

Exploración clínica del raquis

Curso Básico SETLA

Luís Ollero Fernández



Sevilla , 9 Junio de 2012



Aspectos generales

- 1. Inspección visual.**
- 2. Anamnésis correcta.**
- 3. Exploración de raquis cervical.**
- 4. Exploración de raquis dorsal.**
- 5. Exploración de raquis lumbo-sacro.**
- 6. Conclusiones.**

1. Inspección visual

En el momento de la consulta es importante observar la postura que el paciente adopta a la hora de entrar en la sala de exploración:

- