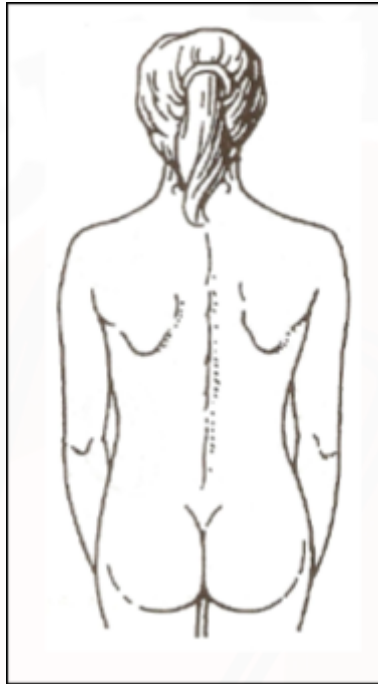


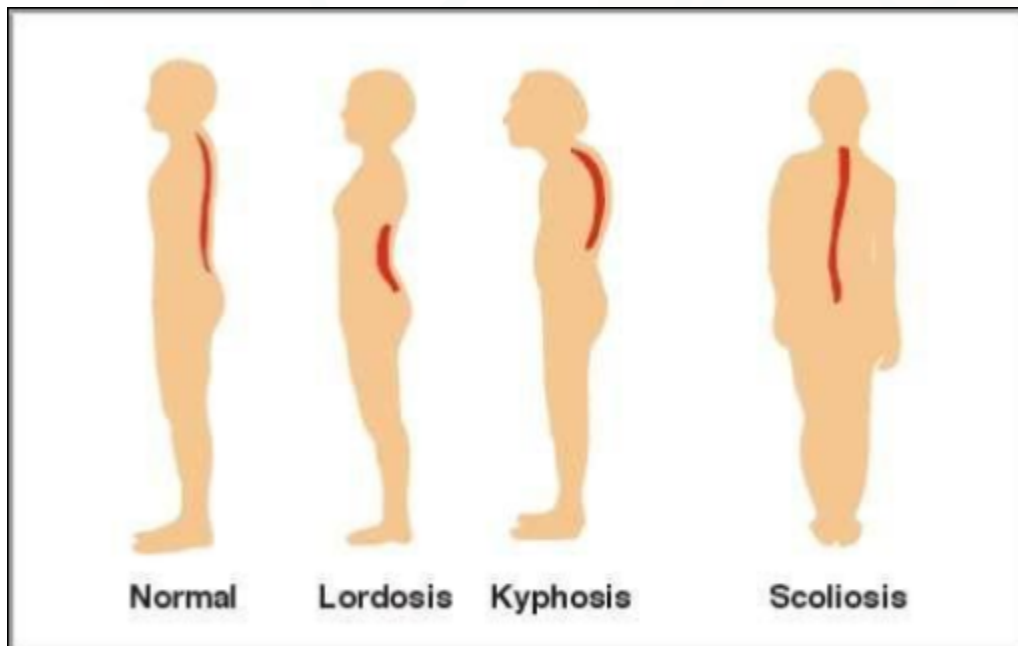
COLUMNA VERTEBRAL

INSPECCIÓN

- **Con el paciente de espaldas** (búsqueda de escoliosis):
 - ✓ Simetría de los hombros
 - ✓ Simetría de las escápulas
 - ✓ Simetría de las caderas
 - ✓ Simetría de los triángulos del talle. El **Triángulo del talle** está formado por la cara interna del brazo y la cara externa del tronco. Ambos triángulos deben ser normales en la columna normal.

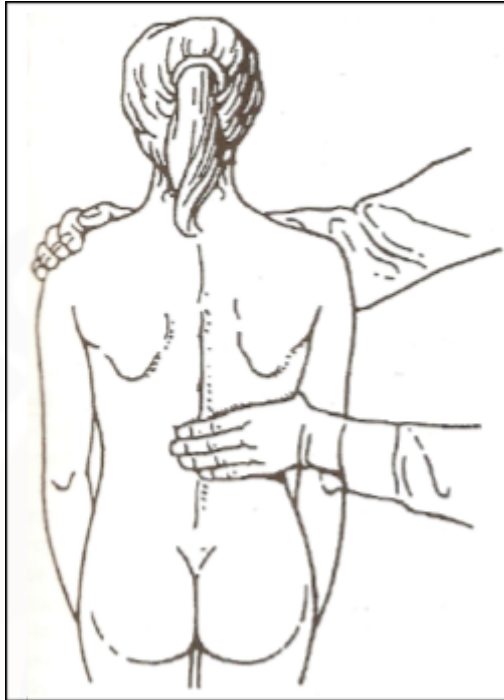


- **Con el paciente de costado** (búsqueda de cifosis):
Se observan las curvaturas normales (lordosis cervical, cifosis torácica, lordosis lumbar).



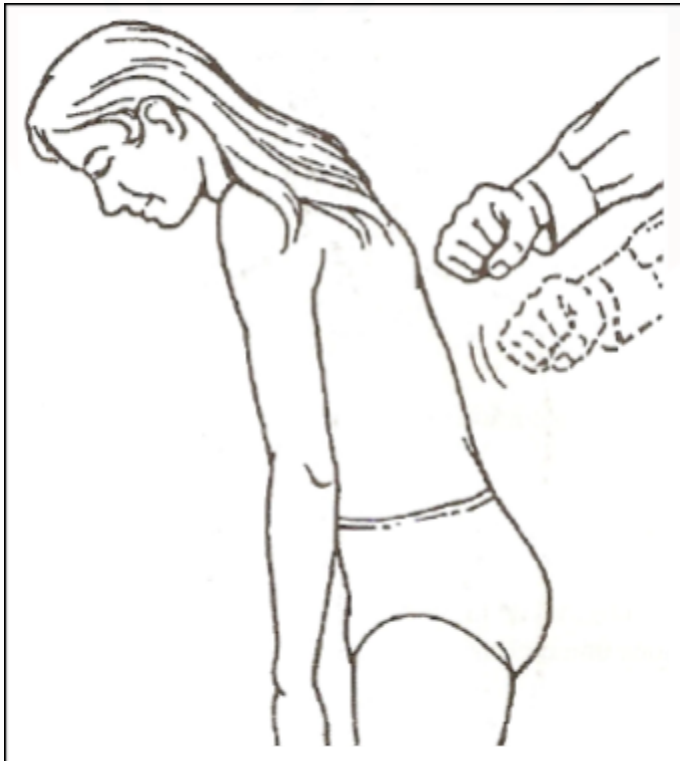
PALPACIÓN

- **Apófisis espinosas** (deben seguir una línea recta; en la escoliosis existen desviaciones)
- **Músculos paravertebrales** (buscar contracturas, dolor y tumoraciones; los abscesos calientes son de origen piógeno, mientras que los abscesos calientes son tuberculosos y se localizan en el triángulo de Petit).



