

ANAMNESIS

Realizaremos un interrogatorio exhaustivo que tendrá como objetivo orientarnos hacia donde se encuentran las fijaciones de acuerdo al agente traumático que puede no ser un episodio grave (accidente de tráfico, caída de altura, esguinces, fracturas, etc.) y tratarse de microtraumatismos posturales y laborales.

Hay que averiguar sobre el tipo de dolor, las características que posee, cuando aumenta o disminuye y si es irradiado hacia otra zona del cuerpo.

- Tiempo de latencia
- Diagnóstico de etiología del dolor lumbar
- Apariencia del dolor
- Tipo
- Evaluación

DISCAL

Se acentúa con la acción de la gravedad (sentado).

Flexión de tronco.

Toser, estornudar y defecar

Sin tiempo de latencia, aparece cuando el peso llega al disco.

Agudo y puede ser irradiado

Compresión y descompresión. Si el trastorno discal es en L5, Laségue +++.

LIGAMENTARIO

Aparece con el mantenimiento de una posición determinada.

Al final de la amplitud articular en movimientos activos o pasivos.

Varía entre 10 minutos y una hora.

De aparición paulatina.

Al llevar al ligamento en su estiramiento y mantenerlo.

Cápsula Interapofisaria

- **Carilla en imbricación:** lateroflexión y rotación homolateral.
 - Aparece cuando cizallan las carillas articulares.
 - Localizado en la carilla imbricada.
 - Lateroflexión y rotación homolateral al dolor.
- **Carilla en desimbricación:** lateroflexión y rotación heterolateral a la desimbricación.
 - El dolor se produce del lado desimbricado.
 - Aparece cuando se estira el aparato ligamentario y capsular.
 - Localizado en la desimbricación y puede provocar dolor irradiado del nervio implicado.
 - Lateroflexión y rotación heterolateral al dolor.

Ligamento Iliolumbar

- Con flexión de tronco y lateroflexión.



- Flexión del lado opuesto (diagnóstico diferencial con trastornos del disco).
- Al descartar el disco, los 2 elementos que quedan son el cuadrado lumbar y el ligamento iliolumbar.
- Varía entre 10 minutos y una hora.
- Paulatino.
- Flexión y lateroflexión al lado opuesto.
- Se encuentra doloroso a la palpación entre las cresta ilíaca y L4 el superior y en lateral de L5 el inferior.

Ligamento Interespinoso

- Con flexión de tronco, dolor en barra bilateral.
- El enderezamiento también duele.
- Puede ser responsable de dolores referidos en el dermatoma correspondiente: cruralgia provocada por el ligamento L3-L4.
- Varía entre 10 minutos y una hora.
- Paulatino.
- Flexión con mantenimiento de la posición y enderezamiento progresivo.

Ligamento Sacroilíaco

- Posible causa por hipomovilidad de la ASI.
- Con la marcha, subiendo y bajando escaleras, cualquier movimiento que exija movilidad al ilíaco.
- Puede presentar dolor referido hacia el dermatoma S1 y S2.
- Aparición paulatina.
- Rotación, lateroflexión homolateral y extensión.
- Signo del calcetín +++.
- Imposibilidad de realizar flexión, abducción y rotación externa del miembro inferior.

Ligamentos Sacrociáticos

- Aparece con la posición sentada.
- Varía entre 10 minutos y una hora.
- Puede producir dolor local o irradiado en el dermatoma de S2.
- Palpación del ligamento.

MUSCULARES

El dolor aparece con el movimiento activo en su acción y con el movimiento pasivo en la acción contraria.

Si el trastorno es isquémico duele a la contracción repetida. Si el trastorno es una tendinitis duele en el punto de inflamación y muchas veces es espontáneo.

- Dolor al movimiento: el movimiento doloroso indica el músculo lesionado. El movimiento opuesto que estira el músculo provoca un REBOTE muscular debido al espasmo.
- Dolor sordo y difuso, dolores referidos (TRAVELL).



- Dolor isquémico que aumenta con la contracción isométrica

Movimiento resistido.

NERVIOS

El dolor aparece con el movimiento que elonga el nervio afectado.

Va acompañado de trastornos sensitivos, motores, hipoestesias, parestesias e hipotonía.

Es inmediato a la elongación del nervio.

Filiforme y el paciente nos muestra el trayecto del dolor agudo.

