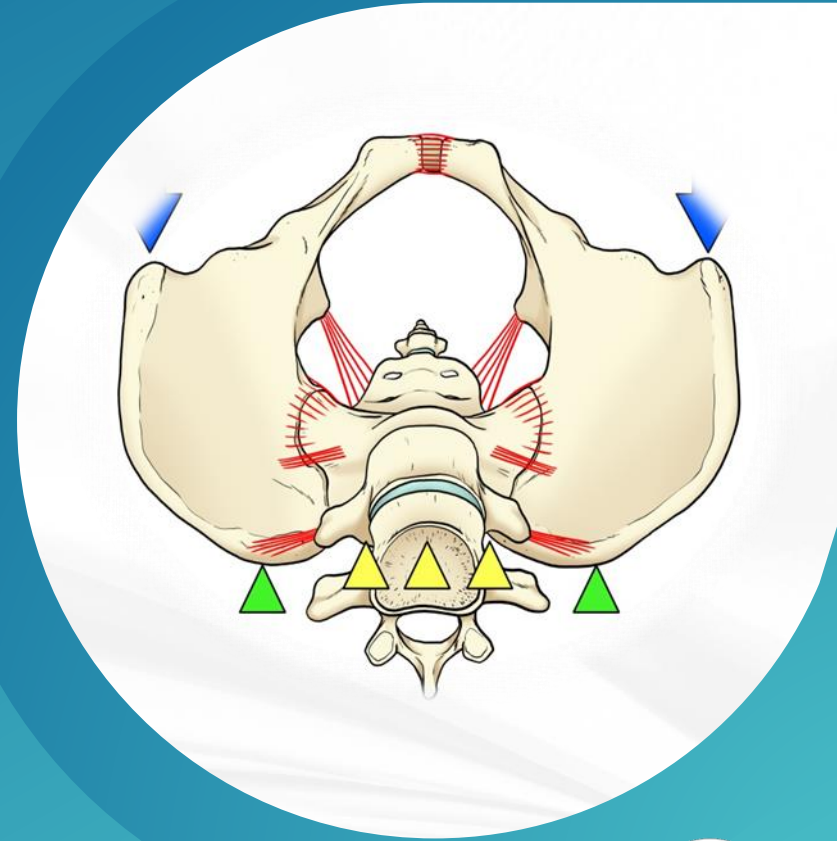


DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO PÉLVICO

Autor: Dr. François Ricard



DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO EN PELVIS

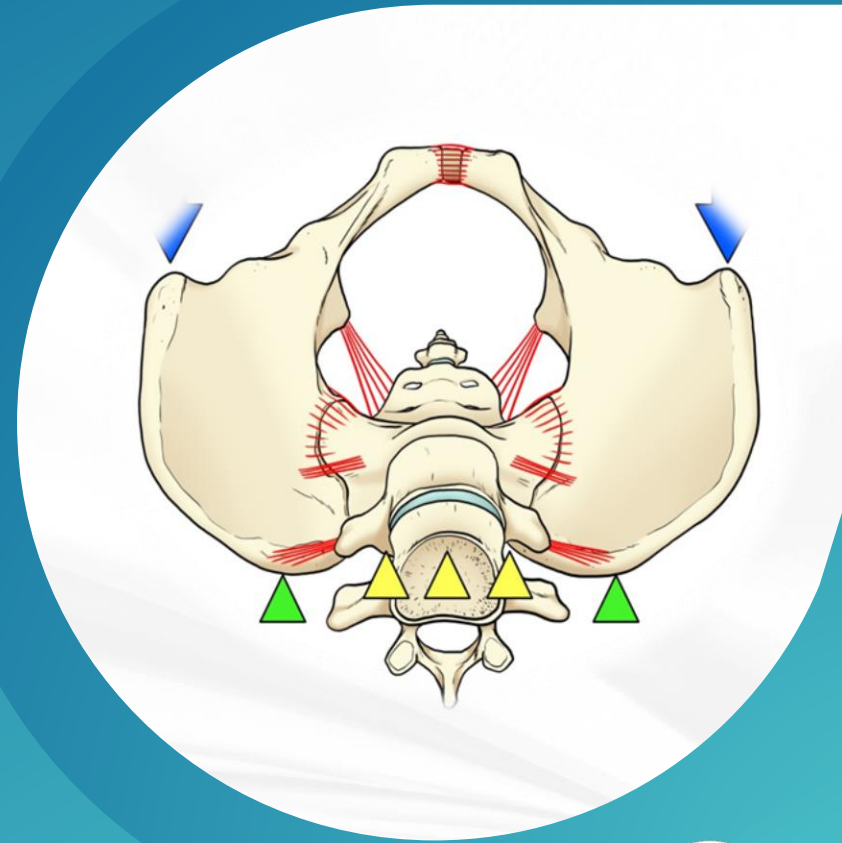
La literatura científica determina en el momento actual que tanto la palpación estática como la dinámica presentan poca validez diagnóstica.

Se recomienda trabajar con el concepto del “**cluster**” de test:

- 1) **Palpación.**
- 2) Test de **provocación del dolor.**
- 3) **Test de movilidad.**



PALPACIÓN DE LA PELVIS



BUSQUEDA DE LA PIERNA CORTA EN BIPEDESTACIÓN: Palpación de las crestas ilíacas

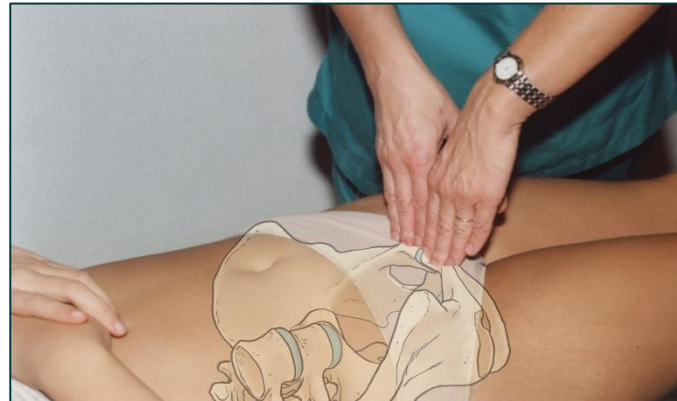
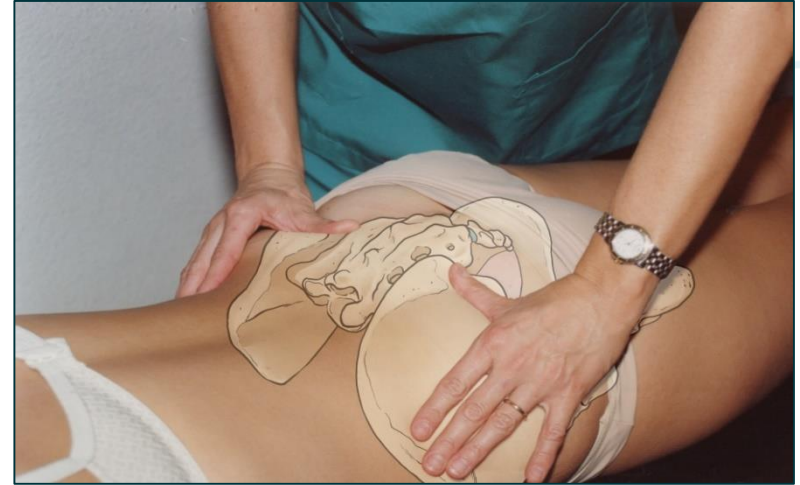
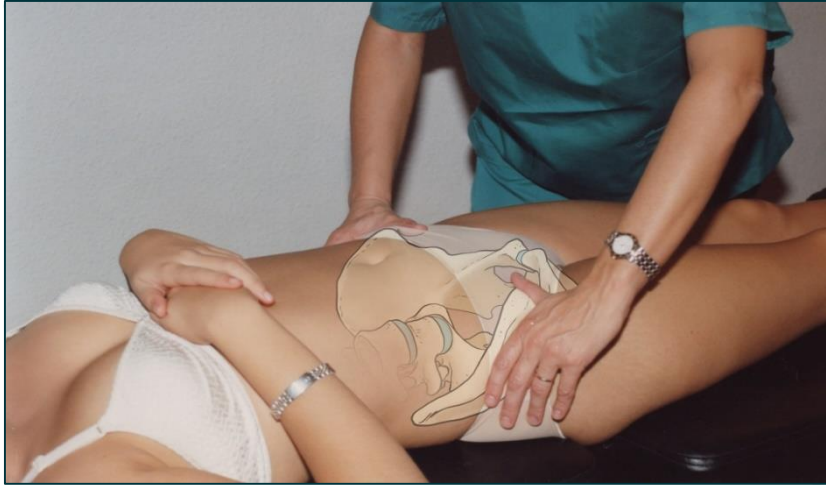


