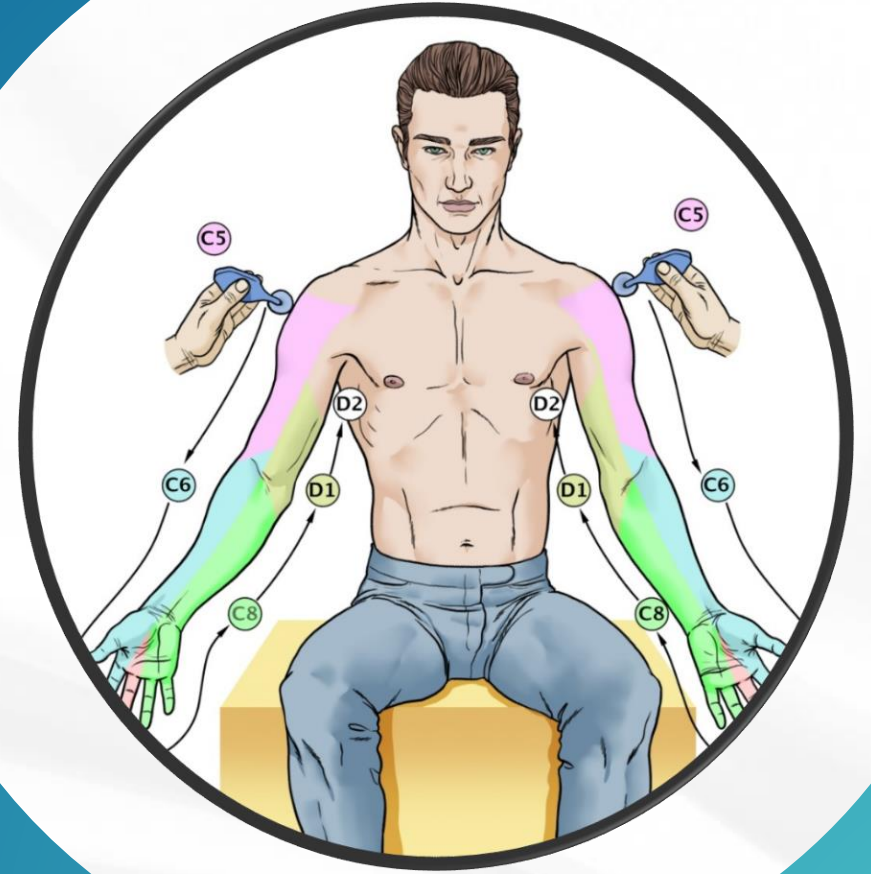


# DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO



# PROCESO DE HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO EN OSTEOPATIA



Será al final de esta secuencia cuando pidamos al paciente las **pruebas complementarias** (de imagen y laboratorio) y sacaremos una conclusión.

Al finalizar, determinaremos **si existe o no indicación** de la aplicación de un abordaje osteopático o por el contrario debemos derivar a otro especialista.





**ANAMNESIS**



# HISTORIA CLÍNICA

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



## ANAMNESIS

- ANTECEDENTES PERSONALES
- ANTECEDENTES FAMILIARES
- MOTIVO DE LA CONSULTA

## EXPLORACIÓN

- OBSERVACIÓN
- EXAMEN PASIVO
- EXAMEN ACTIVO
- TEST ORTOPÉDICOS
- TEST OSTEOPÁTICOS



# DOLOR

- NOCICEPTIVO (sensibilización periférica)
- NEUROPÁTICO
- NOCIPLÁSTICO (sensibilización central)

En todos los dolores tengo que valorar el entorno Bio Psico Social



# TRIAGE DIAGNÓSTICO

- TIPO DE DOLOR
- BANDERAS ROJAS
- FACTORES PSICOSOCIALES

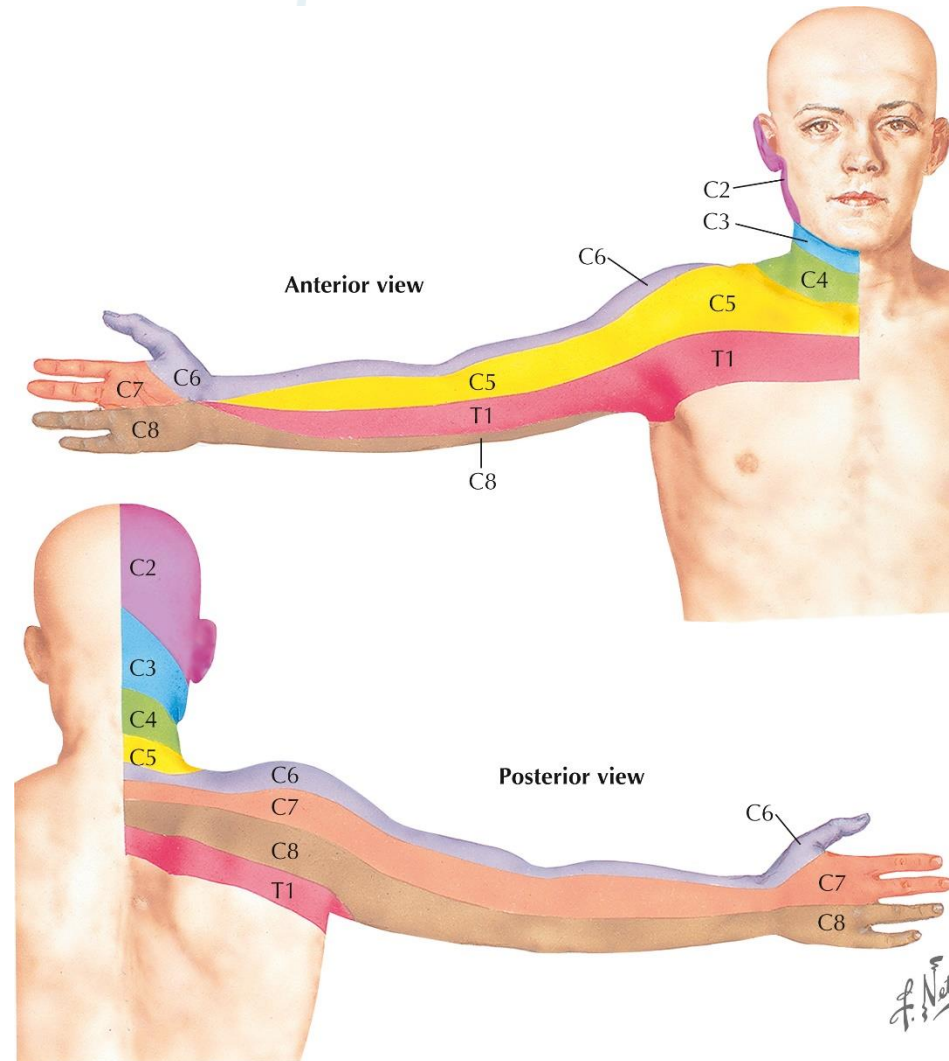


# SIGNOS CLINICOS DEL DOLOR NEUROPÁTICO CÉRVICO-BRAQUIAL

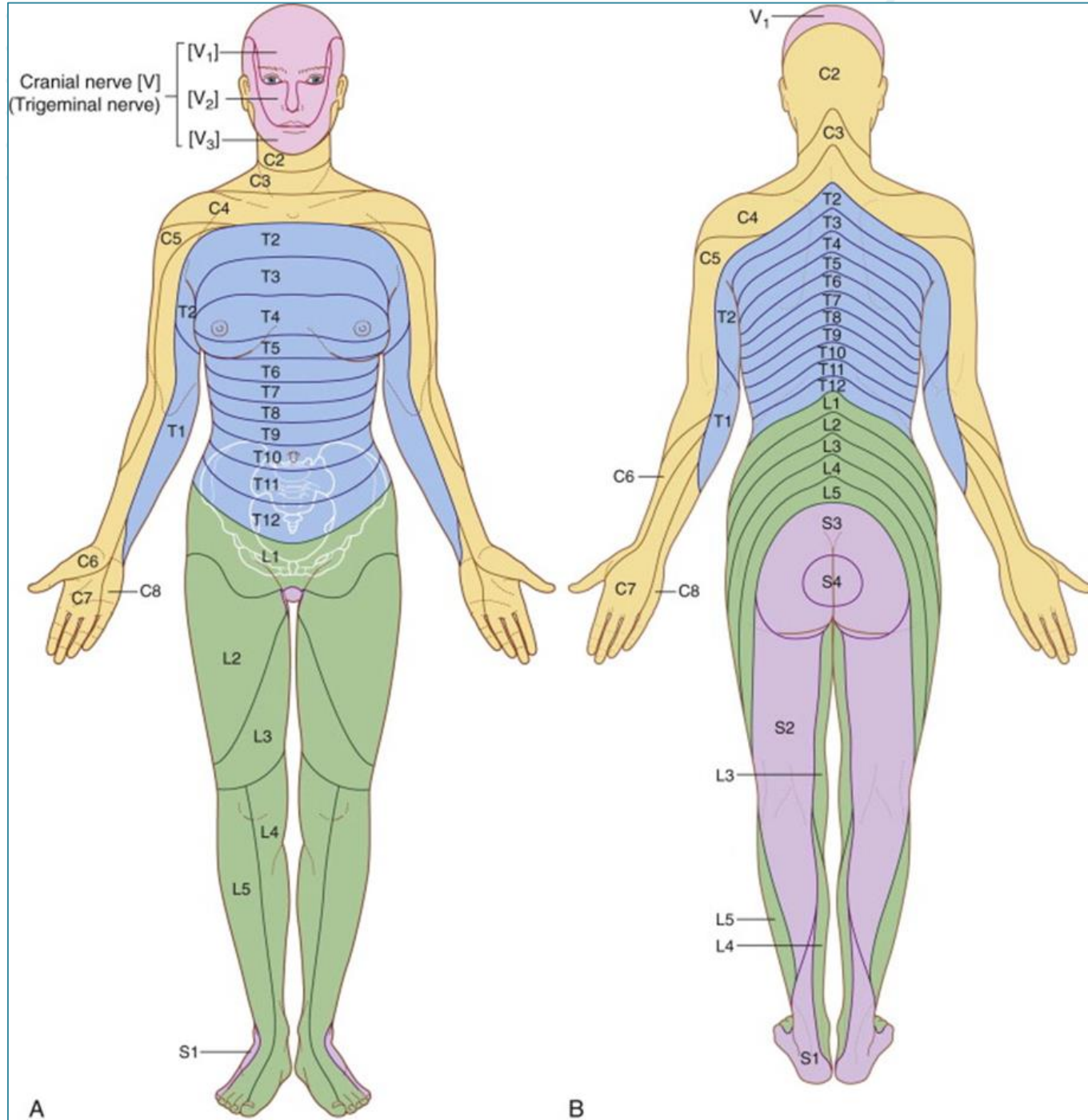
| Síntomas        | Sensibilidad | Especificad | LR+  | LR-  |
|-----------------|--------------|-------------|------|------|
| Debilidad       | .65          | .39         | 1,07 | .90  |
| Entumecimiento  | .79          | .25         | 1,05 | .84  |
| Dolor del brazo | .65          | .26         | .88  | 1,35 |
| Dolor cervical  | .62          | .35         | .95  | 1,09 |
| Prurito         | .72          | .25         | .96  | 1,92 |
| Quemazón        | .33          | .63         | .89  | 1,06 |