PERCUSIÓN

Se deberá percutir la **Columna vertebral**, la cual normalmente es **indolora**. La presencia de dolor indica un proceso inflamatorio o neoplásico.



COLUMNA CERVICAL

Curvatura normal: Lordosis.

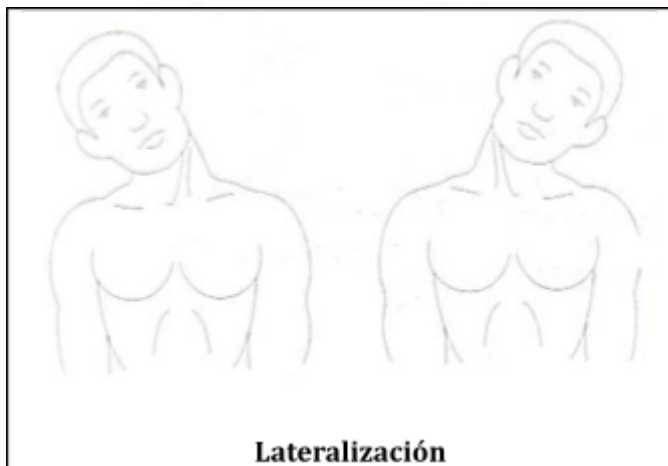
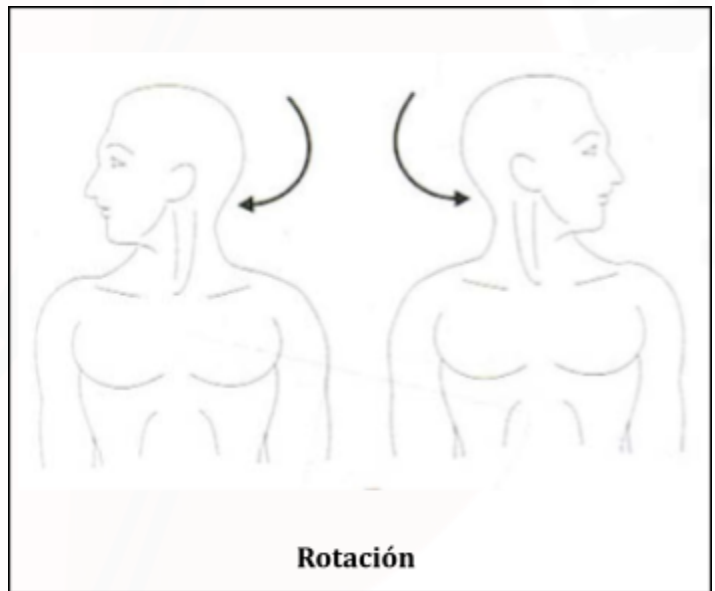
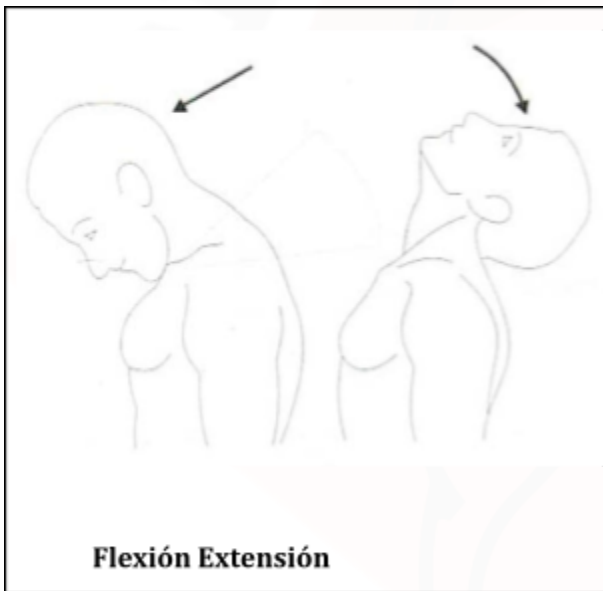
MOVIMIENTOS NORMALES

- Flexión (40°) - Extensión (75°).
- Rotación derecha o izquierda (90°).
- Lateralización derecha o izquierda (40°).

La **FLEXO-EXTENSIÓN** depende de la articulación occipito-atloidea. La **FLEXIÓN** se evalúa pidiendo al paciente que **toque con su mentón el manubrio del esternón**; normalmente debe ser capaz de hacerlo. La **EXTENSIÓN** se evalúa pidiendo al paciente que **estire la cabeza hacia atrás**; normalmente el mentón debe separarse del manubrio del esternón en 18 cm, o lo que es lo mismo, que la nariz se ubique en un plano horizontal

La **ROTACIÓN** depende de la articulación atloido-odontoidea. Se le pide al paciente que **mire por detrás de sus hombros**; normalmente debe ser capaz de hacerlo (implica que es mayor de 60°)

La **LATERALIZACIÓN** evalúa la columna cervical inferior. Se le pide al paciente **lleve la oreja hacia el hombro** (sin elevar éste último); normalmente el ángulo debe ser mayor de 30°