PALPACIÓN DE LOS ISQUIONES



Kappa, sensibilidad y especificad desconocidas.

PALPACIÓN DE LAS EIAS e EIPS y RAMAS PÚBLICAS



REFERENCIAS PALPATORIAS

REFERENCIA	POSTERIOR	ANTERIOR	IN-FLARE	OUT-FLARE	UP-SLIP
<i>Pierna</i>	Corta	Larga	Corta	Larga	Corta
<i>EIPS</i>	Posteroinferior	Antero superior	Aproximadas y al mismo nivel	Separadas y al mismo nivel	Alta
<i>EIAS</i>	Posterosuperior	Antero inferior	Aproximadas y al mismo nivel	Separadas y al mismo nivel	Alta
<i>Sulcus</i>	Profundo	Borrado	Sin cambio	Sin cambio	Profundo
<i>Rama Púlica</i>	Dolorosa a la palpación	Dolorosa a la palpación	Dolorosa a la palpación	Dolorosa a la palpación	Dolorosa a la palpación
<i>Tuberosidad isquiática</i>	Anterior	Posterior	Separadas y al mismo nivel	Aproximadas y al mismo nivel	Alta

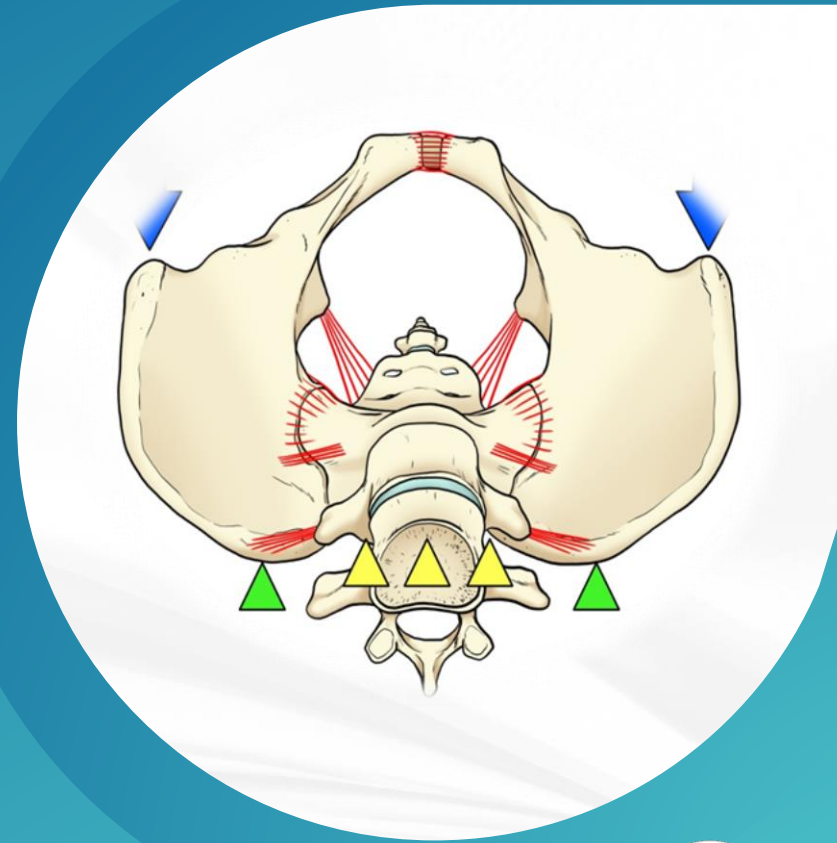


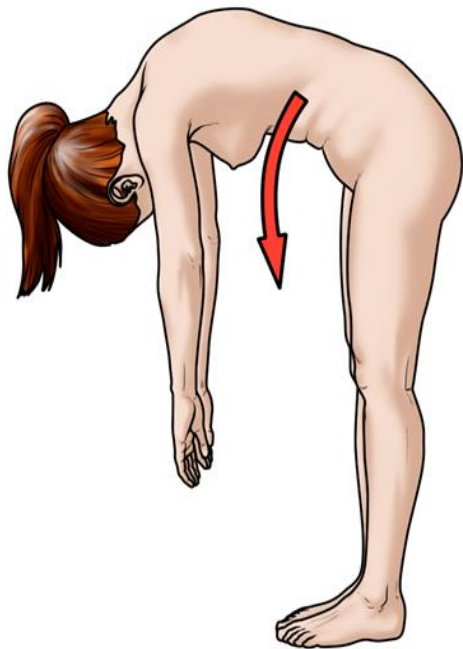
REFERENCIAS PALPATORIAS

Referencia	Rotación externa	Out-flare	Rotación interna	In-flare
<i>Ala ilíaca</i>	Abierta	Abierta	Cerrada	Cerrada
<i>EIPS</i>	Interna	Sin cambios	Externa	Sin cambios
<i>EIAS</i>	Externa	Externa	Interna	Interna
<i>Pubis</i>	Alejado de la línea media	Abierto en la parte superior	Desviado hacia línea media	Abierto en la parte inferior

