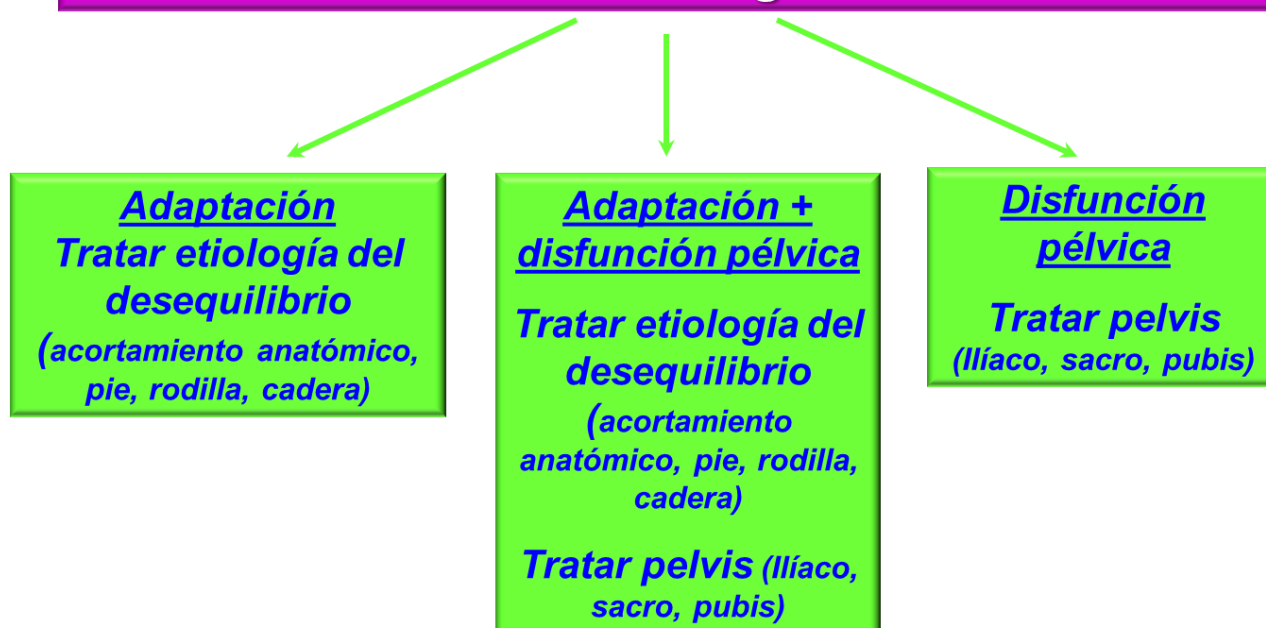


DIAGRAMA DEL DIAGNOSTICO DEL SACRO

***Examen postural completo (Pelvis +++)
Ver radiológico***



1º EXAMEN POSTURAL = ADAPTACIONES POSTURALES



2º ANAMNESIS = ADAPTACIONES VISCERALES O DISFUNCIONES TRAUMÁTICAS



3º TESTS DE MOVILIDAD GLOBALES = DETECCIÓN

- *Quick scanning de Gillet para la pelvis*
- *Test de Thompson*
- *Prueba de compresión del sacro*
- *Test de lateroflexión del tronco de Gillet*
- *Test de flexión-extensión del tronco de Mitchell*
- *Test respiratorio de Sutherland*
- *Test de la tos de Dejarnette*



4º TESTS DE MOVILIDAD ANALÍTICOS + PALPACIÓN EN PROCÚBITO = ANALISIS

- *Test de flexión de cadera de Gillet*
- *Test de flexión del tronco sentado de Mitchell (TFS)*



