

Algoritmo diagnóstico del segmento cervical

Joaquín Zambrano Martín

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



Paso 1 Anamnesis

Consideraciones
iniciales

Síntomas

Dolor en la región
cervical e irradiado o
referido

La **rigidez** puede ser reversible o irreversible y
generalmente (pero no siempre) se asocia con dolor

Entumecimiento, hormigueo o debilidad en las extremidades superiores cuando
está presente, está mal definido, a menos que haya atrapamiento de la raíz
nerviosa, cuando puede seguir un patrón radicular

Los **mareos/vértigos o el equilibrio deficiente** pueden ser el resultado de la
afectación de la arteria vertebral o la irritación de los nervios simpáticos y, por lo
general, se agravan por el movimiento del cuello.

Dolor retroorbitario

Temporal

Occipucio

Músculos nucales

Hombros

Extremidades superiores

Dolor torácico anterior

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



jqzambrano
Prof. Joaquín Zambrano Martín

Paso 1 Anamnesis

Consideraciones
iniciales

Dónde se
localiza el dolor

Dolor referido o irradiado a cabeza

Dolor referido o irradiado a zona cervical media o parte posterior de la espalda

Dolor referido o irradiado a Miembros Superiores

Localización del dolor de tu paciente

183311969

Neck Pain: Revision 2017

*Clinical Practice Guidelines Linked to the
International Classification of Functioning,
Disability and Health From the Orthopaedic Section
of the American Physical Therapy Association*

J Orthop Sports Phys Ther. 2017;47(7):A1-A83. doi:10.2519/jospt.20170302

Neck Pain With Mobility Deficits

Common symptoms

- Central and/or unilateral neck pain
- Limitation in neck motion that consistently reproduces symptoms
- Associated (referred) shoulder girdle or upper extremity pain may be present

Expected exam findings

- Limited cervical ROM
- Neck pain reproduced at end ranges of active and passive motions
- Restricted cervical and thoracic segmental mobility
- Intersegmental mobility testing reveals characteristic restriction
- Neck and referred pain reproduced with provocation of the involved cervical or upper thoracic segments or cervical musculature
- Deficits in cervicoscapulothoracic strength and motor control may be present in individuals with subacute or chronic neck pain

Neck Pain With Movement Coordination Impairments (WAD)

Common symptoms

- Mechanism of onset linked to trauma or whiplash
- Associated (referred) shoulder girdle or upper extremity pain
- Associated varied nonspecific concussive signs and symptoms
- Dizziness/nausea
- Headache, concentration, or memory difficulties; confusion; hypersensitivity to mechanical, thermal, acoustic, odor, or light stimuli; heightened affective distress

Expected exam findings

- Positive cranial cervical flexion test
- Positive neck flexor muscle endurance test
- Positive pressure algometry
- Strength and endurance deficits of the neck muscles
- Neck pain with mid-range motion that worsens with end-range positions
- Point tenderness may include myofascial trigger points
- Sensorimotor impairment may include altered muscle activation patterns, proprioceptive deficit, postural balance or control
- Neck and referred pain reproduced by provocation of the involved cervical segments

Neck Pain With Headache (Cervicogenic)*

Common symptoms*

- Noncontinuous, unilateral neck pain and associated (referred) headache
- Headache is precipitated or aggravated by neck movements or sustained positions/postures

Expected exam findings

- Positive cervical flexion-rotation test
- Headache reproduced with provocation of the involved upper cervical segments
- Limited cervical ROM
- Restricted upper cervical segmental mobility
- Strength, endurance, and coordination deficits of the neck muscles

Neck Pain With Radiating Pain (Radicular)

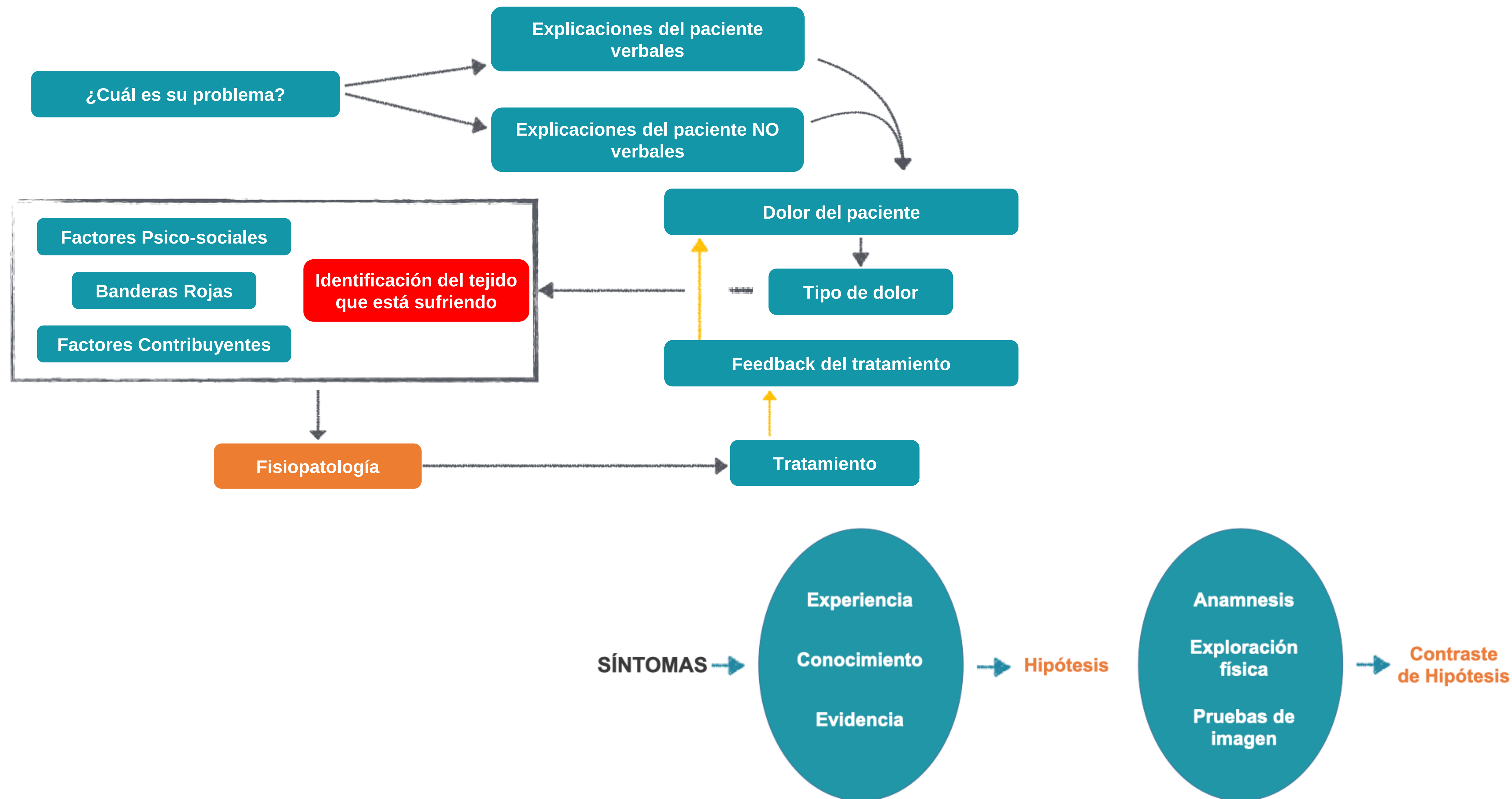
Common symptoms

- Neck pain with radiating (narrow band of lancinating) pain in the involved extremity
- Upper extremity dermatomal paresthesia or numbness, and myotomal muscle weakness

Expected exam findings

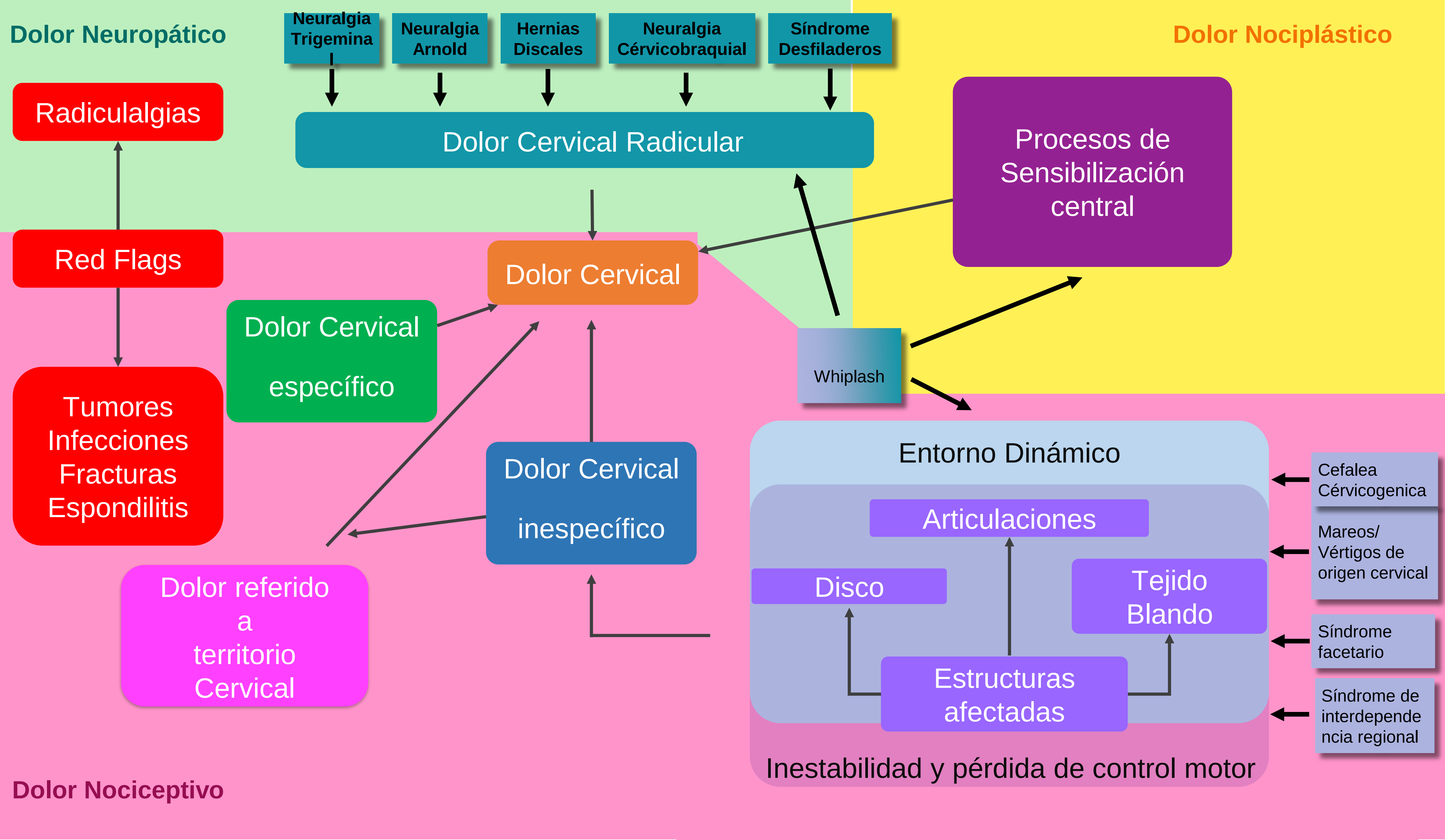
- Neck and neck-related radiating pain reproduced or relieved with radiculopathy testing: positive test cluster includes upper-limb nerve mobility, Spurling's test, cervical distraction, cervical ROM
- May have upper extremity sensory, strength, or reflex deficits associated with the involved nerve roots





Dolor Neuropático

Dolor Nociplástico



Dolor Neuropático

Dolor Nociplástico

- Neuralgia Trigemina
- Neuralgia Arnold
- Hernias Discales
- Neuralgia Cérvicobraquial
- Síndrome Desfiladeros

Dolor Cervical Radicular

Procesos de
Degeneración

Radiculalgias

Red Flags

Tumores
Infecciones
Fracturas
Espondilitis

Dolor Ce
especí

Dolor referido
a
territorio
Cervical

Dependiente de los sistemas
moduladores de respuesta
(mediación mediante HRV)

Estructuras
afectadas

Inestabilidad y pérdida de control motor

Cefalea
Cérvicogenica

Mareos/
Vértigos de
origen cervical

Síndrome
facetario

Síndrome de
interdepende
ncia regional

Dolor Nociceptivo

Paso 2 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Genera alodinia e hiperalgesia

¿Qué buscamos?



Estructura que puede estar sufriendo

Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución "neuroanatómicamente lógico"
- Dolor proyectado
- Dolor se describe como ardor, punzante
- Genera alodinia e hiperalgesia

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera alodinia e hiperalgesia

Paso 2 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor específico

- Lesiones de tejido blando
- Lesiones mecánicas:
- Inflamatorias reumatoideas
- Infecciones
- Neoplasias
- Patologías Referidas

Dolor nociceptivo

- Fibromialgia
- Causas de origen psíquico
- Whiplash (cronificación)
- Dolor de carácter cambiante y sin relación con ningún proceso

Tipos de dolor cervical

Dolor inespecífico

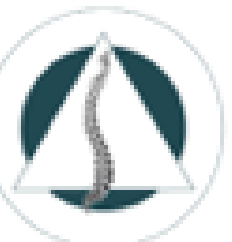
- Cervicalgia Mecánica
- Cervicalgia Cervicogénica
- Whiplash
- Mareos / Vértigos de Origen Cervical