VISCERALES

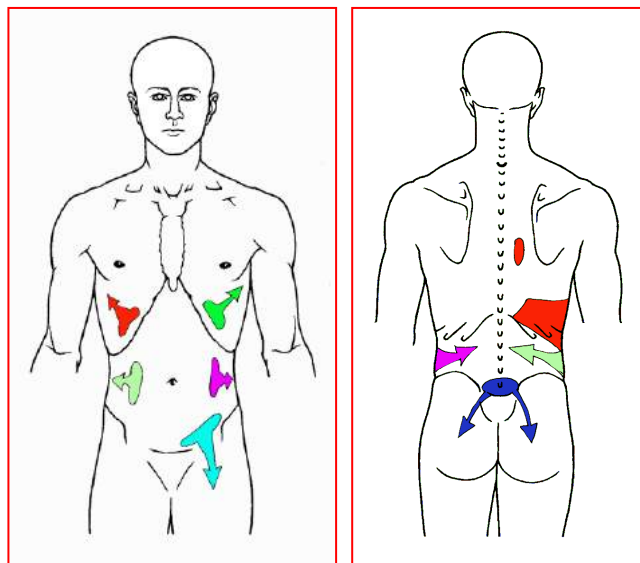
Dolores referidos en una zona determinada que no presenta disminución de la movilidad articular, ni tensiones musculares que justifiquen el dolor.

Aparece o se incrementa cuando entra en funcionamiento la víscera.

Dolor rítmico (se manifiesta cuando entra en funcionamiento la víscera afectada).

Ej.: dolor lumbar de origen uterino.

Al realizar flexión de tronco se manifiesta dolor lumbar. El terapeuta realizará un lift uterino. Palpa por detrás de las ramas pubianas y realiza una tracción del útero hacia arriba con el movimiento de flexión. Si el dolor es visceral desaparecerá.



ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

La radiología es una prueba complementaria muy útil para confirmar un diagnóstico realizado con la anamnesis y la exploración física, tanto estática como dinámica. Nos permite constatar la integridad ósea y articular, así como evaluar la estática y la dinámica vertebral (Rx dinámica), zonas de hipermovilidad compensatorias o zonas de fijación.

Este tipo de estudio es muy utilizado debido a su disponibilidad, rapidez y bajo costo.

Las proyecciones normalmente requeridas son:

- Anteroposterior.



- Lateral toracolumbar.
- Lateral de campo corto.
- Centrada en el segmento lumbosacro.
- Oblicuas, fundamentalmente se utilizan para el estudio de las carillas articulares y las lisis que pudieran existir en el pedículo vertebral.

Las radiografías en flexión y extensión (dinámicas) nos ofrecen imágenes que permiten observar inestabilidades y detectar la desarmonía o quiebras en las curvas del raquis (signos de hipomovilidad). Ej.: en una radiografía en flexión, la vértebra que rechaza el movimiento se encuentra en una lesión de extensión. La proyección de Ferguson se utiliza para ver la articulación sacroilíaca y el platillo L5-S1.

Otras exploraciones radiológicas son: TAC, RM y la mielografía (que se está dejando de usar ya que se necesita la hospitalización para realizarla y es una técnica invasiva).

En una proyección de frente estudiaremos la morfología de los cuerpos vertebrales, las apófisis transversas, espinosas y los espacios intervertebrales (salvo el espacio entre L5 y sacro).

Trazamos una horizontal que pasa por el borde superior de los platillos vertebrales, estas líneas deben ser paralelas.

La placa dinámica en lateroflexión nos dará una mayor información ya que la vértebra que rechaza el movimiento hacia uno de los lados nos indica que se encuentra en lesión de lateroflexión del lado contrario.

Si uno de los cuerpos vertebrales no participa de la lateroflexión puede ser un signo de protrusión discal.

En una proyección lateral observamos en primer lugar el ángulo lumbosacro. Se traza una vertical que pasa por los cuerpos vertebrales lumbares y una perpendicular a la base sacra. Normalmente mide de 140° a 145° . Disminuye en las hiperlordosis y aumenta en las rectificaciones de la columna lumbar. Luego trazamos una línea que pase por la base sacra y una horizontal. Se formará un ángulo que será aproximadamente de 80° . Este ángulo aumentará en los casos de horizontalización del sacro disminuirá en la verticalización del mismo.

Cuando nos encontramos con un segmento patológico que presuponemos que posee una patología discal trazamos una horizontal al platillo superior de la vértebra subyacente y por el platillo inferior de la vértebra suprayacente, estas líneas se cortan a nivel de las apófisis articulares posteriores. Marcamos sobre cada una de estas líneas un trazo en el límite posterior del cuerpo vertebral. Nos dará como resultantes dos distancias A y B. Si no existe sufrimiento discal las distancias serán iguales. Si hay diferencia, por ejemplo $A = 22\text{mm}$ y $B = 26\text{mm}$, traduce un deslizamiento anterior de la vértebra subyacente: espondilolistesis.