5º A PARTE TESTS DE DEREFIELD

- *Protocolo manipulativo propio*

EXAMEN DE LA POSTURA



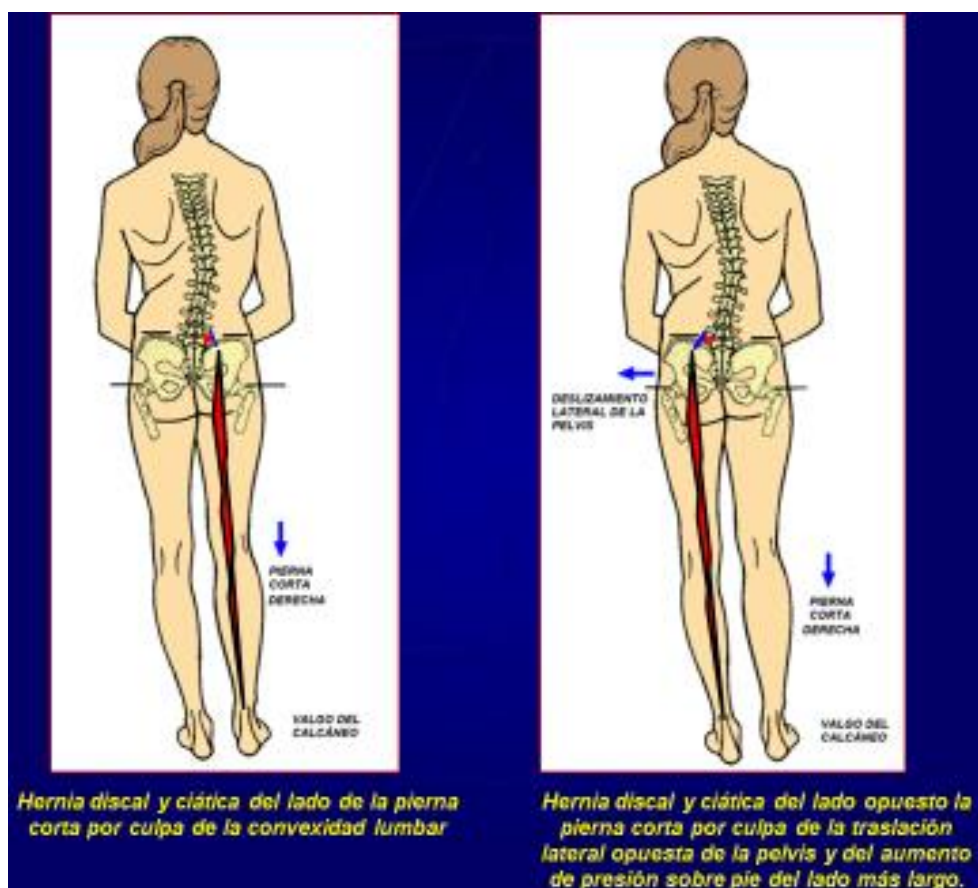
TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO PODAL