Dolor nociplástico

Dolor neuropático

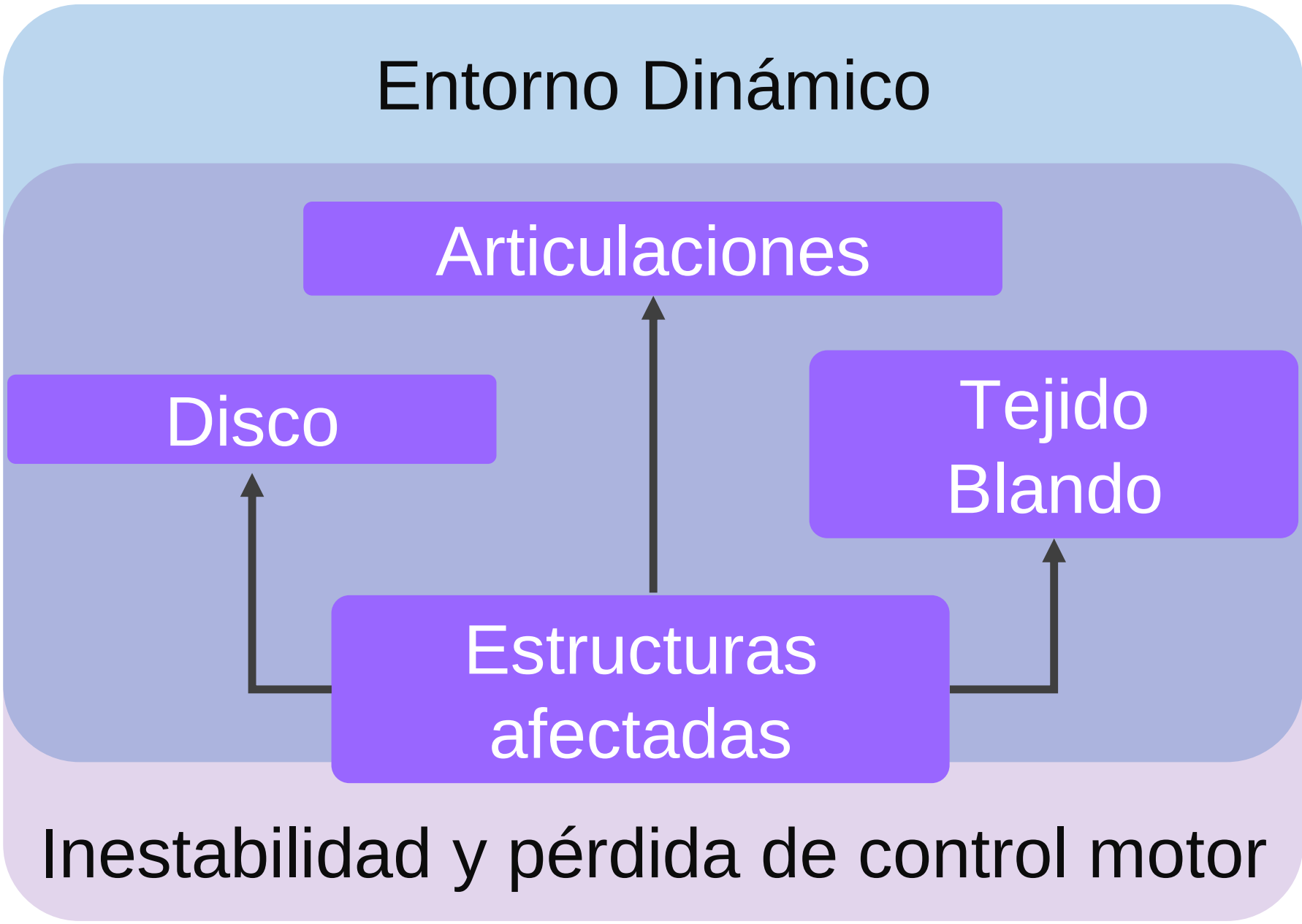
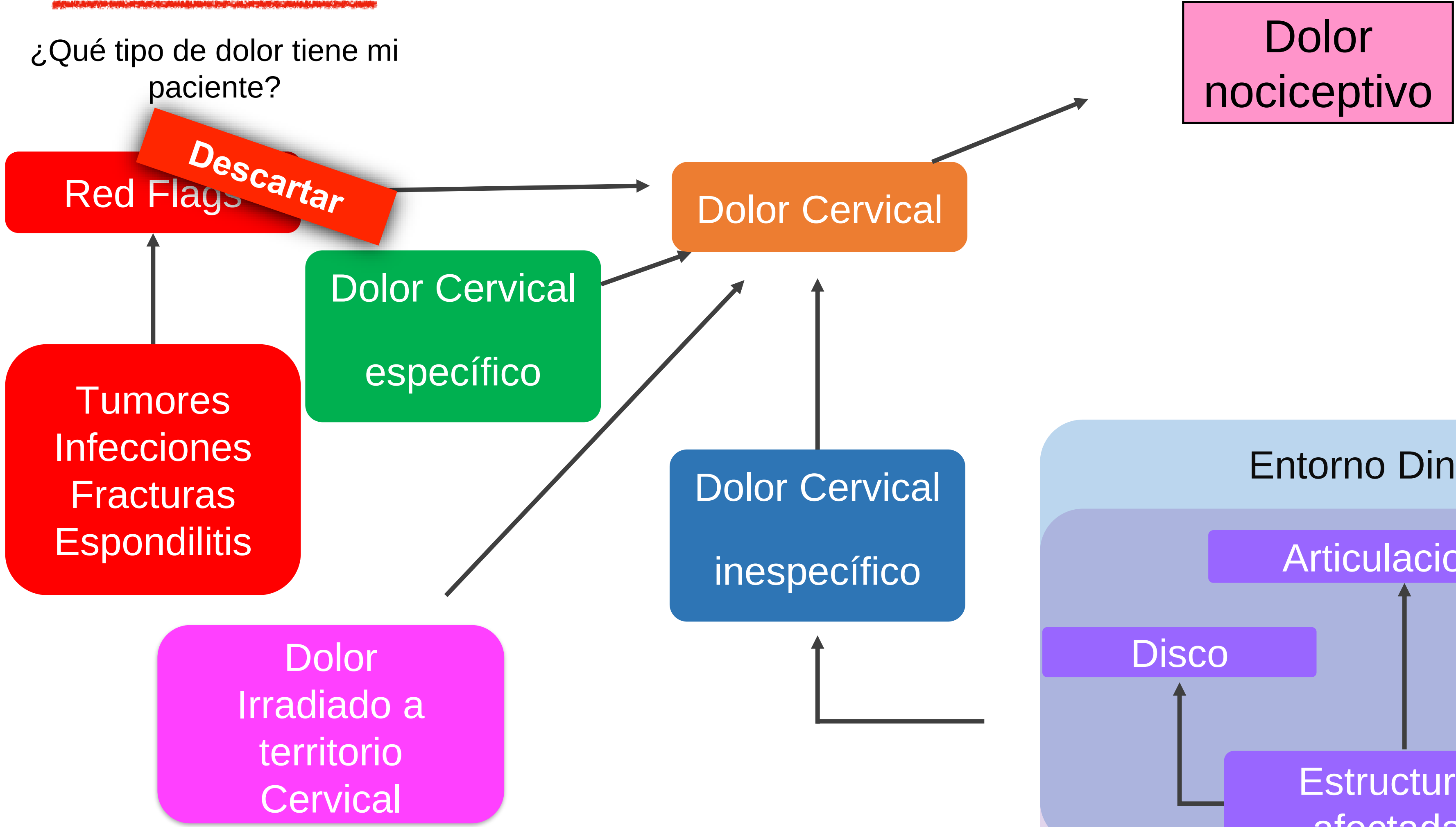
- Hernia Discal
- Estenosis medulares o agujero de conjunción
- Neuralgia Arnold
- Neuralgia Trigeminal
- Neuralgia Cérvicobraquial
- Síndrome de desfiladeros

Dolor radicular



Paso 2.1 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?



Dolor Nociceptivo



Paso 2.1.1 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Descarte de Banderas Rojas



Síntomas de bandera roja

- Traumatismo previo significativo o cirugía de cuello
- Malestar sistémico (pérdida de peso involuntaria, sudores nocturnos, fiebre)
- Dolor severo
- Dolor nocturno
- Relativamente joven (<20 años) o mayor (> 55 años)
- Signos de compresión de la médula espinal
- Sensibilidad significativa del cuerpo vertebral
- Antecedentes de tuberculosis, VIH, cáncer o artritis inflamatoria.
- Dolor de cabeza severo +/- fiebre +/- erupción que no palidece

Cancer

Infección

Traumatismos

Problemas Vasculares

Enfermedad Inflamatoria Reumática

Neuropatías



Paso 2.1.1 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Descarte de Banderas Rojas

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA HISTORIA CLÍNICA (Región Cervical)



Categoría 1



Los pacientes con sospecha de lesión en la cabeza o en la columna cervical (incluidos los casos de pérdida del conocimiento o estado mental alterado) deben someterse a exámenes de detección de deficiencias neurológicas y fracturas, luxaciones y laxitud de la columna cervical



Factores de alto riesgo que requieren realización de RX:

Pacientes >65 años

Existencia de parestesias

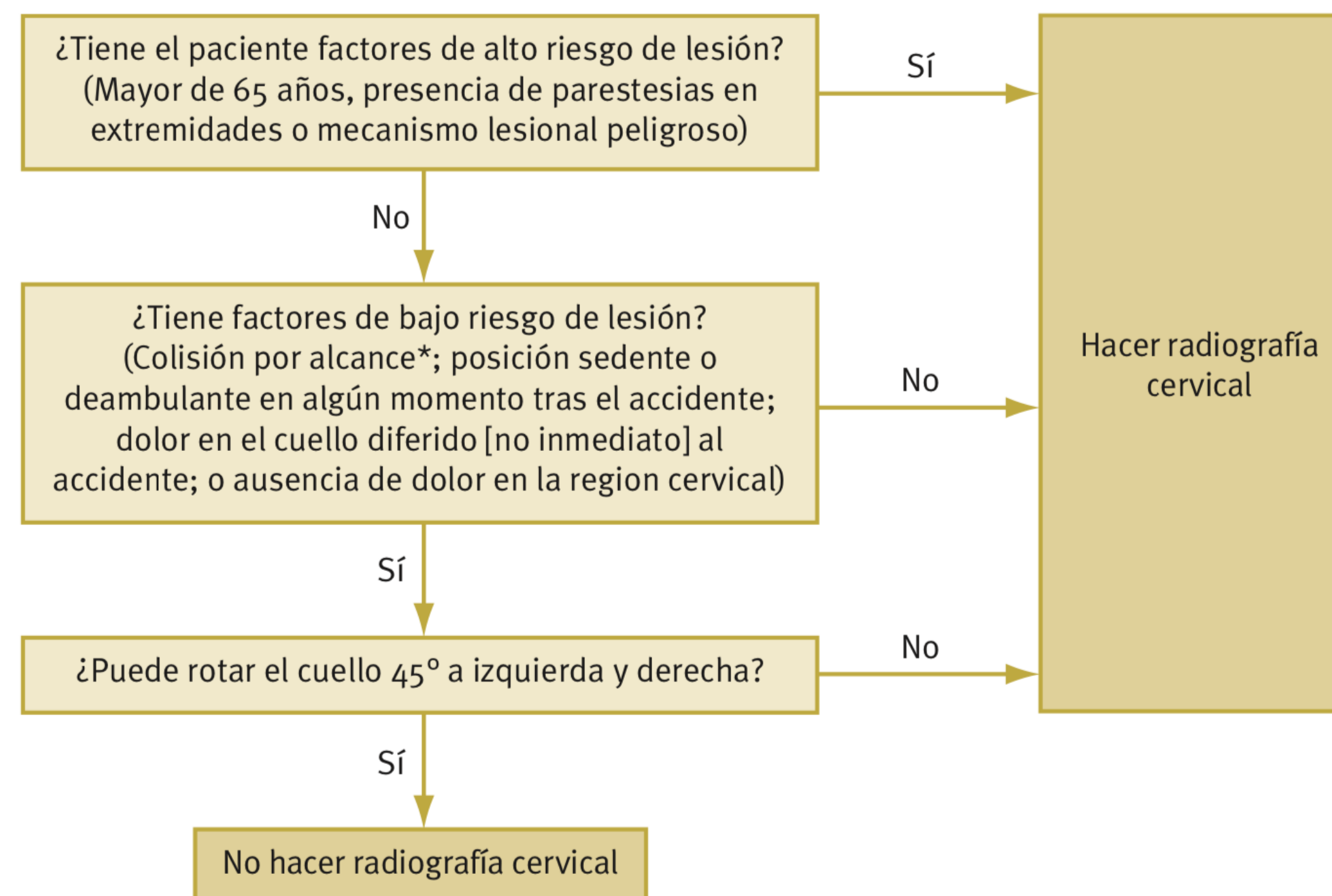
Mecanismo lesional de alto riesgo:

- Caída desde altura >0,9m/5 escalones,
- Traumatismo axial de la cabeza (zambullida),
- Colisión de vehículos de motor a gran velocidad (>100km/h),
- Colisión de vehículos que impliquen haber salido despedido,
- Accidentes de vehículos recreativos de motor,
- Accidentes de bicicleta.



The Canadian C-spine Rule (CCR)

Para pacientes con Glasgow 15
clínicamente estables con
sospecha de lesión cervical



PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA HISTORIA CLÍNICA (Región Cervical)

Paso 2.1.1 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Descarte de Banderas Rojas



Categoría 2



Las dos condiciones mecánicas de la columna cervical que tienen características patológicas únicas son:

- Inestabilidad cervical superior
- Insuficiencia vertebrobasilar.

- Afecciones congénitas y hereditarias asociadas con la subluxación C1-C2.
- Artritis Reumatoidea.
- Traumatismos.
- Infecciones

Sharp Purser test ha demostrado un valor predictivo del 85%, una especificidad del 96% y una sensibilidad del 88% cuando la subluxación atlantoaxial fue superior a 4 mm.



Vértigos
Problemas visuales (diplopía)
Fenómenos auditivos
Entumecimiento o parestesias faciales
Disfagia
Disartria
Síncope

En el examen clínico, la rotación pasiva sostenida del cuello hasta el rango de movimiento final puede producir los síntomas.





Dolor severo

El dolor intenso que no remite, especialmente si empeora por la noche.

Los sudores nocturnos, la fiebre y la pérdida de peso pueden indicar una malignidad o un proceso infeccioso (por ejemplo, tuberculosis, osteomielitis o incluso una patología más simple como la fiebre glandular).

→ Cancer

→ Infección

Un historial de traumatismo significativo reciente, incluso en la cabeza, debería hacer que considere una fractura, especialmente si fue una lesión por hiperextensión.

→ Traumatismos

Un dolor de cabeza intenso asociado con dolor de cuello puede representar irritación meníngea por una hemorragia o una infección y requiere un ingreso de emergencia.

→ Problemas Vasculares

Examen detallado del cuello y los hombros.



- Palpación la sensibilidad severa sobre las vértebras (**fractura por traumatismo o malignidad**).
- Palpación lateral en la región supraclavicular en busca de la costilla cervical
- Anteriormente en busca de ganglios linfáticos cervicales, lo que puede indicar una (**infección o cáncer**).

La sensibilidad exquisita específica sobre un cuerpo vertebral a veces puede ser un signo de infección, inflamación o malignidad.

Paso 2.1.2. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor Cervical
específico

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido
- Genera Alodinia e hiperalgesia

- Patologías, como las artritis inflamatorias, también pueden, potencialmente, producir sintomatología que puede confundirse con alteraciones funcionales. Estas condiciones pueden diferenciarse de las causas funcionales y degenerativas a través de la anamnesis e historia clínica.



Paso 2.1.3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor referido
a Territorio
Cervical



Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor de tipo **nociceptivo**, predominantemente mecánico, originado en estructuras articulares y que probablemente respondan a la movilización y/o la manipulación