Si queremos medir el valor angular de la lordosis, trazamos una línea paralela a la parte superior del platillo de L1 y una paralela a la parte inferior de L5. Luego trazamos una perpendicular a cada una de las líneas anteriores y las prolongamos hasta que se corten. Entre estas dos líneas se forma un ángulo que normalmente es de 45° .



En una placa oblicua se distingue la clásica imagen del perrito cuyo hocico está formado por la apófisis transversa:

- El ojo por el pedículo visto oblicuamente.
- La oreja por la apófisis articular superior.
- La pata delantera por la apófisis articular inferior.
- El rabo por la lámina y la articular superior del lado opuesto.
- La pata trasera por la articular inferior del lado opuesto.
- El cuerpo por la lámina.

Un punto a tener en cuenta, es el cuello del perro que representa el istmo vertebral. Cuando se encuentra roto nos permite hacer el diagnóstico de espondilolisis y buscaremos el deslizamiento apreciable en la placa de perfil.

INSPECCIÓN

La inspección debe realizarse con el paciente de pie, sentado, caminando y en los diferentes decúbitos.

DE PIE

- **Estática:** se observarán las asimetrías, alturas de los hombros, omóplatos, triángulos de la talla, crestas ilíacas, las curvaturas raquídeas (hiperlordosis o rectificación) etc. (ídem columna dorsal).
- **Dinámica:**
 - En la exploración dinámica evaluaremos la calidad y cantidad de movimiento y si despiertan dolor.
 - Posición del osteópata: de pie detrás del paciente
 - Posición del paciente: de pie. En esta posición le solicitaremos al paciente que efectúe los distintos movimientos del raquis. Si los movimientos despiertan dolor durante:
 - La flexión: sospecharemos que estamos ante una disfunción de la columna lumbar.
 - La rotación: nos hará pensar en una disfunción de la charnela toracolumbar.
 - La inclinación lateral: nos indicará problemas en pelvis o hernias discales.
 - La inclinación lateral con extensión y rotación homolateral: sospecharemos disfunción de la costilla de ese lado o una hernia discal.

Durante la flexión

El terapeuta deberá buscar la presencia de zonas planas a nivel de la curva del raquis, que nos evidenciará zonas de anterioridad vertebral.

También debemos buscar vértebras que su apófisis espinosas sea más sobresaliente, estando estas últimas en estado de flexión.





Durante la extensión

Evaluaremos la capacidad de movimiento y a capacidad de extensión de la columna en general, que debe de aumentar la lordosis a nivel lumbar y rectificar la cifosis dorsal.



Durante la inclinación lateral

El terapeuta deberá también evaluar la armonía de la curva que se constituye, debiendo identificar la presencia de zonas de quiebre que nos indican zonas de stress (hipermovilidades) dolorosas a la palpación.

Los resultados de esta evaluación dinámica se representarán mediante un esquema en forma de estrella con seis ramas que corresponderán a los movimientos testados. La longitud de la rama nos indicará la amplitud del movimiento y si este es doloroso lo indicaremos con pequeñas barras que cortan a la original (una barra poco dolor, dos barras dolor medio y tres barras dolor fuerte). Esta metodología nos permite tener una información clara y precisa en cuanto a la movilidad del paciente, al grado de dolor y a los cambios de los mismos de acuerdo al tratamiento.



PALPACIÓN

Nos permite a través de los test de movilidad y la palpación estática determinar el tejido lesionado e identificar la lesión.

Realizaremos test ortopédicos y neurológicos de acuerdo a la información encontrada. Completamos la evaluación mediante los tests osteopáticos analíticos, como así también analizaremos las cadenas lesionales para poder elaborar el tratamiento específico.

Si detectamos con el quick scanning una zona de hipomovilidad y en la evaluación de los esclerotomas encontramos en esa zona una vértebra con dolor, podemos suponer que estamos frente a una vértebra en lesión primaria que genera un segmento medular facilitado. Para su comprobación evaluaremos los dos elementos restantes de la triada de disfunción:

Evaluación del dermatoma correspondiente a dicho segmento por medio del pinzado rodado (buscando dermalgias reflejas).

Evaluación del miotoma con el testing muscular (buscaremos debilidad muscular en caso de músculos hipotónicos) y con la palpación (sensación de cordón miálgico en caso de espasmos musculares).