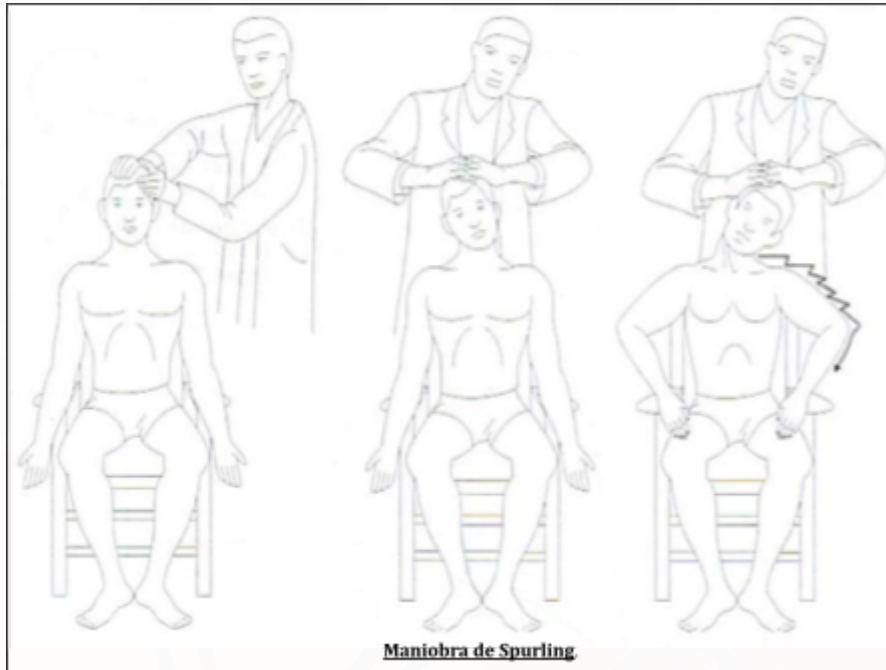
MANIOBRAS ESPECIALES

Son utilizadas para evidenciar el dolor radicular cervical (Cervicalgias).

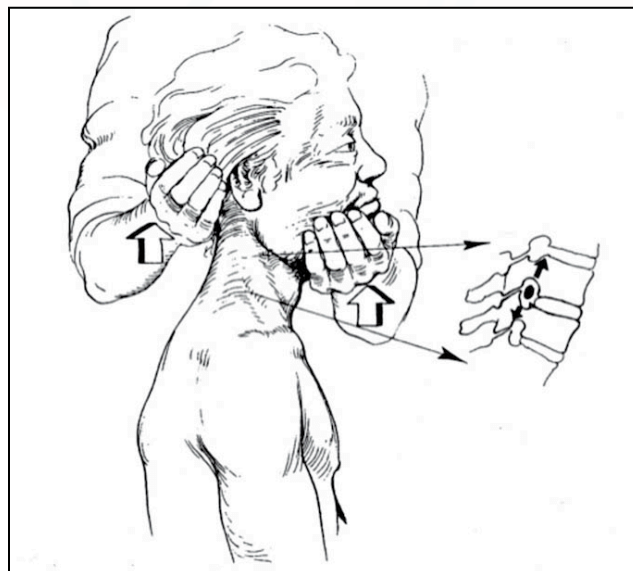
MANIOBRA DE SPURLING: con el paciente sentado, se debe comprimir y lateralizar su cabeza hacia el lado supuestamente afectado. Se provocan los síntomas (dolor o parestesias, que se propagan hacia el miembro superior).

MANIOBRA DE VALSALVA (aumento de la presión intraabdominal, y así aumento de la presión intrarraquídea).

MANIOBRA DE NAFFZINGER-JONES (compresión de las venas yugulares, y así aumento de la presión intrarraquídea).



Maniobra de Valsalva



COLUMNA TORACOLUMBAR

Curvaturas normales:

- Torácica: Cifosis.
- Lumbar: Lordosis.

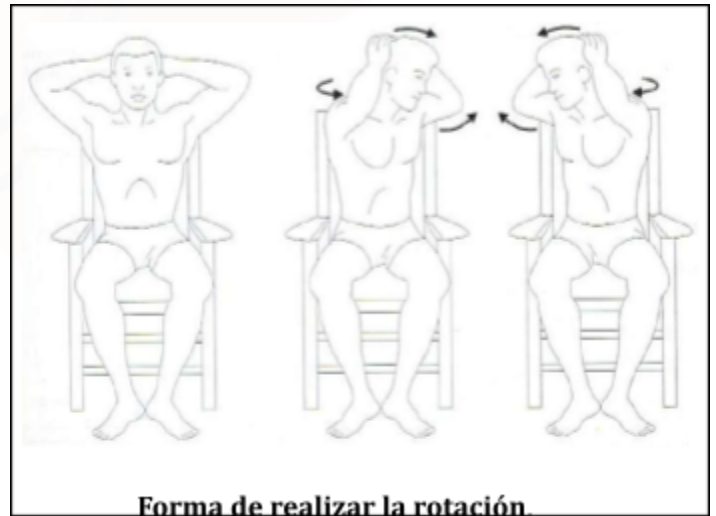
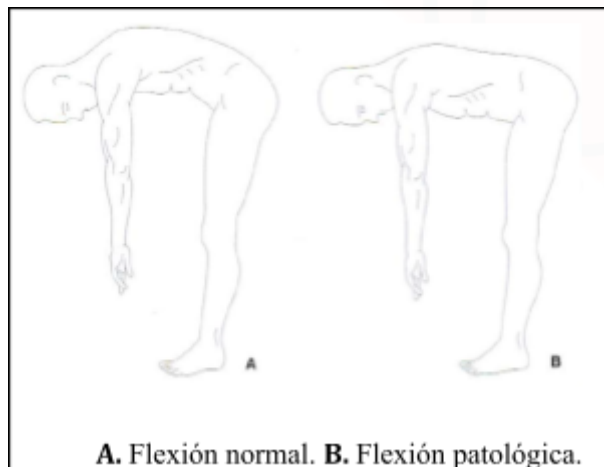
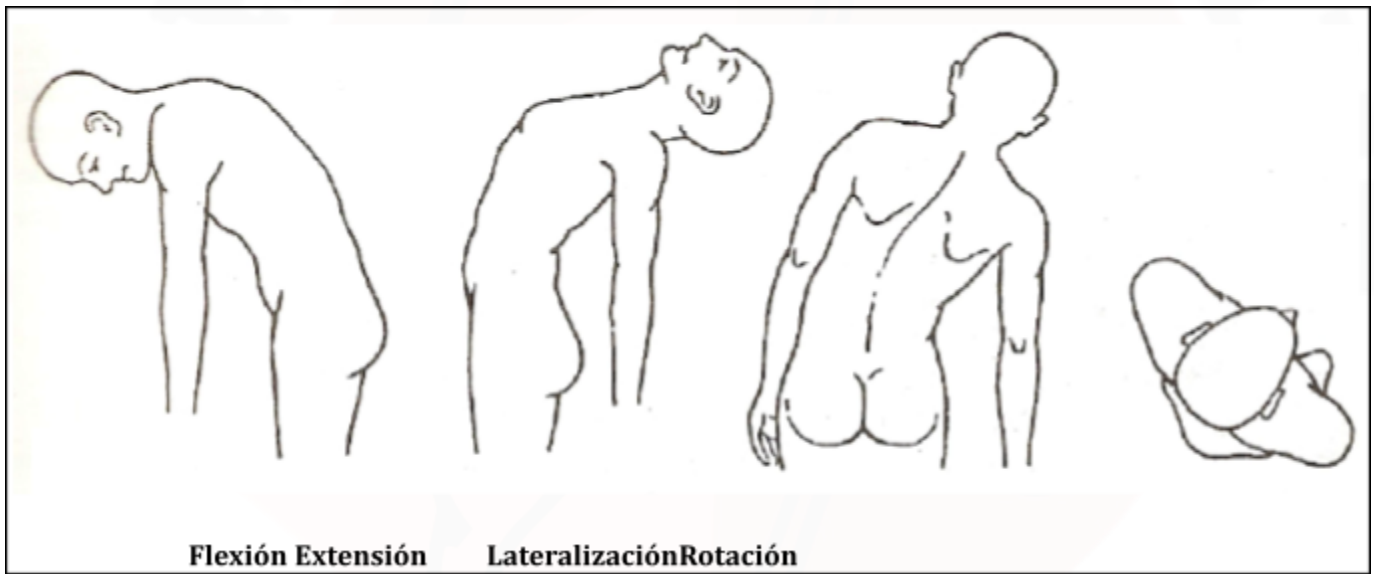
MOVIMIENTOS NORMALES