Dolor Cervical inespecífico

Entorno Dinámico

Articulaciones

Disco

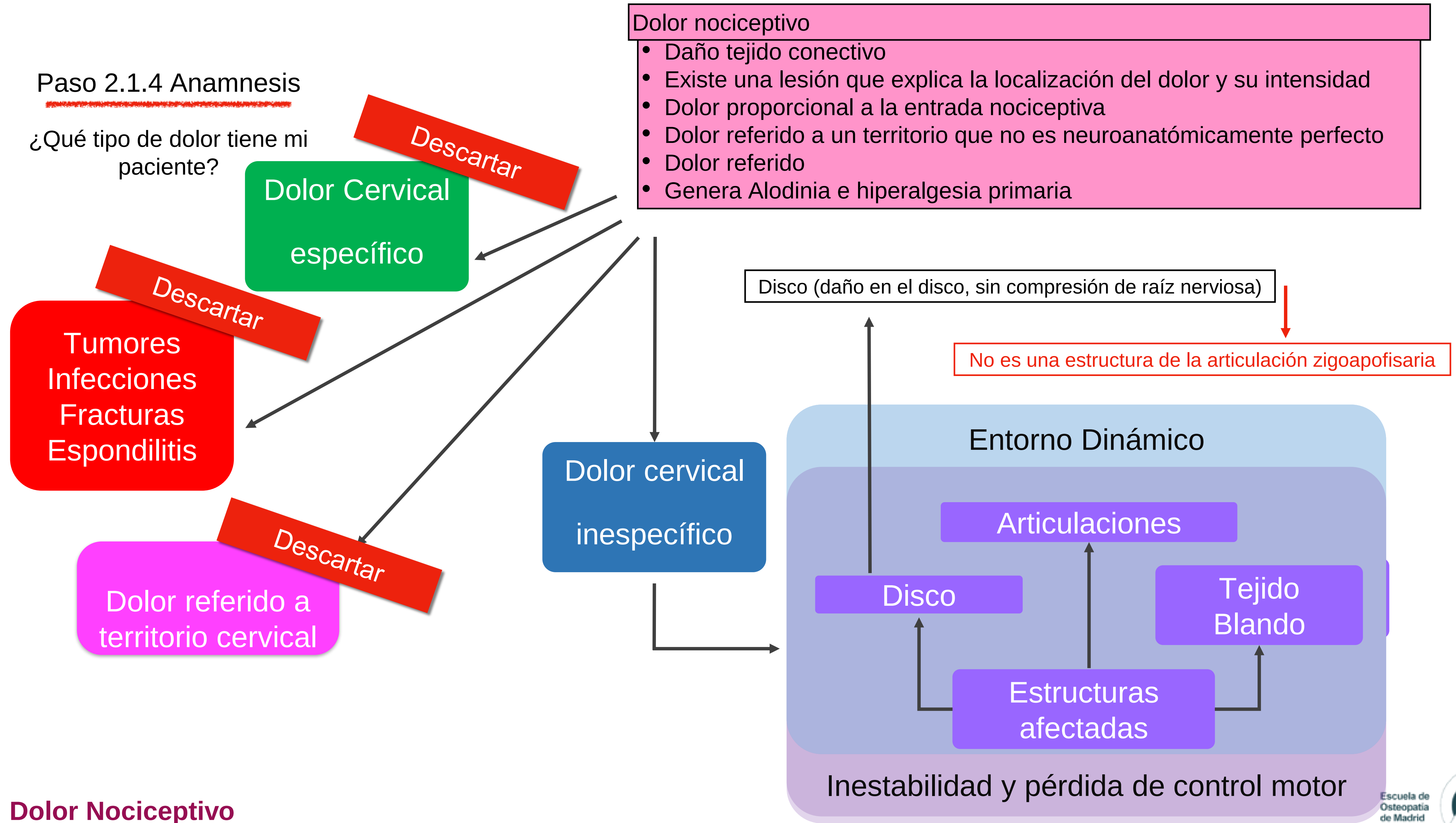
Tejido Blando

Estructuras afectadas

Inestabilidad y pérdida de control motor

Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

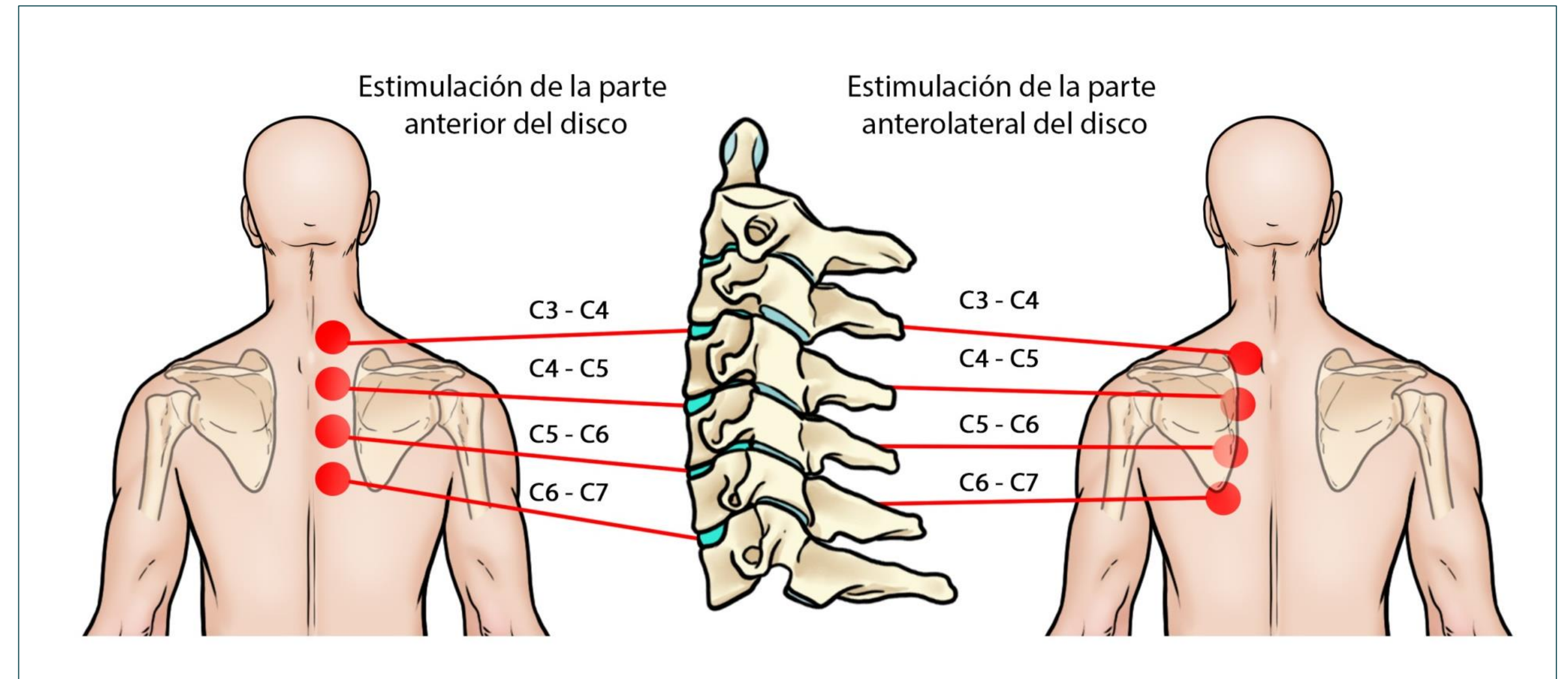


Dolor Nociceptivo

Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Es la fuente de dolor de origen articular?

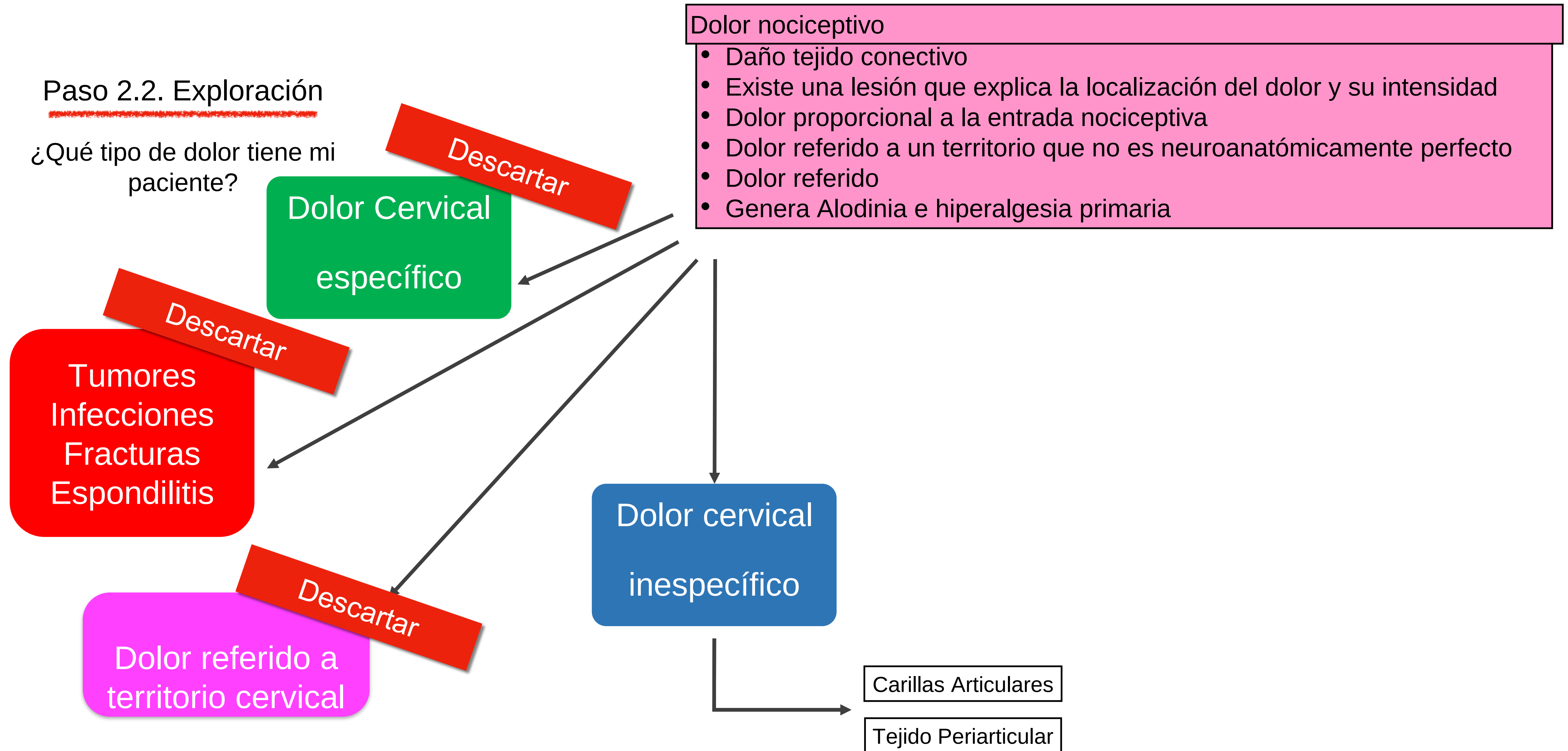
Dolor Discal (no por hernia discal)



- Dolor fijo, central.
- Se agrava siempre con los movimientos o posiciones de flexión.
- Es constante o intermitente
- Puede haber dolor referido pero es menos relevante.
- Al paciente le cuesta adoptar una postura de reposo en la que disminuya el dolor, que se reproduce al moverse

Paso 2.2. Exploración

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

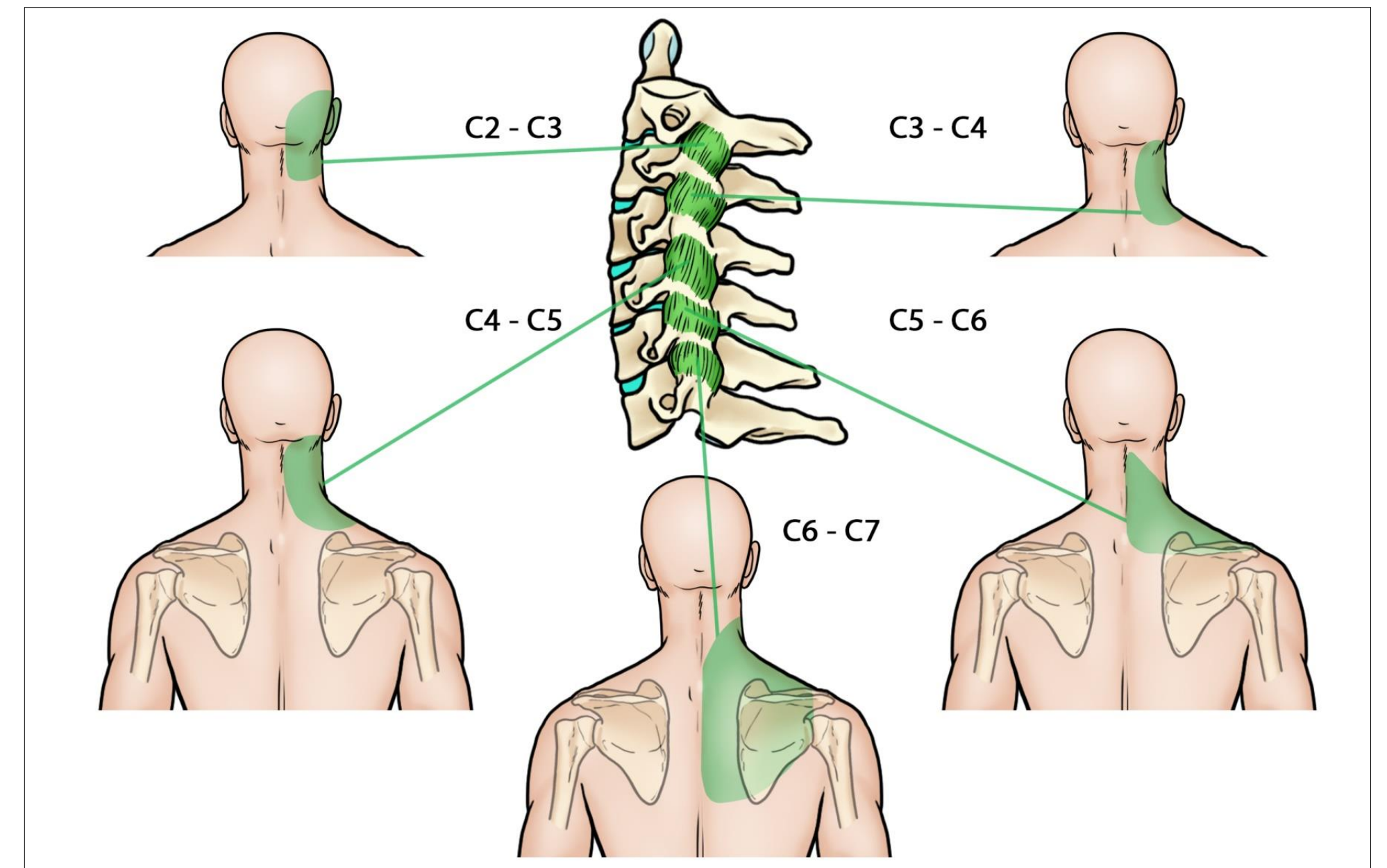


Dolor Nociceptivo

Dolor Facetario

Proviene de cualquiera de las estructuras que forma la faceta articular

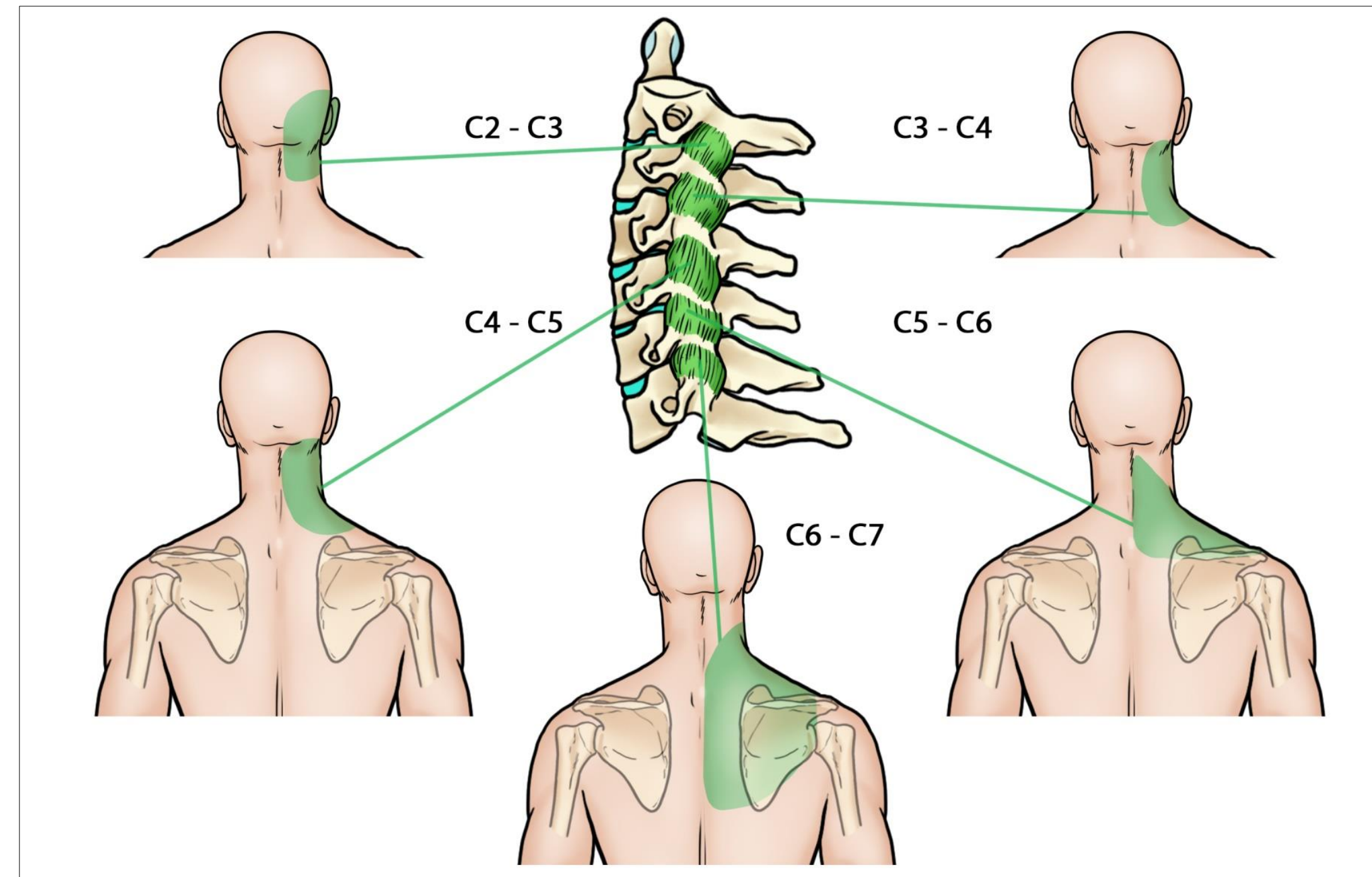
Resultado del estrés repetitivo o microtraumas de baja intensidad que inflaman la articulación y estira mecánicamente la cápsula articular produciendo dolor.



Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Es la fuente de dolor de origen articular?