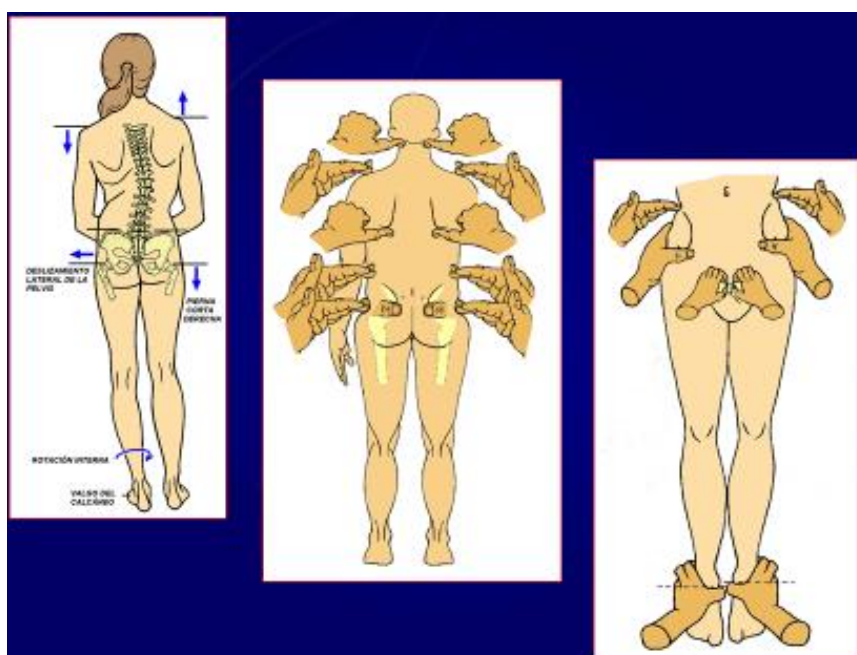
VISTA DEL VALGO DE LOS CALCÁNEOS



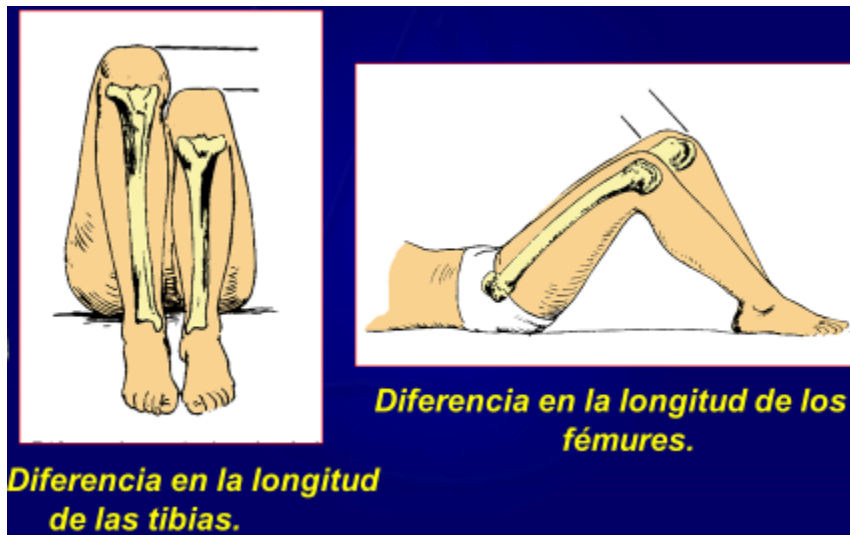
VISTA DE LAS HUELLAS PLANTARES



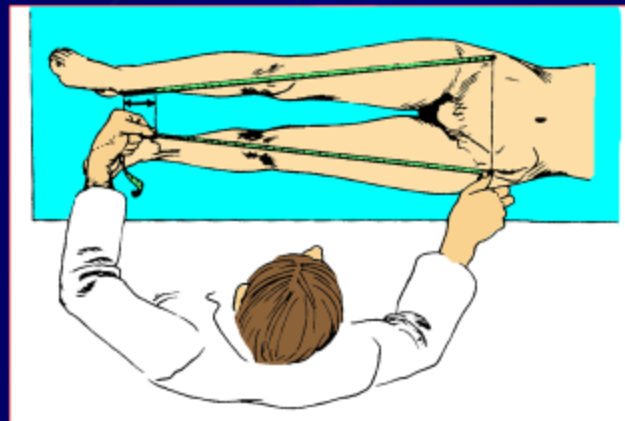
PALPACIÓN: CRESTAS ILÍACAS, TROCÁNTERES MAYORES



BÚSQUEDA DE LA PIERNA CORTA ANATÓMICA



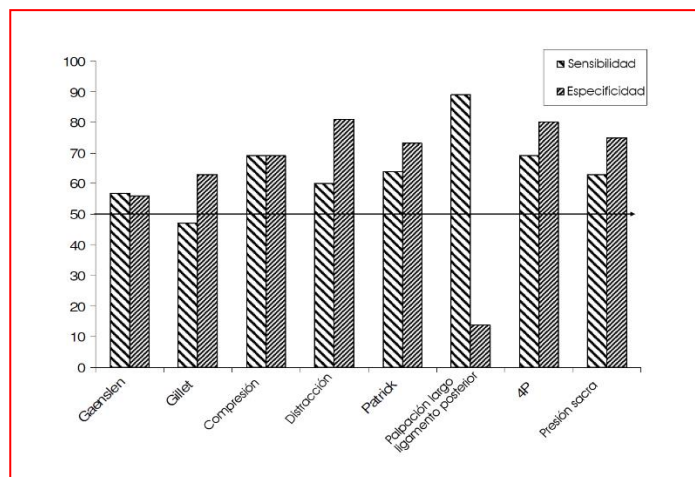
-Verdadera pierna corta (fémur o tibia anatómicamente más corto) : se produce una caída pélvica homolateral con hemi-pelvis anterior (iliaco antero interno) y adaptación en anterioridad de la base sacra.