Columna torácica: sus movimientos son limitados.

- **Expansión torácica:** se mide con cinta métrica a nivel de la aréola en el varón, y del surco submamario en la mujer. La diferencia entre el reposo y la inspiración máxima debe ser mayor de 2,5 cm. Su disminución es útil para diagnóstico de espondilitis anquilosante.
- **Rotación (35°):** se evalúa con el paciente sentado y con las manos en la nuca.

Columna lumbar:

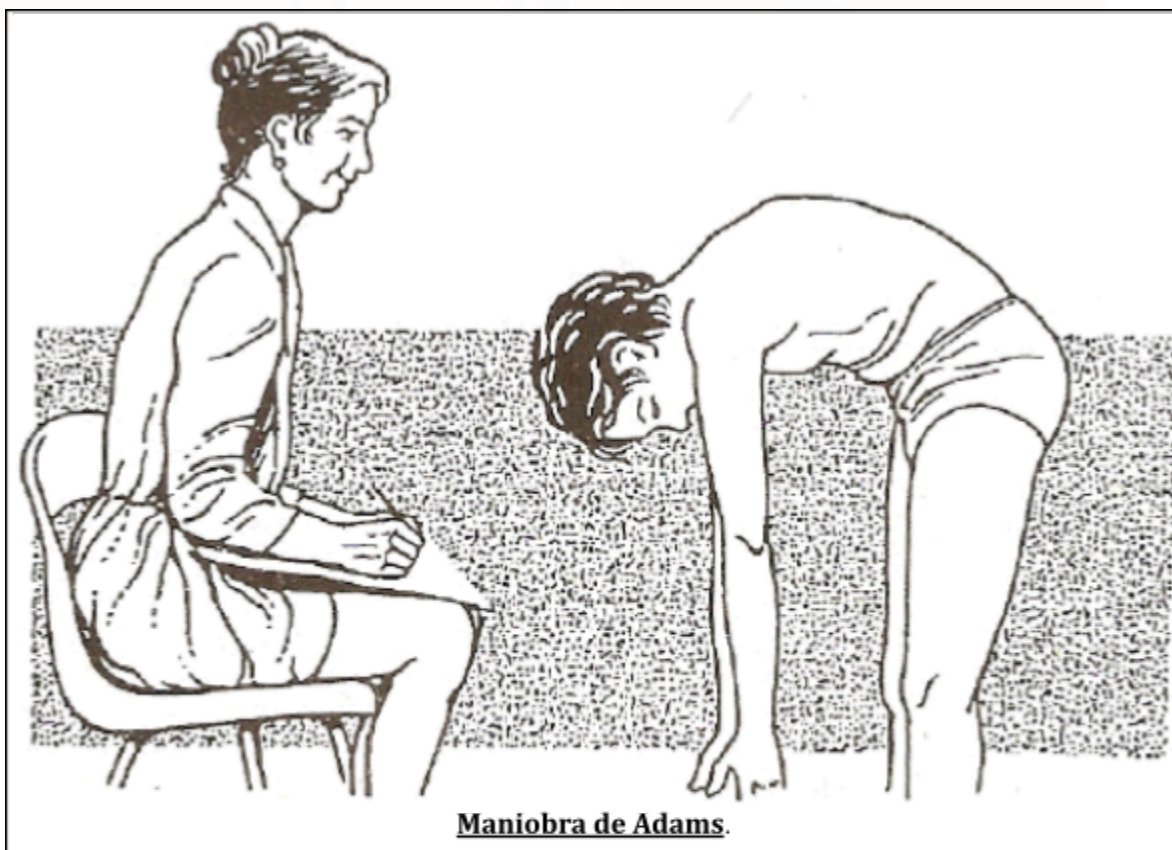
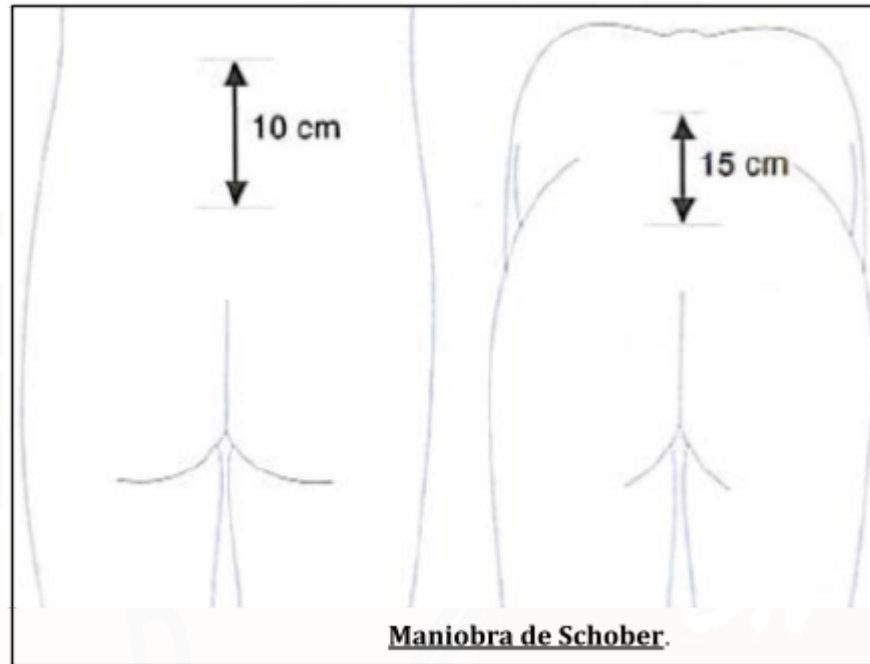
- **Flexión (60°) - Extensión (30°):** la flexión se evalúa pidiendo al paciente que se toque la punta de los pies; normalmente la lordosis lumbar debe transformarse en cifosis; esto no ocurre en la espondilitis anquilosante. La extensión es dolorosa en las hernias de disco.
- **Lateralización (45°):** este es el único movimiento donde no participa la cadera; está disminuida en la espondilitis anquilosante.