EXAMEN NEUROLÓGICO

Evaluaremos las raíces afectadas de la siguiente manera:

- D12-L1-L2-L3: debilidad en la flexión de la cadera.
- L4: incapacidad de caminar sobre los talones. Disminución del reflejo rotuliano.
- L5: debilidad en la extensión del primer dedo del pie contra resistencia y glúteos (extensión de cadera).
- S1: incapacidad de caminar en puntas de pie. Disminución del reflejo aquileo.

Dentro de la evaluación neurológica podemos realizar maniobras de provocación: Se produce aumento de la presión intradural. Para ello utilizamos la maniobra de Valsalva, que consiste en solicitarle al paciente que tosa o que realice una fuerza como para defecar. La maniobra será positiva si se reproduce el dolor lumbar. Estiramiento de las raíces nerviosas. Maniobra de Laségue: con el paciente en decúbito dorsal elevaremos la pierna con la rodilla en extensión, se considera

positiva si se reproduce el dolor del ciático. Para reforzar esta maniobra realizamos una dorsiflexión del pie (Bragard).

Sabiendo cual es el segmento en disfunción por medio del estudio de los elementos metaméricos nos resta ahora identificar la lesión vertebral, es decir, si se encuentra en NSR, FRS o ERS.

TEST DIAGNÓSTICOS

QUICK SCANNING

- **Indicaciones:** test evaluativo que permite de forma rápida detectar zonas de hipomovilidad. Se pueden evaluar las ASI, la columna lumbar, dorsal y cervical.
- **Paciente:** sentado en la camilla.
- **Osteópata:** detrás del paciente.
- **Acción:** el osteópata fija por detrás o por delante los hombros del paciente, su otra mano con el puño cerrado le imprime a las ASI, columna lumbar, dorsal y cervical una compresión en sentido póstero-anterior, evaluando la elasticidad de los tejidos, la calidad y cantidad de movimiento (de ida y vuelta).



EVALUACIÓN DE LOS ESCLEROTOMAS SOBRE LA APÓFISIS ESPINOSAS

- **Indicaciones:** disfunciones vertebrales mayores a nivel neurológico (detectar los segmentos con facilitación medular).
- **Paciente:** en decúbito ventral.
- **Osteópata:** al costado del paciente.
- **Acción:** el terapeuta palpa cada una de las apófisis espinosas con un movimiento de compresión/fricción identificando aquellas que se revelen dolorosas.



EVALUACIÓN DE LOS ESCLEROTOMAS SOBRE LAS APÓFISIS ARTICULARES

- **Indicaciones:** disfunciones vertebrales mayores a nivel neurológico. Detectar los segmentos con facilitación medular. Buscar las posterioridades.
- **Paciente:** en decúbito ventral.
- **Osteópata:** al costado del paciente.
- **Acción:** el terapeuta palpa bilateralmente con un movimiento de compresión/fricción, las apófisis articulares identificando aquellas que se revelen dolorosas.



EVALUACIÓN DE LAS POSTERIORIDADES-TEST DE MITCHELL

- **Indicaciones:** disfunciones somáticas en ERS/FRS/NSR.
- **Paciente:** decúbito prono.
- **Osteópata:** al costado del paciente.
- **Acción:** se debe hacer en tres posiciones.
 - 1ª posición: decúbito ventral
Acción: el osteópata palpa con sus manos de forma bilateral las apófisis transversas de las vértebras lumbares observando las asimetrías, teniendo en cuenta que el lado de la posterioridad revelará el lado de la rotación de la vértebra. Una vez localizadas las posterioridades debemos tener en cuenta que si son varias y consecutivas podremos deducir la presencia de una lesión de grupo (en NSR). Si por el contrario encontramos una sola posterioridad nos indicará una lesión unilateral (ERS o FRS), pero no indicará si se

encuentra en flexión o extensión, por lo que tendremos que pasar a la segunda posición.



- 2ª posición: flexión global del raquis
Desde el decúbito ventral le solicitamos al paciente que retroceda su tronco hasta quedar sentado sobre sus talones, con la cabeza sobre la camilla (flexión global del raquis) y los brazos estirados sobre la camilla; en la literatura es común encontrar esta posición citada como “posición de Mahoma” .