Medición desde un punto no fijo hasta un punto fijo para establecer la diferencia aparente en la longitud de las piernas.

TESTS DE PROVOCACIÓN DEL DOLOR SACROILÍACO

- TEST DE PATRICK O FABERE
- TEST DE GAENSLIN
- TEST DE EMPUJE SOBRE LA RODILLA (TEST DE CIZALLAMIENTO FEMORAL)
- TEST DE COMPRESIÓN DE LAS ALAS ILÍACAS
- TEST DE DISTRACCIÓN (TEST DE ABERTURA)
- TEST DE PRESIÓN SACRA : SACRAL THRUST
- TEST DE MENNELL
- TEST DEL DEDO (FORTIN)

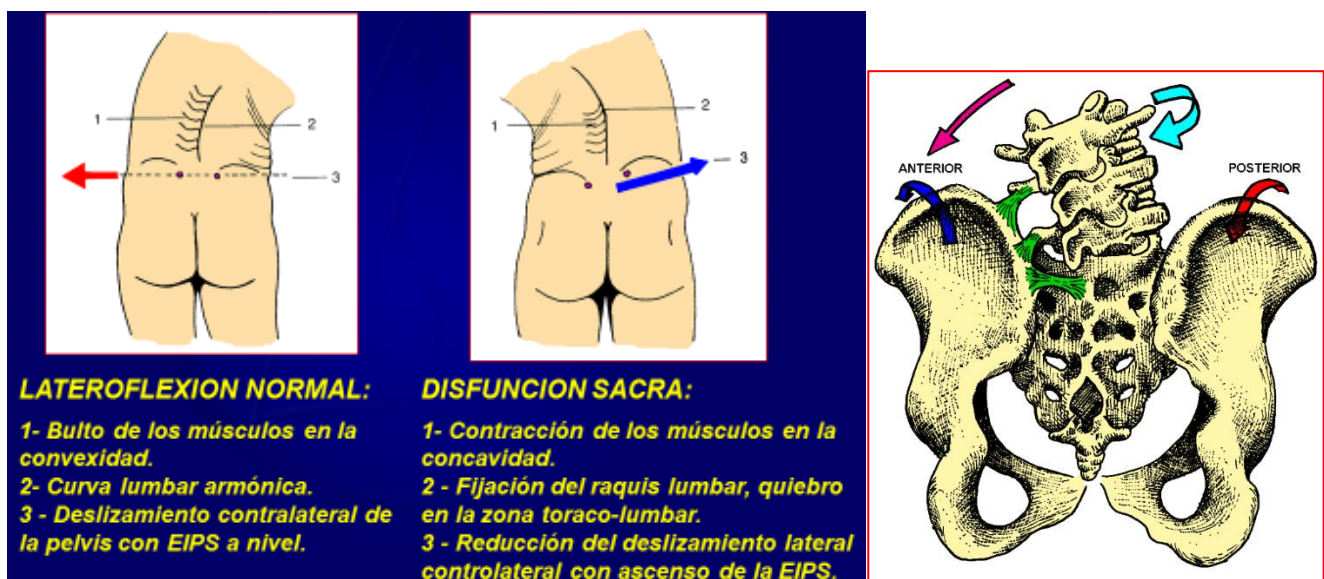


Test y Estudio	Descripción y Resultados Positivos	Población	Referencia estándar	Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
<i>Test de Mennell</i> <i>Test de Gaenslen</i> <i>Test de empujado sobre el muslo</i> <u>Según Ozgocmen.</u>	Al menos 2 de 3 pruebas deben ser positivas para indicar una sacroileitis	40 pacientes con lumbalgia crónica	Sacroiliitis aparente en la IRM	Lado derecho			
				.55	.83	3,44	.52
				Lado izquierdo			
				.45	.86	3,29	.63
<i>Test de distracción</i> <i>Test de empuje sobre el muslo</i> <i>Test de Gaenslen</i> <i>Test de Patrick</i> <i>Test de compresión</i> <u>Según van der Wurff</u>	Al menos 3 de 5 pruebas deben ser positivas para indicar dolor de la articulación sacroilíaca	60 pacientes con lumbalgia crónica	alivio del dolor del 50% con la inyección de anestésicos en la articulación sacroilíaca	.85	.79	4,02	.19
<i>Test de distracción</i> <i>Test de empuje sobre el muslo</i> <i>Test de empuje Sacra</i> <i>Test de compresión</i> <u>Según Laslett</u>	Al menos 2 de 4 pruebas deben ser positivas para indicar un dolor sacroilíaco	48 pacientes con dolor lumbo-pélvico crónico	alivio del dolor del 80% con la inyección de anestésicos en la articulación sacroilíaca	.88	.78	4,0	.16