Dolor Facetario



- Dolor fijo cervical, a veces con referencia no metamérica: dolor referido a cabeza, parte superior interna de la escápula o miembros superiores. Se agrava con la extensión cervical y aumenta con su repetición.
- Intermitente.
- No suele empeorar con las posiciones o movimientos en flexión.
- Recidivante.
- Es más acusado por las mañanas al levantarse de la cama disminuyendo a lo largo del día
- Desaparece a lo largo del día para volver al finalizar la jornada

Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Es la fuente de dolor de origen articular?

Dolor tejido periarticular

- Dolor fijo cervical, a veces con referencia no metamérica: dolor referido a cabeza, parte superior interna de la escápula o miembros superiores.
- Se agrava con la flexión y aumenta con su repetición.
- No suele empeorar con los movimientos o posiciones de extensión.
- Se alivia en las posturas que aumentan la lordosis.
- Suele desaparecer a lo largo del día para volver al finalizar la jornada



Paso 2.2.1. Exploración

Síntomas Palpables

T

Anomalías en la textura del tejido. TEST DE PINZADO RODADO

A

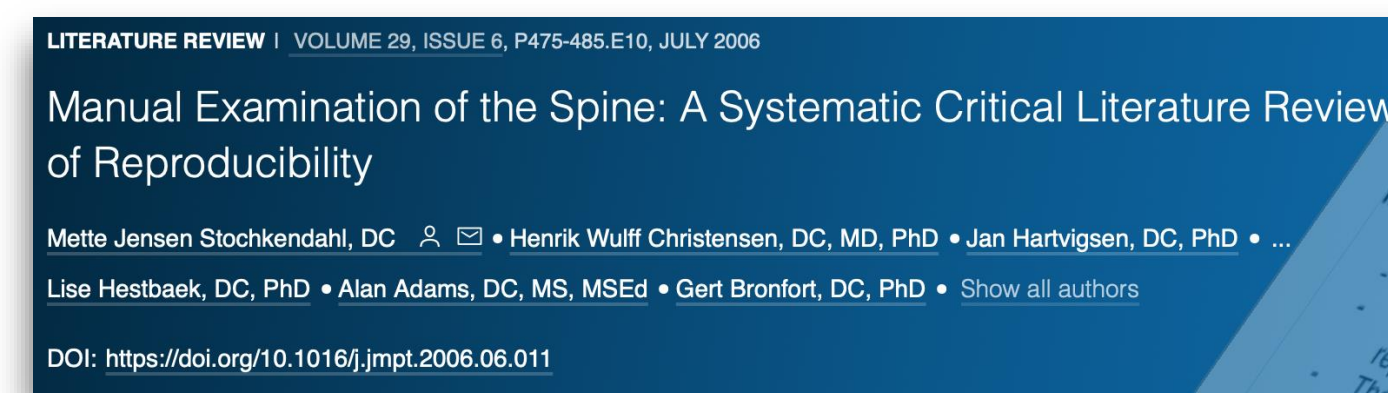
Asimetría posicional PALPACIÓN TEJIDO PARAVERTEBRAL

R

Rango de movimiento restringido. TEST DE MOVILIDAD VERTEBRAL

T

Sensibilización PALPACIÓN DE LAS APÓFISIS ESPINOSAS

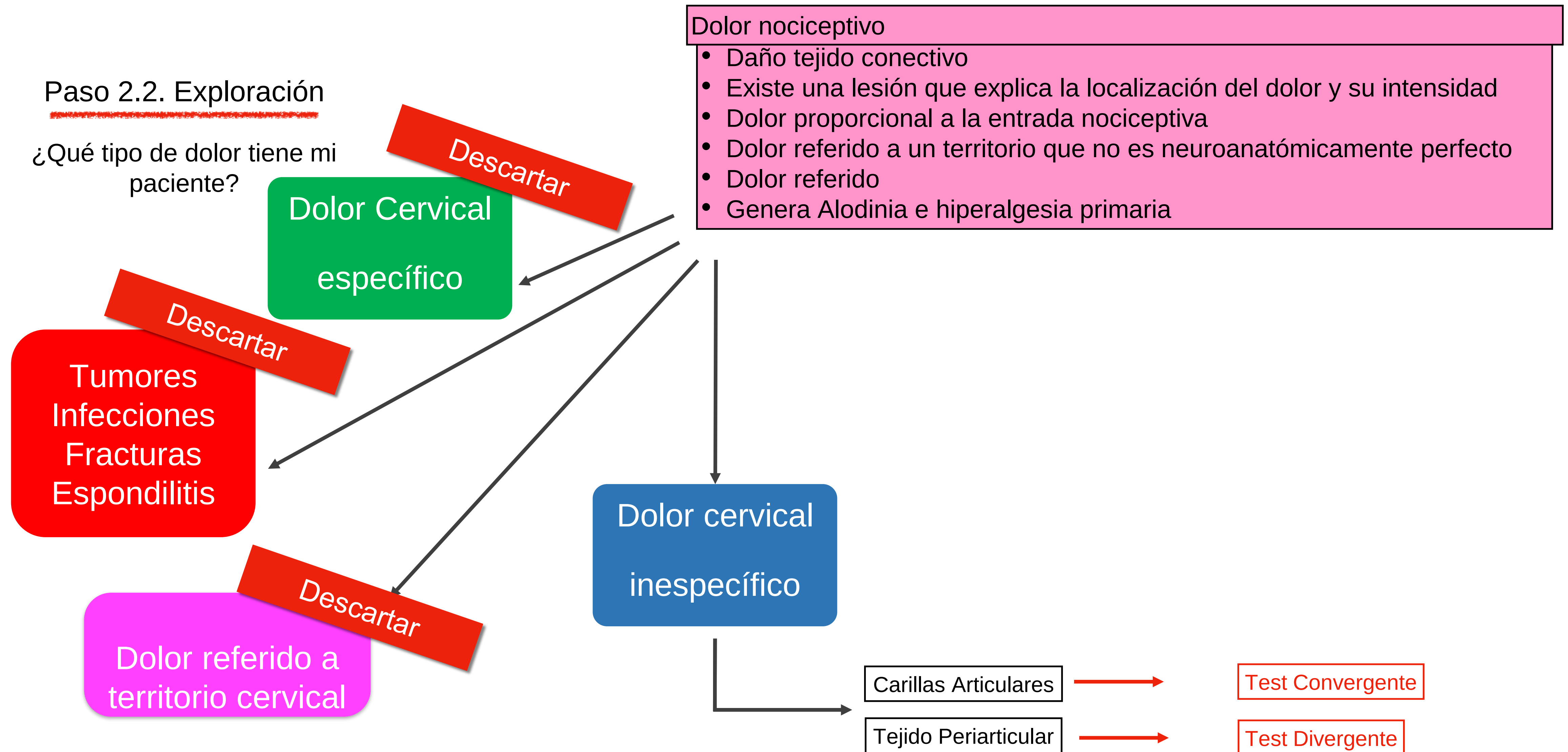


La confiabilidad diagnóstica de los test palpatorios es pobre. Se debe añadir test de movilidad y provocación



Paso 2.2. Exploración

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?



Paso 2.2.2. Exploración

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?



Contents lists available at [ScienceDirect](#)
Manual Therapy
journal homepage: www.elsevier.com/math



Masterclass

Articular dysfunction patterns in patients with mechanical neck pain: A clinical algorithm to guide specific mobilization and manipulation techniques

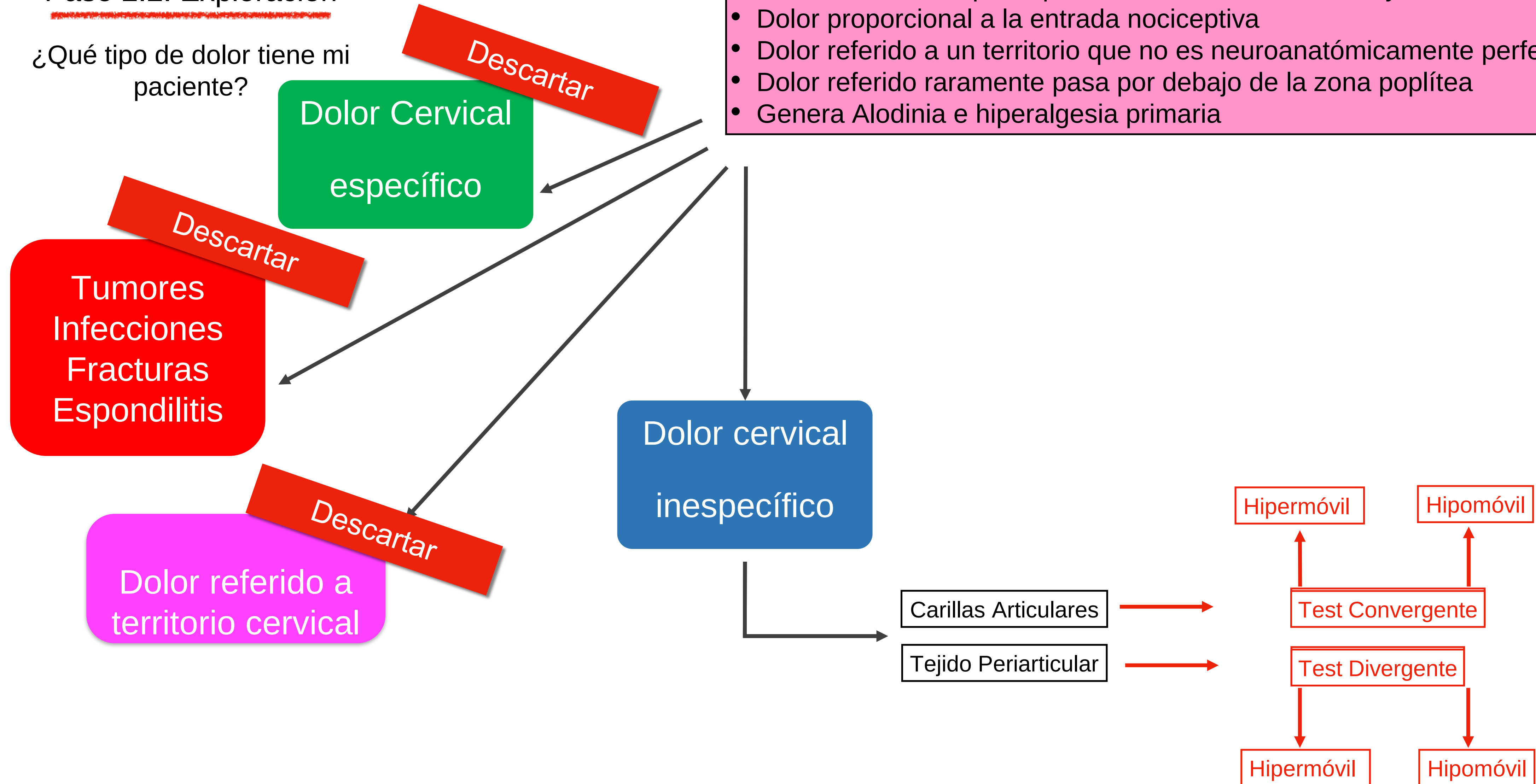
Vincent Dewitte*, Axel Beernaert, Bart Vanthillo, Tom Barbe, Lieven Danneels, Barbara Cagnie¹

Ghent University, Department of Rehabilitation Sciences and Physiotherapy, De Pintelaan 185 3B3, 9000 Ghent, Belgium

	Patrón Convergente	Patrón divergente
Examen subjetivo	Sensación de bloqueo Restricción de movimiento al final de la ROM (no en hipermovilidad) Dolor por compresión unilateral Dolor a menudo en casos agudos Puede haber postura antiálgica	Sensación de distensión dolorosa al final del ROM Restricción de movimiento al final de la ROM (no en hipermovilidad) Dolor de estiramiento unilateral La alta intensidad o severidad de los síntomas es rara. Puede haber postura antiálgica
Examen físico (dolorosos)	La extensión combinada activa y pasiva La lateroflexión del lado ipsilateral. La rotación dolorosa.	La flexión combinada activa y pasiva. La lateroflexión del lado contralateral. La rotación dolorosa.
Examen de movilidad en hipomov.	Las pruebas de movilización A/P: Positivas en los segmentos afectados Pruebas de movimiento intervertebral: Restricción de deslizamiento lateral en el sentido de la convergencia. La distracción segmentaria alivia el dolor. La rotación limitada.	Las pruebas de movilización A/P: Positivas en los segmentos afectados Pruebas de movimiento intervertebral: Restricción de deslizamiento lateral en sentido contrario a la divergencia. La rotación limitada.

Paso 2.2. Exploración

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?



Dolor Nociceptivo



Paso 2.2.3. Exploración

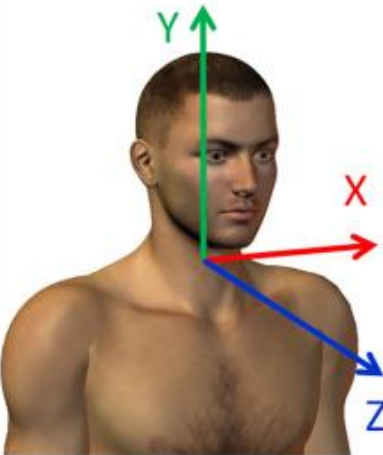
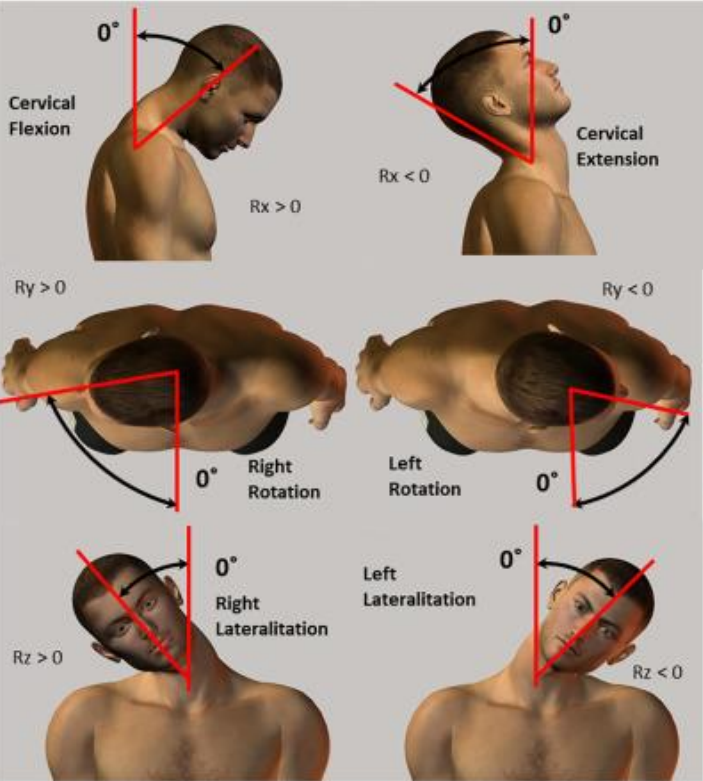
Test de movilidad



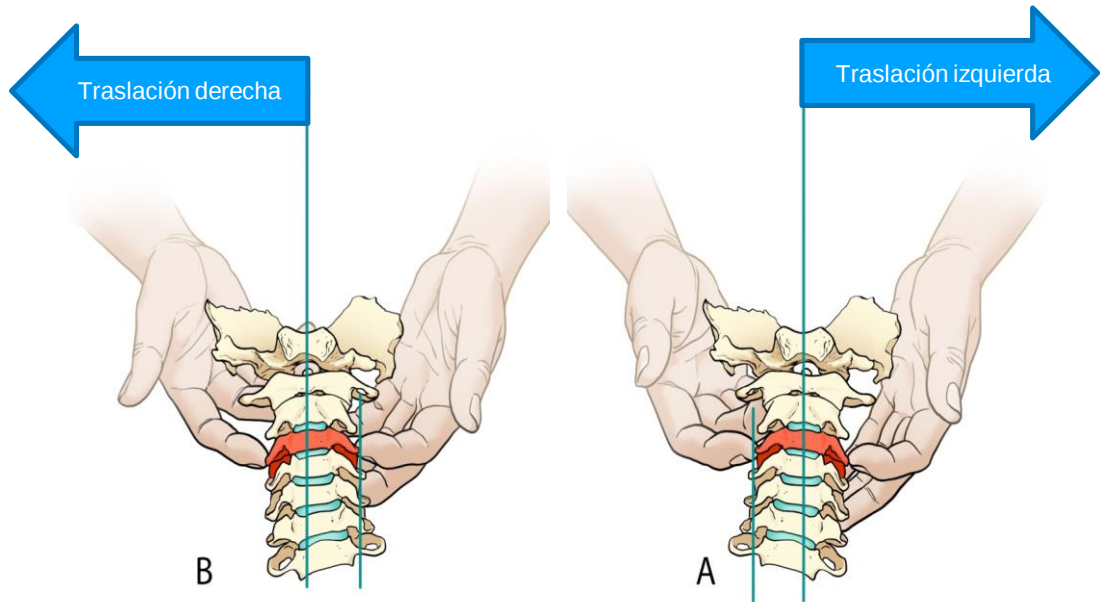
MOVILIZACIÓN P/A DE LA REGIÓN CERVICAL

Original Article
Validity of the Posterior-Anterior Middle Cervical Spine Gliding Test for the Examination of Intervertebral Joint Hypomobility in Mechanical Neck Pain

Gerardo Rey-Eiriz PT, DO^a, Francisco Albuquerque-Sendín PhD, PT, DO^b, Inmaculada Barrera-Mellado PhD^c, Francisco J. Martín-Vallejo PhD^c, César Fernández-de-las-Peñas PhD, PT, DO^{d e}



TESTS DE MOVILIDAD ANALÍTICOS



LATERAL GLIDING TEST



Original research
Cervical Spine Assessment Using Passive and Active Mobilization Recorded Through an Optical Motion Capture

Alejandro J. Moreno MS, Gonzalo Utrilla MS, Javier Marin MS, Jose J. Marin PhD, Maria B. Sanchez-Valverde PhD, Ana C. Royo PhD

Las pruebas de movimiento intervertebral pueden brindar información adicional sobre la calidad y cantidad del juego articular segmentario, ya que el movimiento intervertebral reducido se asocia muy a menudo con ambos patrones de disfunción articular.