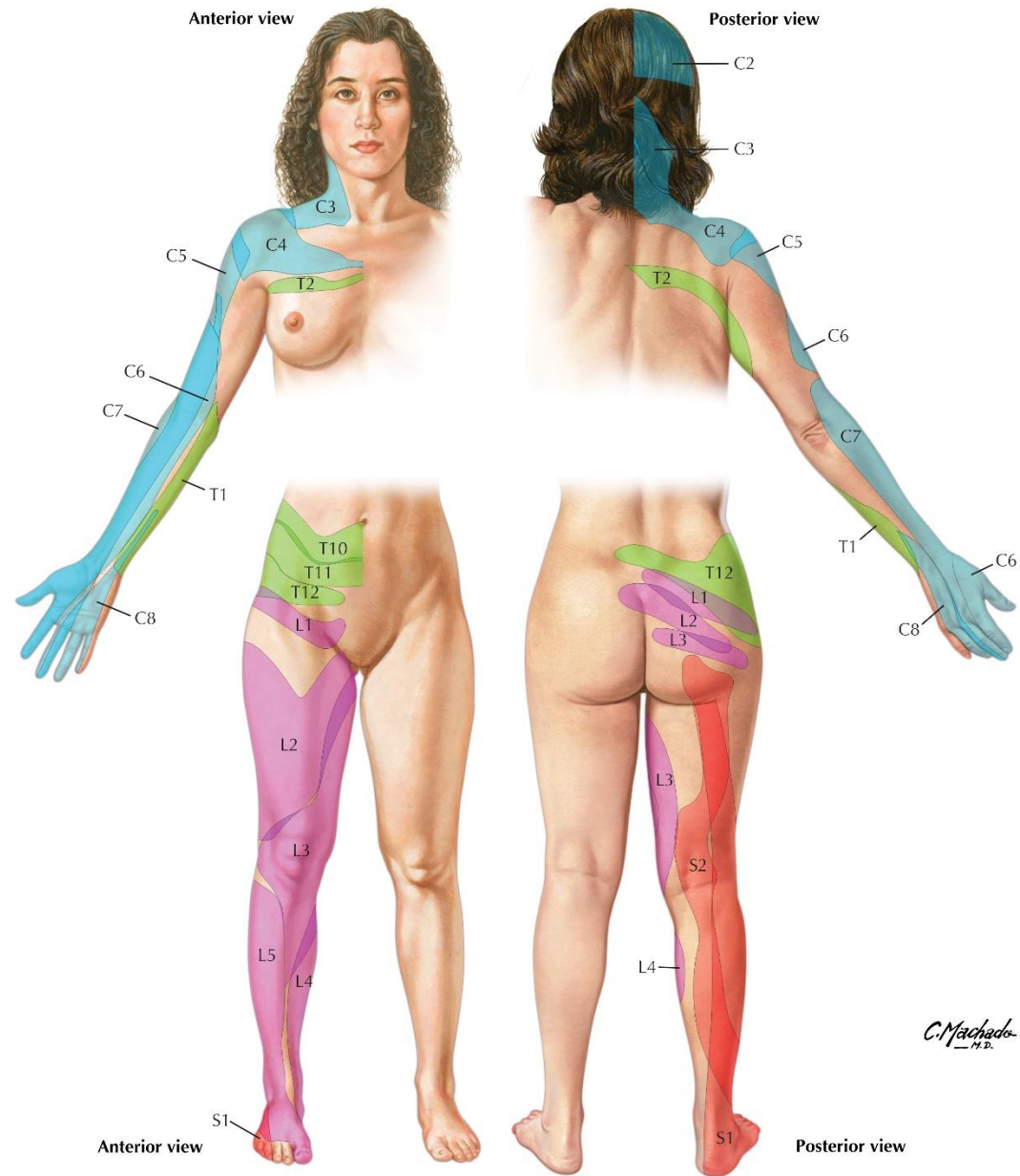
# DERMATOMAS DEL MIEMBRO SUPERIOR



- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition



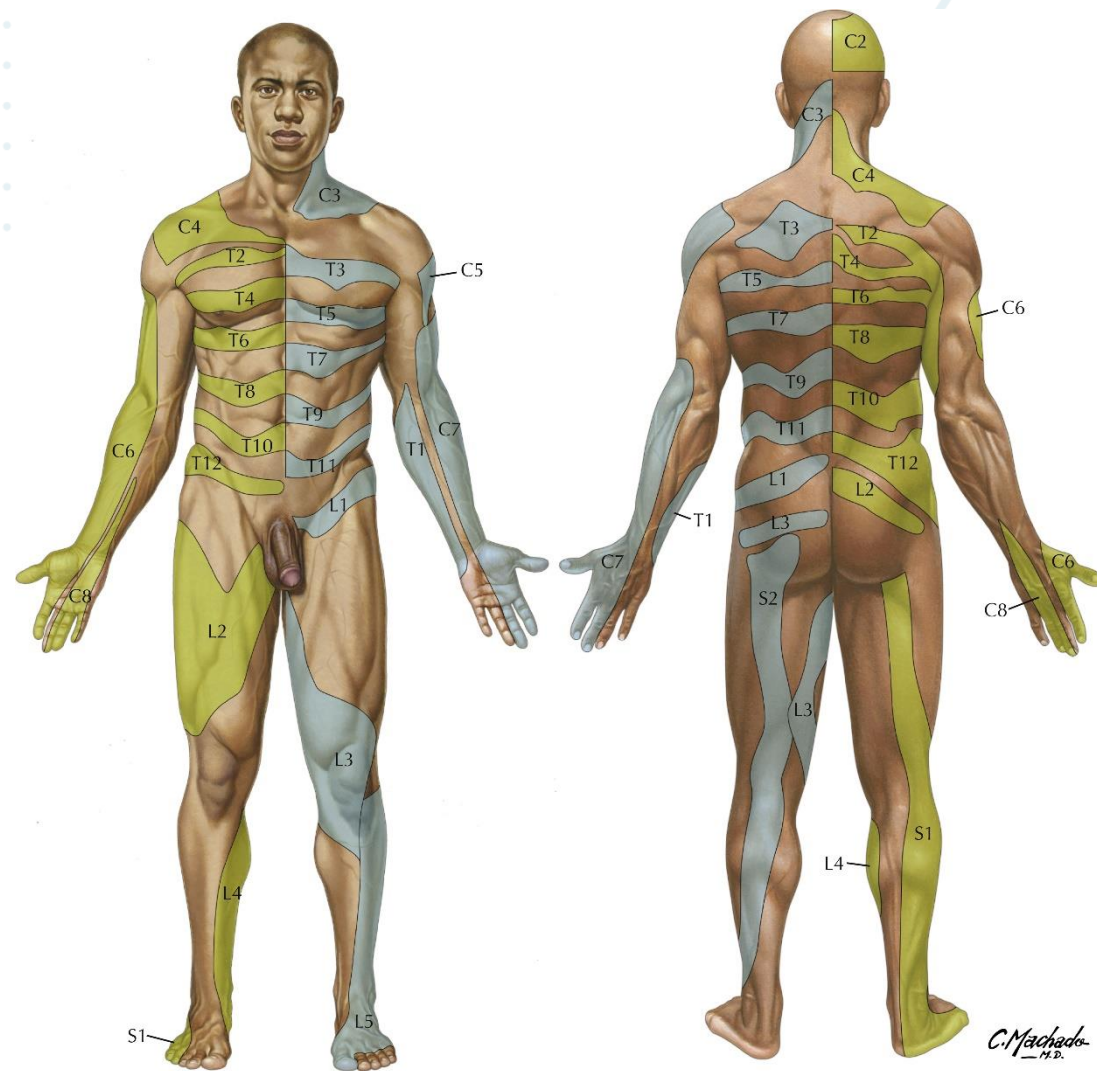
# DERMATOMAS



# DERMATOMAS

Schematic based on Lee MW, McPhee RW, Stringer MD. An evidence-based approach to human dermatomes. Clin Anat. 2008;21(5):363–373. doi: 10.1002/ca.20636. PMID: 18470936. Please note that these areas are not absolute and vary from person to person. S3, S4, S5, and Co supply the perineum but are not shown for reasons of clarity. Of note, the dermatomes are larger than illustrated as the figure is based on best evidence; gaps represent areas in which the data are inconclusive.

- Netter Atlas of Human Anatomy: Classic Regional Anatomy Approach, Eighth Edition



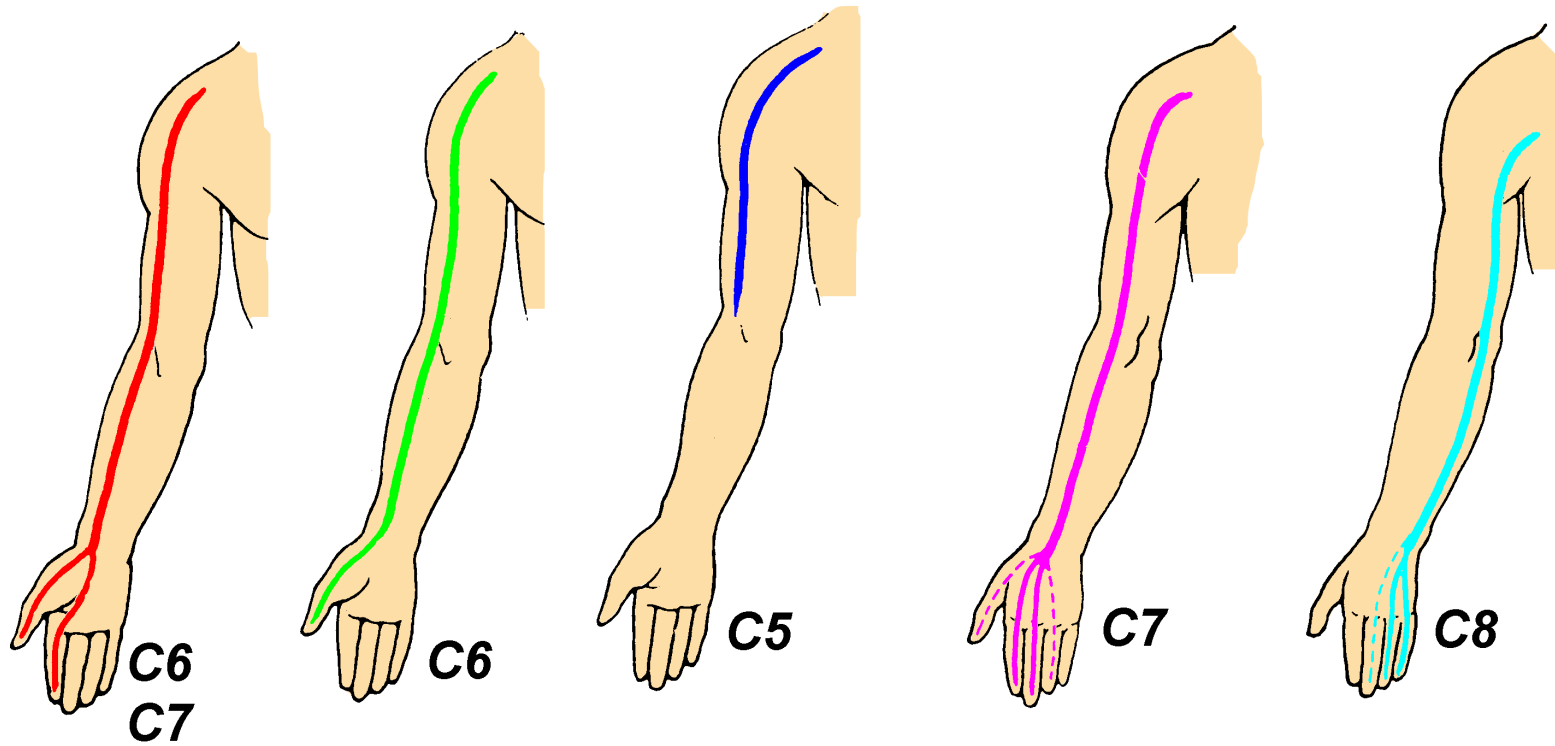
# DERMATOMAS

## Levels of principal dermatomes

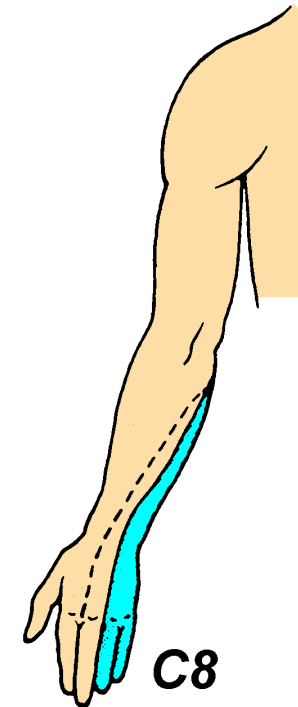
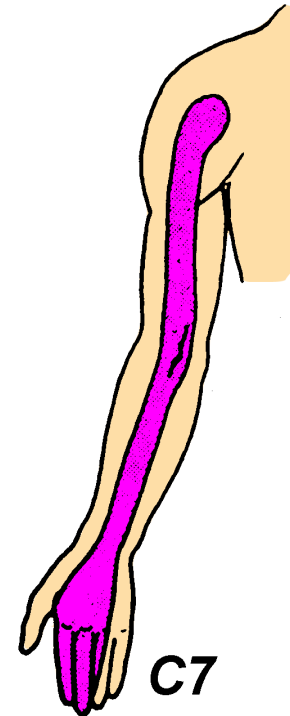
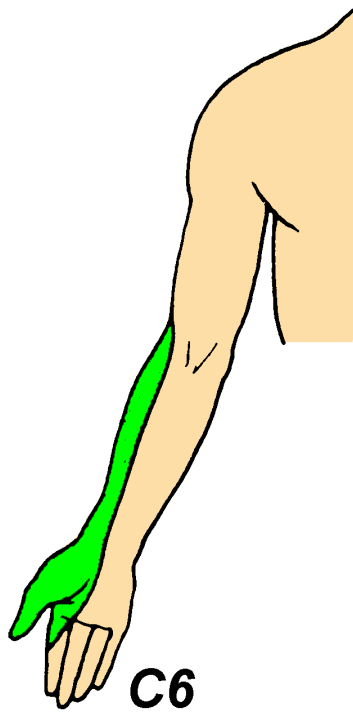
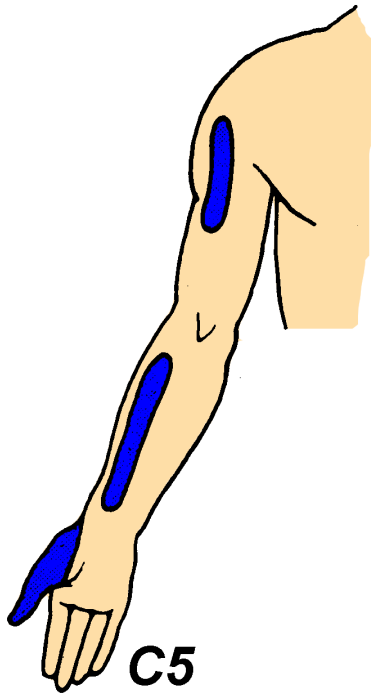
|                   |                                 |                       |                                              |
|-------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| <b>C4</b>         | Level of clavicles              | <b>T10</b>            | Level of umbilicus                           |
| <b>C5, C6, C7</b> | Lateral surfaces of upper limbs | <b>L1</b>             | Inguinal region and proximal anterior thigh  |
| <b>C8, T1</b>     | Medial surfaces of upper limbs  | <b>L1, L2, L3, L4</b> | Anteromedial lower limb and gluteal region   |
| <b>C6</b>         | Lateral digits                  | <b>L4, L5, S1</b>     | Foot                                         |
| <b>C6, C7, C8</b> | Hand                            | <b>L4</b>             | Medial leg                                   |
| <b>C8</b>         | Medial digits                   | <b>L5, S1</b>         | Posterolateral lower limb and dorsum of foot |
| <b>T4</b>         | Level of nipples                | <b>S1</b>             | Lateral foot                                 |

Schematic based on Lee MW, McPhee RW, Stringer MD. An evidence-based approach to human dermatomes. Clin Anat. 2008; 21(5):363-373. doi: 10.1002/ca.20636. PMID: 18470936. Please note that these areas are not absolute and vary from person to person. S3, S4, S5, and Co supply the perineum but are not shown for reasons of clarity. Of note, the dermatomes are larger than illustrated as the figure is based on best evidence; gaps represent areas in which the data are inconclusive.

# TOPOGRAFÍA DEL DOLOR NEUROPÁTICO

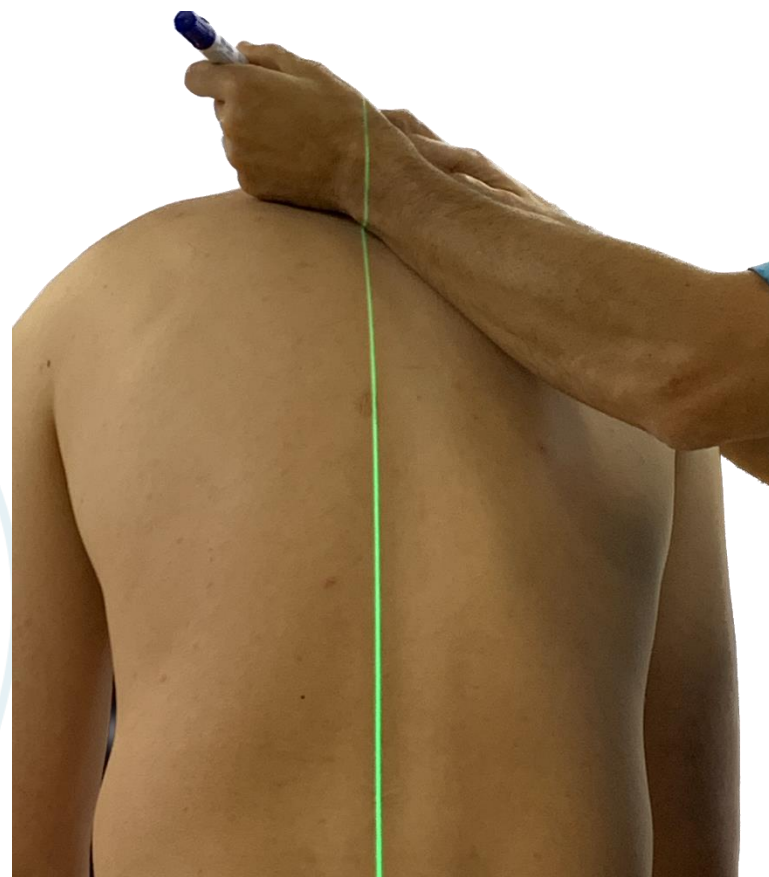
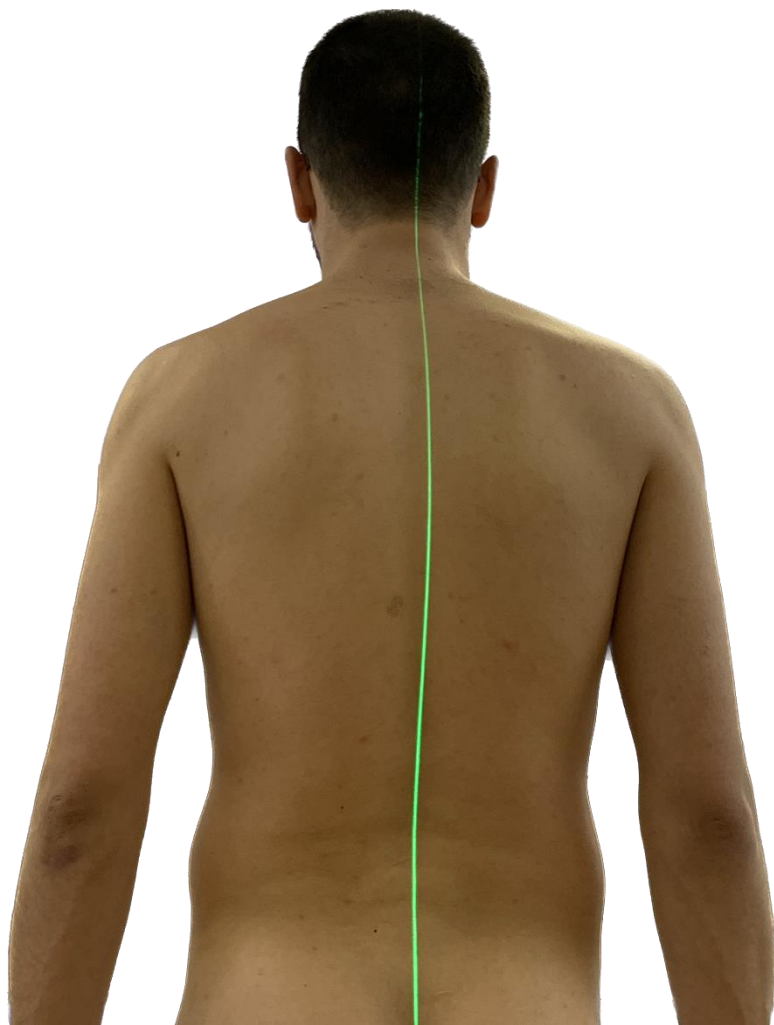


# TOPOGRAFÍA RADICULAR DE LAS DISESTESIAS





# OBSERVACIÓN





# EXAMEN NEUROLÓGICO

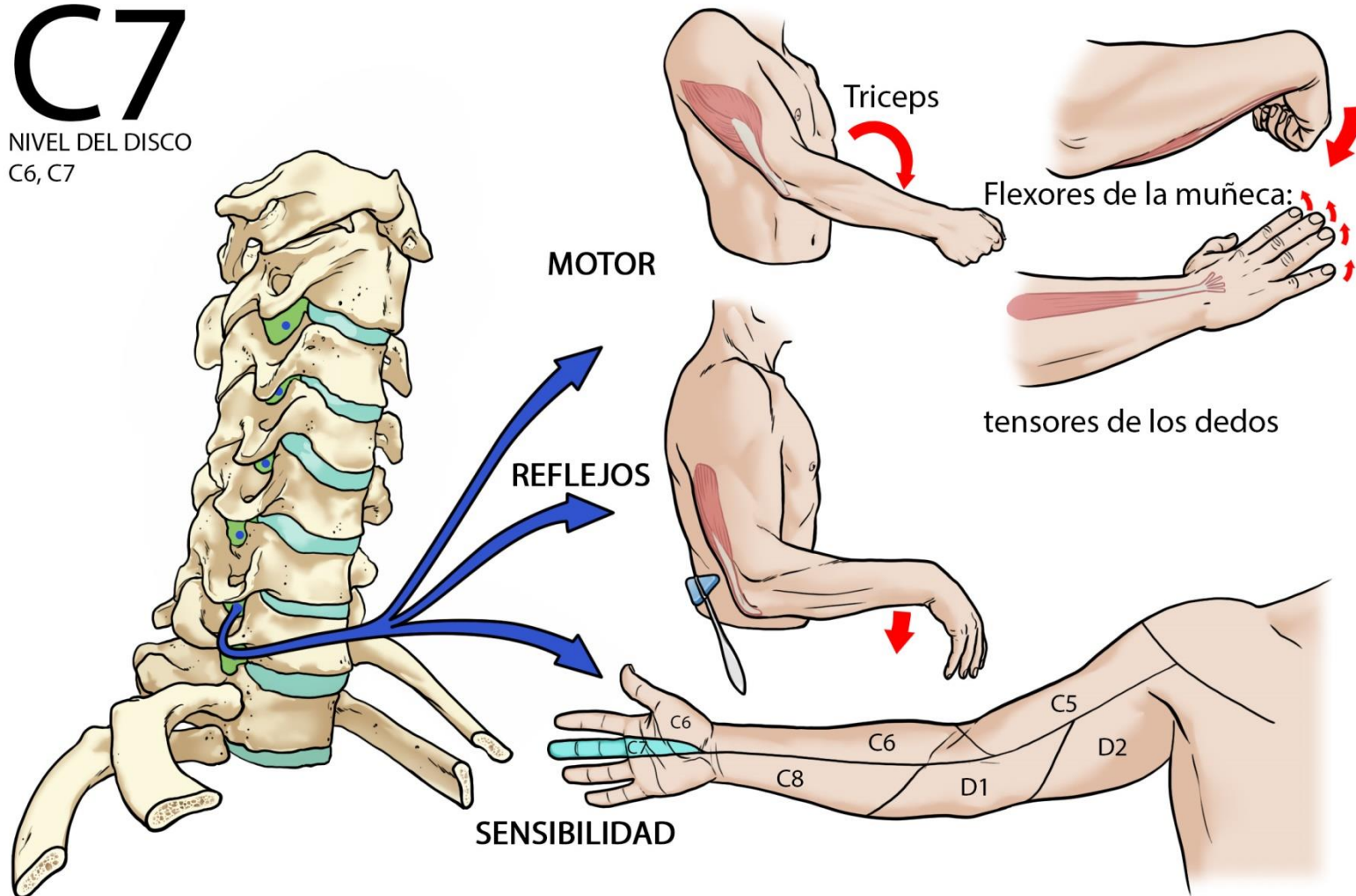
- Dermatomas y sensibilidad.
- Reflejos osteotendinosos
- Test muscular.
- Test neurológicos centrales ante sospecha de lesión medular



NIVEL NEUROLÓGICO

# C7

NIVEL DEL DISCO  
C6, C7



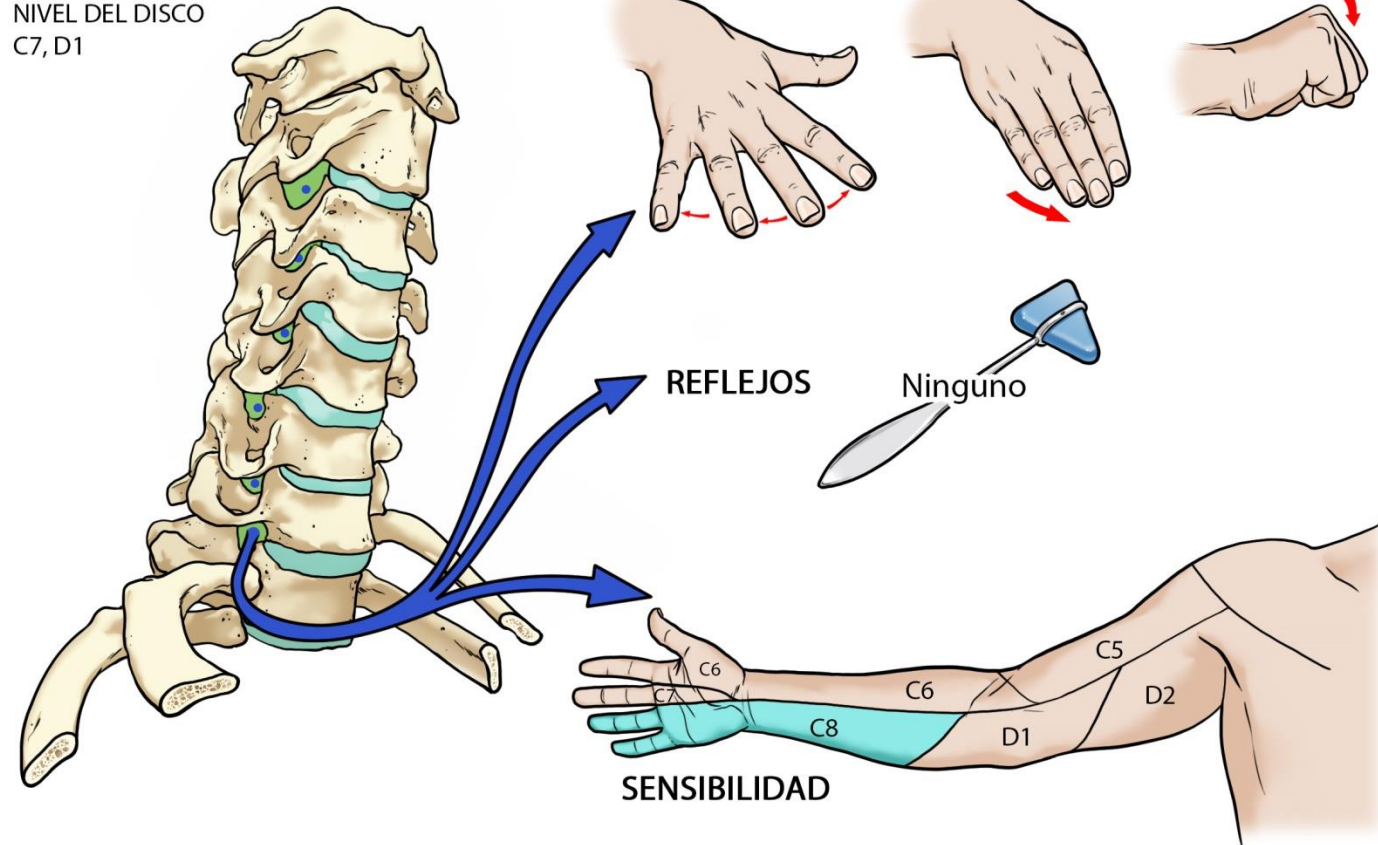
Un disco herniado entre las vertebrae C6 y C7 que afecta a la raíz nerviosa de C7.

## Una discopatía C6-C7 afecta a la raíz nerviosa de C7.

NIVEL NEUROLÓGICO

**C8**

NIVEL DEL DISCO  
C7, D1



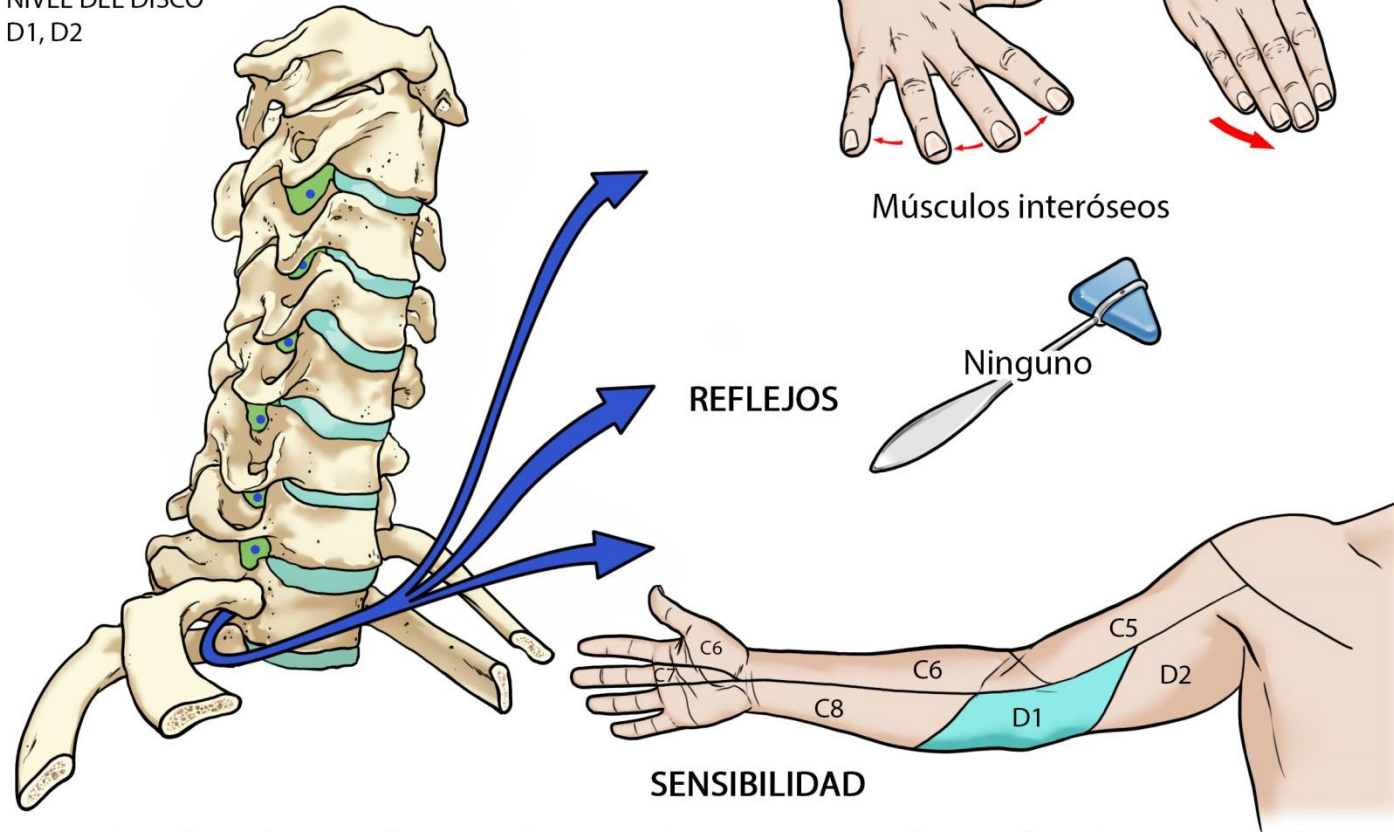
Un disco herniado entre las vertebra C7 Y D1 afecta a la raíz nerviosa de C8.

Una discopatía C7-D1 afecta a la raíz nerviosa de C8.

NIVEL NEUROLÓGICO

# D1

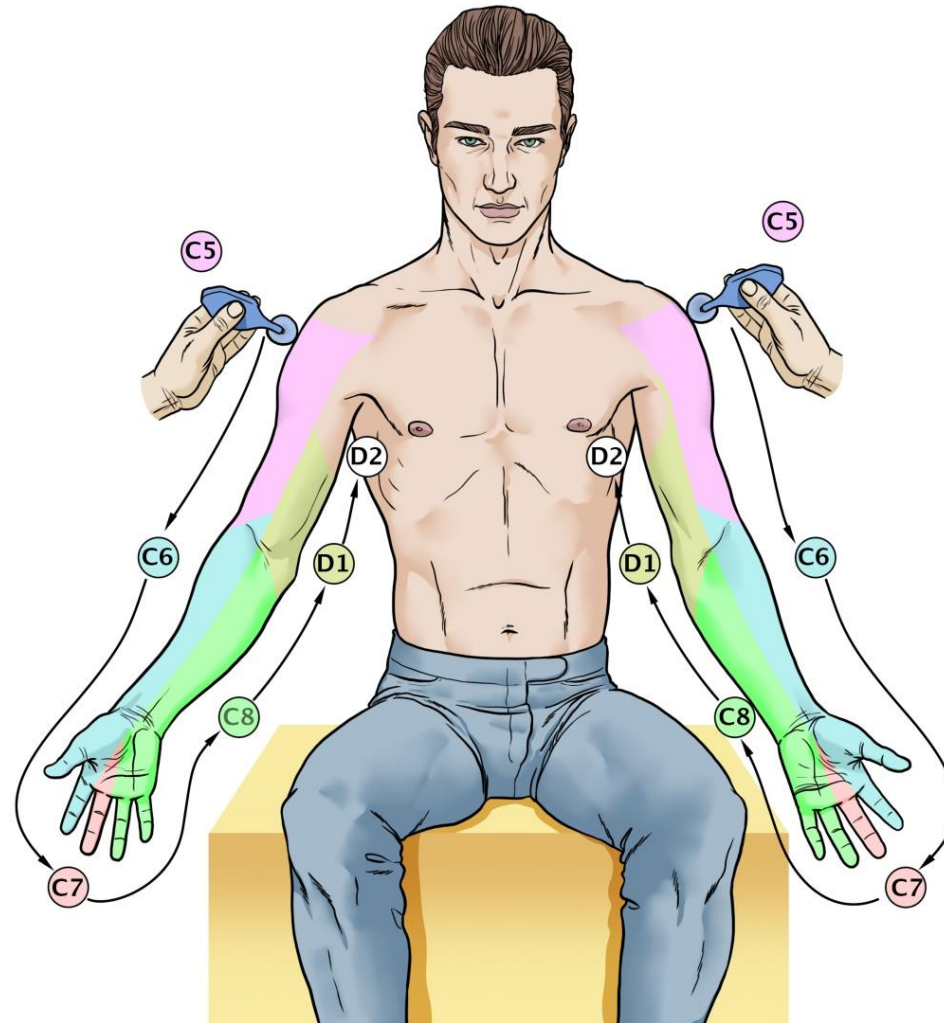
NIVEL DEL DISCO  
D1, D2



Un disco herniado entre las vertebrae D1 y D2 afecta a la raíz nerviosa de D1.  
Es rara la herniación de disco en este sitio.

Una discopatía D1-D2 afecta a la raíz nerviosa de D1. Es rara la discopatía en este nivel.

# SENSIBILIDAD DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

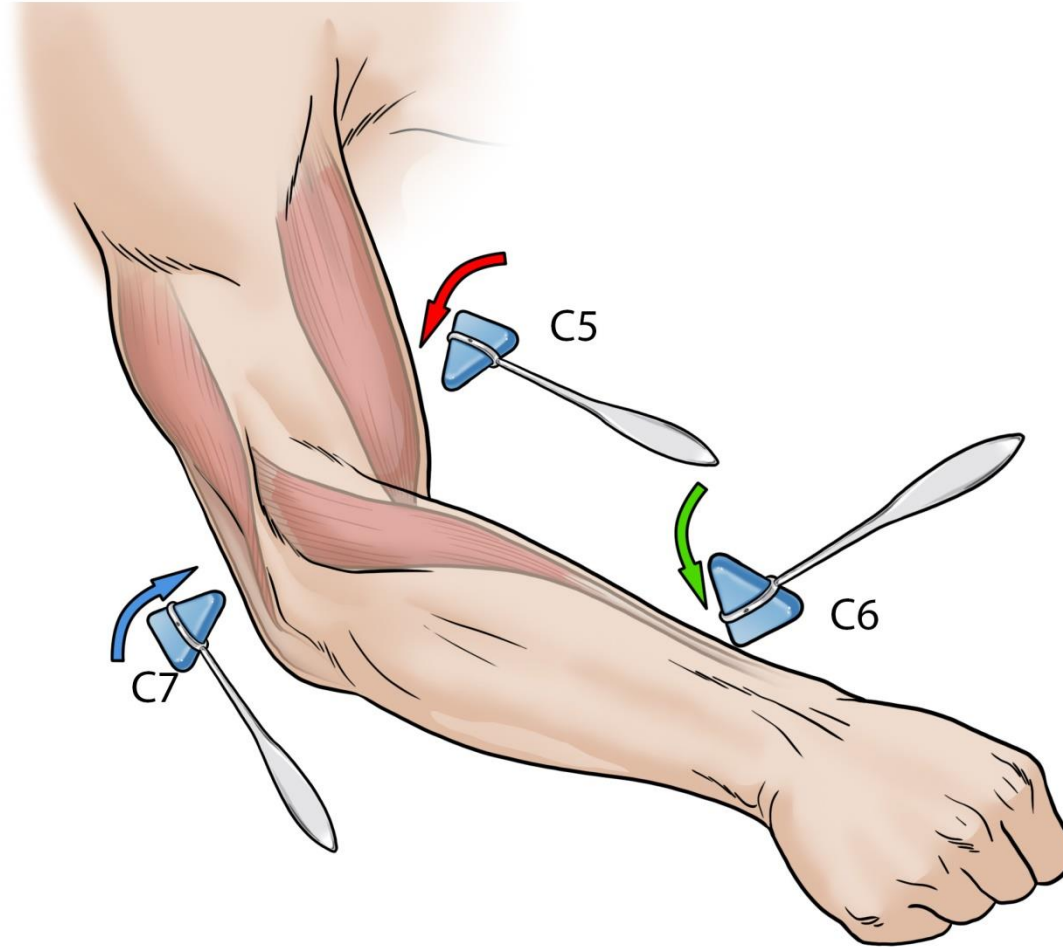


# ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD CUTANEA

| Estudio                                | Fiabilidad | Sensibilidad | Especificidad | LR+  | LR-  | QUADAS (0-14) |
|----------------------------------------|------------|--------------|---------------|------|------|---------------|
| Wainner et al. (C5)<br>(Pinchar-tocar) | .67 kappa  | 29           | 86            | 2.07 | 0.82 | 10            |
| Wainner et al. (C6)<br>(Pinchar-tocar) | .28 kappa  | 24           | 66            | 0.70 | 1.15 | 10            |
| Wainner et al. (C7)<br>(Pinchar-tocar) | .40 kappa  | 28           | 77            | 1.21 | 0.93 | 10            |
| Wainner et al. (C8)<br>(Pinchar-tocar) | .16 kappa  | 12           | 81            | 0.63 | 1.08 | 10            |



# REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.



# ESTUDIO DEL REFLEJO BICIPITAL



| Estudio                    | Fiabilidad  | Sensibilidad | Especificidad | LR+  | LR-  | QUADAS (0-14) |
|----------------------------|-------------|--------------|---------------|------|------|---------------|
| Bertilson et al.           | 94% acuerdo | NT           | NT            | NA   | NA   | NA            |
| Wainner et al.             | .73 kappa   | 24           | 95            | 4.8  | 0.8  | 10            |
| Matsumoto et al.<br>(C4-5) | NT          | 65           | 95            | 13   | 0.37 | 6             |
| Matsumoto et al.<br>(C5-6) | NT          | 65           | 94            | 10.8 | 0.37 | 6             |
| Lauder et al.<br>(C5-6)    | NT          | 14           | 90            | 1.4  | 0.95 | 9             |

# ESTUDIO DEL REFLEJO TRICIPITAL



| Estudio            | Fiabilidad  | Sensibilidad | Especificidad | LR+  | LR-  | QUADAS (0-14) |
|--------------------|-------------|--------------|---------------|------|------|---------------|
| Bertilson et al.   | 88% acuerdo | NT           | NT            | NA   | NA   | NA            |
| Wainner et al.     | NT          | 3            | 93            | 0.42 | 1.04 | 10            |
| Matsumoto et al.   | NT          | 38           | 98            | 19   | 0.63 | 6             |
| Lauder et al. (C7) | NT          | 14           | 92            | 1.75 | 0.93 | 9             |

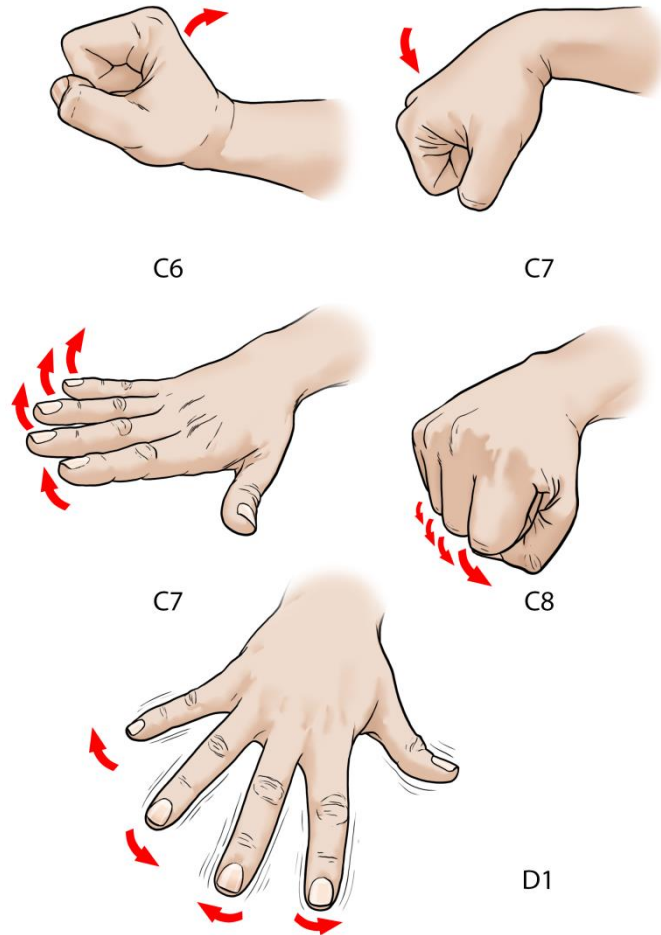


# ESTUDIO DEL REFLEJO ESTIOLORADIAL



| Estudio        | Sensibilidad | Especificidad | LR+ | LR- |
|----------------|--------------|---------------|-----|-----|
| Wainner et al. | .24          | .95           | 4.9 | .80 |
| Lauder et al.  | .8           | .99           | 8.0 | .93 |

# PRUEBAS MUSCULARES PARA LA EXTREMIDAD SUPERIOR.

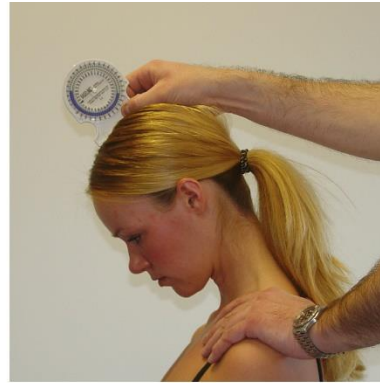


- C5 - Abducción del hombro.
- C6 - Extensión de la muñeca.
- C7 - Flexión de la muñeca y extensión de los dedos .
- C8 - Flexión de los dedos.
- D1 - Abducción y aducción de los dedos.





Positioning of inclinometer to measure flexion and extension



Measurement of flexion



Measurement of extension



Positioning of inclinometer to measure side bending



Measurement of side-bending to the right

# AMPLITUDE DE MOVIMIENTO CERVICAL

- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition

# EXAMEN ACTIVO Y MOVIMIENTOS DOLOROSOS



Extensión



Flexión

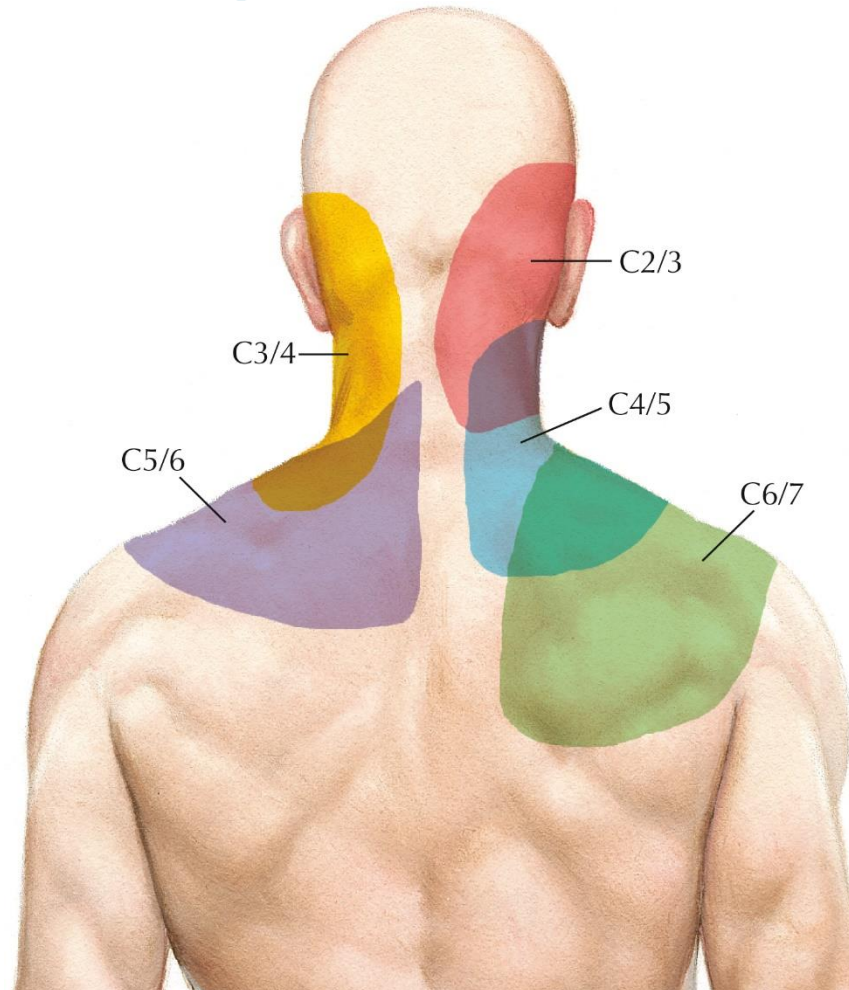


Rotación



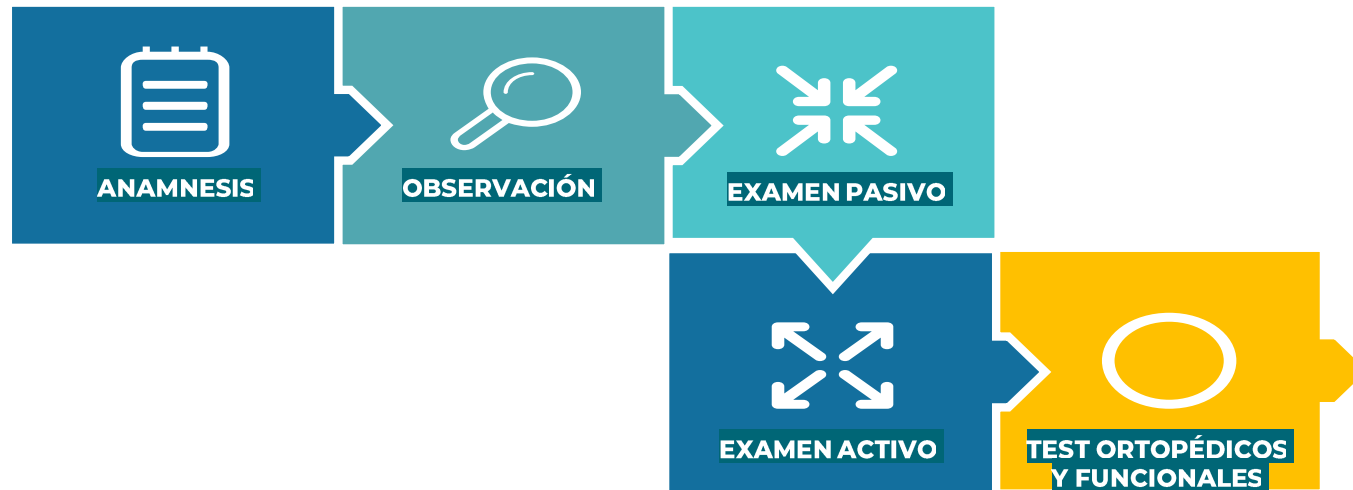
Lateroflexión

# ZYGAPOPHYSEAL PAIN SYNDROMES



*C. Machado*  
—M.D.—

- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition



# TEST ORTOPÉDICOS Y FUNCIONALES

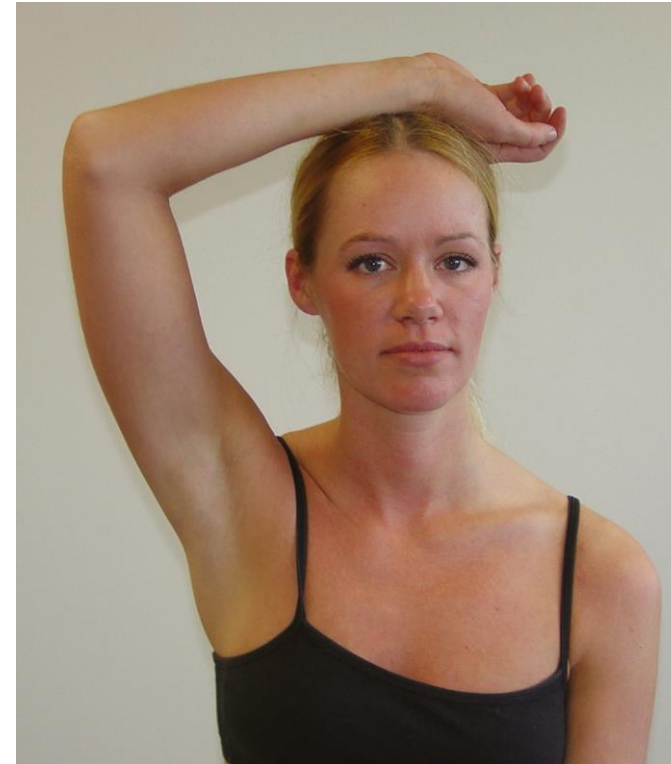
- Test de Abducción de Hombro
- Test de RELEY-HOPKINS
- Test de L'HERMITTE.
- Test de CIZALLAMIENTO foraminal
- Test de VALSAVA.
- Test de ROGER y BIKELAS.



- Test de tensión del miembro superior
- Test de irritación del plexo braquial
- Test de depresión del hombro
- Test de compresión del plexo
- Test de SPURLING
- Test de JACKSON
- Test de distracción cervical
- Test para DOUBLE CRUSH SYNDROME



# TEST DE ABDUCCIÓN DE HOMBRO PARA DOLOR NEUROPÁTICO o SHOULDER ABDUCTION TEST



| Estudio                | Sensibilidad | Especificad | LR+ | LR- |
|------------------------|--------------|-------------|-----|-----|
| Viikari-Juntura et al. | 43-50%       | 80-100%     | NT  | NT  |

- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition

# TEST DE RELEY-HOPKINS O TEST DE HIPEREXTENSIÓN CERVICAL



La extensión cervical mantenida 15-25 segundos produce dolor cervical, del hombro o del brazo.

| Estudio                                         | Sensibilidad | Especificad | LR+ | LR-  |
|-------------------------------------------------|--------------|-------------|-----|------|
| Uchihara et al.                                 | 25           | 90          | 2,5 | 0,83 |
| Sandmark et Nise1<br>(no para<br>radiculopatía) | 27           | 90          | 2,7 | 0,81 |



# TEST DE L'HERMITTE O TEST DE HIPERFLEXIÓN CERVICAL

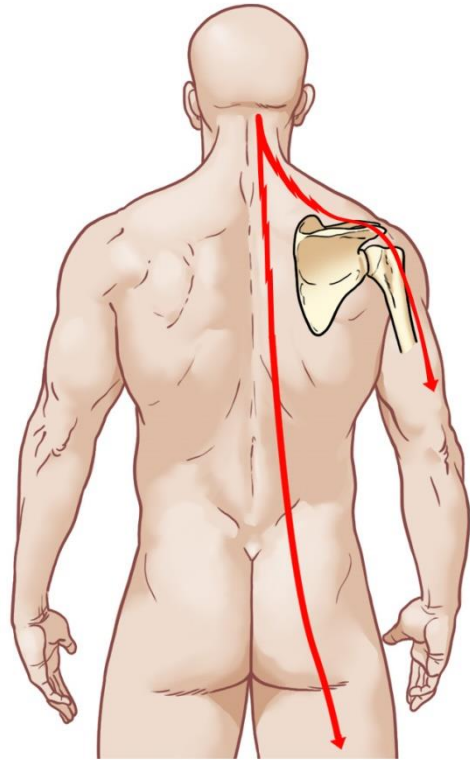


| Estudio                             | Fiabilidad | Sensibilidad | Especificad | LR+  | RL-  |
|-------------------------------------|------------|--------------|-------------|------|------|
| Uchihara et al.                     | NT         | 8            | 100         | NA   | NA   |
| Wainner et al.<br>(limitados < 55°) | .60 kappa  | 89           | 41          | 1,51 | 0,27 |

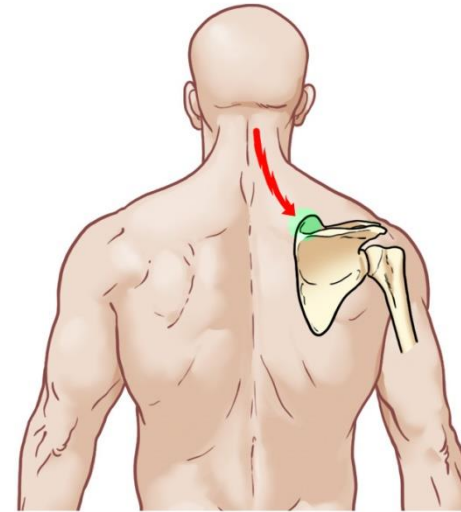


# TEST DE CIZALLAMIENTO FORAMINAL



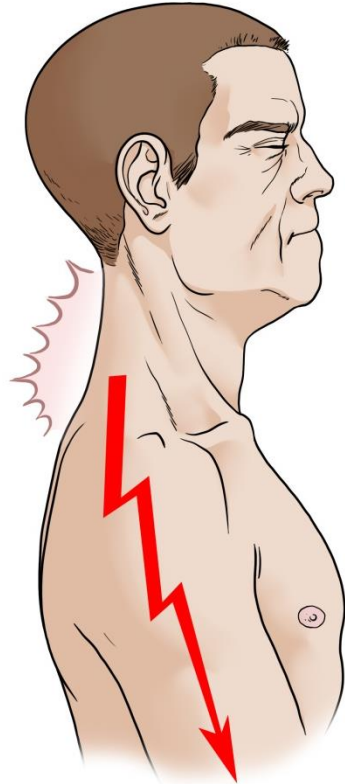


Patrón de irradiación del dolor en un paciente con hernia medial del disco cervical.



Patrón de irradiación del dolor en un paciente con protusión lateral de un disco cervical.

# MANIOBRA DE VALSALVA



La espiración forzada con la glotis cerrada con un periné contraído aumenta la presión venosa y la presión de LCR. Cuando existe afectación neurológica se produce dolor cervical, del hombro y/o del brazo.

| Estudio        | Fiabilidad | Sensibilidad | Especificad | LR+  | LR-  |
|----------------|------------|--------------|-------------|------|------|
| Wainner et al. | .69 kappa  | 22           | 94          | 3,67 | 0,82 |



# TEST DE ROGER Y BIKELAS



- Kappa 0.83 (Wainner).
- Sensibilidad 0.91 (Wainner).
- Especificidad 0.22 (Wainner).
- Sensibilidad 73,3 % (Uribarrena Iruretagoiena y Ricard).
- Especificidad discopatía 70 %  
estenosis foraminal 63,3 %  
(Uribarrena Iruretagoiena y Ricard).

El test es positivo cuando el paciente reconoce su dolor a lo largo del miembro superior.

# UPPER LIMB TENSION TESTS



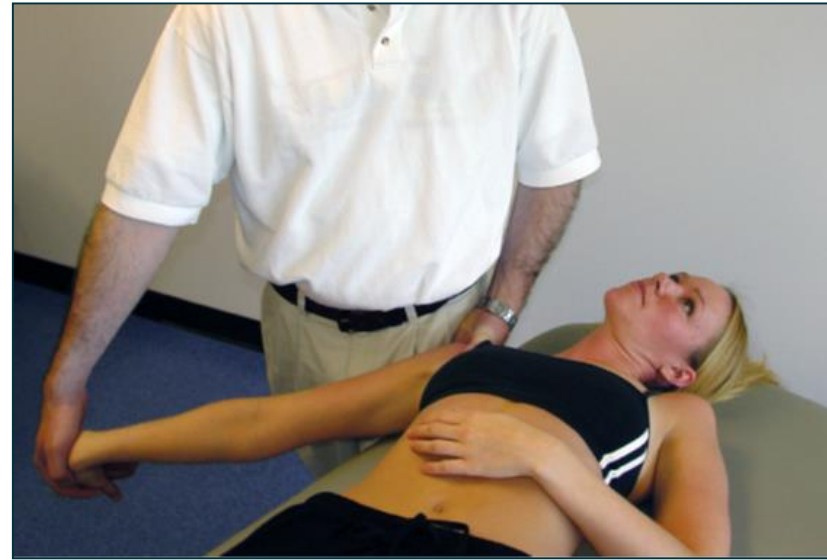
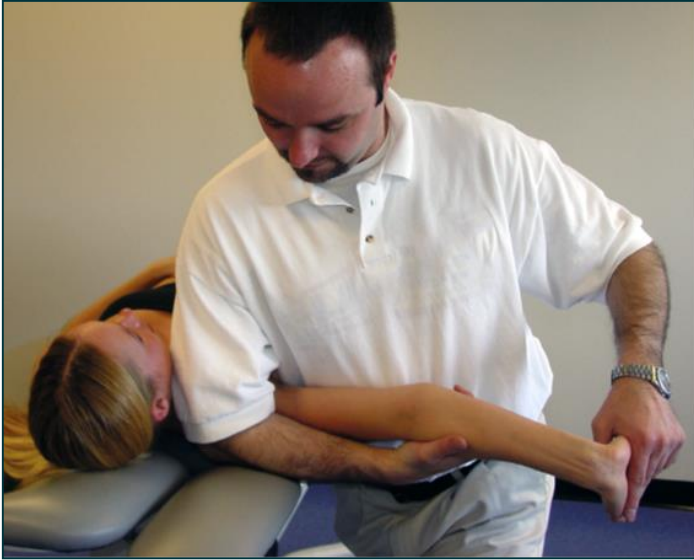
Test A



Test B

- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition

# TEST DE Tensión DEL MIEMBRO SUPERIOR



| Estudioc                                               | Fiabilidad | Sensibilidad | Especificad | LR+  | LR- |
|--------------------------------------------------------|------------|--------------|-------------|------|-----|
| Wainner et al.<br>(polarización del<br>nervio mediano) | .76 kappa  | 97           | 22          | 1,24 | .14 |
| Wainner et al.<br>(polarización del<br>nervio radial)  | .83 kappa  | 72           | 33          | 1,07 | .84 |
| Sandmark y<br>Nisel (no para<br>radiculopatía)         | NT         | <b>77</b>    | 94          | 12,8 | .24 |

# TEST DE IRRITACION DEL PLEXO BRAQUIAL



# TEST DE DEPRESIÓN DEL HOMBRO



# TEST DE COMPRESIÓN MANUAL DEL PLEXO BRAQUIAL



| Estudio         | Sensibilidad | Especificad | LR+ | LR-  |
|-----------------|--------------|-------------|-----|------|
| Uchihara et al. | 69           | 83          | 1   | 0,37 |



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.

## 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 compresión unilateral pone de manifiesto una compresión de la raíz nerviosa.

### Evidencia científica

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

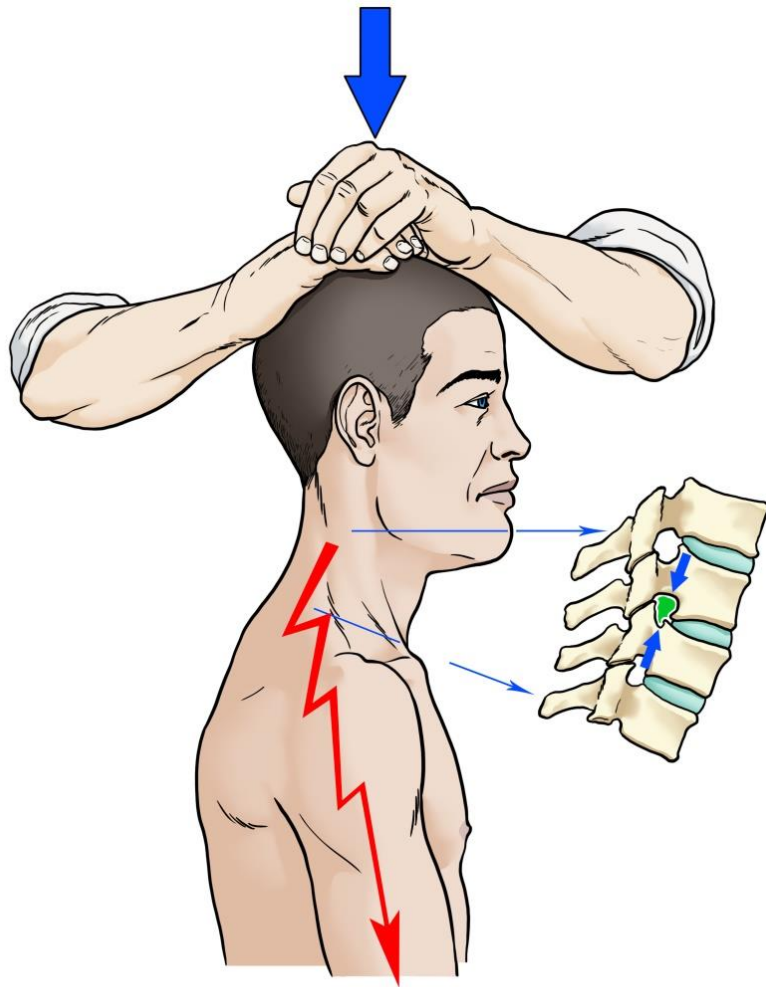
La realización de la prueba en posición neutra cuenta con un valor de sensibilidad y especificidad del 50 y 86%, respectivamente. También presenta una razón de verosimilitud positiva de 3,5. La razón de verosimilitud negativa es de 0,58.

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.



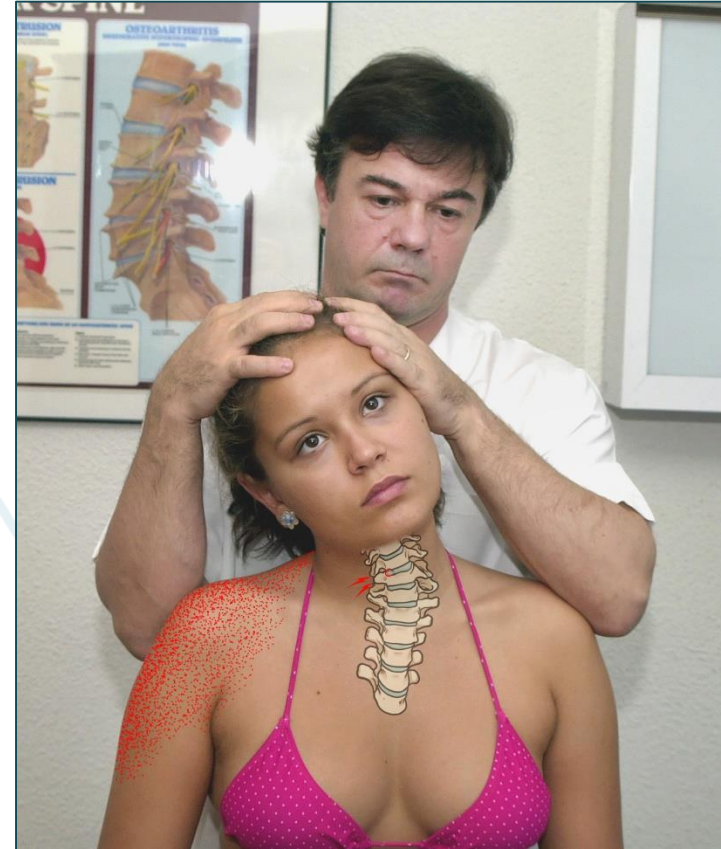
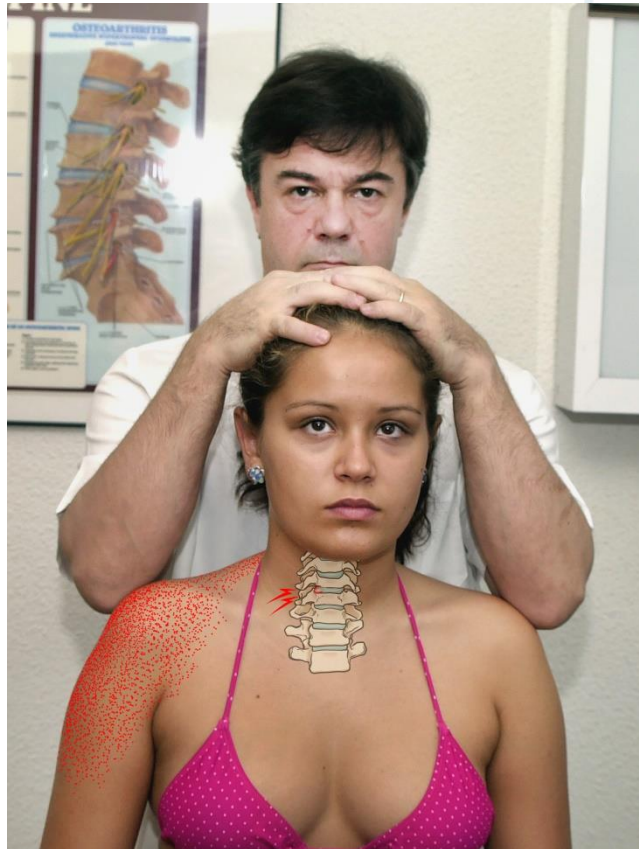
# TEST DE JACKSON o CERVICAL COMPRESSION TEST



Prueba de compresión.

- Especificidad patología discal  
54% discopatías 70% de los casos  
de neuralgia cervicobraquial  
(CORTIJO SÁNCHEZ y RICARD).
- Sensibilidad 0.33 (VIIKARI-  
JUNTURA).
- Especificidad 1.0 0.33 (VIIKARI-  
JUNTURA).

# TEST DE JACKSON



El test es positivo cuando desencadena dolor cervical o el dolor referido o irradiado habitual en el miembro superior

# TEST DE JACKSON

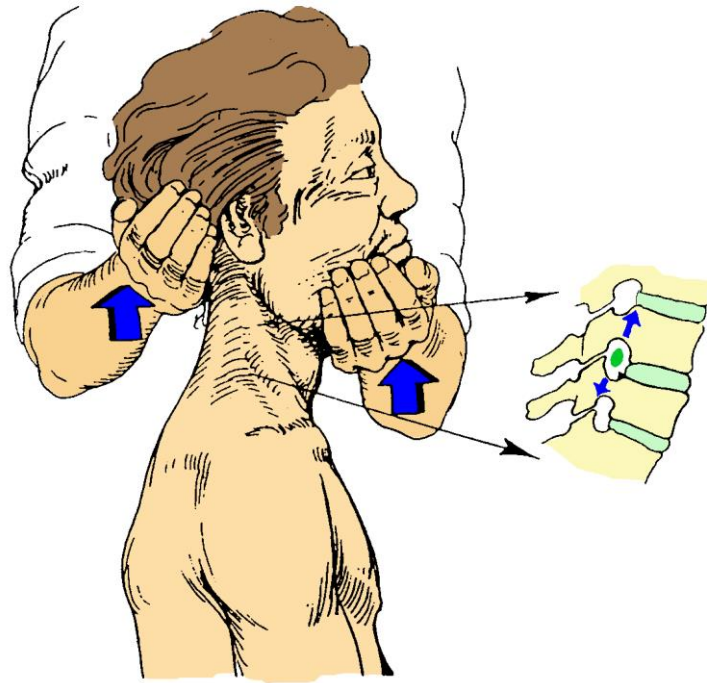
| Estudios                                                                | Sensibilidad | Especificidad | LR+  | LR-  | QUADAS Score (0-14) |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|------|------|---------------------|
| Spurling & Scoville                                                     | 100          | NT            | NA   | NA   | 4                   |
| Uchihara et al.                                                         | 11           | 100           | NA   | NA   | 8                   |
| Tong et al.                                                             | 30           | 93            | 4.3  | .75  | 9                   |
| Shah & Rajshekhar                                                       | 93           | 95            | 18.6 | 0.07 | 9                   |
| Wainner et al. <sup>33</sup>                                            | 50           | 86            | 3.57 | 0.58 | 10                  |
| Wainner et al.(included side flexion toward the rotation and extension) | 50           | 74            | 1.92 | 0.67 | 10                  |
| Viikari-Juntura et al. (right side)                                     | 36           | 92            | 4.5  | 0.69 | 11                  |
| Viikari-Juntura et al. (left side)                                      | 39           | 92            | 4.87 | 0.66 | 11                  |
| Sandmark & Nisell (not for radiculopathy)                               | 77           | 92            | 9.62 | 0.25 | 9                   |
| DeHertogh et al.                                                        | 77.8         | 77.3          | 3.4  | 0.28 | 9                   |

Fiabilidad  
Wainner et al. kappa .60



# TEST DE DISTRACCIÓN CERVICAL

Prueba de distracción.



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

Fiabilidad en 70% para N.C.B., 54% para discopatías, test válido ( $P < 0.05$ ) para detectar problemas de compresión radicular.

- Cortijo Sánchez CJ. En caso de Neuralgia cervicobraquial, el test de Jackson es patognomónico de patología discal. ¿Corresponde a la realidad? Revista científica de terapia manual y osteopatía 2002(14):12-15.

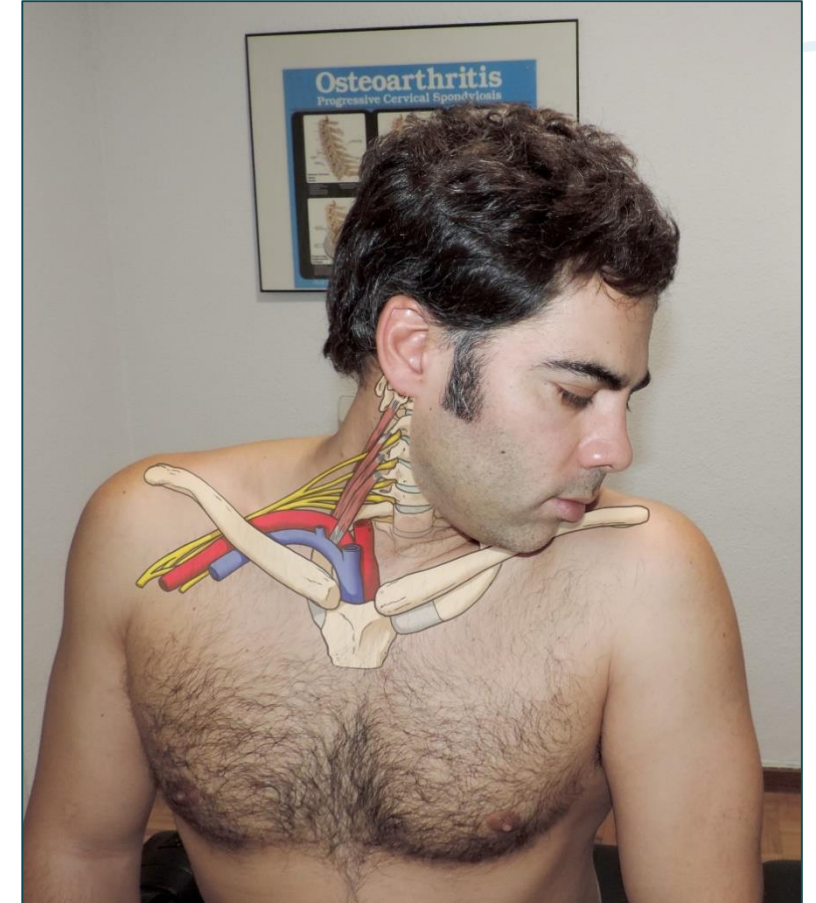
# TEST DE DISTRACCIÓN CERVICAL

| Estudio                | Fiabilidad         | Sensibilidad | Especificad | LR+ | LR-  | QUADAS (0-14) |
|------------------------|--------------------|--------------|-------------|-----|------|---------------|
| Bertilson et al.       | .63 a .43<br>kappa | NT           | NT          | NA  | NA   | NA            |
| Wainner et al.         | .88 kappa          | 44           | 90          | 4,4 | 0,62 | 10            |
| Viikari-Juntura et al. | NT                 | 40           | 100         | NA  | NA   | 11            |



## TESTS PARA DOUBLE CRUSH SINDROME :

- Tests para síndromes escápulo-torácicos (ADSON, EDEN, WRIGHT, ROSS).
- ARM SQUEEZ TEST
- Test para síndromes del codo (TINEL).
- Test para síndrome del canal carpiano o de GUYON (TINEL, BRITISH TEST , PHALLEN).



# **“ ARM SQUEEZ TEST” PARA DISTINGUIR ENTRE RADICULOPATÍA Y PATOLOGÍA DEL HOMBRO.**

En el tercio medio del brazo, el nervio musculocutáneo (raíz cervical de C5 a C7), el nervio radial (de C5 a T1), el nervio cubital (de C7 a T1) y el mediano son relativamente superficiales y es fácil obtener una respuesta de provocación dolorosa apretando el brazo con una compresión moderada de la piel, tejidos subcutáneos y músculos.

Cuando hay una afectación de una raíz nerviosa cervical de C5 a T1, una compresión moderada del área de bíceps y tríceps braquiales podría provocar dolor en la región del hombro y superior del brazo.



Como pauta general, un dolor localizado, cuando el paciente puede identificar un área específica de incomodidad, tiende a deberse a la patología de las estructuras locales, mientras que el dolor difuso y difícil de describir o identificar tiende a ser un dolor radicular.

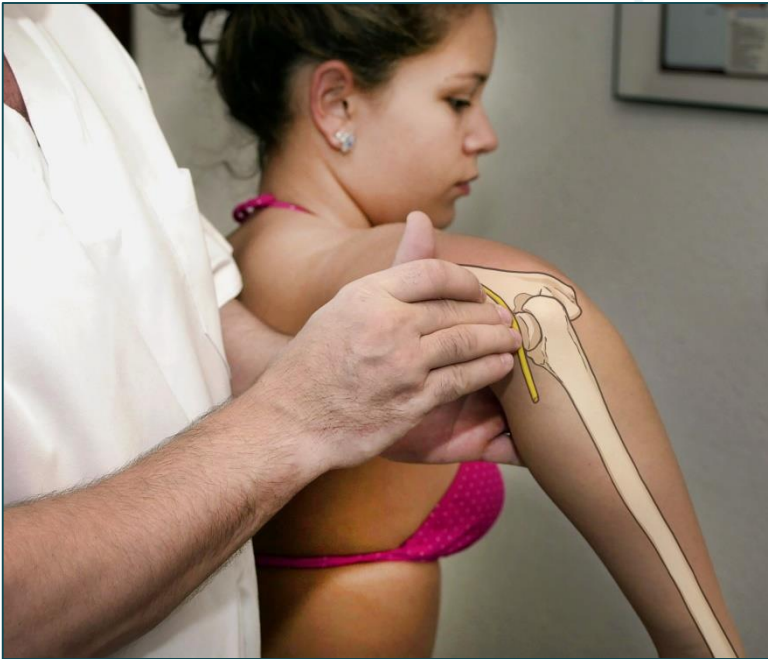


- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition

| Arm Squeeze Test                            | Valor de la prueba    |                                    |                            |                                     |                                |                                |
|---------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|                                             | <i>Controles</i>      | <i>Rotura del manguito rotador</i> | <i>Capsulitis adhesiva</i> | <i>Artropatía acromioclavicular</i> | <i>Tendinitis calcificante</i> | <i>Artropatía glenohumeral</i> |
| <i>Sensibilidad</i>                         | 0.96<br>(0.85 a 0.99) |                                    |                            |                                     |                                |                                |
| <i>Especificidad</i>                        | 0.96<br>(0.87 a 0.99) | 0.96<br>(0.86 a 0.98)              | 0.98<br>(0.88 a 1)         | 1<br>(0.95 a 1)                     | 0.98<br>(0.87 a 0.99)          | 0.91<br>(0.8 a 0.95)           |
| <i>Valor predictivo positivo</i>            | 0.95<br>(0.87 a 0.97) | 0.89<br>(0.83 a 0.92)              | 0.98<br>(0.88 a 1)         | 1<br>(0.96 a 1)                     | 0.99<br>(0.89 a 1)             | 0.98<br>(0.87 a 0.99)          |
| <i>Valor predictivo negativo</i>            | 0.99<br>(0.9 a 1)     | 0.98<br>(0.89 a 0.99)              | 0.93<br>(0.84 a 0.96)      | 0.9<br>(0.96 a 1)                   | 0.84<br>(0.8 a 0.91)           | 0.81<br>(0.75 a 0.99)          |
| <i>Likelihood ratios para test abnormal</i> | 24<br>(6.5 a 99)      | 24<br>(6.07 a 99)                  | –<br>(7.08 a –)            | –<br>(24 a –)                       | 48<br>(7.38 a 96)              | 10.6<br>(4.8 a 19.2)           |
| <i>Likelihood ratios para test normal</i>   | 0.04<br>(0.01 a 0.17) | 0.04<br>(0.01 a 0.17)              | 0.04<br>(0.01 a 0.17)      | –<br>(0.04 a –)                     | 0.04<br>(0.04 a 0.044)         | 0.44<br>(0.2 a 0.8)            |



# SÍNDROME DE LOS DESFILADEROS DEL CODO



Test de TINEL para la corredera  
epitrócleo-olecraniana



Test de TINEL para el pronador  
redondo

# SÍNDROME DEL CANAL CARPIANO



BRITISH test



Test de PHALEN

# SÍNDROME DEL CANAL CARPIANO



Test de TINEL

# REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE WAINNER PARA DOLOR NEUROPÁTICO CERVICAL

| Estudio                                      | Sensibilidad | Especificad | LR+  | LR-  | QUADAS (0-14) |
|----------------------------------------------|--------------|-------------|------|------|---------------|
| Wainner et al.<br>(2 de 4 pruebas positivas) | 39           | 56          | 0,88 | 1,08 | 10            |
| Wainner et al.<br>(3 de 4 pruebas positivas) | 39           | 94          | 6,1  | 0,64 | 10            |
| Wainner et al.<br>(4 de 4 pruebas positivas) | 24           | 99          | 30,3 | 0,76 | 10            |

El estudio incluye cuatro criterios: rotación cervical de menos de 60 grados, test de Spurling positivo, test de distracción positivo, y test de tensión del miembro superior positivo.



# REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE COOK PARA MIELOPATIA CERVICAL

| Estudio                | Sensibilidad | Especificad | LR+  | LR-  | QUADAS (0-14) |
|------------------------|--------------|-------------|------|------|---------------|
| 1 of 5 tests positivos | 94           | 31          | 1.4  | 0.18 | 7             |
| 2 of 5 tests positivos | 39           | 88          | 3.3  | 0.63 | 7             |
| 3 of 5 tests positivos | 19           | 99          | 30.9 | 0.81 | 7             |
| 4 of 5 tests positivos | 9            | 100         | Inf  | 0.91 | 7             |

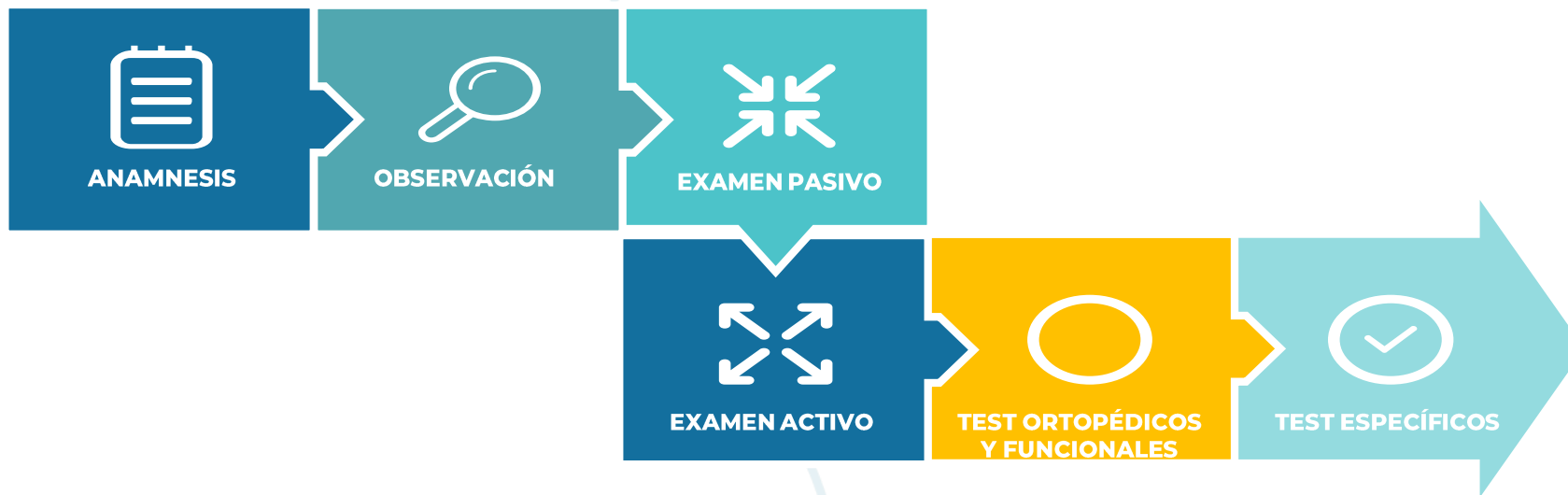
1. Andar con desviación.
2. Test de Hoffmann positivo.
3. Reflejo supinador invertido positivo.
4. Test de Babinsky positivo.
5. Edad >45 años.



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE COMPRESIÓN NEUROVASCULAR Y COMPRESIÓN RADICULAR

| COMPRESIÓN NEURO-VASCULAR                                                                                | COMPRESIÓN RADICULAR                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Dolor axilar con parestesias cubitales en el dermatoma                                                   | Dolor irradiado con ligera parestesia.                                               |
| El dolor aumenta con los movimientos de los hombros, ninguna modificación en los movimientos cervicales. | El dolor aumenta a los movimientos cervicales ,y poco con los movimientos del brazo. |
| Ausencia de dolor cervical o ligera cervicalgia.                                                         | El síntoma principal es cervical.                                                    |
| Ausencia de espasmos cervicales.                                                                         | Presencia de espasmos cervicales.                                                    |
| El dolor no disminuye con el collarín cervical.                                                          | El dolor disminuye con el collarín cervical.                                         |
| Reflejos normales.                                                                                       | A veces arreflexia.                                                                  |
| Ausencia de fasciculaciones.                                                                             | Presencia de fasciculaciones.                                                        |
| Soplo arterial a la auscultación.                                                                        | Ausencia de soplo arterial.                                                          |
| Debilidad muscular difusa por inhibición más que por dolor.                                              | Paresia muscular discreta                                                            |
| Tests ortopédicos positivos: Eden, Adson, Wright.                                                        | Tests ortopédicos positivos: Jackson, distracción, spurling .                        |





# QUICK SCANNING CERVICAL



Prueba de Deslizamiento central anteroposterior.

- Sensibilidad 1.0 (JULL).
- Especificidad 1.0 (JULL).

- Búsqueda de los movimientos dolorosos o limitados.
- Palpación de los músculos.
- Palpación de las carillas y apófisis espinosas dolorosas.
- Tests de movilidad (Test de MITCHELL)



# CENTRAL POSTERIOR-TO-ANTERIOR GLIDES



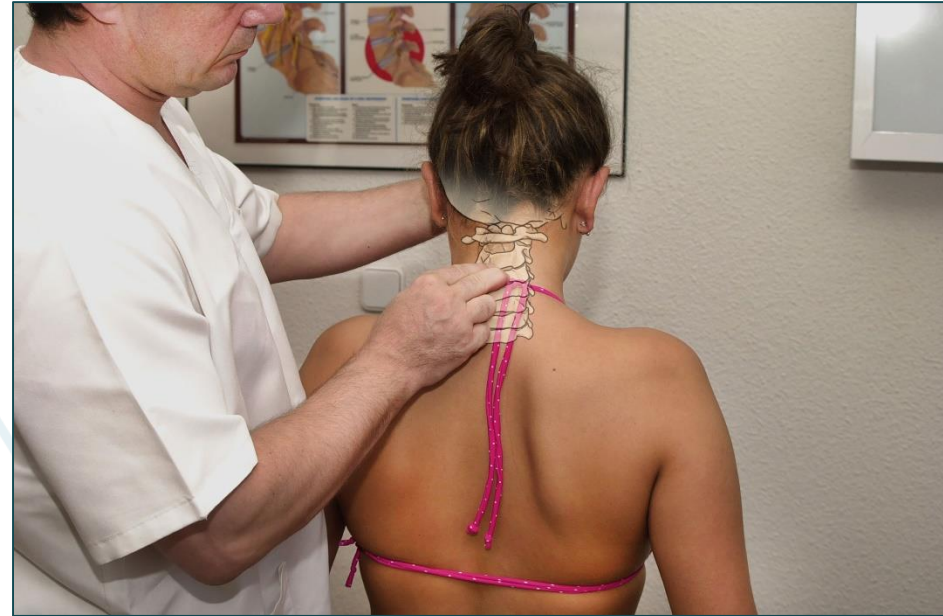
Posteroanterior central glides to the mid cervical spine

- Netter's Orthopaedic Clinical Examination, Fourth Edition

# BÚSQUEDA DE UNA SENSIBILIZACIÓN SEGEMENTARIA

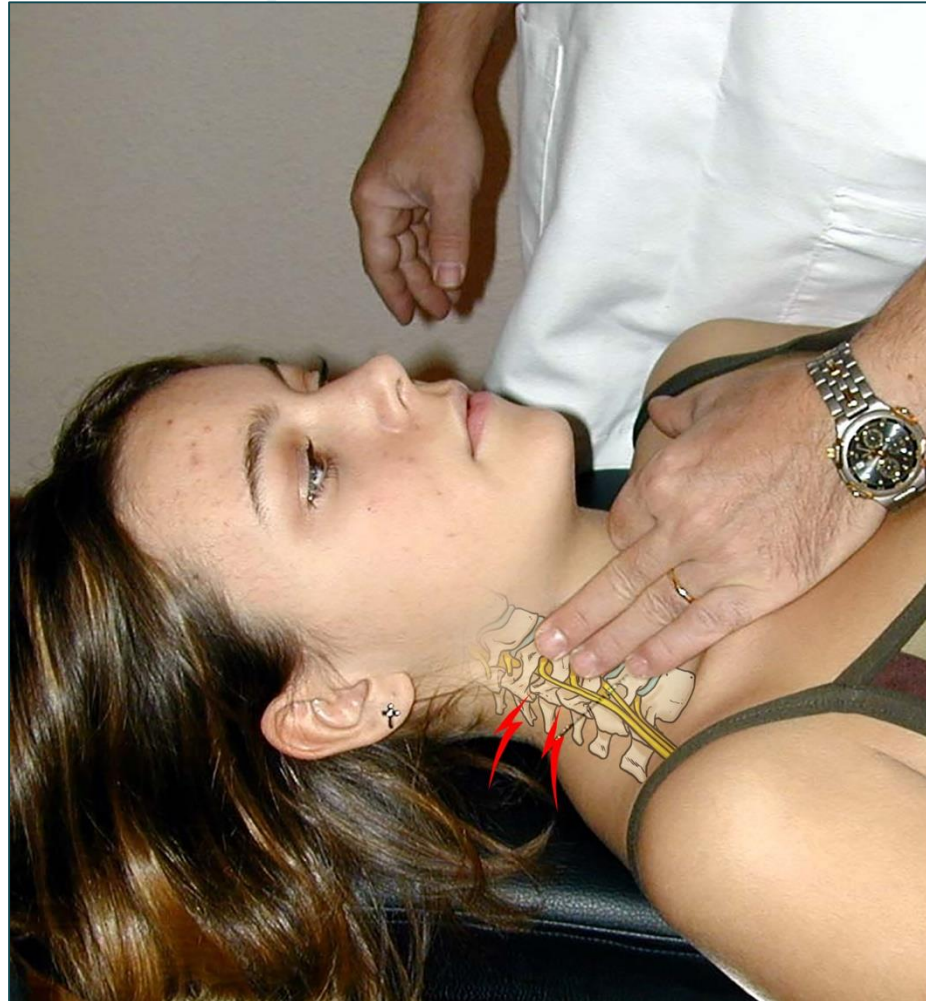


Palpación de las facetas.  
Kappa 0.37  
(VAN SUIJLEKOM)



Palpación de la espinosa.  
Kappa 0.52 (VAN SUIJLEKOM)

# TEST DEL TIMBRE



# PALPACIÓN DE LAS ESPINOSAS (Dolor, hipomovilidad)



| Estudio           | Sensibilidad | Especificad | LR+ | LR-  | QUADAS (0-14) |
|-------------------|--------------|-------------|-----|------|---------------|
| Jull et al.       | 100          | 100         | NA  | NA   | 9             |
| Rey et al.(C2-C3) | 88           | 39          | 1,4 | 0,30 | 5             |
| Rey et al.(C5-C6) | 89           | 50          | 1,8 | 0,22 | 5             |



# PALPACIÓN DE LAS CARILLAS EN POSICIÓN NEUTRA



# TEST DE MITCHELL C7-T1



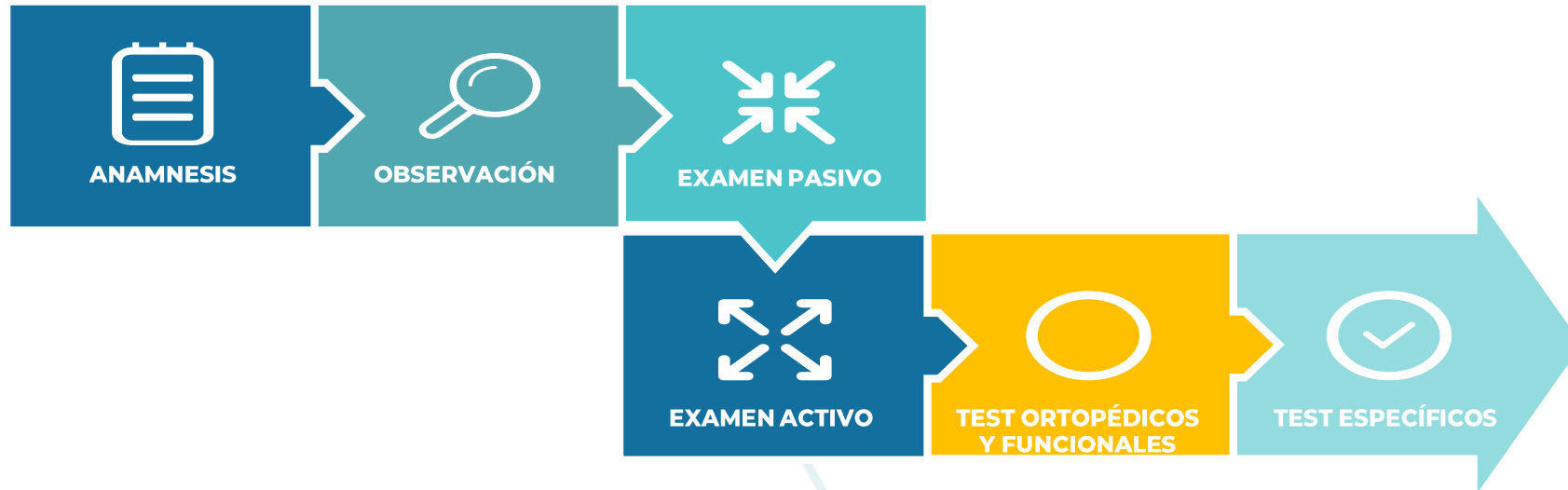
TEST EN FLEXIÓN



TEST EN EXTENSIÓN

Kappa, sensibilidad y especificidad desconocidas.

## PROCESO DE HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO EN OSTEOPATIA



Será al final de esta secuencia cuando pidamos al paciente las **pruebas complementarias** (de imagen y laboratorio) y sacaremos una conclusión.

Al finalizar, determinaremos **si existe o no indicación** de la aplicación de un abordaje osteopático o por el contrario debemos derivar a otro especialista.





# Visita nuestro departamento científico

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DESARROLLO  
E INNOVACIÓN

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