<i>Test de distracción</i> <i>Test de empuje sobre el muslo</i> <i>Test de Gaenslen</i> <i>Test de empuje sacro</i> <i>Test de compresión</i> <u>Según Laslett</u>	Al menos 3 de 5 pruebas deben ser positivas para indiquen un dolor sacroilíaca	48 pacientes con dolor lumbo-pélvico	alivio del dolor del 80% con la inyección de anestésicos en la articulación sacroilíaca	.91	.78	4,16	.12

TESTS DE MOVILIDAD PARA LA SACRO ILIÁCA

TESTS DE MOVILIDAD GLOBALES DE DETECCIÓN DE LAS DISFUNCIONES SACRAS

- TEST EN LATEROFLEXION DE SACRO



- TEST DEL LIFT GINECOLOGICO
- QUICK SCANNING DE GILLET PARA LA PELVIS
- TEST DE MITCHELL EN FLEXION-EXTENSION
- TEST DEL ESFINGE Y TORSIONES SACRAS
- TEST DE THOMPSON
- TEST RESPIRATORIO DE SUTHERLAND
- SIGNO DE LA BASE SACRA: TEST DE LA TOS
- TESTS DE LAS SUPERFICIES AURICULARES SACRAS

TESTS DE MOVILIDAD ANALITICOS DE LAS DISFUNCIONES SACRAS

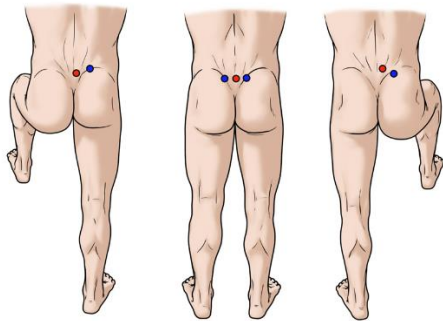
- **TEST DE FLEXION SENTADO DE MITCHELL**

Pulgar ascendente aislado sobre el brazo menor = sospecha de Flexión unilateral

Pulgar ascendente aislado sobre el brazo mayor = sospecha de Extensión unilateral

Pulgar ascendente sobre el brazo menor de un lado y sobre el brazo mayor del otro lado = sospecha de Torsión anterior o posterior

- **TEST DE GILLET**



- **HIP DROP TEST PARA SACRO**



PALPACIÓN DEL SACRO EN PROCÚBITO

- PALPACION DE LOS SULCUS (BASE SACRA) Y AIL

- **SULCUS profundo unilateral = torsión anterior o extensión unilateral**
- **SULCUS borrado unilateral = torsión posterior o flexión unilateral**
- **SULCUS profundo bilateral = extensión bilateral**
- **SULCUS borrado bilateral = flexión bilateral**

CONTRALATERAL A A BASE EN DISFUNCIÓN

AIL ANTERO-superior = torsión posterior
AIL POSTERO-inferior = torsión anterior

HOMOLATERAL A A BASE EN DISFUNCIÓN

AIL antero-SUPERIOR = flexión unilateral
AIL postero-INFERIOR = extensión unilateral