Original Article
Validity of the Lateral Gliding Test as Tool for the Diagnosis of Intervertebral Joint Dysfunction in the Lower Cervical Spine

Cesar Fernández-de-las-Peñas PT^a, Cristobal Downey PT, MSc^b, Juan Carlos Miangolarra-Page MD, PhD^c

Paso 2.2.4. Exploración

Test de Inestabilidad cervical



El paciente también puede presentar dolor de tipo nocicpetivo por un problema de inestabilidad o una pérdida de control motor



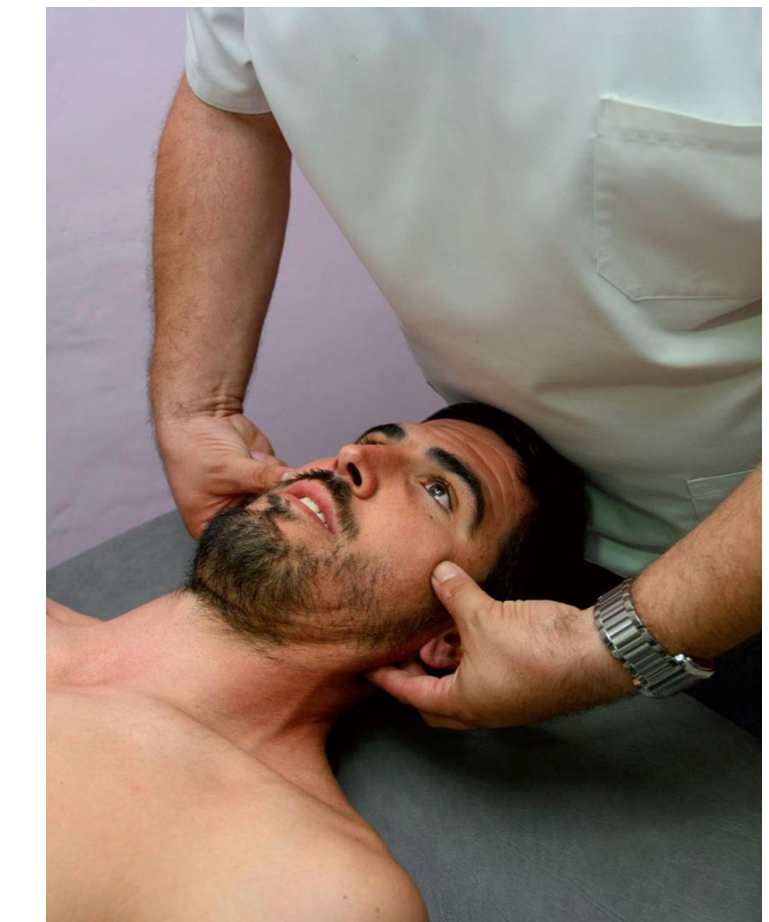
Sharp-purser test



Aspinall test



Rotational alar ligament stress test

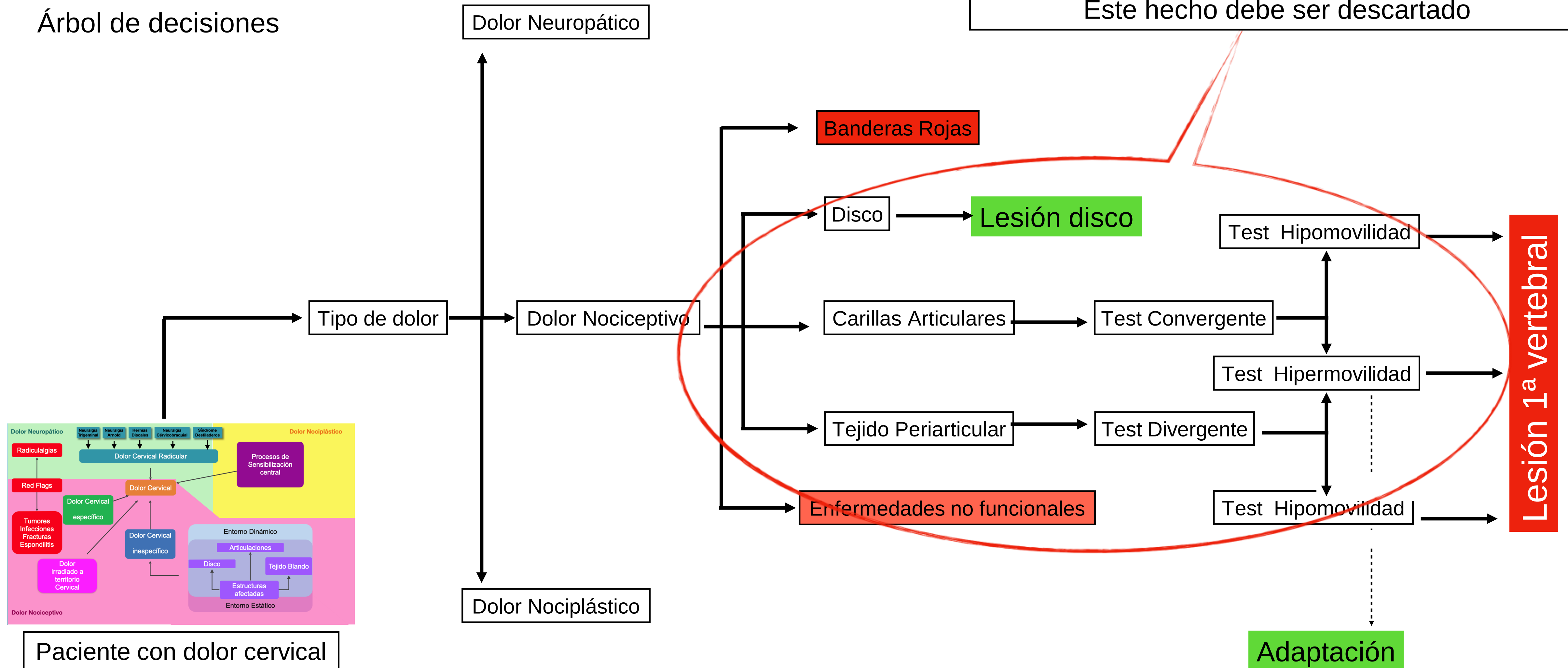


Transverse stress test



Paso 2.3.

Árbol de decisiones



Paso 3 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución “neuroanatómicamente lógico”
- Dolor proyectado
- Dolor se describe como ardor, punzante
- Genera alodinia e hiperalgesia



PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA HISTORIA CLÍNICA (Región Cervical)

Paso 3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Descarte de Banderas Rojas



Categoría 3



Radiculalgias

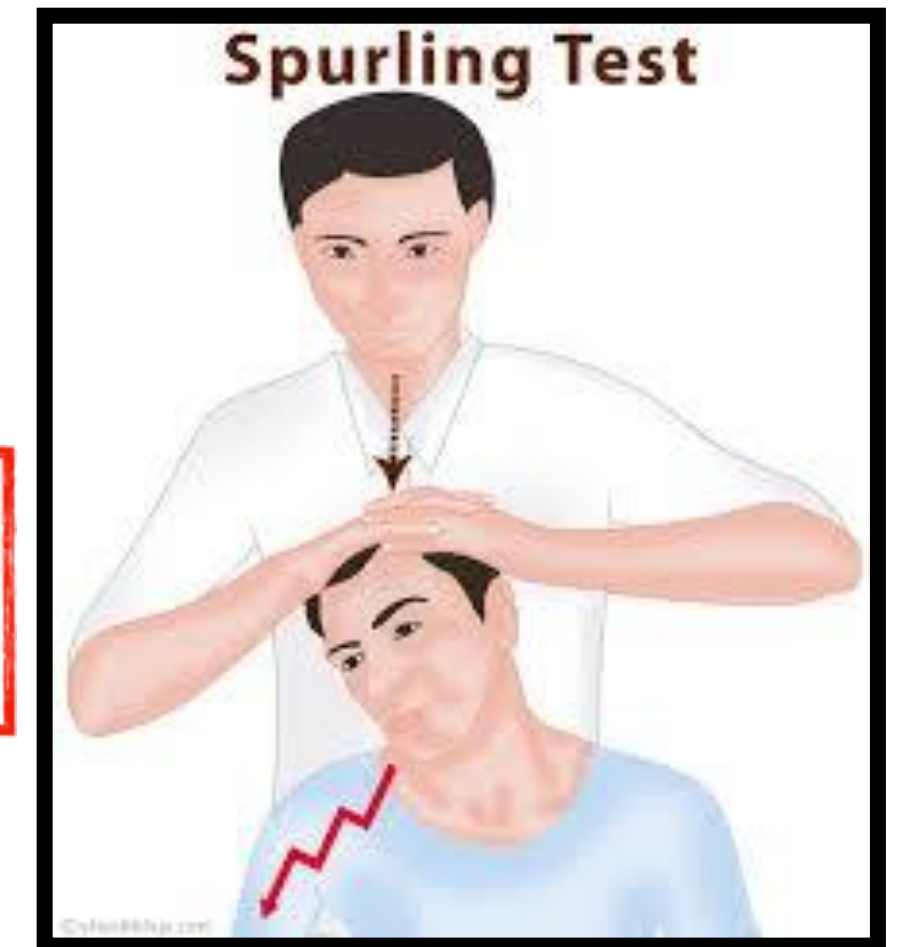
Red Flags

La columna cervical también debe ser examinada para detectar:

Radiculopatías.

Mielopatías.

Spurling tiene una sensibilidad del 30% para la radiculopatía cervical, tiene una especificidad del 93%



Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución "neuroanatómicamente lógico"
- Dolor proyectado
- Dolor se describe como ardor, punzante
- Genera alodinia e hiperalgesia

Los pacientes con mielopatía compresiva alta (C3-C5) presentan un síndrome de manos entumecidas y torpes acompañadas de pérdida de la destreza manual, dificultad para escribir, debilidad difusa no específica y sensaciones anormales.

Pacientes con mielopatía cervical inferior Normalmente se presenta con un síndrome de debilidad, rigidez y pérdida propioceptiva en las piernas acompañado de signos de espasticidad y trastornos de la marcha.



Paso 3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Descarte de Banderas Rojas



Síntomas neurológicos

Los síntomas neurológicos (como manos torpes, marcha alterada o alteraciones de la función sexual, de la vejiga o del esfínter) deben impulsar un examen neurológico para descartar compresión de la médula espinal o mielopatía cervical. Un trasfondo de artritis inflamatoria o síndrome de Down aumenta las posibilidades de un problema más grave.

→ Neuropatías

Paso 3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Descarte de Banderas Rojas



Examen detallado del cuello y los hombros.

