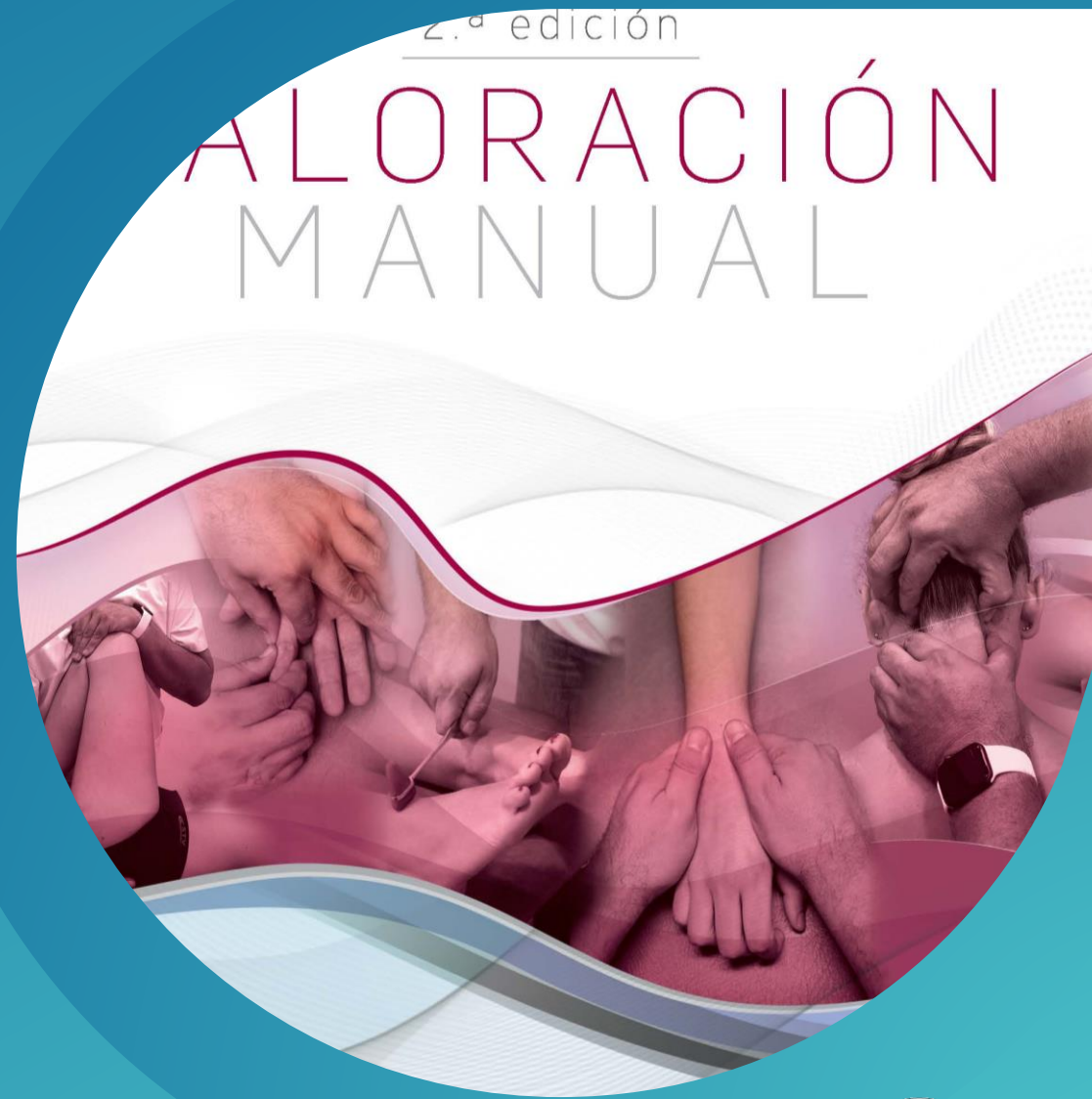


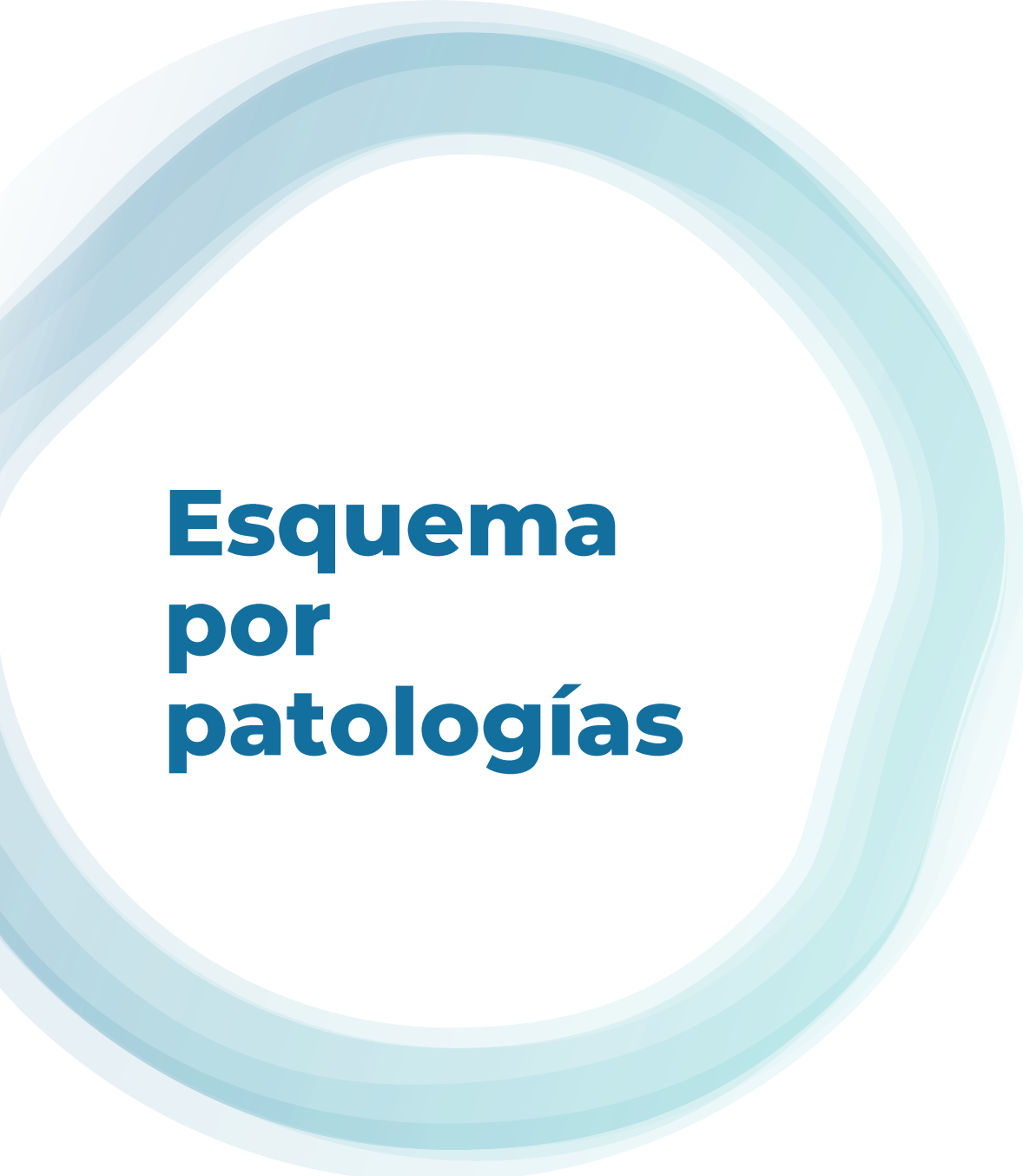
# Diagnóstico diferencial de la región pélvica

Juan A. Díaz Mancha PhD



Escuela de  
Osteopatía  
de Madrid  
Internacional





# Esquema por patologías

- Pruebas para valorar la movilidad de la pelvis (disfunción sacroilíaca)
- Pruebas para valorar los ligamentos de la pelvis



2.ª edición

# Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

## Pruebas para valorar la movilidad de la pelvis (disfunción sacroilíaca)

- Prueba de abducción con presión
- Prueba de Gaenslens para la pelvis
- Prueba de Gaenslens **Evidencia científica**
- Prueba de Gillet o prueba de la cigüeña monopodal **Evidencia científica**
- Prueba de Lagarre
- Prueba de las tres fases (hiperextensión en tres etapas)
- Prueba de Mennel **Evidencia científica**
- Prueba de movilización de la articulación sacroilíaca
- Prueba de Piedallu **Evidencia científica**
- Prueba de presión sobre el ilion **Evidencia científica**





2.ª edición

# Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

## Pruebas para valorar la movilidad de la pelvis (disfunción sacroilíaca)

- Prueba de elasticidad de la articulación sacroilíaca
- Prueba de Derbolowsky **Evidencia científica**
- *Standing Flexion Test* (prueba de flexión en bipedestación de la sacroilíaca)
- Prueba de fijación de la articulación sacroilíaca
- Prueba de posición de sentado con las piernas estiradas
- Prueba de Erichsen
- Prueba de Goldthwait
- Hip Drop Test
- Prueba de Rotes Querolle
- Prueba de Thompson o de alargamiento del miembro inferior





2.ª edición

# Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

## Pruebas para valorar la movilidad de la pelvis (disfunción sacroilíaca)

- Prueba de Downing
- Prueba de movilidad de la sínfisis del pubis
- Prueba de movilidad de las ramas púbicas
- Prueba de la Nalga
- Prueba de Patrick
- Test de Marcamp o de triple flexión asociado al dolor





# Prueba de abducción con presión

Esta prueba se realiza para evaluar una posible disfunción en la articulación del hueso ilíaco con el sacro.

## Posición del paciente

Tumbado de lado, de forma que la hemipelvis a evaluar se encuentra arriba, con la rodilla en extensión. La pierna sobre la camilla se encuentra con la rodilla y la cadera en flexión aumentando la base de sustentación del paciente.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en finta doble detrás del paciente a la altura de su pelvis orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con la mano craneal a nivel de la cresta ilíaca del lado a evaluar. La mano caudal contacta con la cara externa del tercio distal del muslo.

## Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una separación de la cadera de la pierna a valorar. Una vez en esta posición, el terapeuta ejerce resistencia a la separación intentando llevar la pierna a valorar hacia aproximación.

## Interpretación del test

Se dice que la prueba es positiva cuando se produce o incrementa un cuadro álgico en el territorio de la articulación sacroilíaca. Es importante que el terapeuta diferencie entre el territorio de dolor de la articulación sacroilíaca y el de la cadera, pues al llevar a cabo la maniobra en pacientes con afectación coxofemoral puede generar un falso positivo.

La incapacidad del paciente para llevar a separación la cadera sin experimentar ningún cuadro álgico puede ser indicativa de una disfunción del tono muscular del músculo glúteo medio o del músculo glúteo menor.

*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 Gaenssens para la pelvis

Esta prueba se utiliza para evaluar posibles alteraciones de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

Tumbado de lado, con el miembro a valorar arriba con la rodilla y la cadera en extensión. La pierna que está pegada a la camilla en triple flexión lo más cerca posible del tórax del paciente.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en finta doble detrás del paciente a la altura de la pelvis orientado hacia este. La mano superior toma un contacto a nivel de la articulación coxofemoral de la pierna a evaluar del paciente, mientras que la mano inferior pasa por debajo de aquella y abarca la articulación de la rodilla por su cara interna; la tibia reposa sobre el antebrazo del terapeuta.

## Ejecución del test

El terapeuta lleva la cadera del miembro a evaluar del paciente a extensión, manteniendo estable con la mano superior la hemipelvis del lado afecto.

## Interpretación del test

La prueba es negativa si el paciente no presenta ningún tipo de dolor al llevar a cabo la acción el terapeuta. Se dice que la prueba es positiva si aparece un cuadro álgico en la articulación sacroilíaca o en la cadera, generado por posible afectación en la articulación sacroilíaca.

*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 Gaenslens

Esta prueba se utiliza para diferenciar si un dolor sacroilíaco tiene origen en la articulación sacroilíaca o más bien en la columna lumbar.

## Ejecución del test

Existen dos variantes a la hora de llevar a cabo la prueba:

En la primera variante, el terapeuta le pide al paciente como punto de partida que realice una flexión máxima de ambas caderas colocando las rodillas lo más pegadas al pecho que pueda. Una vez colocado en esta posición, le pide que sujete el miembro del lado sano con ambas manos de forma que los dedos queden entrecruzados en la parte anterior de la tibia. A continuación, pide al paciente que de forma activa realice una extensión de la cadera del lado a explorar hasta colocar la pierna colgando por fuera de la camilla.

En la segunda variante el paciente comienza con las piernas en extensión reposando sobre la camilla; a partir de aquí el terapeuta le pide que deje caer la pierna del lado a explorar en extensión por fuera de la camilla y, por último, que realice una flexión máxima de la pierna del lado sano mantenida con sus manos.

## Interpretación del test

Si en la primera variante el paciente no presenta dolor cuando ambas caderas están flexionadas, pero aparece la sintomatología álgica cuando lleva a cabo la extensión de la cadera del miembro a valorar, se puede pensar en una afectación de origen sacroilíaco, ya que en esta posición la columna lumbar está protegida por la disminución de la lordosis a que da lugar la retroversión pélvica al inducir una flexión de caderas.

Para la segunda variante, la aparición de dolor sacroilíaco cuando el paciente realiza una extensión de cadera que desaparece al realizar la flexión del miembro inferior del lado contrario traduce una lesión de la columna lumbar; sin embargo, en el caso de que el dolor persista aun cuando realiza la flexión de la pierna contraria, hay que pensar en una lesión de la articulación sacroilíaca.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba presentan valores del 31-71% y 26-94%, respectivamente. La prueba cuenta con una **razón de verosimilitud positiva** de 1,84-2,21 y **negativa** de 0,65-0,66. Su **valor predictivo positivo** es del 47-83% y su **valor predictivo negativo** del 59-77%.

- [Laslett M, Aprill CN, McDonald B et al. \(2005\) Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. Man Ther. 2005;10:207-218.](#)
- [Werner CM, Hoch A, Gautier L, König MA, Simmen HP, Osterhoff G. Distraction test of the posterior superior iliac spine \(PSIS\) in the diagnosis of sacroiliac joint arthropathy. BMC Surg. 2013 Oct 31;13:52.](#)
- [Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. \(1996\) The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine.](#)



# Prueba de Gillet o prueba de la cigüeña monopodal

Esta prueba se usa para evaluar restricciones de movimiento de la pelvis a la altura de las articulaciones sacroilíacas.

## Posición del paciente

De pie, mirando a la pared con sus manos apoyadas sobre ella, y los pies a la misma altura con unos 5 cm de separación entre ellos.

## Posición del terapeuta

En sedestación, a la espalda del paciente con la cabeza al mismo nivel que el sacro de este. El primer dedo de una de las manos del terapeuta toma contacto con la espina ilíaca posterosuperior del mismo lado. El primer dedo de la otra mano toma contacto con la espina ilíaca posterosuperior del lado contrario.

## Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una flexión de cadera del miembro inferior del lado a valorar. El terapeuta comprueba la movilidad de la articulación sacroilíaca de un lado y realiza la misma acción en la otra hemipelvis.

## Interpretación del test

Se considera que la prueba es negativa cuando al llevar a cabo el movimiento de flexión de cadera el terapeuta percibe de forma táctil y/o visual que el pulgar que tiene sobre la espina ilíaca posterosuperior del mismo lado desciende.

Si hay disminución de movilidad en la articulación, el terapeuta no percibe con su pulgar ningún movimiento de tipo descendente, o lo percibe ascendente en la espina ilíaca posterosuperior de la hemipelvis a valorar; en este caso se considera que la prueba es positiva y se concluye que existe una restricción de movilidad a nivel de la articulación sacroilíaca en cuestión.

## Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 8-43% y 68-93%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 67% y su valor predictivo negativo del 35%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa intraobservador de 0,86-0,93 e interobservador de 0,48-0,69, con una concordancia del 46,67%.

- [\*Martínez Franco, A. F. \(2016\). Estudio del diagnóstico manual de la disfunción sacroilíaca en pacientes con lumbalgia baja: propuesta de un nuevo test diagnóstico. tdx.cat.\*](#)
- [\*Levangie PK. Four clinical tests of sacroiliac joint dysfunction: The association of test results with innominate torsion among patients with and without low back pain. Phys Ther. 1999;79:1043-1057.\*](#)
- [\*Potter NA, Rothstein JM. Intertester reliability for selected tests of the sacroiliac joint. Phys Ther. 1985;65:1671-1675.\*](#)
- [\*Richter T, Lawall J. Zur Zuverlaessigkeit manualdiagnostischer Befunde. Man Med. 1993;31:1-11.\*](#)



# Prueba de Lagarre

Esta prueba se utiliza para discernir entre una disfunción de la articulación sacroilíaca y otra de la articulación coxofemoral.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

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

## Ejecución del test

El terapeuta toma contacto con la mano superior sobre la parte anterior de la rodilla, mientras que con la mano inferior abarca el calcáneo de la pierna a valorar. A continuación, lleva la articulación de la cadera y la articulación de la rodilla a 90° de flexión cada una. En esta posición, el terapeuta conduce de forma pasiva la cadera a separación y la rota externamente acercando el calcáneo a la línea media del cuerpo.

## Interpretación del test

Dependiendo de dónde se produzca la sintomatología álgica, el terapeuta determina si el origen de la lesión es sacroilíaco o coxofemoral. El dolor sacroilíaco o sobre la nalga hace pensar en afectación sacroilíaca, mientras que el dolor sobre la cadera sugiere un proceso artrósico o cualquier disfunción de cadera.

La posición que adopta la articulación coxofemoral durante la maniobra genera estrés en la cápsula articular; por eso, si existe disfunción de la cadera, aparece el dolor.

*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 las tres fases (hiperextensión en tres etapas)

Esta prueba se utiliza para diferenciar afectaciones de la articulación coxofemoral, de la articulación sacroilíaca y de la columna lumbar.

## Posición del paciente

En decúbito ventral, con las rodillas en extensión y los brazos a lo largo del tronco, reposados sobre la camilla.

## Posición del terapeuta

De pie, en finta doble en el lado a evaluar a la altura de los muslos del paciente orientado hacia este. La mano inferior del terapeuta abarca la rodilla por la parte interna, de tal modo que la palma de la mano contacta con la cara anterior de la rótula. La mano superior varía la posición según las distintas partes de la prueba.

## Ejecución del test

La prueba está dividida en varias partes:

En la primera parte, el terapeuta lleva la pierna a extensión de cadera con la rodilla en extensión. La mano craneal bloquea la pelvis.

En la segunda parte de la prueba, el terapeuta lleva la pierna a extensión de cadera con la rodilla extendida. La mano craneal bloquea el sacro.

En la tercera parte, la mano caudal repite el gesto de extensión de la articulación coxofemoral con la rodilla en extensión, mientras que la mano craneal bloquea la columna lumbar a partir de la vértebra L5. En esta parte la mano puede ir bloqueando el resto de las vértebras lumbares y evaluando el movimiento en cada nivel.

## Interpretación del test

En condiciones de salud óptima, ninguna de las maniobras llevadas a cabo en la prueba genera dolor.

Si aparece un cuadro álgico al bloquear la pelvis, se puede pensar en una afectación de la cadera o en una contractura muscular del psoas o del músculo cuádriceps.

Si se activa la sintomatología álgica cuando el terapeuta bloquea el sacro, se puede pensar en una disfunción de la articulación sacroilíaca.

Si la sintomatología se genera en la última parte de la prueba (bloqueo de la columna lumbar), se puede pensar en una afectación de la bisagra lumbosacra o en una disfunción vertebral lumbar.

*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 Mennel

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción sacroilíaca.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en finta adelante en el lado a evaluar a la altura del tercio superior del muslo orientado hacia la cabeza del paciente. La mano inferior abarca la rodilla por la parte interna y toma contacto con la cara anterior de la rótula. La mano superior contacta globalmente sobre el sacro.

## Ejecución del test

El terapeuta bloquea el sacro con la mano superior, mientras que con la mano inferior lleva la articulación de la cadera a extensión.

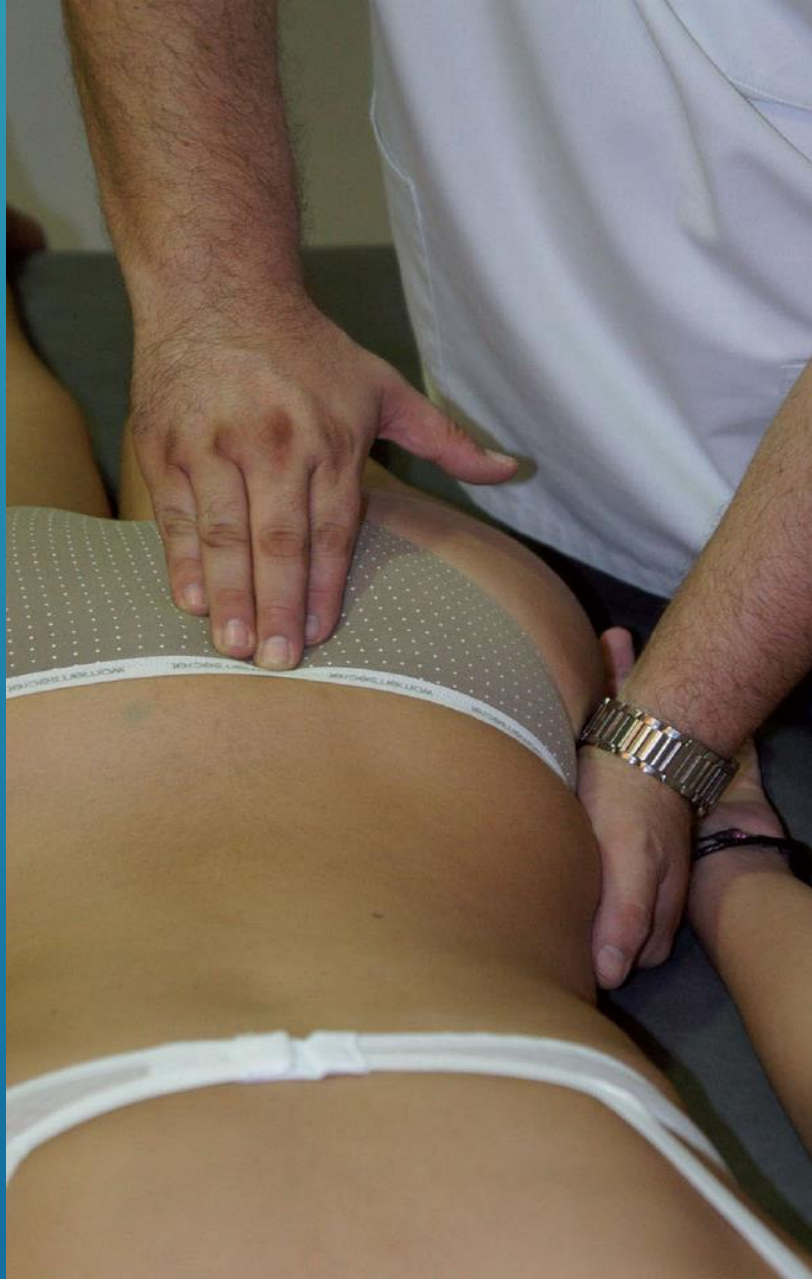
## Interpretación del test

En personas sin disfunción sacroilíaca, la acción del terapeuta no genera dolor. Si al extender el terapeuta la articulación coxofemoral se activa un cuadro álgico en el recorrido de la articulación sacroilíaca del paciente, se puede pensar en alguna disfunción de esta articulación.

Otra alternativa de la prueba permite al terapeuta llevarla a cabo con el paciente tumbado de lado con la pierna a valorar arriba y ambas rodillas en flexión. Situado detrás, el terapeuta bloquea el sacro y lleva la pierna superior del paciente a extensión de la articulación coxofemoral.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba arrojan valores del 65 y 100%, respectivamente. Se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,87, con una **concordancia** del 97%.



# Prueba de movilización de la articulación sacroilíaca

Esta prueba se utiliza para la valoración de una posible disfunción de movilidad de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

En decúbito ventral, con las extremidades superiores a lo largo del tronco y las rodillas en extensión.

## Posición del terapeuta

De pie, en finta adelante en el lado a evaluar a la altura de las caderas del paciente orientado hacia la cabeza de este. El terapeuta toma un contacto sensitivo con la yema de los dedos de la mano inferior en la interlínea articular sacroilíaca. La otra mano toma un contacto a través de los dedos segundo a quinto en la parte anterior de la hemipelvis del lado a evaluar, a la altura de la espina ilíaca anterosuperior.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza una tracción de la pelvis hacia posterior, mientras que con la mano situada sobre la articulación sacroilíaca percibe los movimientos.

## Interpretación del test

En pacientes sin afectación de la articulación sacroilíaca, el terapeuta aprecia la movilidad de esta articulación al llevar a cabo la acción.

Si el terapeuta no aprecia los movimientos y la articulación se mueve en bloque o se activa un cuadro algíco al inducir el movimiento, se puede pensar en una disfunción de movilidad de la articulación sacroilíaca.

*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 Piedallu

Esta prueba se utiliza para evaluar los movimientos del sacro con respecto a los huesos ilíacos.

## Posición del terapeuta

En sedestación o en cuclillas detrás del paciente. El terapeuta toma un contacto con ambos pulgares sobre las espinas ilíacas posterosuperiores.

## Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una flexión de tronco acercando las manos hacia los pies.

## Interpretación del test

En personas sin afectación de la articulación sacroilíaca, ambas espinas ilíacas descienden al llevar a cabo el movimiento de flexión de tronco, y el terapeuta lo percibe con sus pulgares. Si existe alguna disfunción en la articulación sacroilíaca, el dedo del terapeuta situado sobre la correspondiente espina ilíaca posterosuperior asciende acompañando al sacro, ya que el ilíaco no puede realizar el movimiento de rotación posterior.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba tienen valores del 3-21% y 90-98%, respectivamente. Su **valor predictivo positivo** es del 78% y su **valor predictivo negativo** del 28%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,40 -0,83, con una **concordancia** del 50-88%.

• Albert H, Godskesen M, Westergaard J. (2000) Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *Eur Spine J.* 2000;9:161-166

• Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. (1996) The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine.* 1996;21:2594-2602.

• Martínez Franco, A. F. (2016). Estudio del diagnóstico manual de la disfunción sacroiliaca en pacientes con lumbalgia baja: propuesta de un nuevo test diagnóstico. 2016; tdx.cat.

• Levangie PK. Four clinical tests of sacroiliac joint dysfunction: The association of test results with innominate torsion among patients with and without low back pain. *Phys. Ther.* 1999;79:1043-1057.

• Potter NA, Rothstein JM. Interrater reliability for selected tests of the sacroiliac joint. *Phys. Ther.* 1985;65:1671-1675.

• Richter T, Lawall J. Zur Zuverlässigkeit manuell diagnostischer Befunde. *Man Med.* 1993;31:1-11.



# Prueba de presión sobre el ilion

## Posición del paciente

La realización de la prueba comprende varias partes en las que el paciente adopta distintas posiciones (se enumeran por orden):

1. En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.
2. Tumbado de lado, con el miembro a valorar arriba con la rodilla en extensión y el miembro contralateral en flexión de cadera y rodilla sobre la camilla aumentando la base de sustentación.
3. En decúbito dorsal, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.
4. En decúbito ventral, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

## Posición del terapeuta

1. En bipedestación, a un lado del paciente a la altura de la pelvis en finta adelante en dirección craneal. Contacta con el talón de la mano derecha sobre la espina ilíaca anterosuperior derecha y la mano izquierda sobre la espina ilíaca anterosuperior izquierda, de modo que el terapeuta se encuentra con los brazos cruzados.
2. En bipedestación, en finta doble por delante del paciente a la altura de la pelvis orientado hacia este. Ambas manos contactan con el hueso ilíaco a valorar en su parte externa.
3. En bipedestación, a un lado del paciente en finta adelante a la altura de las caderas orientado hacia la cabeza de este. Las manos contactan con cada una de las crestas ilíacas por su borde externo.
4. En bipedestación a la altura de la pelvis del paciente en finta adelante en dirección craneal. La mano inferior contacta encima del sacro; la otra mano, colocada sobre la primera, refuerza el contacto.

## Ejecución del test

1. El terapeuta realiza un empuje con las manos hacia la camilla como para abrir los huesos ilíacos.
2. El terapeuta realiza un empuje con las manos hacia la camilla comprimiendo el hueso ilíaco.
3. El terapeuta realiza un empuje intentando unir ambas manos como para cerrar los huesos ilíacos.
4. El terapeuta realiza un empuje comprimiendo el sacro hacia la camilla.





# Prueba de presión sobre el ilion

## Interpretación del test

1. Si al realizar el gesto el terapeuta se activa la sintomatología álgica en la zona glútea o el muslo, se puede pensar en afectación de los ligamentos sacroilíacos anteriores.
2. Si se genera un cuadro álgico o este se incrementa al realizar la acción, se puede pensar en una disfunción de la articulación sacroilíaca que se está valorando. Por lo general, esta disfunción engloba a los ligamentos posteriores de la articulación.
3. Si aparece dolor en la articulación sacroilíaca al realizar la prueba, se puede relacionar con afectación de los ligamentos posteriores de la articulación sacroilíaca que producen la disfunción.
4. Si se genera un cuadro álgico al llevar a cabo el movimiento el terapeuta, se puede pensar en una disfunción de la articulación sacroilíaca.

## Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** del 82-88%, con una **concordancia** de 0,48-0,63.

*Robinson HS, Brox JI, Robinson R, Bjelland E, Solem S, Telje T. The reliability of selected motion and pain provocation tests for the sacroiliac joint. Man Ther. 2007;12:72-79.*





# Prueba de elasticidad de la articulación sacroilíaca

Esta prueba se utiliza para evaluar la movilidad y la capacidad elástica de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

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

## Ejecución del test

Con el dedo índice de una mano el terapeuta contacta en la articulación sacroilíaca sobre el brazo menor de esta (interlínea articular a la altura de la primera vértebra sacra). Con la otra mano el terapeuta contacta con la eminencia hipotenar sobre la uña del dedo índice que está en contacto con la articulación. A continuación, lleva a cabo con esta última mano una compresión hacia la camilla. Repite la secuencia sobre el brazo mayor de la articulación sacroilíaca (interlínea articular a la altura de la tercera vértebra sacra).

## Interpretación del test

Si el terapeuta lleva a cabo el movimiento y la articulación responde de forma elástica a sus exigencias (tanto al empuje como a la vuelta a la posición inicial), se puede decir que no existe fijación sacroilíaca, por lo que la prueba es negativa.

La prueba es positiva si el terapeuta percibe un tope brusco y súbito después de cierta movilidad; se puede pensar en una alteración de hipermovilidad sacroilíaca. Si al llevar a cabo la acción, el terapeuta no percibe movimiento alguno, se puede pensar en una disfunción de hipomovilidad de la articulación sacroilíaca. Ambas situaciones pueden cursar con un cuadro algico.



*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 Derbolowsky

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible disfunción de movilidad de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación a los pies del paciente en finta doble en dirección craneal. El terapeuta toma contacto con ambos pulgares justo debajo de los maléolos tibiales del paciente para medir la altura de estos.

## Ejecución del test

Tras observar la disposición de los maléolos, el terapeuta le pide al paciente que se incorpore en la camilla con una anteflexión de tronco, de forma que acabe sentado con las rodillas en extensión y las manos apoyadas sobre la camilla.

## Interpretación del test

En condiciones normales, al realizar el paso de tumbado a sentado aumenta bilateralmente la longitud de los miembros inferiores y descienden por igual ambos maléolos gracias a la correcta movilidad de las articulaciones sacroilíacas.

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta percibe que un maléolo tibial desciende más que el otro, puede ser indicativo de una disfunción de movilidad de la articulación sacroilíaca del lado que no desciende.

La positividad de la prueba no es suficiente para diagnosticar una disfunción de hipomovilidad de la articulación sacroilíaca, ya que la disminución del alargamiento de una de las dos piernas puede deberse a la afectación muscular de los isquiotibiales o a una pierna corta anatómica y no a una restricción de la movilidad de la articulación sacroilíaca.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba tienen valores del 44 y 64%, respectivamente. Su **valor predictivo positivo** es del 69% y su **valor predictivo negativo** del 38%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para **el índice de Kappa** de 0,19, con una **concordancia** del 44,6%.

*Levangie PK. Four clinical tests of sacroiliac joint dysfunction: The association of test results with innominate torsion among patients with and without low back pain. Phys Ther. 1999;79:1043-1057.*



## Standing Flexion Test (prueba de flexión en bipedestación de la sacroilíaca)

Esta prueba se utiliza para la valoración de posibles disfunciones en la articulación sacroilíaca.

### Posición del paciente

De pie, con las extremidades superiores a lo largo del cuerpo.

### Posición del terapeuta

De pie, a la espalda del paciente en finta doble orientado hacia este. Con sus pulgares contacta sobre las espinas ilíacas posterosuperiores.

### Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que lleve a cabo una anteflexión del tronco con las piernas estiradas.

### Interpretación del test

El terapeuta ha de percibir el movimiento de los ilíacos a través de las espinas ilíacas posterosuperiores. En un paciente sin afectación sacroilíaca, los pulgares del terapeuta han de ascender ligeramente o mantener la misma posición.

En pacientes con disfunción sacroilíaca, el pulgar del terapeuta del lado afecto asciende acompañando el movimiento del sacro mucho más rápido que el pulgar del lado sano, ya que en el ritmo lumbopélvico durante la flexión de cadera el sacro se mueve antes que el ilíaco, mientras que en caso de fijación o bloqueo sacroilíaco, el ilíaco se comporta como lo hace el sacro.

### Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba arrojan valores del 17 y 79%, respectivamente. Su **valor predictivo positivo** es del 61% y su **valor predictivo negativo** del 34%. Se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,23-0,619, con una **concordancia** del 43,75-55,4%.

• Martínez Franco, A. F. (2016). Estudio del diagnóstico manual de la disfunción sacroilíaca en pacientes con lumbalgia baja: propuesta de un nuevo test diagnóstico. 2016; tdx.cat.

• Riddle DL, Freburger JK. Evaluation of the presence of sacroiliac joint region dysfunction using a combination of tests: a multicenter intertester reliability study. Phys Ther. 2002;82:772-781.

• Levangie PK. Four clinical tests of sacroiliac joint dysfunction: The association of test results with innominate torsion among patients with and without low back pain. Phys Ther. 1999;79:1043-1057.

• Bowman C, Gribble R. The value of the forward flexion tests and three tests of leg length changes in the clinical assessment of movement of the sacroiliac joint. J Orthop Med. 1995;17:66-67.

• Vincent-Smith B, Gibbons S. (1999) Inter-examiner and intra-examiner reliability of the standing flexion test. Man Ther. 1999;4:87-93.

• Potter NA, Rothstein JM. Intertester reliability for selected tests of the sacroiliac joint. Phys Ther. 1985;65:1671-1675.



# Prueba de fijación de la articulación sacroilíaca

## Posición del terapeuta

En cuclillas, detrás del paciente orientado hacia este. La prueba consta de tres partes:

1. En la primera, el terapeuta contacta ambos pulgares con las espinas ilíacas posterosuperiores.
2. En la segunda, un pulgar contacta en la espina ilíaca posterosuperior a valorar y el otro pulgar con la apófisis espinosa de la segunda vértebra sacra.
3. En la última parte de la prueba, uno de los pulgares contacta con la apófisis espinosa de la segunda vértebra sacra y el otro contacta sobre el isquion del lado a valorar.

## Ejecución del test

1. En la primera parte de la prueba, el terapeuta observa si están al mismo nivel ambas espinas ilíacas posterosuperiores.
2. En la segunda y en la tercera parte, el terapeuta le pide al paciente que lleve a cabo una flexión de la articulación coxofemoral y de la articulación de la rodilla, de tal forma que intente contactar la rodilla con el pecho. Ambas partes se realizan de forma bilateral.

## Interpretación del test

En la primera parte de la prueba, una espina ilíaca posterosuperior se encuentra a distinto nivel que la otra si existe disfunción en la articulación sacroilíaca.

Una vez que el terapeuta observa el desnivel de las espinas, procede a valorar cuál de las dos se encuentra en disfunción. Si al flexionar la cadera la espina ilíaca posterosuperior del lado a valorar no desciende, desciende poco o asciende, es indicativo de una disfunción de la articulación sacroilíaca de ese lado.

En la tercera parte de la prueba, al flexionar la articulación coxofemoral, el contacto sobre el isquion debe descender. Si no desciende, desciende poco o asciende, se puede pensar en una disfunción de la articulación sacroilíaca del lado a valorar.

*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 posición de sentado con las piernas estiradas

Esta prueba se utiliza para valorar posibles disfunciones de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en finta doble a los pies del paciente orientado hacia este.

## Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una flexión de forma bilateral de la articulación coxofemoral y de la articulación de la rodilla y que levante la pelvis de la camilla. Seguidamente, vuelve a llevar las piernas a la posición inicial. Este gesto tiende a equilibrar la pelvis. Tras esto, contacta con sus pulgares sobre los maléolos tibiales por su borde caudal y le pide al paciente que se incorpore de la camilla con una anteflexión de tronco manteniendo la extensión de las rodillas.

## Interpretación del test

Si un maléolo, a priori más bajo, desciende menos que el otro al pasar a la posición de sentado, el terapeuta puede pensar en una disfunción de rotación del ilíaco de ese lado.

Igualmente, si un maléolo en principio más alto desciende más que el contralateral al pasar el paciente a la posición de sentado, el terapeuta puede pensar en una disfunción de rotación del ilíaco de ese lado.

*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 Erichsen

Esta prueba se utiliza para valorar posibles alteraciones de tipo inflamatorio de las articulaciones sacroilíacas.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta adelante a la altura de las caderas orientado hacia la cabeza de este. Con los talones de las manos toma contacto sobre la cara externa de ambas crestas ilíacas.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza un empuje con ambas manos en dirección medial, como si quisiera unir las manos.

## Interpretación del test

Si el paciente no percibe dolor alguno durante la realización de la prueba, esta es negativa y no cabe pensar en una disfunción sacroilíaca.

Por el contrario, si al realizar el gesto el terapeuta aparece dolor en el recorrido de la articulación sacroilíaca, se puede pensar en una afectación de esta articulación. En este caso la prueba es positiva.



# Prueba de Goldthwait

Esta prueba se utiliza para valorar posibles disfunciones sacroilíacas.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta adelante a la altura de las caderas en dirección craneal. Toma un contacto sensitivo sobre la columna lumbar del paciente con la mano superior; la otra mano abarca el calcáneo de la pierna homolateral.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza pasivamente una flexión de la articulación coxofemoral del paciente del lado a valorar con la rodilla en extensión.

## Interpretación del test

Si el paciente no percibe dolor en el recorrido de la flexión de cadera no existe disfunción ni sacroilíaca ni lumbar.

Si aparece sintomatología dolorosa al realizar el gesto el terapeuta antes de que llegue el movimiento a la columna lumbar, se puede pensar en una disfunción sacroilíaca.

Si el dolor aparece cuando el terapeuta nota que el movimiento llega a la columna lumbar, se puede pensar en una disfunción de origen lumbar.

*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.*



# Hip Drop Test

Esta prueba se utiliza para valorar posibles disfunciones de movilidad de la articulación sacroilíaca y de la columna lumbar.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente.

## Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que se coloque de lado sobre un escalón o taburete, de tal forma que la pierna del lado a valorar se sitúe al borde del escalón o taburete y la pierna del miembro inferior del lado sano se encuentre suspendida en el aire. A continuación, el paciente ha de bajar la pierna elevada para tocar el suelo realizando un movimiento de descenso global de la hemipelvis y lateroflexión lumbar. Alternativamente lleva a cabo ascensos y descensos del miembro inferior del lado a estudiar.

## Interpretación del test

En condiciones normales, la espina ilíaca del lado a valorar desciende de manera armónica unos  $25^\circ$  respecto a la horizontal. Este descenso se acompaña de un movimiento de lateroflexión lumbar hacia el lado contralateral. En este caso se dice que la prueba es negativa.

Si el terapeuta percibe un descenso anormalmente reducido de la hemipelvis a valorar (desciende menos de  $20\text{--}25^\circ$ ) acompañado de una lateroflexión lumbar disminuida, casi inexistente, se puede pensar en una posible afectación de la movilidad lumbopélvica. Se considera entonces que la prueba es positiva.

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



*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 Rotes Querolle

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

En bipedestación, en apoyo monopodal. Con la pierna del lado contralateral al que hay que evaluar en flexión de rodilla y cadera, de tal forma que se encuentra elevada.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente.

## Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que realice varios saltos en apoyo monopodal.

## Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece un cuadro álgico en la zona sacroilíaca, se puede pensar en una posible disfunción de la articulación sacroilíaca. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Existe una importante asociación entre la positividad de la prueba y la afectación de pelvispondilitis. Por tanto, si la prueba es positiva deben realizar pruebas más específicas para determinar la disfunción.



# Prueba de Thompson o de alargamiento del miembro inferior

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

En decúbito prono, con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión. El paciente coloca los pies por fuera de la camilla.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado contrario a la pelvis del paciente a valorar en finta adelante a la altura de su abdomen a valorar en dirección caudal. Con la eminencia hipotenar de la mano interna toma contacto sobre la espina ilíaca posterosuperior del lado a evaluar. La otra mano se sitúa sobre la anterior abrazando la tabaquera anatómica para reforzar el contacto.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza un empuje sobre la espina ilíaca posterosuperior del lado a valorar en dirección a los pies del paciente y hacia el suelo de forma suave y lenta, observando en todo momento el pie del mismo lado para percibir posibles cambios durante el empuje de la pelvis.

## Interpretación del test

En condiciones normales, al realizar el terapeuta el empuje sobre la pelvis del lado a estudiar, la pierna homolateral ha de descender y realizar una rotación externa de forma global debido a la transmisión del movimiento de rotación del hueso ilíaco a lo largo del miembro inferior del paciente. En este caso se considera que la prueba es negativa.

Si al realizar el empuje el terapeuta percibe que el miembro inferior homolateral no desciende, se puede pensar en una posible afectación de hipomovilidad sacroilíaca. En este caso se considera que la prueba es positiva.

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



# Prueba de Downing

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción de la articulación sacroilíaca.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de la pelvis del paciente en dirección caudal. Con la mano proximal toma contacto sobre la parte interna de la rodilla, mientras que la caudal abarca el hueso calcáneo homolateral.

## Ejecución del test

Antes de la toma de contacto, el terapeuta ha de señalar con un rotulador la parte más prominente del maléolo interno del miembro a valorar y calca la misma línea en el maléolo contralateral. Así queda señalizada sobre el maléolo interno del miembro contralateral que se va a evaluar una línea que le sirve al terapeuta como guía para valorar la movilidad sacroilíaca.

La prueba consta de dos partes:

1. En la primera parte el terapeuta induce una rotación anterior del hueso ilíaco a valorar producida por la puesta en tensión de los ligamentos ileofemoral y pubofemoral. Para ello realiza una flexión de 90°, una rotación externa y una aproximación de cadera del miembro a valorar. Seguidamente, conduce el miembro hacia la posición inicial de extensión. Tras esto, señala con rotulador la altura de la parte más prominente del maléolo tibial en el miembro contralateral.
2. En la segunda parte el terapeuta induce una rotación posterior del hueso ilíaco a valorar producida por la puesta en tensión del ligamento isquiofemoral. Para ello realiza una flexión de 90°, rotación interna y separación de cadera del miembro a valorar. Seguidamente, conduce el miembro a la posición inicial de extensión. Tras esto, señala con rotulador la altura de la parte más prominente del maléolo tibial en el miembro contralateral.

Entre ambas partes, el terapeuta realiza una equilibración de la pelvis pidiéndole al paciente que flexione las rodillas, apoye los pies sobre la camilla y levante la pelvis llevando de forma pasiva las piernas a la posición neutra.

*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 Downing

## Interpretación del test

Si en la primera parte de la prueba la línea dibujada se mantiene a la misma altura que la primera o desciende muy poco, se puede pensar en una disfunción de rotación posterior sacroilíaca. En condiciones normales, la rotación anterior hace que la pierna se «alargue» y la marca de rotulador queda más baja que la primaria.

Si en la segunda parte de la prueba la línea dibujada se mantiene a la misma altura que la primera o asciende muy poco, se puede pensar en una disfunción de rotación anterior sacroilíaca. En condiciones normales, la rotación posterior hace que la pierna se «acorte» y la marca de rotulador queda más alta que la primaria.

Con los movimientos inducidos por el terapeuta se tensan los ligamentos coxofemorales, que en condiciones normales permiten la movilidad de los ilíacos sobre el hueso sacro.

*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 movilidad de la sínfisis del pubis

Esta prueba se utiliza para valorar posibles alteraciones de movilidad en las ramas pubianas.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En cuclillas, delante del paciente con la cabeza a la altura del pubis. El terapeuta toma un contacto con la yema de los dedos índice y corazón de las manos sobre cada una de las ramas pubianas.

## Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una transferencia de carga de una pierna a la otra. Repite el gesto hacia el otro miembro inferior.

## Interpretación del test

En condiciones normales, cuando el paciente realiza la transferencia hacia un lado, la rama pubiana homolateral asciende y la contralateral desciende.

Si el terapeuta percibe que la rama pubiana homolateral al movimiento no asciende o la contralateral no desciende, se puede pensar en una posible afectación de hipomovilidad de las ramas pubianas.



# Prueba de movilidad de las ramas púbicas

Esta prueba se realiza para valorar la movilidad analítica de las ramas púbicas en torno a la sínfisis del pubis.

## Posición del paciente

En decúbito dorsal con los brazos reposando a ambos lados del tronco y lo más próximo al borde del lado a evaluar de la camilla como sea posible. Las rodillas están extendidas.

## Posición del terapeuta

De pie, en finta doble a la altura de la pelvis del paciente del lado a evaluar orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con la mano craneal de forma sensitiva en la parte superior de la rama púbica del lado a evaluar. La mano caudal toma un contacto en la rodilla homolateral.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza de forma pasiva primero un movimiento de flexión de cadera y después de extensión de esta; en ambos casos el movimiento debe tener amplitud máxima.

## Interpretación del test

En condiciones normales, cuando el paciente realiza una flexión de la articulación coxofemoral, el terapeuta debe notar que la rama púbica del mismo lado asciende, sobre todo al final del movimiento. De igual forma, cuando el terapeuta induce al paciente una extensión de la articulación de la cadera, debe notar que la rama púbica del mismo lado desciende, sobre todo al final de la amplitud articular.

Alteraciones en la biomecánica normal de las ramas púbicas durante la flexión o la extensión de la cadera traducen una lesión de tipo bloqueo articular de la sínfisis del pubis.

*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 la Nalga

Esta prueba se utiliza para valorar afecciones de origen pélvico o coxofemoral.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a evaluar en finta adelante a la altura de las tibias orientado hacia la cabeza del paciente.

## Ejecución del test

El terapeuta toma contacto con su mano craneal sobre la parte anterior de la rodilla de la pierna a valorar, mientras que con su mano caudal abarca el calcáneo del mismo lado. A continuación, con la rodilla de la pierna a evaluar extendida, provoca una flexión de la articulación coxofemoral. Ante la aparición de algún cuadro álgico en la región pelvitrocantérea (alrededor de 40 y 50°), el terapeuta dobla la rodilla y continúa con la flexión de la articulación coxofemoral.

## Interpretación del test

Se dice que la prueba es negativa cuando desaparece el dolor después de que el terapeuta doble la rodilla del paciente; en este caso hay que pensar en otra afección de tipo radicular. Por el contrario, la prueba es positiva cuando el dolor no cesa tras la flexión de la rodilla.

Las afectaciones mecánicas más habituales que generan dolor en la región pélvica o coxofemoral son las disfunciones sacroilíacas y lumbares y la inflamación de la bursa coxofemoral. Comprobada la positividad de la prueba, el terapeuta ha de llevar a cabo un diagnóstico diferencial.

*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 Patrick

Esta prueba se utiliza para discernir entre una posible alteración de la articulación de la cadera o de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

En decúbito dorsal, con las extremidades superiores a lo largo del tronco. El miembro inferior del lado a valorar se encuentra en flexión de rodilla de 90° y en abducción de cadera, de tal forma que la planta del pie contacte con la cara interna de la rodilla de la otra pierna, que se encuentra reposada en la camilla con extensión de la rodilla.

## Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que lleve de forma activa el miembro del lado a valorar a abducción de cadera, acercando la rodilla hacia la camilla. Cuando ya no pueda más el paciente o cuando haya contactado la rodilla con la camilla, el terapeuta ejerce un poco de presión sobre ella hacia el suelo. El terapeuta contabiliza la distancia entre la rodilla del lado afecto y la camilla. Después de esto, realiza la prueba en el miembro contralateral.

## Interpretación del test

En pacientes que no presentan afectación sacroilíaca ni de la articulación coxofemoral, la rodilla del lado a evaluar contacta normalmente con la camilla. Si por el contrario existe mayor distancia de la rodilla a la camilla en algún miembro y aparece un cuadro álgico cuando el terapeuta realiza la compresión, se puede decir que existe algún tipo de disfunción en ese miembro. El terapeuta notará tensión en la musculatura encargada de la aproximación de la cadera.

La afectación muscular puede tener un origen coxofemoral o sacroilíaco. Cuando existe disfunción coxofemoral, el dolor se presenta en la misma articulación y la limitación de movimiento es débil y progresiva. Cuando existe disfunción de la articulación sacroilíaca, la zona de dolor se encuentra alrededor de la línea sacra y la limitación del movimiento es brusca y súbita. Hay que considerar también como posible detonante de la positividad de la prueba una disfunción con origen en la columna lumbar.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba tienen valores del 34-100% y 16-99%, respectivamente. Su **valor predictivo positivo** es del 81% y su **valor predictivo negativo** del 60%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,48-0,60, con una **concordancia** del 74-88%.

• [Albert H, Godskesen M, Westergaard J. \(2000\) Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. Eur Spine J. 2000;9:161-166.](#)

• [Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. \(1996\) The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine. 1996;21:2594-2602.](#)

• [Robinson HS, Brox JJ, Robinson R, Bjelland E, Solem S, Telje T. The reliability of selected motion and pain provocation tests for the sacroiliac joint. Man Ther. 2007;12:72-79.](#)

• [C.M.Werner CM, A.Hoch A, L.Gautier L, M.A.Koniq MA, H.P.Simmen HP, G.Osterhoff O., "Distraction test of the posterior superior iliac spine \(PSIS\) in the diagnosis of sacroiliac joint arthropathy." BMC Surgery., 2013;vol.13;article52,2013.](#)

• [Broadhurst NA, Bond M.J. \(1998\) Pain provocation tests for the assessment of sacroiliac joint dysfunction. J Spinal Disord. 1998;11:341-345.](#)



# Test de Marcamp o de triple flexión asociado al dolor

El test de triple flexión asociado al dolor tiene en cuenta dos factores: Factor cinemático: prueba de triple flexión y el Factor de provocación de dolor: prueba de compresión sacra.

Con este test se analizan los dos factores. Primero se analiza el componente cinemático mediante la realización del test de triple flexión; después se realiza un test de provocación del dolor que es el test de compresión de la base sacra.

## Primer procedimiento

### Posición del paciente

En decúbito prono sobre la camilla con los miembros superiores e inferiores extendidos y el raquis cervical en posición neutra.

### Posición del terapeuta

El terapeuta se sitúa en dirección craneal y a la altura de la pelvis, a un lado de la camilla. Los pulgares de ambas manos se sitúan sobre el borde inferior de cada una de las espinas ilíacas posterosuperiores para observar la posición relativa entre ellas; los restantes dedos descansan sobre la pelvis.

### Ejecución del test

Se pide al paciente que pase de la posición prona a la de sentado, con ambas piernas juntas sobre sus talones manteniendo en contacto sus manos sobre la camilla. El terapeuta, sin levantar los pulgares de donde los ha situado, observa y sigue el desarrollo del movimiento de las espinas ilíacas posterosuperiores hasta que el paciente alcanza la posición final sentándose sobre sus talones.

### Interpretación del test

Ante un movimiento libre de ambas articulaciones sacroilíacas, ambas espinas ilíacas posterosuperiores deben ser traccionadas hacia caudal, permaneciendo a la misma altura simétrica una espina ilíaca posterosuperior respecto a la otra tanto al inicio del test como al finalizar este.

Si se percibe que una espina ilíaca posterosuperior asciende respecto a la contralateral lo asociaremos a una posible disfunción sacroilíaca del lado en el que se ha producido el ascenso.



# Test de Marcamp o de triple flexión asociado al dolor

## Segundo procedimiento

### Posición del paciente

En decúbito prono, con los miembros superiores a lo largo del tronco raquis cervical en posición neutra, con los pies sobresaliendo por la parte caudal de la camilla.

### Posición del terapeuta

Se sitúa en bipedestación a la altura de la pelvis del paciente con su cuerpo en dirección a los pies del paciente, con apoyo del talón de la mano, reforzado con su otra mano, sobre el sacro del paciente.

### Ejecución del test

El terapeuta realiza una compresión posteroanterior en sentido oblicuo ventral y caudal sobre la segunda vértebra sacra utilizando una fuerza compresiva aproximada de entre 4 y 5 kg y con una duración aproximada de 2 segundos con el fin de detectar presencia de dolor. La maniobra la podrá repetir hasta tres veces para asegurarse de que la compresión produce o no dolor.



# Test de Marcamp o de triple flexión asociado al dolor

## Interpretación del test

Los posibles resultados son: dolor a la compresión del sacroausencia de dolor a la compresión de este.

Basándonos en los procedimientos antes descritos construimos nuestro test denominado test de triple flexión asociado al dolor.

Las opciones correspondientes a este nuevo test son:

Disfunción de la articulación sacroilíaca izquierda: esta disfunción se diagnostica si el test cinemático de triple flexión detecta disfunción sacroilíaca en el lado izquierdo y el paciente presenta dolor a la compresión sacra.

Disfunción en la articulación sacroilíaca derecha: esta disfunción se diagnostica si el test cinemático de triple flexión detecta disfunción sacroilíaca en el lado derecho y el paciente presenta dolor a la compresión sacra.

Disfunción bilateral de la articulación sacroilíaca: esta disfunción se diagnostica si mediante el test cinemático de triple flexión no se detecta diferencia en el posicionamiento relativo de ambas espinas ilíacas posterosuperiores entre la posición inicial del test y la posición final de este y además el paciente presenta dolor a la compresión sacra.

Ausencia de disfunción en la articulación sacroilíaca: la diagnosticamos como ausencia de dolor a la compresión sacra independientemente del posicionamiento que tomen las espinas ilíacas posterosuperiores.

## Evidencia científica

Se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,865.

*Martínez Franco, A. F. (2016). Estudio del diagnóstico manual de la disfunción sacroiliaca en pacientes con lumbalgia baja: propuesta de un nuevo test diagnóstico. 2016; tdx.cat.*





2.ª edición

# Valoración manual



Juan Antonio Díaz Mancha

## Pruebas para los ligamentos de la pelvis

- Prueba de estrés sacroilíaco
- Prueba de Yeoman
- Prueba de Squish
- Prueba de compresión de las alas ilíacas
- Thigh Thrust Test
- Sacral Thrust Test
- Distraction test of the posterior superior iliac spine





# Prueba de estrés sacroilíaco

Esta prueba se utiliza para la evaluación de disfunciones en las articulaciones sacroilíacas.

## Posición del paciente

La prueba se subdivide en dos partes:

En la primera, el paciente está en decúbito dorsal con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

En la segunda, el paciente se encuentra en decúbito lateral con el lado a valorar arriba, con la rodilla en extensión y la pierna contralateral con flexión de rodilla y cadera, aumentando la base de sustentación.

## Ejecución del test

En la primera parte de la prueba, el terapeuta toma un contacto con sus escafoides en las espinas ilíacas anterosuperiores a brazos cruzados, es decir, la mano derecha va a la hemipelvis derecha y la mano izquierda a la hemipelvis izquierda. A continuación, el terapeuta realiza una compresión con ambas manos hacia la camilla. En la segunda parte de la prueba, el terapeuta reposa el talón de la mano inferior sobre la hemipelvis del lado a evaluar; la otra mano refuerza el contacto. Una vez tomados los contactos, el terapeuta realiza una compresión hacia la camilla. Es necesario que el terapeuta lleve a cabo la acción en ambas hemipelvis para la comparación posterior.

## Interpretación del test

La primera parte de la prueba sirve para valorar los ligamentos sacroilíacos anteriores. Si al llevar a cabo la acción el terapeuta se genera un cuadro álgico sobre la región glútea y posterior del muslo, se puede pensar en afectación de ligamentos anteriores; en este caso se considera que la prueba es positiva. La segunda parte de la prueba se utiliza para estudiar la afectación de los ligamentos sacroilíacos posteriores. Si al llevar a cabo la compresión el terapeuta aparece un cuadro álgico en la región posterior de la pelvis, es indicativo de afectación de los ligamentos posteriores de la pelvis. En este caso la prueba también es positiva.

## Evidencia científica

En separación anterior, la prueba tiene una **sensibilidad** del 14-80% y una **especificidad** del 81-98%; en compresión, la **sensibilidad** es del 69% y la **especificidad** del 69%. La prueba cuenta con una **razón de verosimilitud positiva** de 2,20-3,20 y negativa de 0,46-0,49. En separación anterior, su **valor predictivo positivo** es del 60-93% y su **valor predictivo negativo** del 57-81%; en compresión, su **valor predictivo positivo** es del 52% y su **valor predictivo negativo** del 82%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,69-0,84, con una **concordancia** del 88,2-97%.

• [Werner CM, Hoch A, Gautier L, König MA, Simmen HP, Osterhoff G. Distraction test of the posterior superior iliac spine \(PSIS\) in the diagnosis of sacroiliac joint arthropathy. BMC Surg. 2013 Oct 31;13:52.](#)

• [Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. Spine. 1994;19:1243-1249.](#)

• [Albert H, Godskesen M, Westergaard J. \(2000\) Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. Eur Spine J. 2000;9:161-166.](#)

• [Potter NA, Rothstein JM. Intertester reliability for selected tests of the sacroiliac joint. Phys Ther. 1985;65:1671-1675.](#)

• [Laslett M, Aprill CN, McDonald B et al. \(2005\) Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. Man Ther. 2005;10:207-218.](#)



# Prueba de Yeoman

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible disfunción de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante a la altura de las rodillas del paciente en dirección craneal. Con la mano caudal toma contacto sobre la parte anterior de la rodilla de la pierna homolateral. Con la mano craneal toma un contacto abarcando el calcáneo de la pierna del mismo lado.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza una flexión de rodilla de 90° de la pierna del lado a evaluar. Una vez en esta posición, induce una extensión de la articulación coxofemoral del mismo lado.

## Interpretación del test

A medida que el terapeuta induce la extensión de la articulación de la cadera, se van poniendo en estrés distintas estructuras. La aparición de dolor en la primera fase de la extensión es indicativa de afectación de ligamentos posteriores de la articulación sacroilíaca. En la segunda fase se genera estrés en los ligamentos sacroilíacos anteriores.

Basándose en esto, se puede concluir que si el terapeuta percibe la existencia de dolor en la articulación sacroilíaca, se trata de una afectación ligamentaria anterior o posterior. Si por el contrario el cuadro álgico se genera en otras zonas distintas a la de la articulación sacroilíaca, el terapeuta ha de pensar en otras estructuras.

Si la sintomatología se genera en la zona lumbar, se puede pensar en la afectación de las carillas articulares lumbares. Si se genera dolor en la parte anterior del muslo, se puede pensar en afectación muscular de la zona anterior del muslo o en tracción del nervio femoral.

*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 Squish

Esta prueba se utiliza para valorar la afectación de los ligamentos sacroilíacos de la parte posterior de la articulación.

## Posición del paciente

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

## Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta adelante a la altura de las caderas en dirección craneal. Toma contacto con el talón de las manos sobre las espinas ilíacas anterosuperiores de ambos lados.

## Ejecución del test

El terapeuta realiza una compresión bilateral y oblicua en dirección de la camilla y hacia la línea media, como si quisiera unir sus manos.

## Interpretación del test

En pacientes sin ningún tipo de disfunción en la articulación sacroilíaca, esta prueba no activa la sintomatología álgica. Si el paciente se queja de dolor en el recorrido de la articulación sacroilíaca, se puede pensar en una afectación de los ligamentos sacroilíacos posteriores.

Aunque esta prueba pretenda valorar la afectación de los ligamentos posteriores de la articulación sacroilíaca, la profundidad de percepción del dolor al llevar a cabo la acción indica si se corresponde con una afectación de estos ligamentos o con una disfunción anterior de la articulación sacroilíaca por resistir el movimiento de rotación posterior que el terapeuta le induce con dicha 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 compresión de las alas ilíacas

Esta prueba se utiliza para valorar una posible disfunción de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

En decúbito lateral con el lado a explorar arriba. Los miembros inferiores se colocan en una posición de semiflexión para estabilizar al paciente.

## Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente en finta doble a la altura de la pelvis orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con ambas manos superpuestas en el borde externo del hueso ilíaco que queda arriba, inmediatamente por fuera de la espina ilíaca anterosuperior.

## Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una compresión con ambas manos a la vez hacia el suelo.

## Interpretación del test

Si al llevar a cabo la maniobra aparece en el paciente un cuadro álgico en la zona posterior de la articulación sacroilíaca, se puede pensar en una afectación de los ligamentos sacroilíacos posteriores como consecuencia de una disfunción articular.

Esta prueba no indica solamente la lesión de los ligamentos sacroilíacos del lado que está arriba, sino de los dos, ya que al realizar la compresión existe una tendencia a abrir ambas articulaciones sacroilíacas.

Igualmente, el hecho de que aparezca dolor durante la realización de la prueba puede indicar una lesión inflamatoria aguda de la articulación sacroilíaca.

## Evidencia científica

La prueba tiene una **concordancia** del 76,47-88,2%, y un **índice de Kappa** de 0,48-0,73.

• [\*Potter NA, Rothstein JM. Intertester reliability for selected tests of the sacroiliac joint. Phys Ther. 1985;65:1671-1675.\*](#)

• [\*Robinson HS, Brox JJ, Robinson R, Bjelland E, Solem S, Telje T. The reliability of selected motion and pain provocation tests for the sacroiliac joint. Man Ther. 2007;12:72-79.\*](#)

• [\*Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. Spine. 1994;19:1243-1249.\*](#)





# Thigh Thrust Test

Esta técnica se utiliza para poner en evidencia una disfuncion sacroilíaca o una alteración ligamentosa de la articulación sacroilíaca.

## Posición del paciente

En decúbito supino; la cadera está flexionada a 90 ° y la rodilla flexionada.

## Posición del terapeuta

En el lado contrario a la articulación sacroilíaca a estudiar, con la cara palmar de la mano caudal en el sacro; el brazo craneal sujeta la rodilla del paciente y el pecho se apoya sobre la rodilla del paciente.

## Ejecución del test

El terapeuta ejerce una presión axial sobre la rodilla del paciente. Al aplicar esta presión a lo largo de la longitud del fémur se usa como una palanca para empujar el íleon posteriormente. Una mano se coloca debajo del sacro para fijar su posición, mientras que la otra se usa para aplicar una fuerza hacia abajo al fémur. Broadhurst y Bond sugieren agregar aducción de la cadera hacia la línea media, mientras que Laslett y Williams aconsejan evitar la aducción excesiva debido a las molestias que causa al paciente.

## Interpretación del test

La prueba será positiva si provoca dolor o molestias en el área sacroilíaca.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba tienen valores del 31-100% y 50-98% respectivamente. La prueba cuenta con una **razón de verosimilitud positiva** de 0,72-4,21 y **negativa** de 0,18-1,28. Su **valor predictivo positivo** es del 58-83% y su **valor predictivo negativo** del 59-92%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,64-0,88, con una **concordancia** del 91-94,1%.

- [Laslett M, Aprill CN, McDonald B et al. \(2005\) \*Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests.\* Man Ther. 2005;10:207-218.](#)
- [Szadek KM, van der Wurff P, van Tulder MW, Zuurmond WW, Perez RR. \*Diagnostic validity of criteria for sacroiliac joint pain: A systematic review.\* J Pain. 2009; 10:354-368.](#)
- [Werner CM, Hoch A, Gautier L, König MA, Simmen HP, Osterhoff G. \*Distraction test of the posterior superior iliac spine \(PSIS\) in the diagnosis of sacroiliac joint arthropathy.\* BMC Surg. 2013 Oct 31;13:52.](#)
- [Robinson HS, Brox JJ, Robinson R, Bjelland E, Solem S, Telje T. \*The reliability of selected motion and pain provocation tests for the sacroiliac joint.\* Man Ther. 2007;12:72-79.](#)



# Sacral Thrust Test

Esta técnica se utiliza para poner en evidencia una disfunción sacroilíaca o un daño en los ligamentos sacroilíacos.

## Posición del paciente

Decúbito prono, con los miembros superiores e inferiores neutros.

## Posición del terapeuta

En finta adelante a la altura de la pelvis del paciente en dirección a la cabeza del paciente. Una mano se coloca directamente sobre el sacro, y la otra la refuerza.

## Ejecución del test

El terapeuta aplica una presión dirigida hacia la camilla sobre el sacro. El propósito es aplicar una fuerza de cizallamiento anterior a ambas articulaciones sacroilíacas.

## Interpretación del test

La prueba es positiva si el dolor se reproduce en la región sacroilíaca.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba tienen valores del 53-63% y 29-75%, respectivamente. La prueba cuenta con una **razón de verosimilitud positiva** de 2,5 y **negativa** de 0,50. Su **valor predictivo positivo** es del 56% y su **valor predictivo negativo** del 80%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el **índice de Kappa** de 0,56, con una **concordancia** del 78%.

- [Laslett M, Aprill CN, McDonald B et al. \(2005\) Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. Man Ther. 2005;10:207-218.](#)
- [Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. Spine. 1994;19:1243-1249.](#)
- [Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. \(1996\) The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine. 1996;21:2594-2602.](#)



# Distraction test of the posterior superior iliac spine



Esta técnica se utiliza para poner en evidencia una disfunción sacroilíaca o un daño en los ligamentos sacroilíacos.

## Posición del paciente

Decúbito prono con los miembros inferiores y superiores extendidos.

## Posición del terapeuta

En finta adelante a la altura de la pelvis del paciente mirando hacia la cabeza de este; los pulgares apoyan en la cara interna de las espinas ilíacas posterosuperiores y los restantes dedos caen sobre la pelvis.

## Ejecución del test

El terapeuta provoca una separación de ambas espinas ilíacas posterosuperiores.

## Interpretación del test

La presencia de dolor pone en evidencia una alteración sacroilíaca y de sus ligamentos.

## Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba tienen valores del 100 y 89%, respectivamente. Su **valor predictivo positivo** es del 90% y su **valor predictivo negativo** del 100%, con una **concordancia** del 94%.



# ¡Gracias!

Síguenos en redes



[eominternacional.com](http://eominternacional.com) | [escuelaosteopatiamadrid.com](http://escuelaosteopatiamadrid.com)