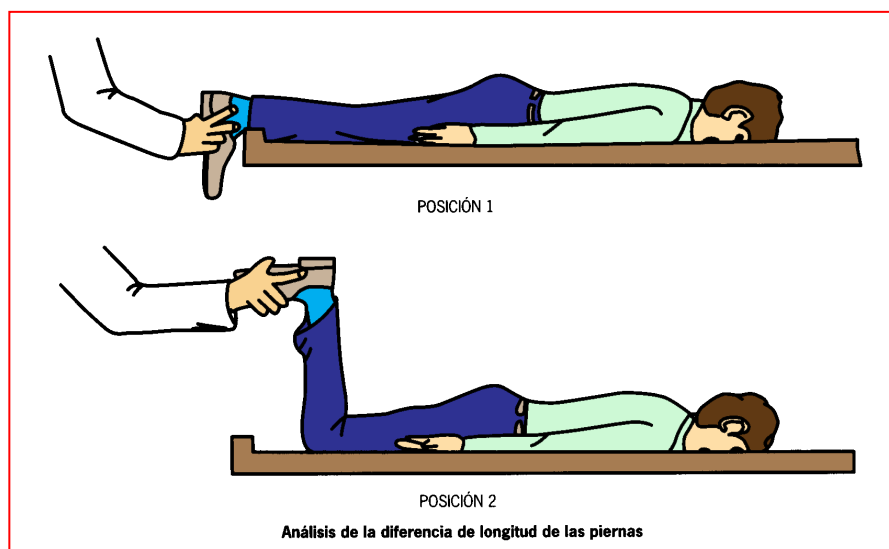
• RELACIÓN ENTRE SULCUS Y AIL EN LA PALPACIÓN

- **SULCUS profundo unilateral y AIL POSTERO-inferior contralateral = torsión anterior**
- **SULCUS profundo unilateral y AIL postero-INFERIOR homolateral = extensión unilateral**
- **SULCUS borrado unilateral y AIL ANTERO-superior contralateral = torsión posterior**
- **SULCUS borrado unilateral y AIL antero-SUPERIOR homolateral = flexión unilateral**

LESIONES	EXTENSIÓN BILATERAL	FLEXIÓN BILATERAL	EXTENSIÓN UNILAT. DERECHA	FLEXIÓN UNILAT. DERECHA	TII	TDI	TDD	TID
ETAS	Post. bilat,	Ant. bilat.	Posterosup. a la dcha.	Anteroinf. a la dcha.	Posterosup. a la izda.	Anteroinf. a la izda.	Posterosup. a la dcha.	Anteroinf. a la dcha.
Sínfisis Pública	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
EIPS	Acercadas	Separadas	Post. a la dcha.	Ant. a la dcha.	Post. a la izda.	Post. a la dcha.	Post. a la dcha.	Post. a la izda.
Sulcus	Profundos	Borrados	Profundo a la dcha.	Borrado a la dcha.	Borrado izda. profun. dcha.	Borrado dcha. profun izda.	Borrado dcha. profun. izda,	Borrado izda, profun. dcha.
AIL	Posteroinf. bilateral	Anterosup. bilateral	Posteroinf, a la dcha.	Anterosup. a la dcha.	Posteroinf. a la izda.	Anterosup. a la izda.	Posteroinf, a la dcha.	Anterosup. a la dcha.

**RECORDAR: LAS LESIONES DE EXTENSIÓN SE FIJAN MÁS SOBRE BRAZO MAYOR.
LAS LESIONES DE FLEXIÓN SE FIJAN MÁS SOBRE BRAZO MENOR**

- **TEST DE DEREFIELD**



Utilización: Indicaría inicialmente el lado en disfunción (prueba posicional), luego la posterioridad o la anterioridad de un ilion.

Diagnóstico diferencial: Diferencia de longitud verdadera de las piernas.

Fiabilidad: Riddle ICC 60.0% y kappa 0.26, Potter y Rothstein ICC 23.5% .