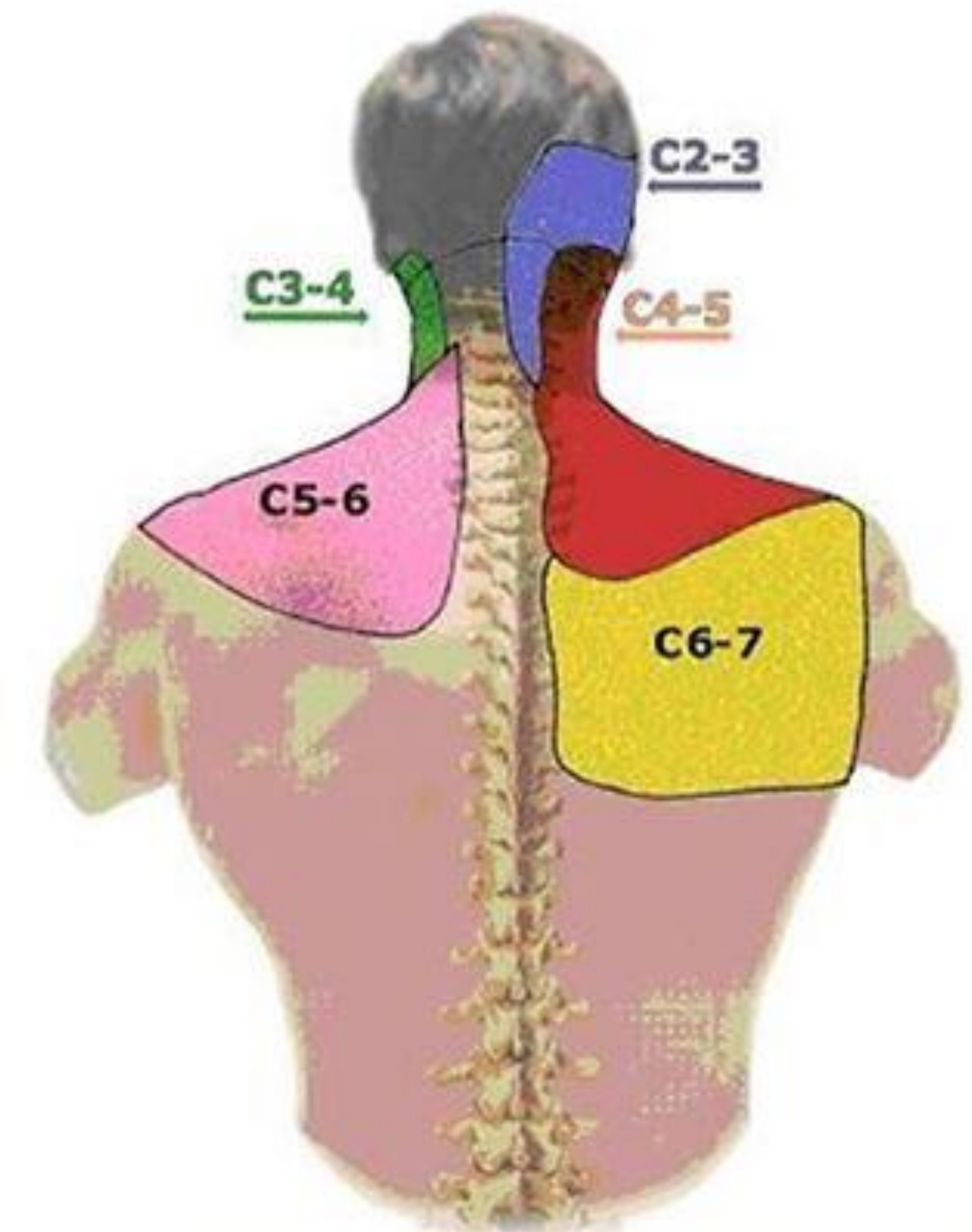
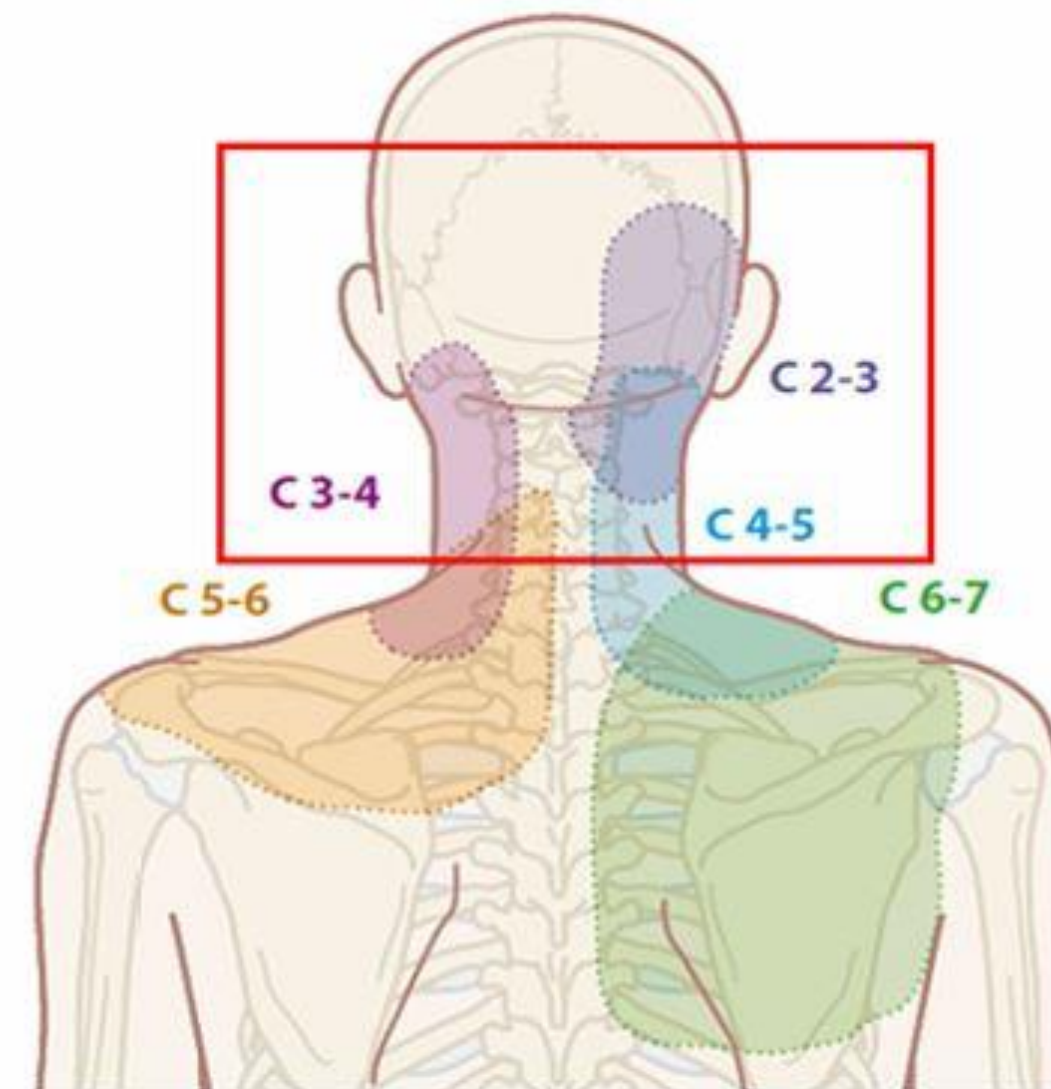
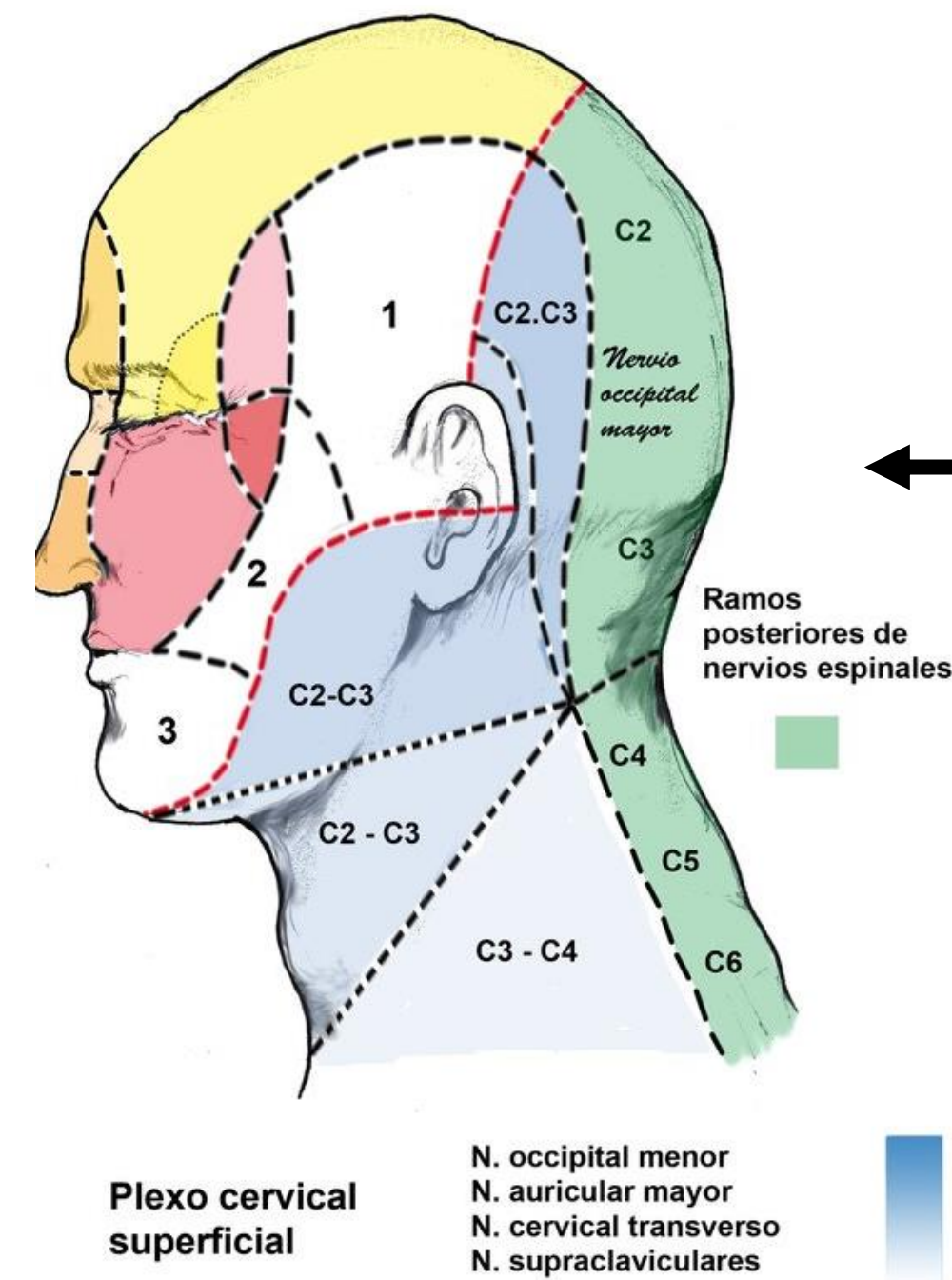
- Controle suavemente los movimientos del cuello. El fenómeno de Lhermitte (síntomas de una descarga eléctrica o ardor que se irradia hacia abajo) puede ocurrir con la flexión del cuello (mielopatía o desmielinización).

Tenga cuidado con el herpes zóster.

La sensibilidad exquisita específica sobre un cuerpo vertebral a veces puede ser un signo de infección, inflamación o malignidad.

Paso 3.2. Anamnesis

Territorio de dolor



Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución "neuroanatómicamente lógico"
- Dolor proyectado
- Dolor se describe como ardor, punzante
- Genera alodinia e hiperalgesia

Paso 3.3.Exploración

Pruebas de confirmación de territorio de dolor



Paso 3.3.Exploración

Pruebas de confirmación de territorio de dolor

medicina general y de familia
edición digital

www.mgyf.org

Clínica cotidiana

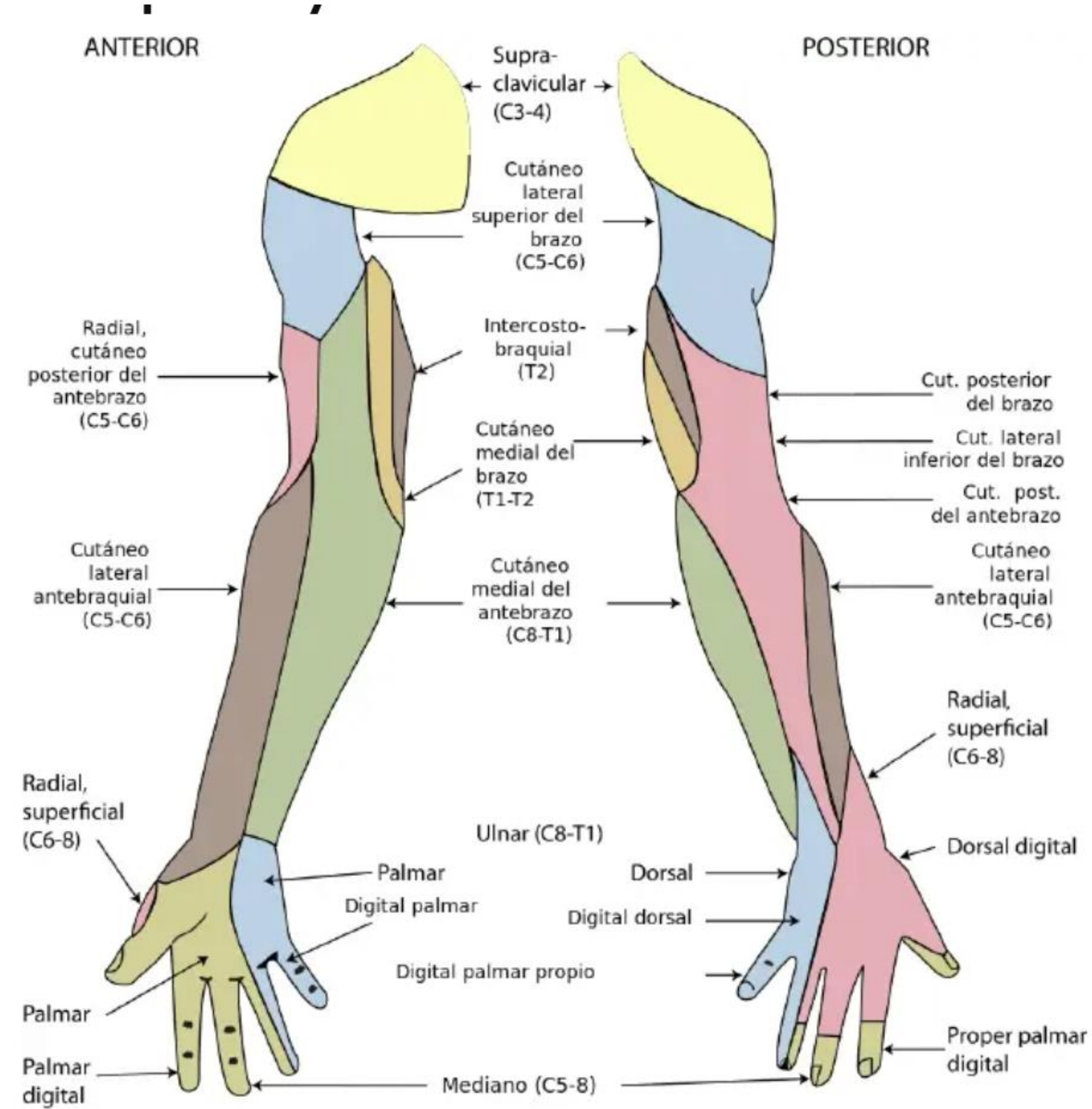
Cervicobraquialgia: una aproximación a través de la experiencia clínica

José Manuel Sáez Pérez

Características de localización del dolor, déficit motor y reflejo afectado, según la raíz nerviosa comprometida.				
Raíz comprometida	C5	C6	C7	C8
Dolor y pérdida de la sensibilidad	Base del cuello, hombro y deltoides	Cara lateral del brazo, antebrazo, dedo pulgar e índice	Región medial del brazo, antebrazo,	Cara cubital de brazo, antebrazo, dedo anular y meñique
Déficit motor	Deltoides	Músculos flexores	Músculos extensores	Músculos intrínsecos de la mano
Reflejo afectado		Bicipital y estilo-radial	Tricipital	

Paso 3.3.Exploración

Pruebas de confirmación de territorio de dolor



Paso 3.3.1. Exploración

Pruebas de confirmación radiculopatías



[Int J Med Sci.](#) 2017; 14(7): 662–667.

Published online 2017 Jun 23. doi: [10.7150/ijms.19110](https://doi.org/10.7150/ijms.19110)