Acción: el osteópata, sin perder el contacto tomado en la primera posición sobre las apófisis transversas, observará si el movimiento global del raquis modifica o no la asimetría encontrada (posterioridad). Pueden ocurrir dos cosas: la posterioridad continúa o la posterioridad desaparece. En el caso de que la posterioridad desaparezca podemos concluir que la vértebra acepta el movimiento de flexión impuesto por la “posición de Mahoma” ; en el caso de que la posterioridad continúe concluiremos que la vértebra no acepta el movimiento de flexión impuesto por la “posición de Mahoma”



- 3ª posición: posición de esfinge
Desde el decúbito ventral, le pedimos al paciente que se coloque apoyado sobre sus codos y realice una extensión activa que incluya la columna cervical; esta posición viene descrita en la bibliografía como “posición de esfinge”.

Acción: el osteópata, sin perder el contacto tomado en la primera posición sobre las apófisis transversas, observará si el movimiento

global del raquis modifica o no la asimetría encontrada (posterioridad). Pueden ocurrir dos cosas: la posterioridad continúa o la posterioridad desaparece. En el caso de que la posterioridad desaparezca podemos concluir que la vértebra acepta el movimiento de extensión impuesto por la “posición de esfinge”; en el caso de que la posterioridad continúe concluiremos que la vértebra no acepta el movimiento de extensión impuesto por la “posición de esfinge”.



- **Interpretación del test:**
 - Si la posterioridad desaparece tanto en flexión como en extensión concluiremos que la vértebra esta libre, no hay restricción de movilidad.
 - Si la posterioridad desaparece en flexión, pero no desaparece en extensión concluiremos que se trata de una lesión unilateral que acepta la flexión pero no la extensión, es decir, una FRS del lado de la posterioridad (la posterioridad marca el lado de la rotación vertebral).
 - Si la posterioridad desaparece en extensión, pero no desaparece en flexión concluiremos que se trata de una lesión unilateral que acepta la extensión pero no la flexión, es decir, una ERS del lado de la posterioridad (la posterioridad marca el lado de la rotación vertebral).
 - Si la posterioridad no desaparece ni en flexión ni en extensión concluiremos que tenemos una lesión que no se encuentra ni en extensión, ni en flexión, es decir, una NSR del lado de la posterioridad. Habitualmente en este último caso es fácil encontrar varias posterioridades ya que suelen ser lesiones de grupo.

EVALUACIÓN DEL PSOAS ILÍACO

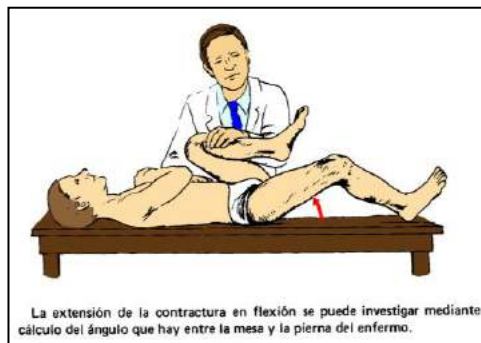
Test de Thomas o Test de extensibilidad del Psoas

- **Indicaciones:** acortamiento de la fascia ilíaca o espamo del músculo psoas.
- **Paciente:** decúbito dorsal.
- **Osteópata:** del lado opuesto al músculo a evaluar.
- **Acción:** El osteópata toma el miembro inferior del lado contrario a evaluar, imprimiéndole flexión de rodilla y cadera máximas hasta hacerlo contactar con el tronco del paciente (lo que disminuye la lordosis lumbar por la

retroversión de la pelvis que esto produce), al tiempo que observa lo que ocurre en la cadera contraria.

- **Interpretación:**

- Si no existe espasmo del psoas: el miembro inferior quedará estirado sobre la camilla. En este caso el test será negativo.
- Si existe espasmo del psoas: se producirá una elevación del muslo del lado contrario a la flexión máxima de cadera (al disminuir la lordosis inducida por la retroversión de la pelvis aumenta la distancia entre origen e inserción de psoas; lo que hará que debido a la pérdida de elasticidad del mismo por el espasmo, tienda a flexionar la cadera).



EVALUACIÓN DEL PSOAS ILÍACO 2

- **Indicaciones:** espasmo del psoas.
- **Paciente:** decúbito dorsal.
- **Osteópata:** de pie a la cabecera del paciente. Toma con sus manos las manos del paciente.
- **Acción:** lleva los brazos del paciente hacia atrás, de tal forma que las manos enfrenten por sus dorsos controlando si los dedos llegan al mismo nivel.
- **Interpretación:** el brazo más corto nos indicará espasmo del psoas de ese lado, que le transmite su acortamiento al dorsal ancho, debido a la lateroflexión las vértebras lumbares, inducida por el espasmo del mismo.



LIBRO DE REFERENCIA:

- Ricard F. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales. 2ª ed. Medos; 2013