MANIOBRAS ESPECIALES

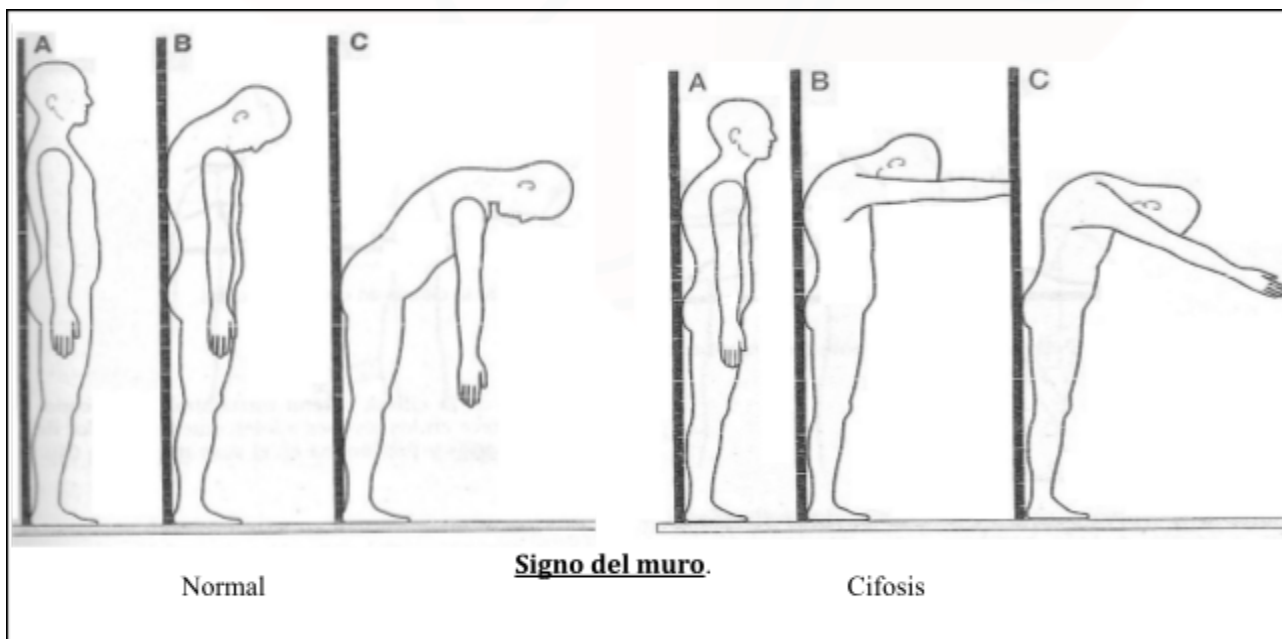
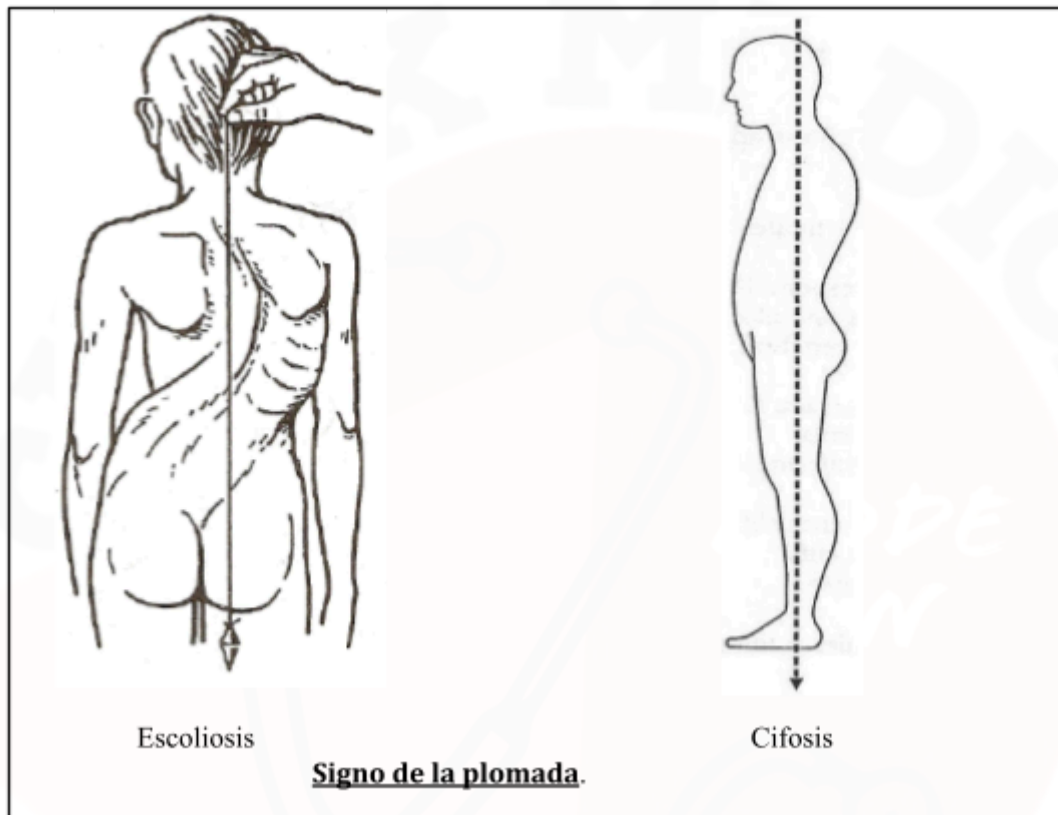
MANIOBRA DE SCHOBER: es utilizada para seguimiento de la espondilitis anquilosante. Se hace una marca sobre las crestas ilíacas y otra 10 cm más arriba. Al agacharse el paciente, la separación entre ambas debe ser mayor de 13 cm (es decir, que la separación aumenta en más de 3 cm).