PMCID: PMC5562117

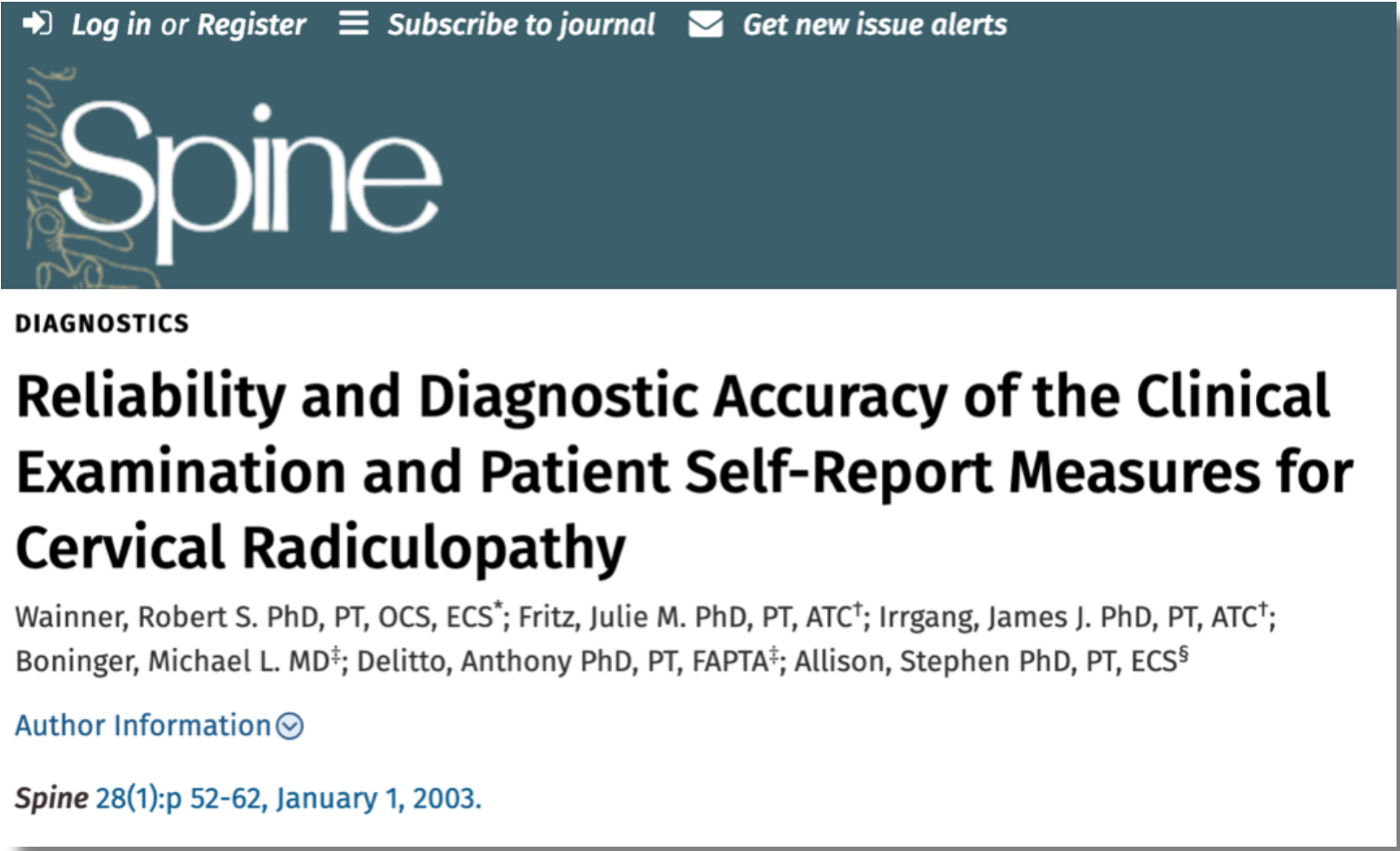
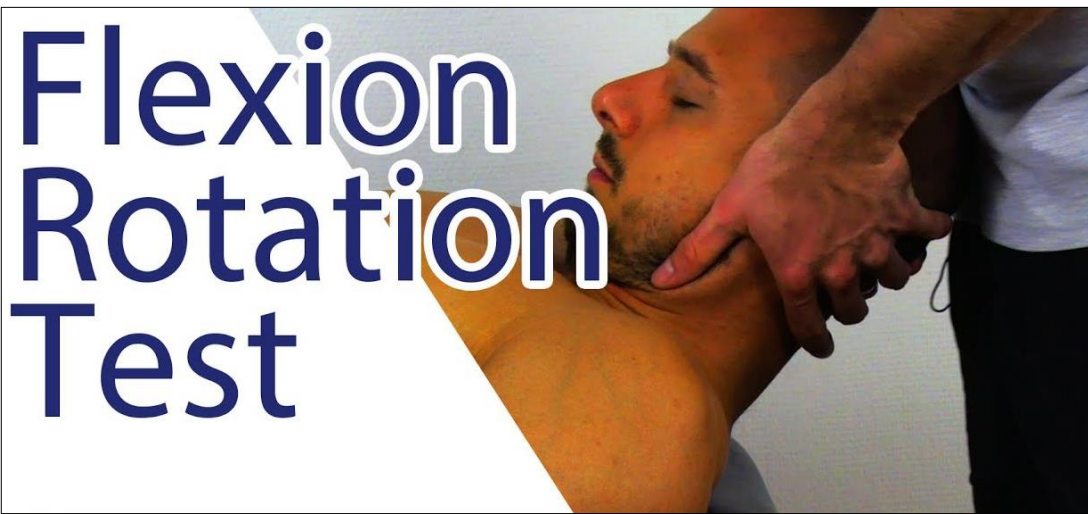
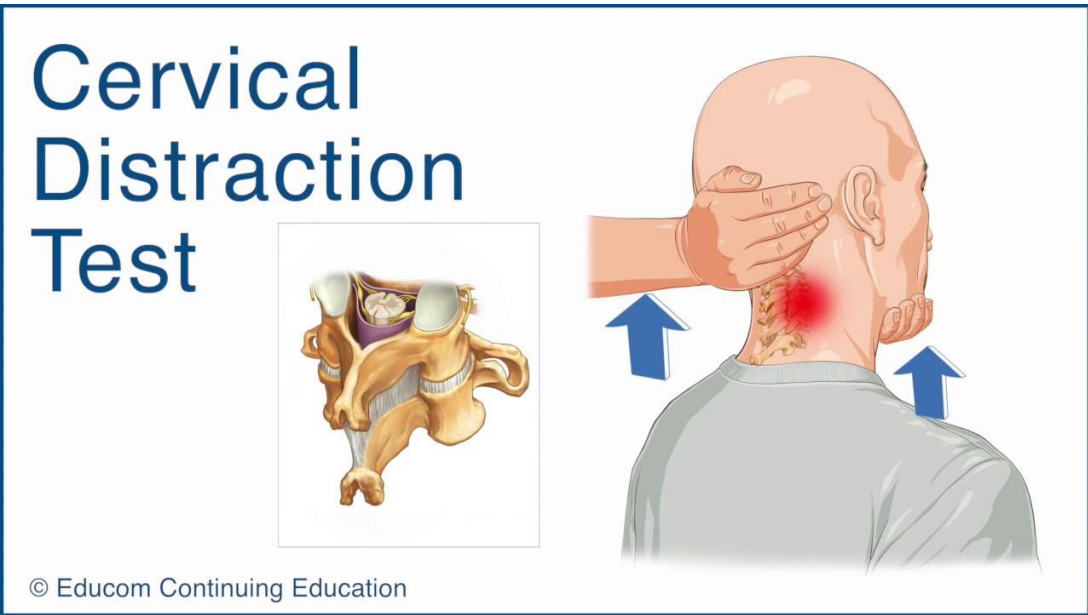
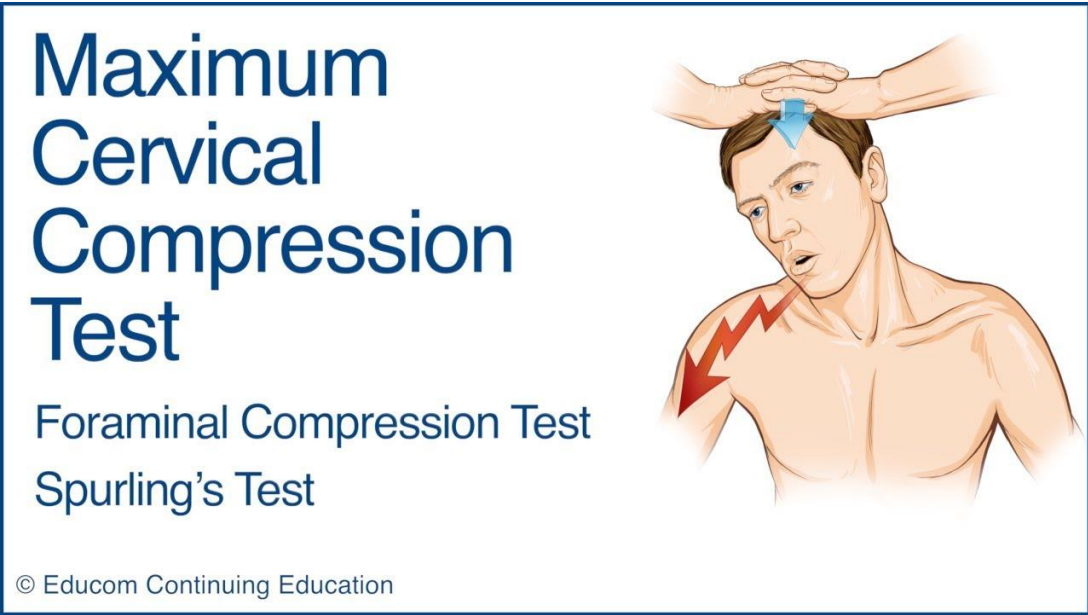
PMID: [28824298](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28824298/)

Diagnostic Accuracy of the Neck Tornado Test as a New Screening Test
in Cervical Radiculopathy

[Juyeon Park](#),¹ [Woo Young Park](#),^{2,3} [Seungbae Hong](#),⁴ [Jiwon An](#),⁵ [Jae Chul Koh](#),⁶
[Youn-Woo Lee](#),⁵ [Yong Chan Kim](#),⁷ and [Jong Bum Choi](#)^{4,8}

Sensitivity: 0,85 Especificidad 0,86.

Paso 3.3.1. Exploración
Pruebas de confirmación
radiculopatías



Con 3 de estos tests positivos, la posibilidad de padecer una radiculopatía cervical es del 65%, mientras que si los 4 son positivos, aumenta hasta el 90%.

REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE WAINNER

Paso 3.3.1. Exploración

Pruebas de confirmación
radiculopatías



> [J Vasc Surg.](#) 2022 Sep;76(3):821-829.e1. doi: 10.1016/j.jvs.2022.03.885. Epub 2022 May 11.

Reliability and validity of the standardized elevated arm stress test in the diagnosis of neurogenic thoracic outlet syndrome

Niels Pesser ¹, Britt I de Bruijn ², Jens Goeteyn ¹, Nicole Verhofstad ³, Saskia Houterman ⁴,
Marc R H M van Sambeek ⁵, Robert W Thompson ⁶, Bart F L van Nuenen ⁷, Joep A W Teijink ⁸



Paso 3.3.2. Exploración
Pruebas de confirmación
radiculopatías
Desfiladero escápulo
torácico

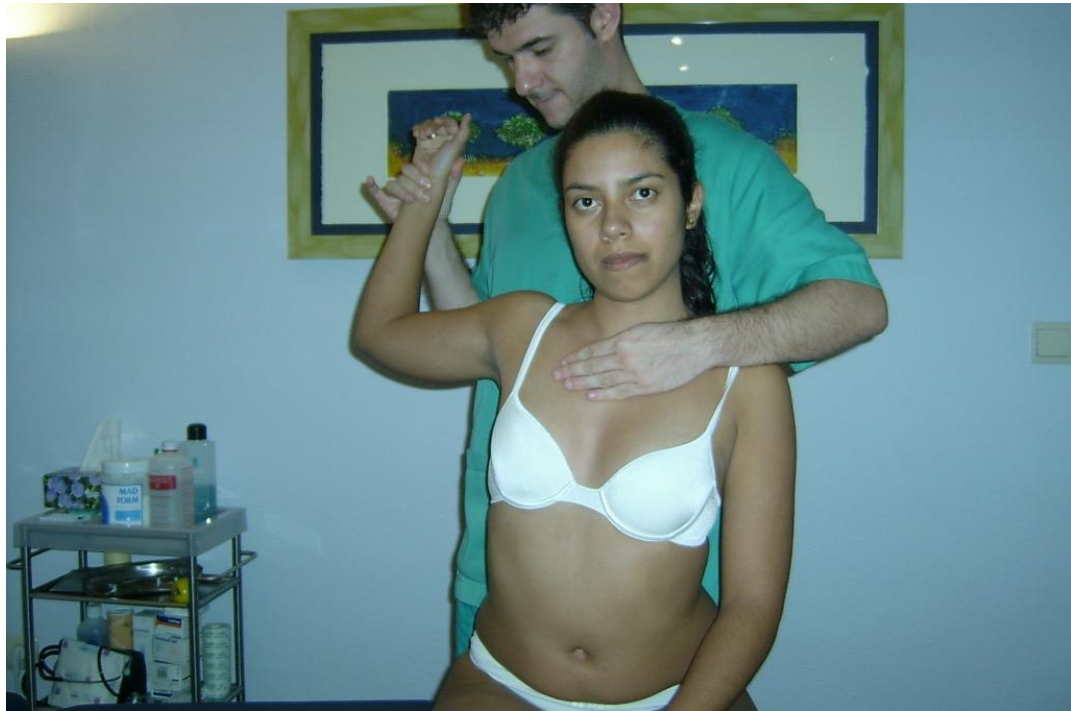
REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE GILLARD

ORIGINAL ARTICLE

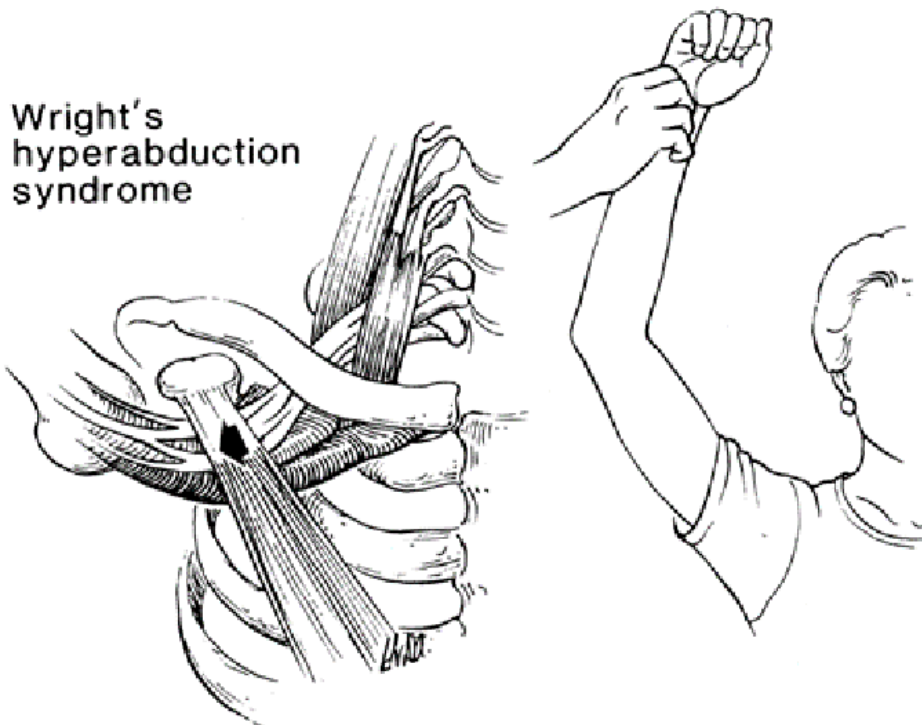
Joint Bone Spine 2001 ; 68 : 416-24
© 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. All rights reserved
S1297319X01002986/FLA

Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients

Jérôme Gillard^{1*}, Maryse Pérez-Cousin², Éric Hachulla², Jacques Remy³, Jean-François Hurtevent⁴, Ludmila Vinckier⁵, André Thévenon⁶, Bernard Duquesnoy¹



Wright



Hiperabducción



Adson



Roos



Tinel

Paso 3.3.2. Exploración
Pruebas de confirmación
radiculopatías
Desfiladero escápulo
torácico



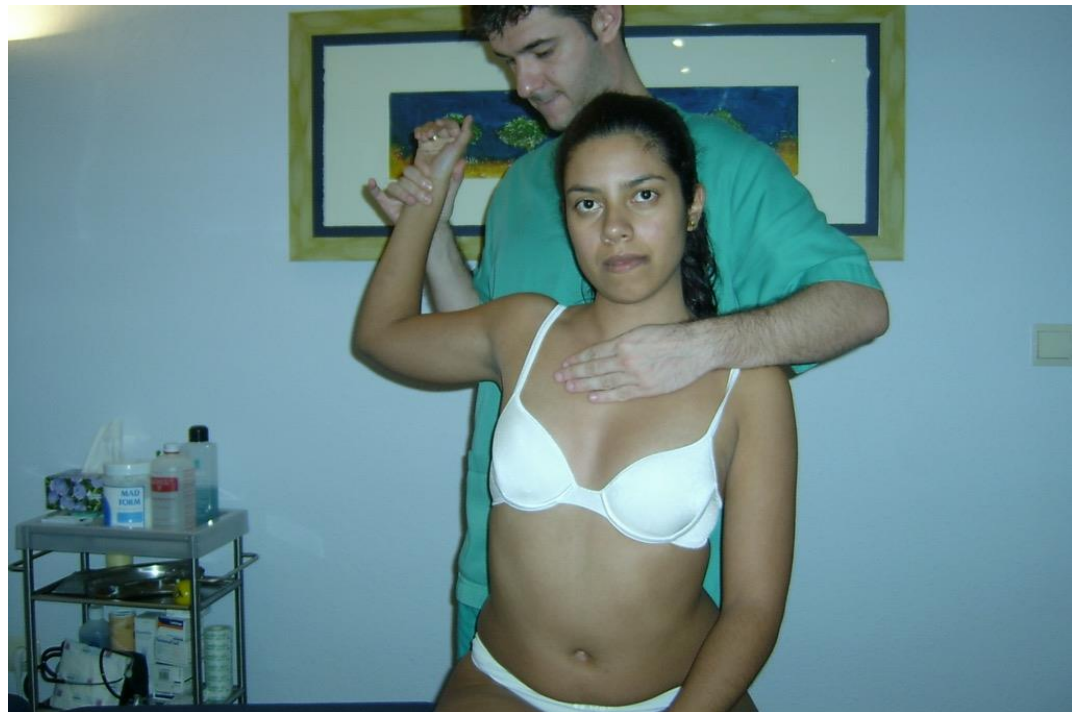
Adson
Test

S:0.7 E:0.5



Eden
Test

S:0.0 E:0.7



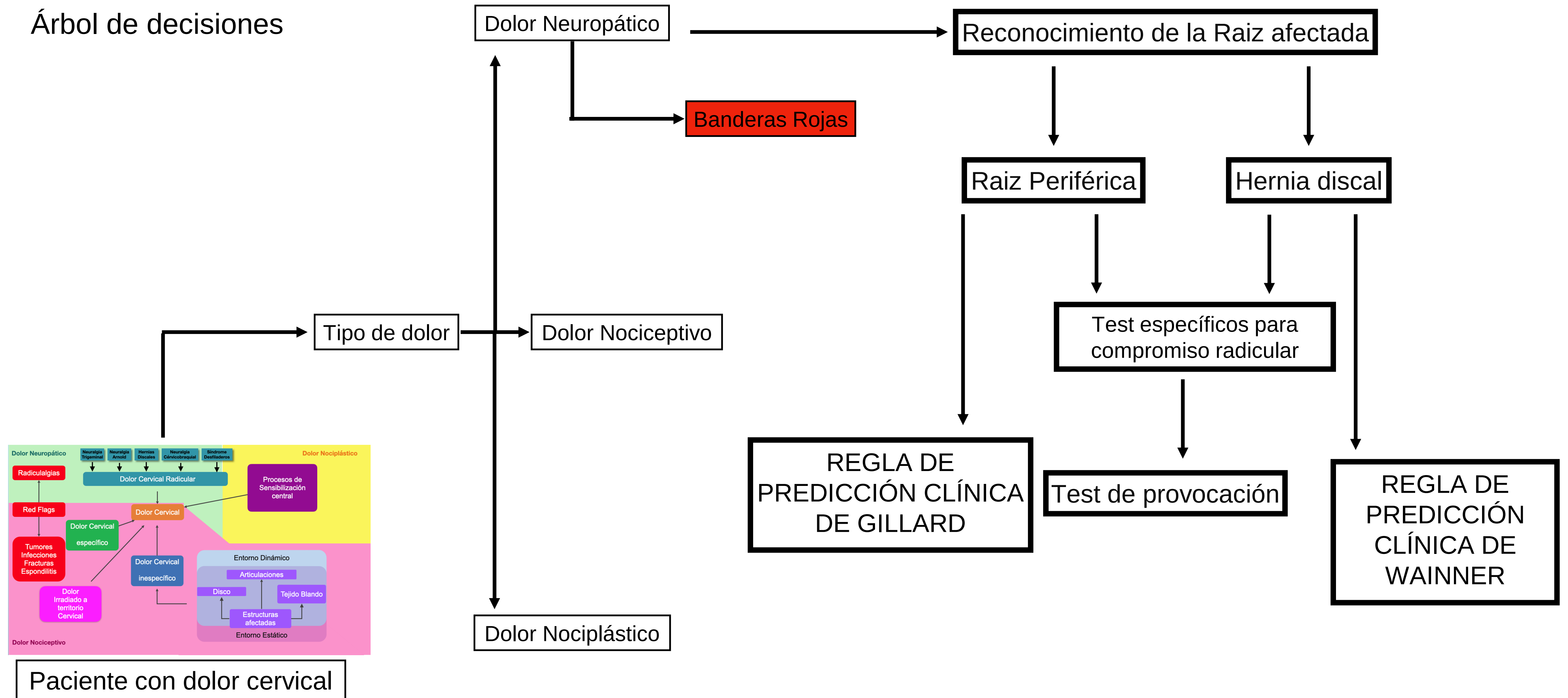
Wright's
Test

S:0.7 E:1.0



Paso 3.5.

Árbol de decisiones



Paso 4. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera alodinia e hiperalgesia

Paso 4.1. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Criterio 1

Patrón desproporcionado, no mecánico



Evidencia de procesamiento
nociceptivo central alterado



Respuesta impredecible de provocación del dolor

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera alodinia e hiperalgesia

Paso 4.2. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Criterio 2

Patrón de dolor neuroanatómicamente ilógico

Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción

Se requiere una evaluación e interpretación exhaustivas de la distribución del dolor autoinformado

- Dolor bilateral/dolor en espejo
- Dolor que varía en ubicación
- Grandes áreas de dolor con un patrón no segmentario
- Distribución, dolor generalizado
- Alodinia/hiperalgesia fuera del área segmentaria de (presunta) nocicepción primaria

Criterio 1

Patrón desproporcionado, no mecánico

Evidencia de procesamiento nociceptivo central alterado

Respuesta impredecible de provocación del dolor

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera alodinia e hiperalgesia

Paso 4.3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Criterio 2

Patrón de dolor neuroanatómicamente ilógico

Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción

Se requiere una evaluación e interpretación exhaustivas de la distribución del dolor autoinformado

- Dolor bilateral/dolor en espejo
- Dolor que varía en ubicación
- Grandes áreas de dolor con un patrón no segmentario
- Distribución, dolor generalizado
- Alodinia/hiperalgesia fuera del área segmentaria de (presunta) nocicepción primaria

Criterio 3

Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético

Mayor capacidad de respuesta a una variedad de estímulos

Frío

Presión mecánica

Calor

Los estímulos pueden ser locales o generalizados

Criterio 1

Patrón desproporcionado, no mecánico

Evidencia de procesamiento nociceptivo central alterado

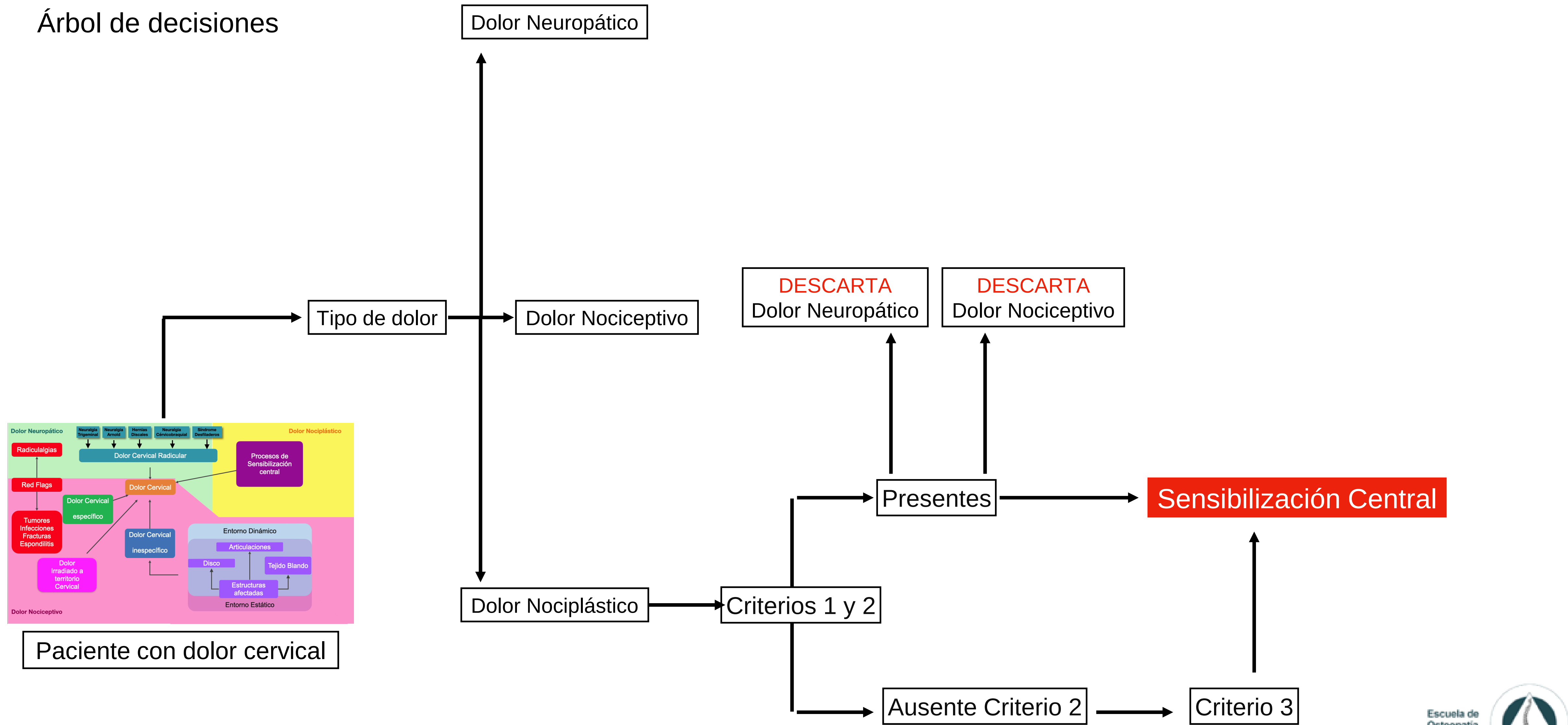
Respuesta impredecible de provocación del dolor

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera alodinia e hiperalgesia

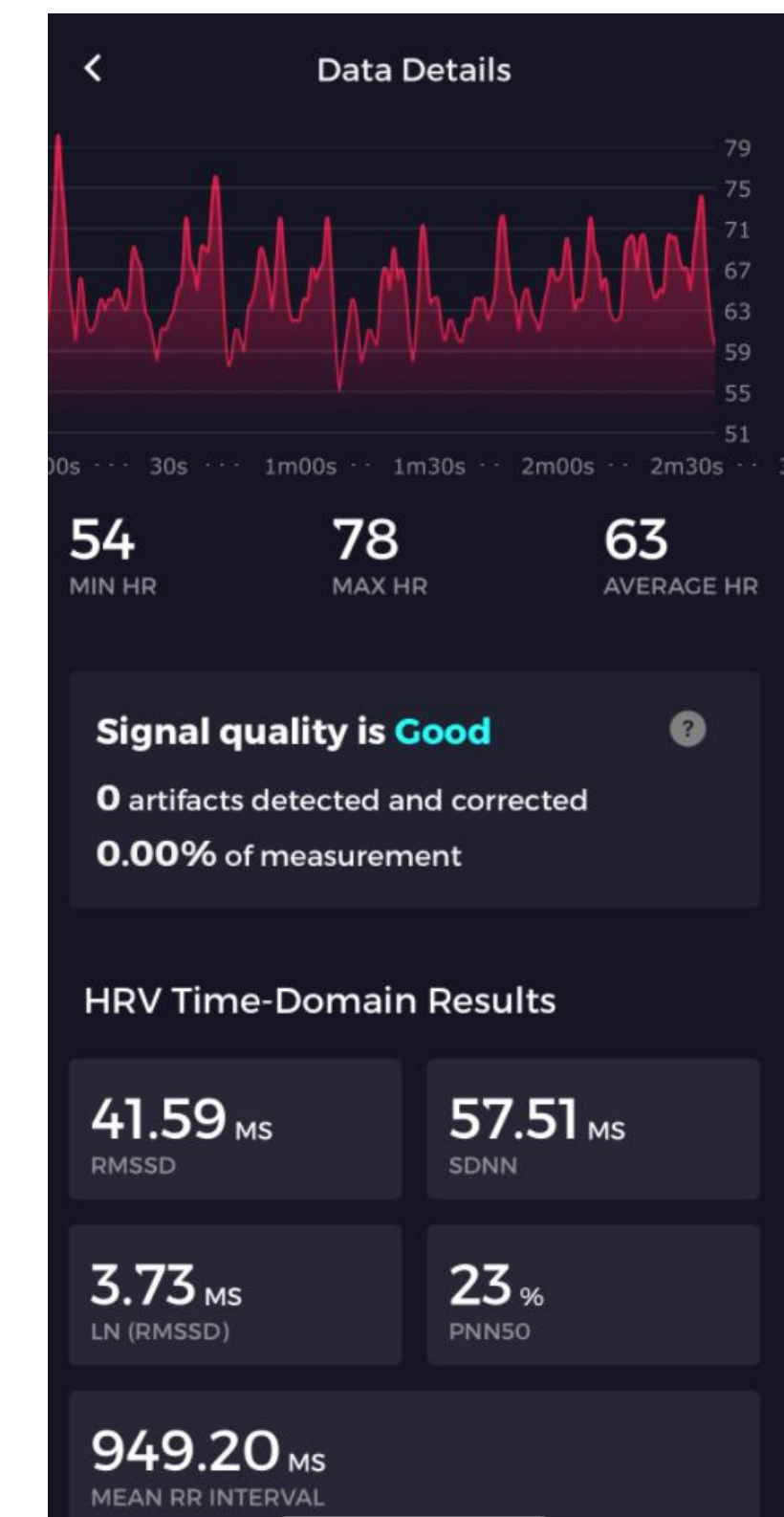
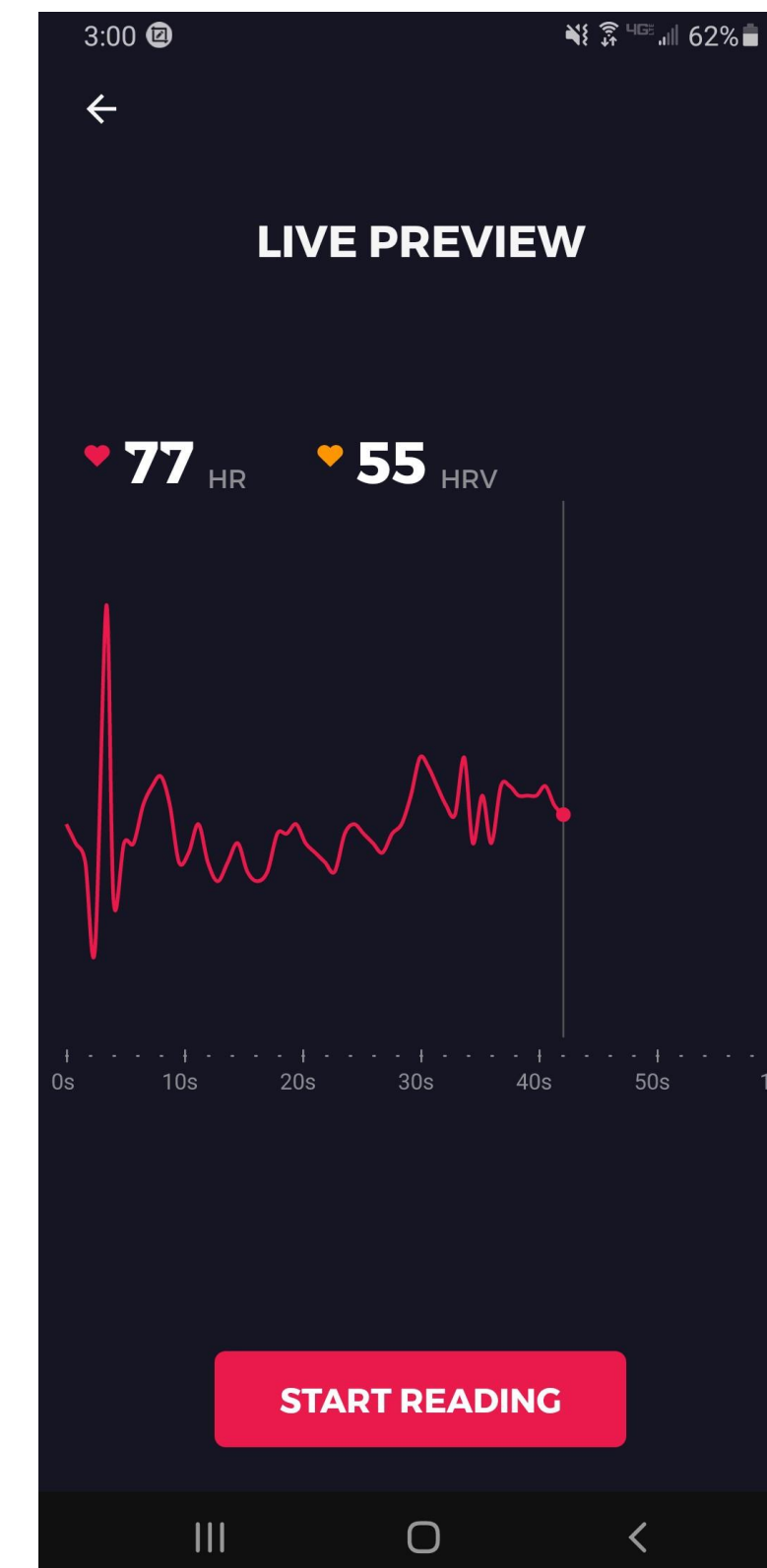
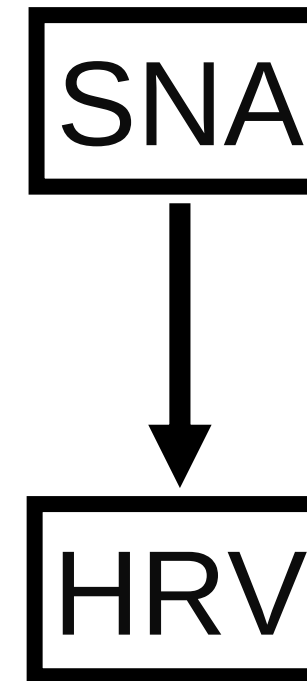
Paso 4.4.

Árbol de decisiones



Paso 5.

Sistemas moduladores
de respuesta



Paso 5.

Sistemas moduladores
de respuesta