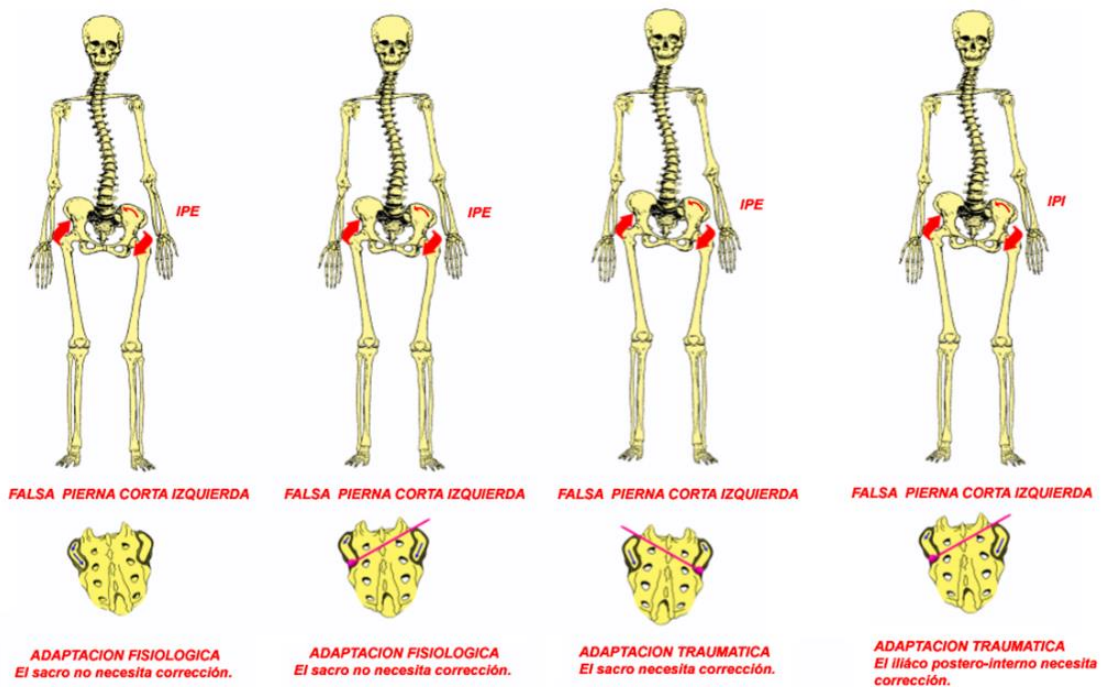
Validez: Desconocida.

DEREFIELD NEGATIVO:

La pierna corta en posición 1 sigue corta en posición 2:

- Ilíaco posterior del lado homolateral.
- AIL postero-inferior homolateral = Extensión unilateral homolateral.
- AIL postero-inferior contralateral = Torsión anterior del sacro.