MANIOBRA DE ADAMS: es utilizada en la escoliosis (y también puede utilizarse en la cifosis). Se le indica al paciente que se incline hacia adelante, intentando tocarse la punta de los pies. En las columnas normales no se modifica la simetría del tronco, sin embargo en la escoliosis se evidencia la giba costal. El médico debe observar desde adelante, desde atrás y desde los lados.



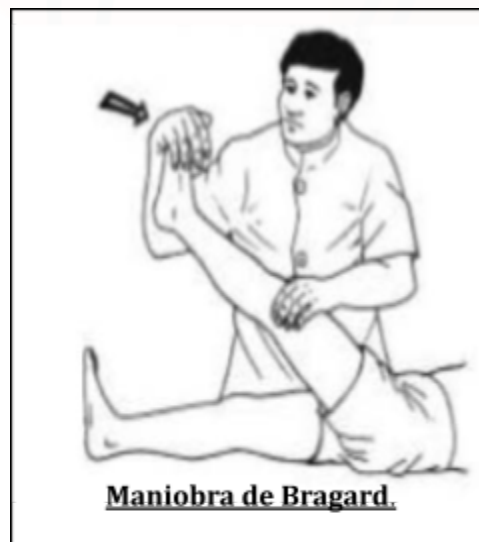
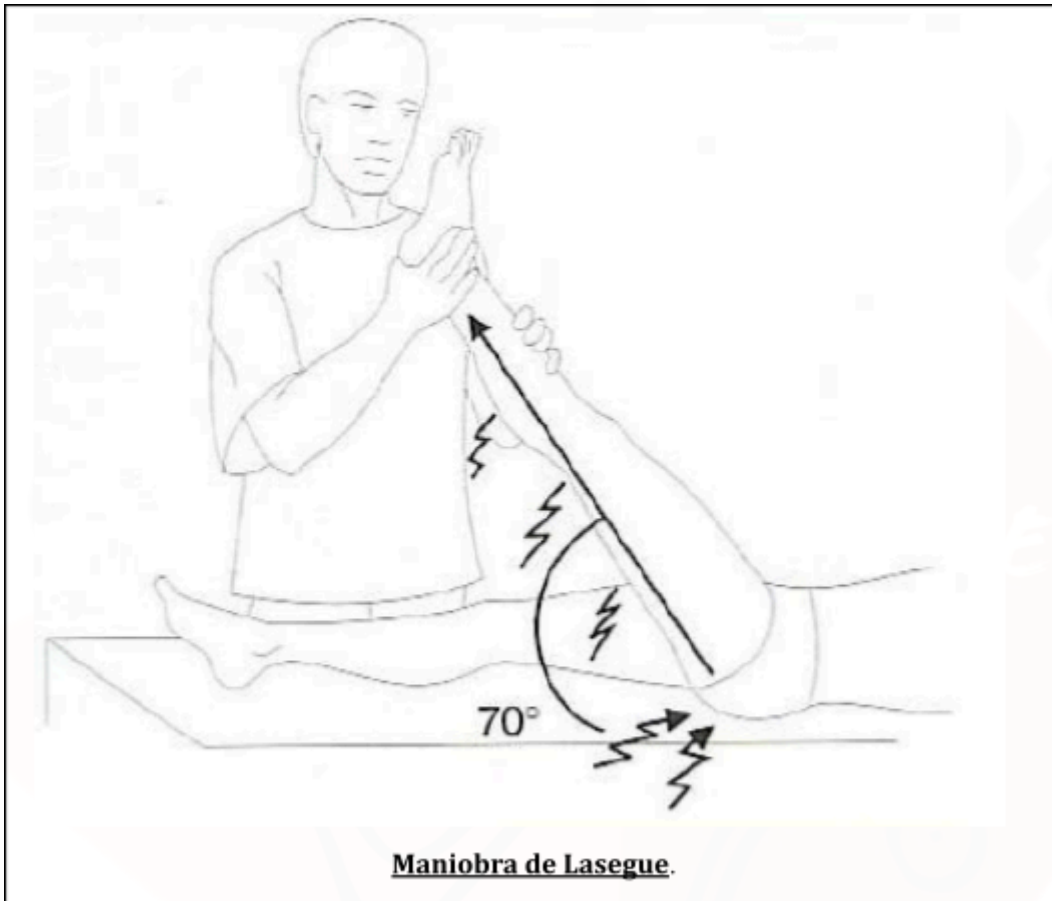
SIGNO DE LA PLOMADA: es utilizada en la escoliosis (y también en la cifosis). Se tira una plomada desde la protuberancia occipital externa que puede caer en el pliegue interglúteo (escoliosis compensada) o por fuera de él (escoliosis descompensada).

SIGNO DEL MURO: es utilizada en la cifosis. Se coloca al paciente de espaldas a la pared. Normalmente (cifosis normal) la cabeza se recarga en el muro (A), puede tocar con el mentón el esternón (B) y al pedir que flexione el tronco la cifosis torácica se arquea poco (C). En pacientes con cifosis aumentada, la cabeza no puede recargarse en el muro (A), se requiere mayor esfuerzo para tocar con el mentón el esternón (B) y al pedir que se flexione se arquea en forma considerable la columna torácica (C).



MANIOBRA DE LASEGUE: se utiliza en la Lumbociatalgia (radiculopatía L5-S1).

Con el paciente en decúbito dorsal, se eleva el miembro inferior tomándolo desde el talón, con la rodilla en extensión. Si **antes de los 70°** aparecen **dolor** o **parestesias** en banda (a lo largo del miembro inferior y con la distribución propia de la raíz afectada), la maniobra se considera positiva. Se debe tener en cuenta que a partir de los 70° se puede producir dolor por compromiso de la cadera, las articulaciones sacroilíacas y la región lumbosacra. El dolor tiene una **distribución típica** (comienza en la nalga y se propaga hacia la cara posterior del muslo, pantorrilla, pie y dedo grueso). Esta maniobra se puede **sensibilizar** con una dorsiflexión forzada del pie (**MANIOBRA DE BRAGARD**).