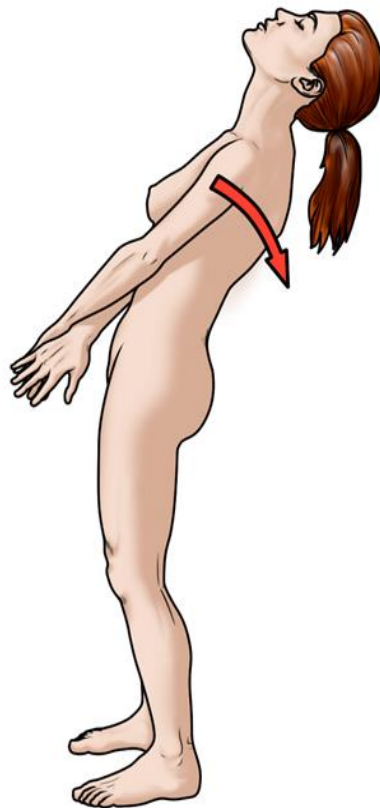


TEST DE PROVOCACIÓN DEL DOLOR

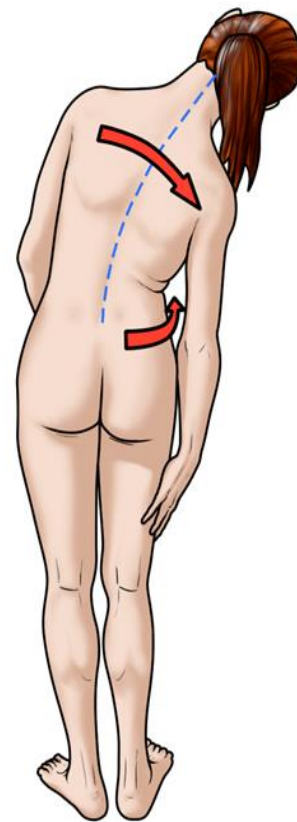




ANTEFLEXIÓN

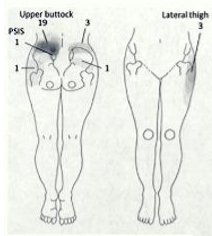


POSTFLEXIÓN

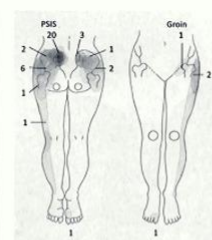


LATEROFLEXIÓN

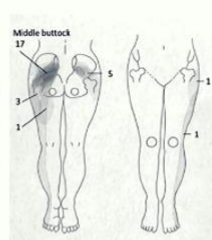
Dolor de origen sacroilíaco



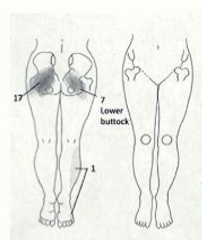
ASI 0= dolor referido
Cresta Iliaca y
glúteo superior



ASI- 1= dolor referido EIPS

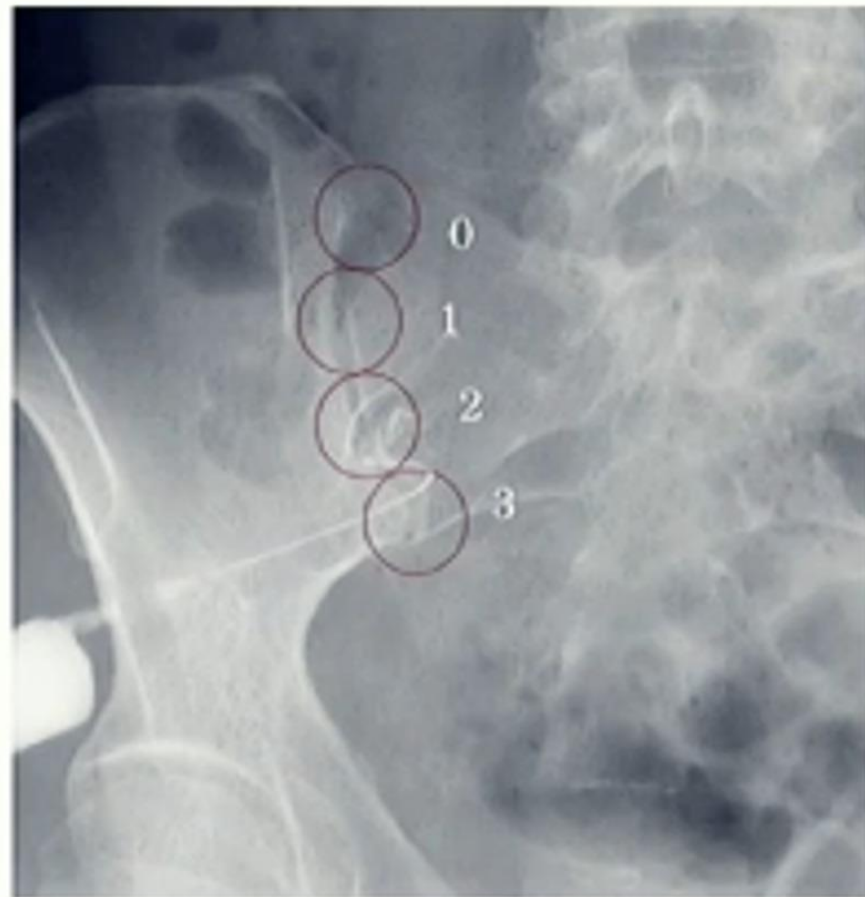


ASI -2= dolor referido
glúteo medio



ASI -3= dolor referido
nalga inferior

Espina Iliaca postero superior (EIPS)
glúteos superiores
Glúteo medio
Nalga inferior



➤ Dolor de origen sacroilíaco

- Dolor ASI-glúteo que puede dar dolor referido a la parte post del muslo y que raramente pasa por debajo de la rodilla.
- Este dolor es nociceptivo somático y puede ser reproducible por pruebas de estrés ASI o con test de provocación
- El 30% de estos procesos son reumáticos y el 70% suelen ser por cambios degenerativos de la zona lumbopélvica
- El 94% de pacientes que presentan disfunciones ASI presentan dolor referido a muslo por detrás.
- Por tanto el dolor en la zona únicamente de la ASI suele ser un dolor referido de lumbares.



Biomechanics of the Sacroiliac Joint: Anatomy, Function, Biomechanics, Sexual Dimorphism, and Causes of Pain

ALI KIAPOUR, PHD,^{1,2} AMIN JOUKAR, MS,¹ HOSSEIN ELGAFY, MD,¹ DENIZ U. ERBULUT, PHD,¹
ANAND K. AGARWAL, MD,¹ VIJAY K. GOEL, PHD¹

¹*Engineering Center for Orthopaedic Research Excellence (E-CORE), Departments of Bioengineering and Orthopaedics, The University of Toledo, Toledo, Ohio;*

²*Department of Neurosurgery, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts*

- El sacro tiene 6º de movimiento con respecto a los ilíacos
- La hiper o hipomovilidad de la articulación puede ser fuente de dolor en la región
- Se estima que entre un 15-30% de las ocasiones el dolor lumbar está originado en la ASI



Tabla de publicación de Harvard insitiendo en la funciones no conocidas de los musculos

Table 2. Sacroiliac joint (SIJ) muscles, actions, and effect on SIJ.¹⁰

Muscle	Primary Action	Effect on SIJ
Erector spinae	Bilateral: back extension Unilateral: side bending	Hydraulic amplifier effect
Iliocostalis lumborum Longissimus thoracis Multifidus	Back extension, side bending, rotation	Imparts sacral flexion, force closure of SIJ with deep abdominals
Gluteus maximus	Hip extension, hip lateral rotation	Stabilizes SIJ
Piriformis	Hip lateral rotation	May alter SIJ motion via direct attachment to the ventral aspect of the sacrum
Biceps femoris	Hip extension, knee flexion	Long head: Imparts sacral extension via attachment to the sacrotuberous ligament
Deep abdominals Transversus abdominis	Compression of abdominal cavity	Forces closure of SIJ
Iliacus	Hip flexion (open chain) and tilts pelvis/sacrum ventrally (closed chain)	Synchronous tilting of the pelvis and sacrum ventrally (closed chain)
Pelvic floor Levator ani Coccygeus	Support pelvic viscera	Imparts sacral extension



