partes blandas o un tumor en la zona cervical anterior.

El terapeuta debe pedir al paciente que mantenga la posición neutra de flexoextensión de la columna cervical durante toda la prueba, ya que la extensión, de por sí, dificulta la deglución y podría falsear el test.

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 flexión-rotación cervical para la cefalea cervicogénica

Esta prueba se usa para valorar si la cefalea del paciente tiene un origen cervical. En decúbito supino el paciente realiza una flexión activa máxima. El terapeuta toma la cabeza del paciente y realiza una rotación máxima hacia ambos lados. El test es positivo si reproduce o acentúa la cefalea.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos estirados a lo largo del tronco. Realiza una flexión cervical activa máxima.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el borde superior de la camilla. Toma la cabeza del paciente abarcándola con las dos manos.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una rotación máxima de la cabeza del paciente hacia ambos lados.

Interpretación del test

El test se considera positivo si su ejecución reproduce o acentúa la cefalea del paciente.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 91 y 90%, respectivamente. La prueba tiene una razón de verosimilitud positiva de 9,1. La razón de verosimilitud negativa es 0,4. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa del 0,81%.



Prueba de Evaluación de la movilidad articular C0-C1; C1-C2 y C2-C3 para la cefalea cervicogénica

El test tiene como finalidad reproducir los síntomas de la cefalea cervicogénica o detectar lesiones de hipomovilidad articular.

Posición del paciente

En decúbito prono, con los brazos relajados a lo largo del tronco y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

En bipedestación a un lado del paciente a la altura de la región dorsal alta en finta adelante en dirección de la cabeza del paciente. Toma contacto con la yema de los pulgares sobre la cara posterior de los procesos laterales o apófisis transversas del área articular a valorar, atlas, axis o C3.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una compresión de los procesos laterales o apófisis transversas de las vértebras a valorar hacia el suelo, de tal forma que genere un desplazamiento anterior del nivel a evaluar. Así, se produce un deslizamiento de las carillas articulares. En una segunda fase, coloca la cabeza del paciente en rotación cervical del lado a valorar y repite la compresión hacia el suelo.

Interpretación del test

El test se considera positivo si la maniobra reproduce la sintomatología álgica en forma de cefalea. Entonces se podrá decir que la región cervical valorada está influyendo en gran medida en el mantenimiento del dolor de cabeza. Por otro lado, si el terapeuta detecta una restricción de movilidad durante la realización de la maniobra, podría decirse que la prueba también es positiva. En este caso se está evaluando una lesión de hipomovilidad articular.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre 59 y 65% y 78-87%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva que oscila entre 2,90 y 4,90. La razón de verosimilitud negativa oscila entre 0,43 y 0,49.