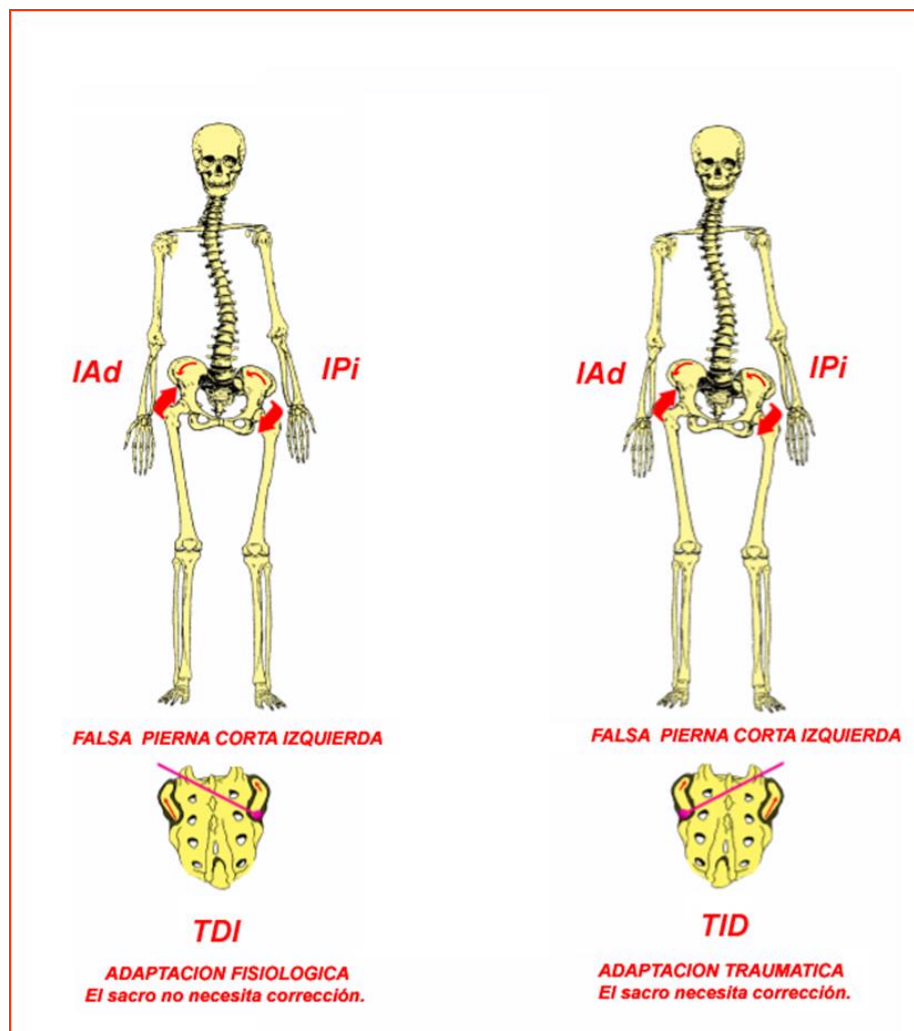
DEREFIELD NEGATIVO IZQUIERDO



DEREFIELD POSITIVO:

La pierna corta en posición 1 se pone larga en posición 2:

- Torsión ilíaca con iliaco posterior del lado corto.
- Torsión posterior del sacro.



NOTA:

Los tests y correcciones en Derefild positivo/negativo corresponden a las adaptaciones mecánicas miofasciales de una FALSA pierna corta.

Thompson NO toma en cuenta la verdadera pierna corta anatómica o podal: esto hace que cuando el paciente se levanta de la camilla y camina, esta adaptación reaparece. Para fijar el resultado es entonces **INDISPENSABLE** tratar el acortamiento del miembro inferior

RADIOLOGÍA

- ✓ El signo radiológico más importante para los ilíacos es el decalaje o escalón de la sínfisis púbica.
- ✓ El signo más importante para el sacro es la horizontalidad de la base, si se encuentra modificada indica lesión de sacro.
- ✓ Si el ilíaco está más bajo, del lado de la base más baja puede haber una lesión de anterioridad o de posterioridad del otro lado. Esto se observa en una imagen de frente.
- ✓ Si el sacro es anterior en la placa parece más grande y si es posterior parece más pequeño.
- ✓ Recordar que en un sacro posterior unilateral o bilateral sube unilateralmente o bilateralmente.
- ✓ Observación de una RX de pelvis:
 - ✓ Asegurarse que la obtuvieron de pie.
 - ✓ Trazar una línea al nivel de cabezas femorales, deben estar a la misma altura, de no ser así determina una pierna corta anatómica.
 - ✓ Observar si hay signo de decalaje o escalón, que determina lesión ilíaca.
 - ✓ Observar la horizontalidad de la base y el eje sacro que debe pasar por el centro de la sínfisis púbica. Si se pierde la horizontalidad sacra el eje lumbar (que pasa por las espinosas) no coincide en continuidad con el eje del sacro.
 - ✓ Trazar una línea horizontal a la altura de las crestas ilíacas que deben estar al mismo nivel. De no ser así verificar si hay un decalaje.
 - ✓ Observar el tamaño de los agujeros sacros. Si alguno se presenta más grande puede ser por la presencia de un neurinoma.

LIBRO DE REFERENCIA:

François Ricard. Tratamiento osteopático de las algias lumbopélvicas – Medos edición, 4ª edición. 2017