- Existe dimorfismo sexual en la pelvis
- Las mujeres tiene mayor ROM, cartílago más grueso, una superficie de la ASi más pequeña, lig interoseos más grandes y lig SI ant y post más pequeños
- Las mujeres son más propensas a disfunciones SI

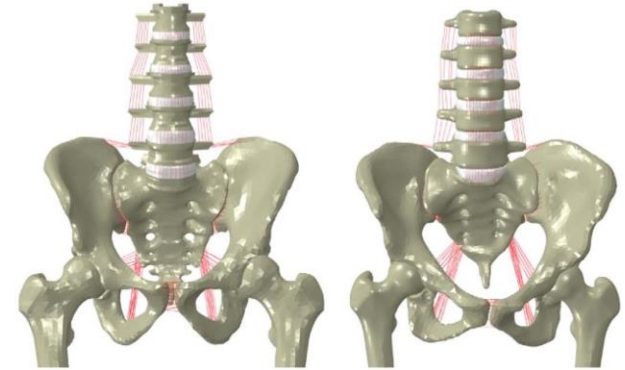


Figure 6. Finite element models of male (left) and female (right) of spine, pelvis, and femur.

Causas del dolor de la ASI

- Los cambios estructurales patológicos de la articulación pueden generar dolor.
- La hiper o hipomovilidad.
- Combinación de carga axial y rotación brusca.
- Las fusiones lumbares.
- Las disimetrías de los MMII.
- Cuánto mayor es la disimetría mayor es la carga sobre la pierna larga.
- Infecciones e inflamaciones.
- Embarazo por cambio en el centro de gravedad
- enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Anomalías en la marcha.
- Exceso de ejercicio.

Table 4. Causes of intra-articular and extra-articular SIJ pain.⁶⁵

Intra-articular Pain

Arthritis
Spondyloarthropathy
Malignancies
Trauma
Infection

Extra-articular Pain

Ligamentous injury
Bone fractures
Malignancies
Myofascial pain
Enthesopathy
Trauma
Pregnancy



SIGNO DE FORTIN



ESTUDIO	FIABILIDAD	SENSIBILIDAD	ESPECIFICAD	LR+	LR	QUADAS RESULTADO (0-14)
Dreyfuss et al	.81	.76	.47	0.9	1.3	10



CLUSTER DE VAN DER WURFF PARA ASI 5 test

Test de distracción

Thigh Thrust

Test de compresión.

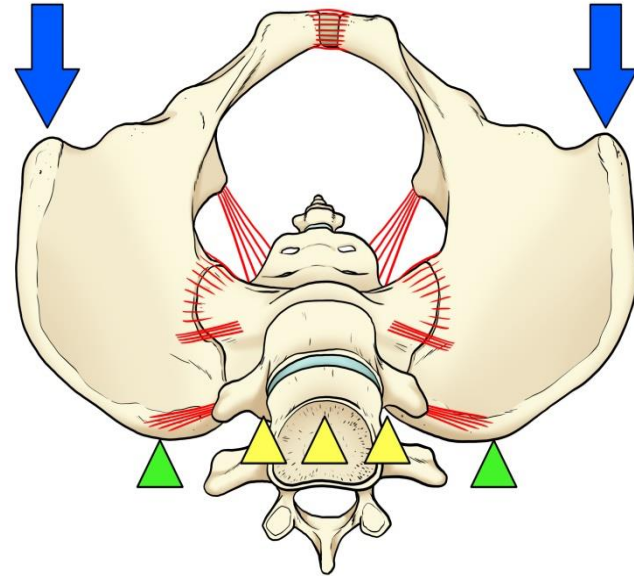
Gaeslen

Patrick Fabere

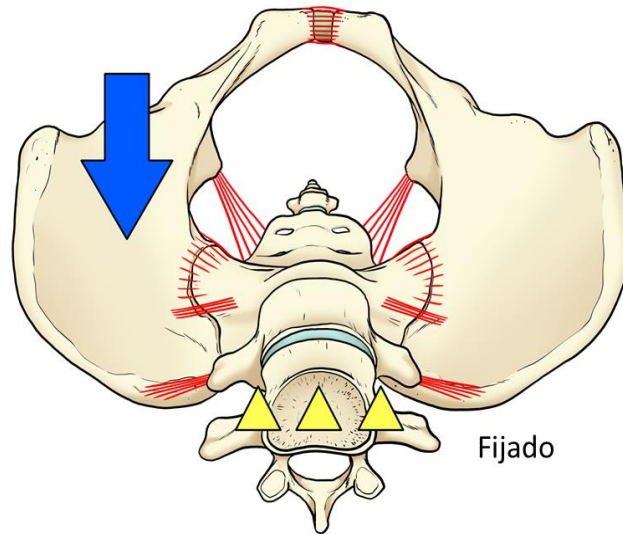
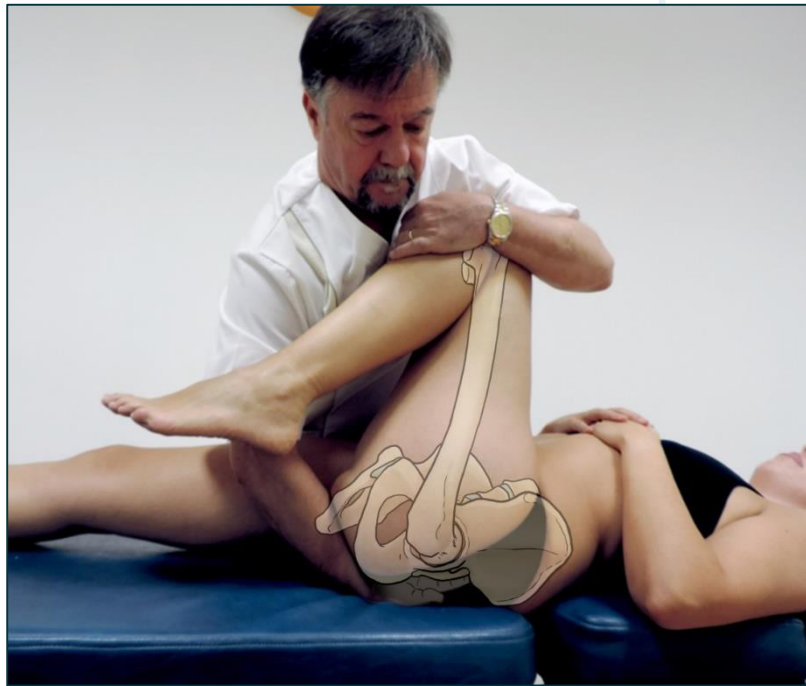
**Si 3 test son positivos = Disfunción ASI
(TIENEN QUE INDICAR DOLOR GLÚTEO)**



TEST DE DISTRACCIÓN

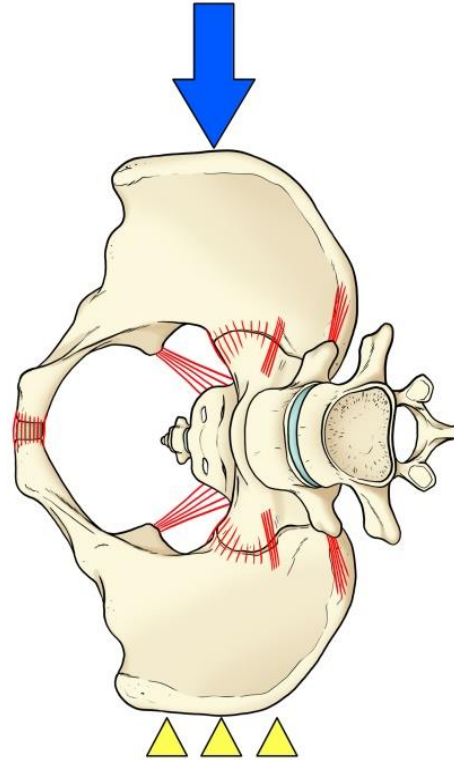


THIGH THRUST



Test de empuje sobre la rodilla

TEST DE COMPRESIÓN DE LAS ALAS ILÍACAS



TEST DE GAENSLIN



TEST DE PATRICK O FABERE



CLUSTER DE LASLETT PARA ASI

Test de distracción

Thigh Thrust

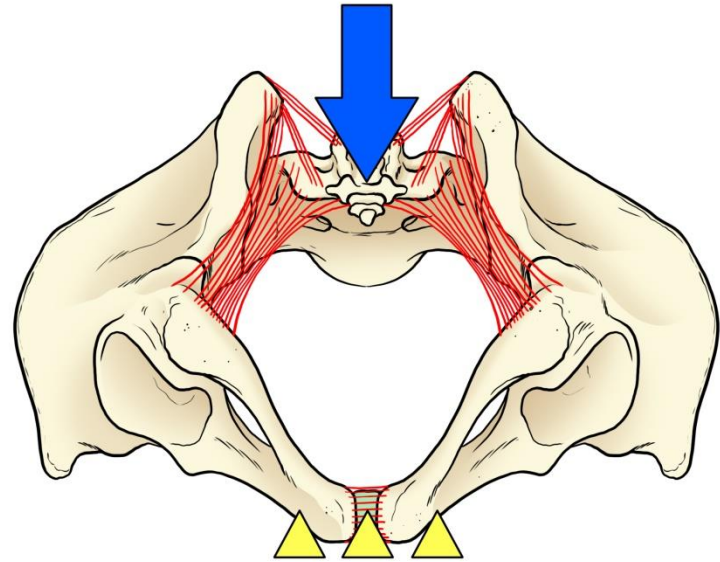
Test de compresión.

Sacral Thrust

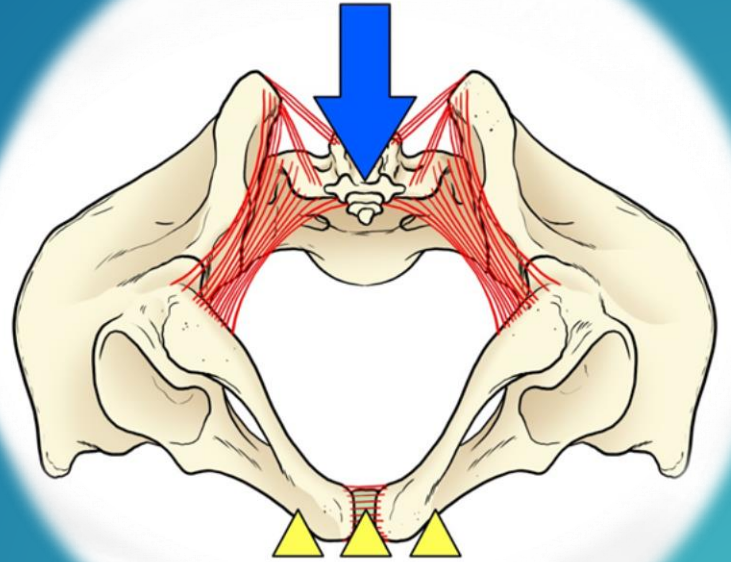
Realizar estos cuatro test y detenerse cuando haya dos positivos proporciona una sensibilidad del 88% y una especificidad del 78% para diagnosticar dolor de origen sacroilíaco.



TEST DE PRESIÓN SACRA: SACRAL THRUST



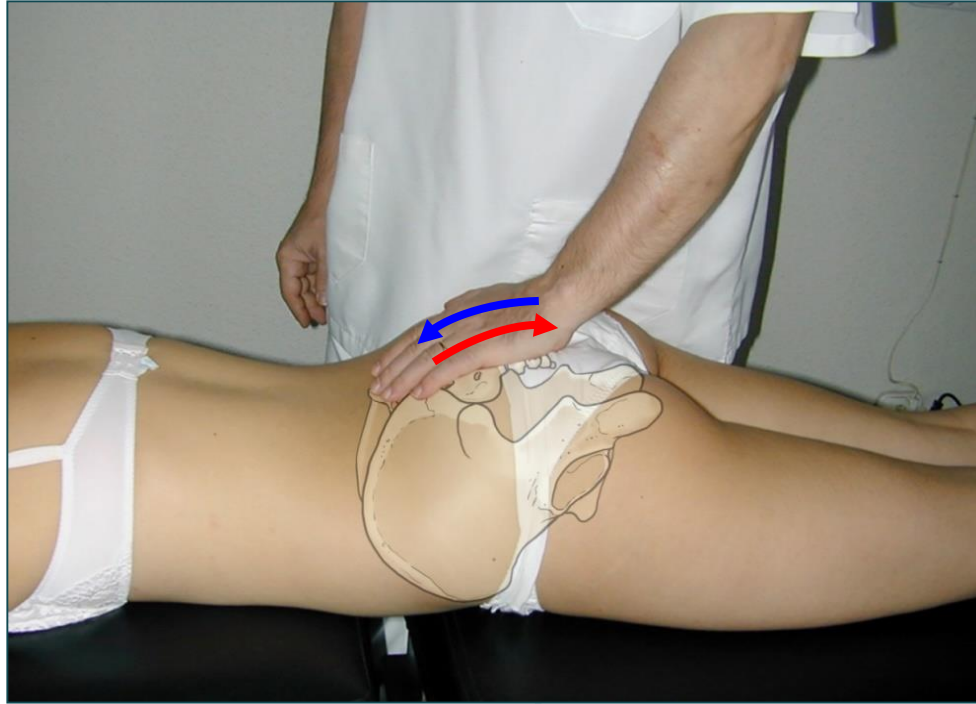
TEST DE MOVILIDAD SACROILÍACA



QUICK SCANNING DE GILLET PARA LA PELVIS



TEST DE SUTHERLAND



Inspiración = Flexión.

Espiración = Extensión.



SPRINGING TEST



TEST DE THOMPSON



TEST DE DERBROLOWSKY O LONG SITTING TEST



TEST DE PULGARES ASCENDENTES (TEST DE PIEDALLÚ)



Los dedos del terapeuta se colocan en el borde inferior de la EIPS.

El resultado se considera positivo si al final de la flexión de tronco uno de los pulgares queda más superior en relación al contralateral.

Revela una disfunción sacroilíaca de ese lado, sugiriendo una disminución de la movilidad de ese lado.

UN RESULTADO POSITIVO NO DISCRIMINA SI ES ILÍACO O SACRO.

TEST DE PULGARES ASCENDENTES (TEST DE PIEDALLÚ), en SEDESTACIÓN



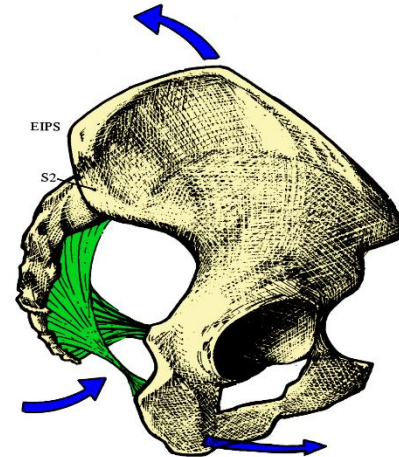
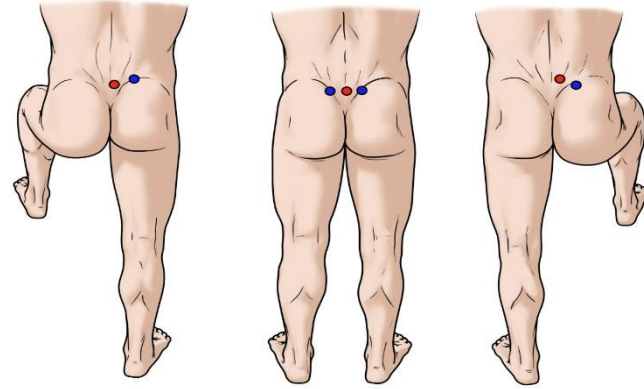
Los dedos del terapeuta se colocan en las bases del sacro.

El resultado se considera positivo si al final de la flexión de tronco uno de los pulgares queda más superior en relación al contralateral.

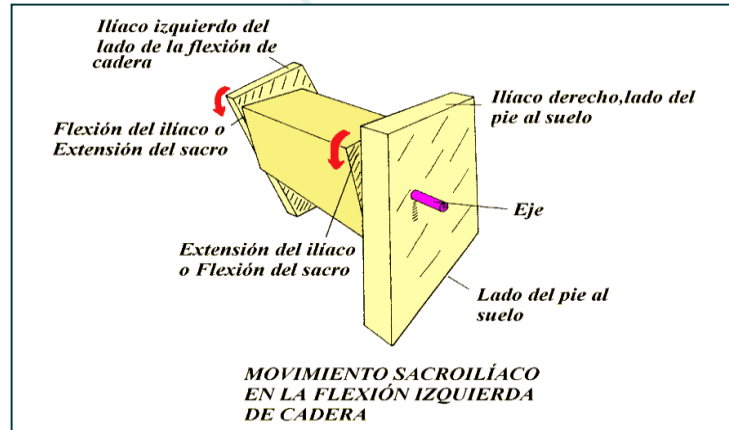
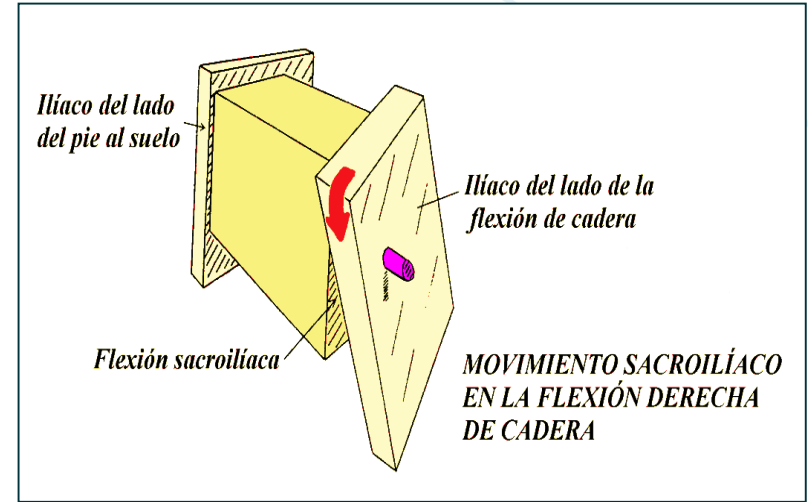
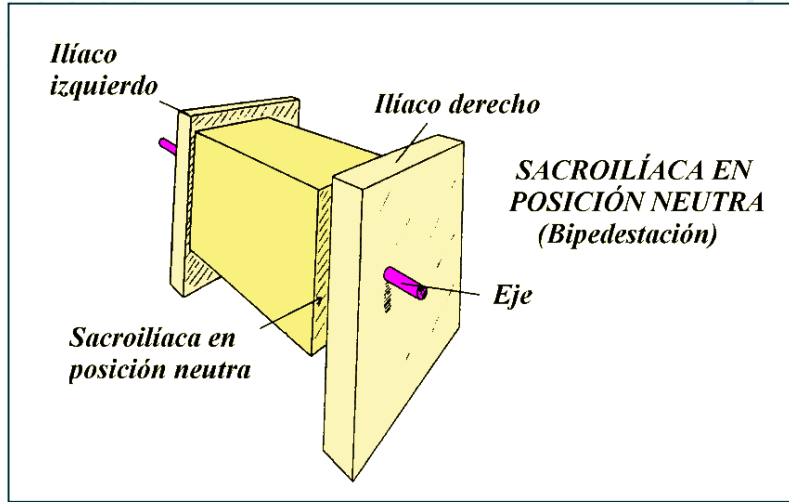
Revela una disfunción sacroilíaca de ese lado, sugiriendo una disminución de la movilidad de ese lado.

EN ESTE CASO, EL RESULTADO POSITIVO
ESTARÍA MÁS ORIENTADO A UN
DISFUNCIÓN DEL SACRO

TEST DE GILLET



TEST DE GILLET



TEST DE GILLET PARA ILÍACO



Test de GILLET para el brazo menor ilíaco.



Test de GILLET para el brazo mayor ilíaco.

TEST DE GILLET PARA EL SACRO



Test de GILLET para el brazo menor sacro.

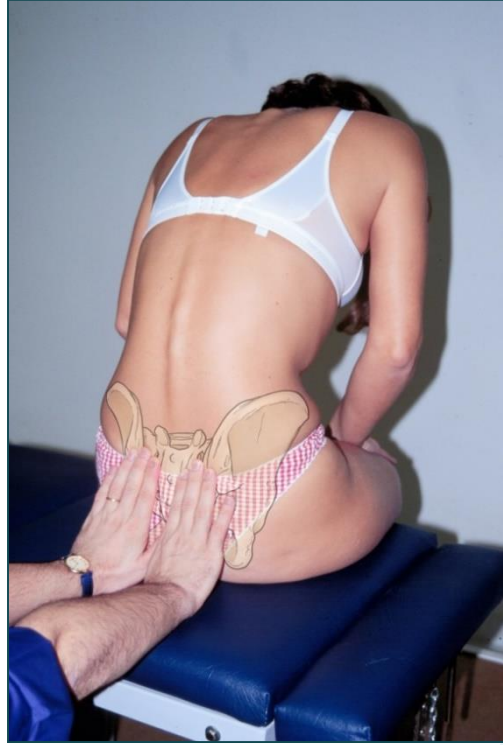


Test de GILLET para el brazo mayor sacro

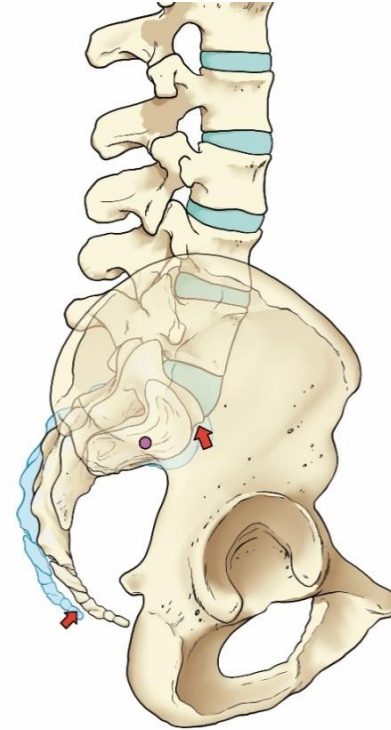
TEST EN LATEROFLEXION DE SACRO



TEST DE MITCHELL EN FLEXION-EXTENSION



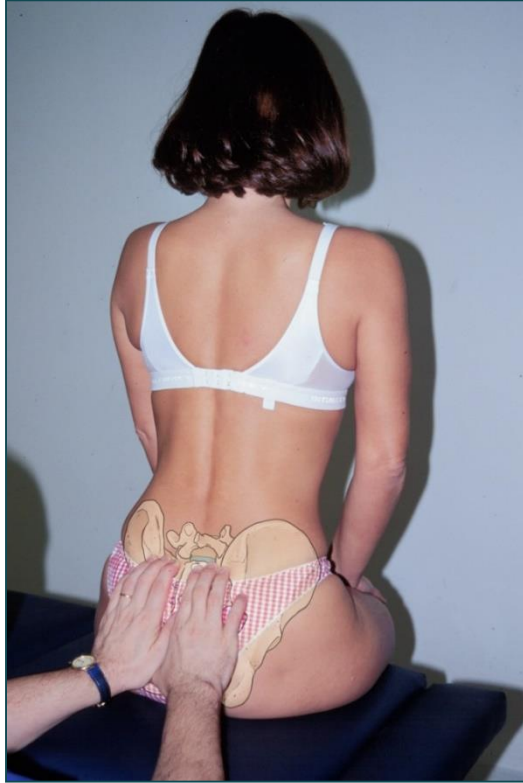
Fase de Flexión



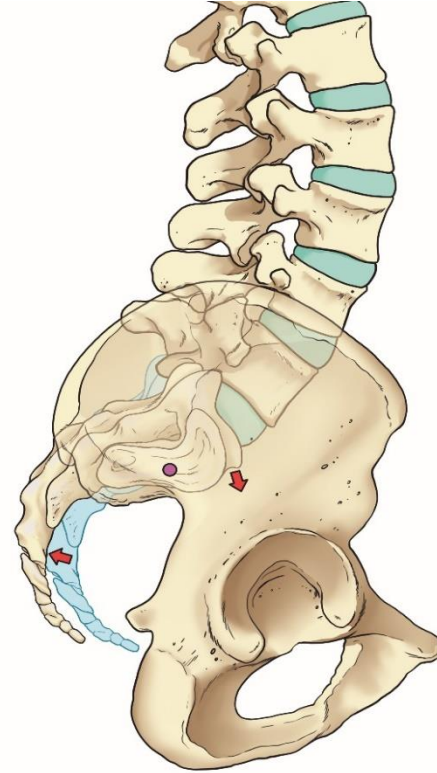
La flexión lumbar
produce flexión sacra



TEST DE MITCHELL EN FLEXION-EXTENSION



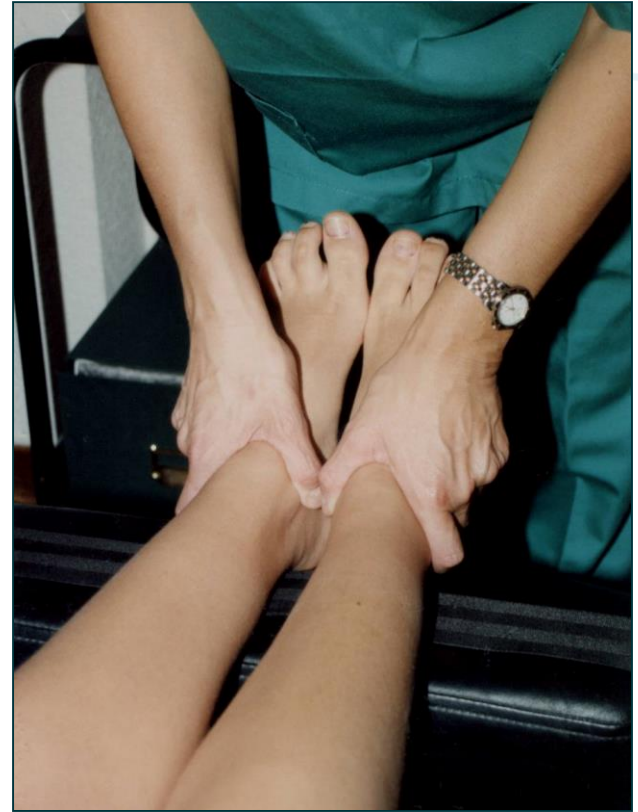
Fase de Extensión



La extensión lumbar
produce extensión sacra



TEST DE DOWNING



SEÑALIZACIÓN DE REFERENCIA EN MALEOLOS



TEST DE DOWNING

I - TEST DE ALARGAMIENTO: ADELA

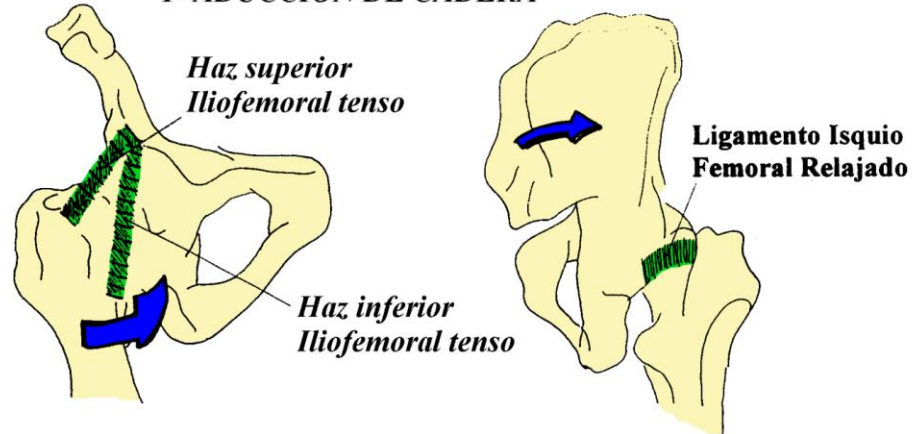
Pone en evidencia una disfunción posterior del ilíaco.

- La ADUCCIÓN de cadera pone en tensión el ligamento de BERTIN y abre el polo superior de la sacroilíaca.

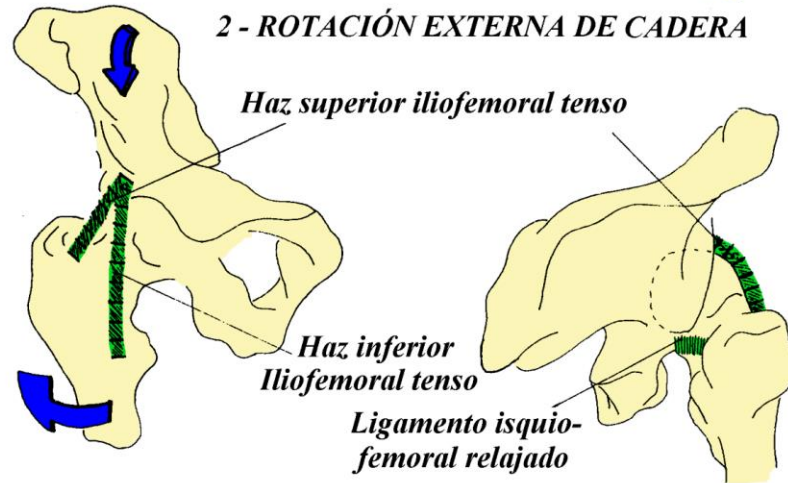
- La ROTACIÓN EXTERNA de cadera aumenta la tensión del ligamento de BERTIN y hace girar el ilíaco en ROTACIÓN ANTERIOR.



1- ADUCCIÓN DE CADERA



2 - ROTACIÓN EXTERNA DE CADERA



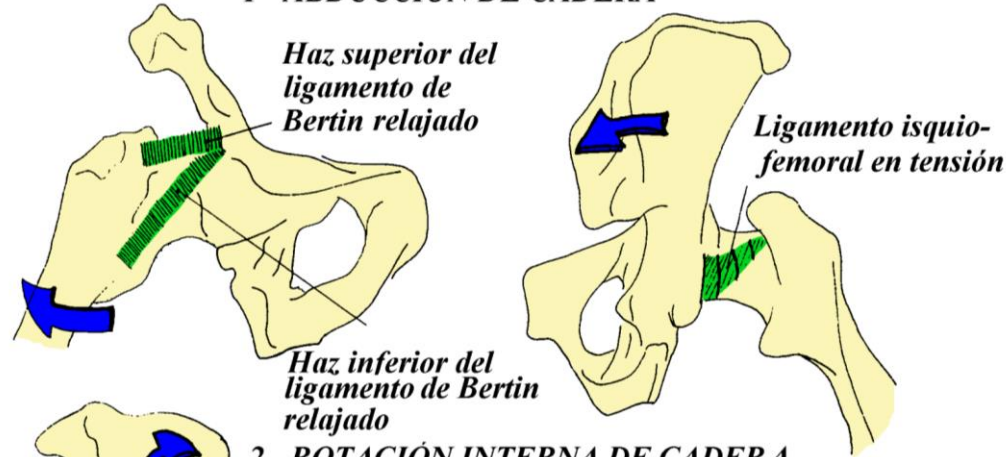
II - TEST DE ACORTAMIENTO: ABDICO

Pone en evidencia una disfunción anterior del ilíaco;

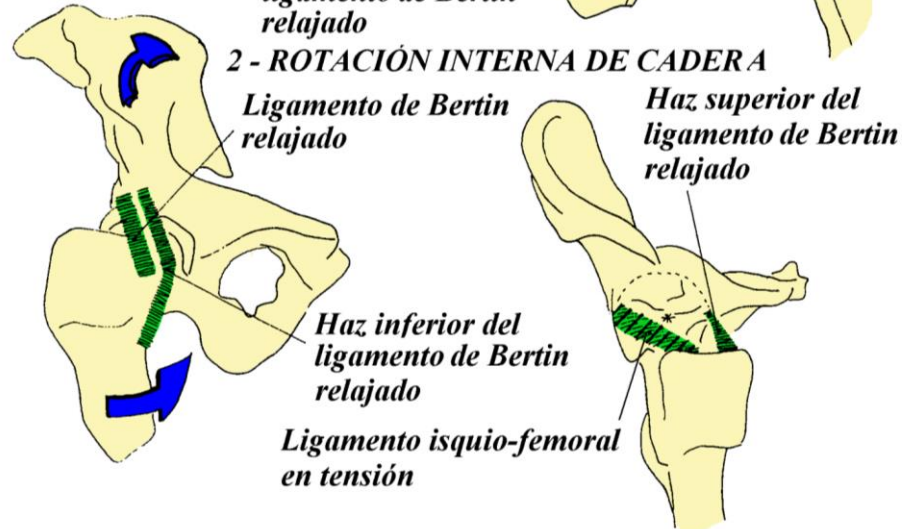
- La ABDUCCIÓN de cadera pone en tensión el ligamento ISQUIOFEMORAL y abre el polo inferior de la articulación.
- La ROTACIÓN INTERNA de cadera aumenta la tensión del ligamento ISQUIOFEMORAL hace girar el ilíaco en ROTACIÓN POSTERIOR.

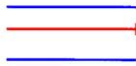


1 - ABDUCCIÓN DE CADERA

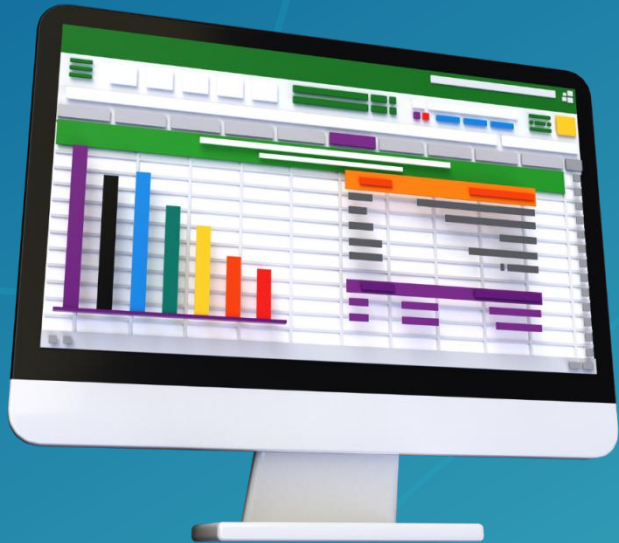


2 - ROTACIÓN INTERNA DE CADERA



	lado dcho	lado izdo	
			acortamiento ABD-RI
MOVILIDAD NORMAL			marca común en los dos tobillos
			alargamiento AD-RE
	lectura pierna I	lectura pierna D	
RESTRICCION DE MOVILIDAD DE 1° GRADO			
	ilion post. I	ilion ant. D	
			
	movilidad limitada bilateral a la I (¿ilion UP-SLIP?)	movilidad normal a la D	
RESTRICCION DE MOVILIDAD DE 2° GRADO			
	ilion post. I	ilion ant. D	
			
	ausencia total de movilidad a la I (¿espondiloartritis anquilosante?)	movilidad normal a la D	





Visita Nuestro Departamento Científico

scientific-european-federation-osteopaths.org