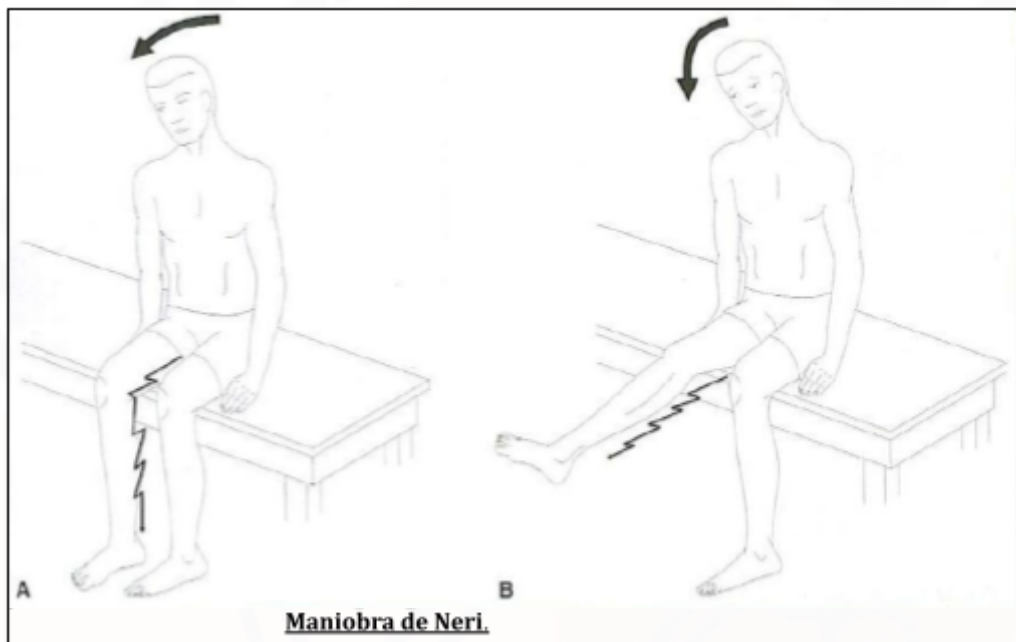


MANIOBRA DE NERI: tiene el mismo significado que Tiene la Maniobra de Lasegue.

Con el paciente sentado y con las piernas colgando de la camilla, se le flexiona la cabeza en forma pasiva, intentando hacer contacto mentón-tórax. Esto provoca los síntomas (dolor y parestesias). Esta maniobra se puede **sensibilizar** elevando la pierna, mediante extensión de la rodilla.

MANIOBRA DE GOLDTHWAIT:

Posee gran sensibilidad para la detección de la lumbalgia. Con el paciente en decúbito dorsal, se eleva la pierna con la rodilla extendida (como en la prueba de Lasegue) mientras se coloca la otra mano en la región lumbar con el fin de detectar el instante en que la columna comienza a moverse. La aparición de dolor lumbar bajo en este momento indica compromiso de la columna lumbar. Esta maniobra es válida siempre y cuando las caderas y las articulaciones sacroilíacas se hallen libres de dolor a la exploración.



MANIOBRA DE GOLDTHWAIT

Decúbito dorsal

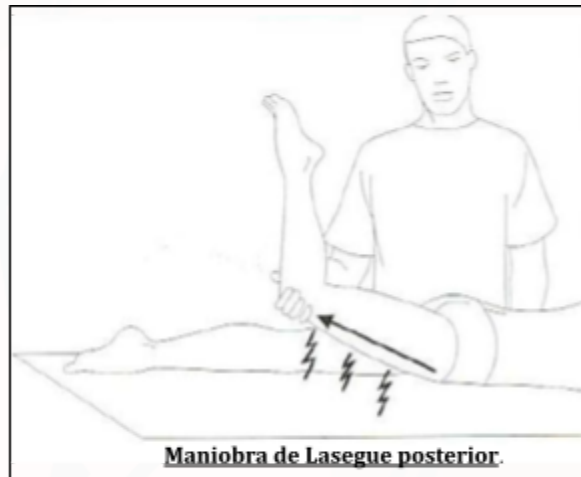
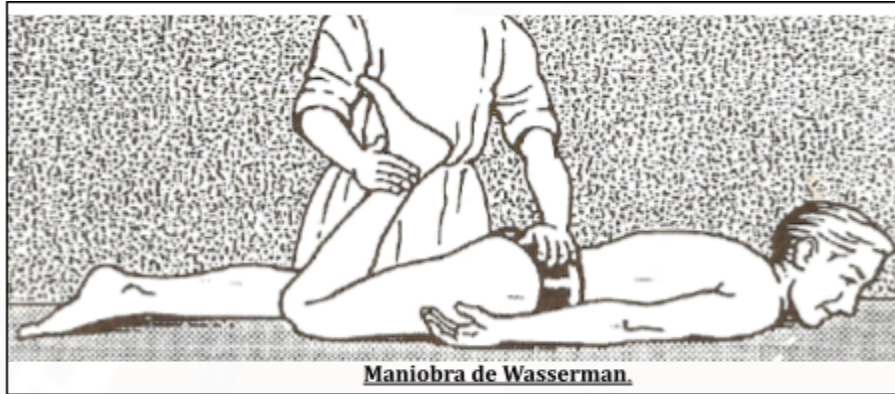
Caderas y Art.
VÁLIDA → Sacroilíacas libres de dolor

La fotografía muestra a un profesional de salud en un traje verde realizando la Maniobra de Goldthwait en un paciente que está acostado boca arriba. El profesional levanta la pierna derecha del paciente con la rodilla extendida. Una mano del profesional está colocada en la región lumbar del paciente para detectar el movimiento de la columna. Hay tres etiquetas de texto: 'Eleva la pierna' apunta a la pierna que se levanta; 'Detectar que la columna comienza a moverse' apunta a la mano en la espalda; 'Mano en la región lumbar' apunta a la mano que sostiene la pierna.

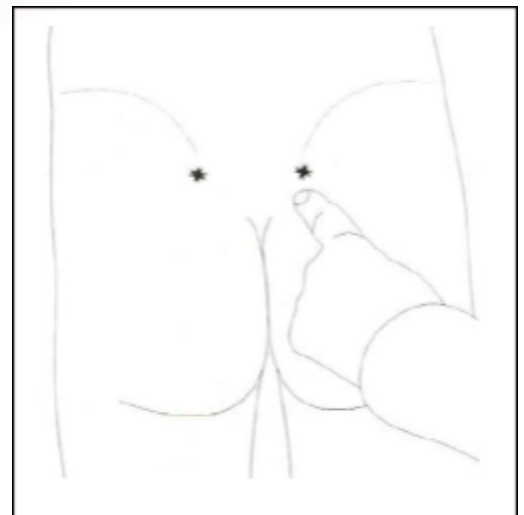
DOLOR LUMBAR BAJO → **COMPROMISO DE LA COLUMNA LUMBAR**

MANIOBRA DE WASSERMAN: evalúa la Lumbocruralgia (radiculopatía L3-L4). El paciente está en decúbito ventral, y **se flexiona la rodilla**, lo cual provocará los síntomas, principalmente dolor y parestesias en la región anterior del muslo (cruralgia).

MANIOBRA DE LASEGUE POSTERIOR: es similar a la anterior, pero **se extiende el muslo** en vez de flexionar la rodilla. Estas maniobras se pueden sensibilizar mediante la flexión plantar forzada del pie.



SIGNOS DE DE SEZA Y DELITALA: la palpación (De Seza) y la percusión (Delitala) a nivel de los espacios interespinales y a dos traveses de dedo de la línea media puede reproducir los síntomas (dolor y parestesias) en las radiculopatías.



ARTICULACIÓN SACROILÍACA

PALPACIÓN

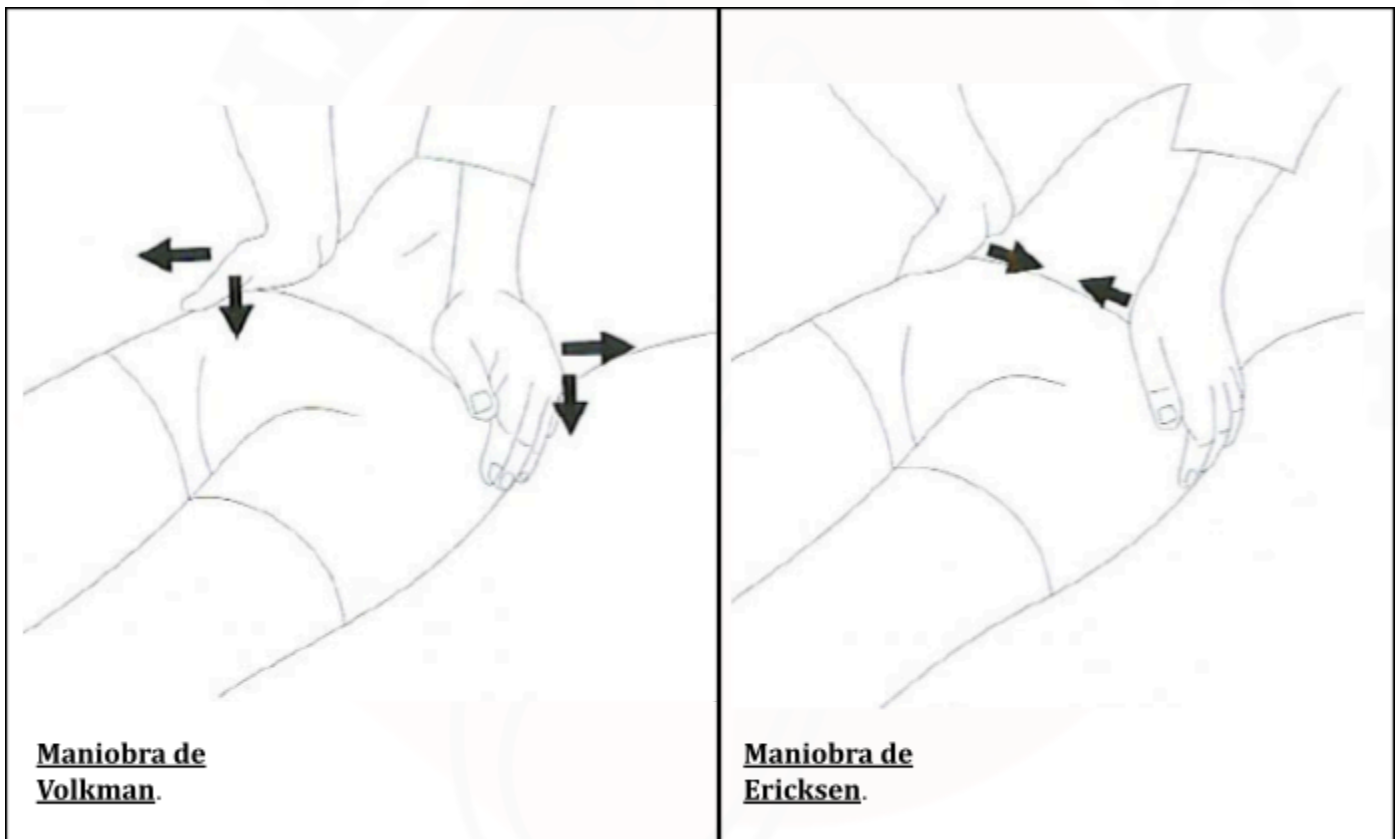
Punto sacroilíaco de Forestier-Jacqueline-Rotes-Querol: está localizado inmediatamente por debajo de la espina ilíaca postero-superior (EIPS). Es doloroso en la sacroileítis.

MANIOBRAS ESPECIALES

Son maniobras que evidencian una sacroileítis, mediante la reproducción del dolor lumbar progapado a la cara posterior del muslo (Seudociática).

MANIOBRA DE VOLKMAN O MANIOBRA DE APERTURA: con el paciente en decúbito dorsal, se presionan las espinas ilíacas antero-superiores (EIAS) hacia afuera.

MANIOBRA DE ERICKSEN O MANIOBRA DE CIERRE: Se presionan las espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS) hacia adentro.



MANIOBRA DE PATRICK: el paciente en decúbito dorsal, debe formar un “número cuatro” con sus miembros inferiores, y el médico presiona sobre la rodilla ubicada por encima, para evaluar la articulación sacroilíaca de ese lado.

MANIOBRA DE GAENSLEN: el paciente en decúbito dorsal, deja caer un miembro inferior fuera de la camilla, mientras sujeta contra sí el otro miembro inferior. El médico lo sostiene desde atrás. Evalúa la articulación del lado que cae al suelo.

MANIOBRA DE LAGUERRE: con el paciente en decúbito dorsal, con la rodilla y la cadera del lado por explorar flexionadas y en abducción, el examinador fija con una mano la espina ilíaca anterosuperior del lado opuesto, en tanto que la otra mano ejerce presión sobre la rodilla hacia el plano de la cama.

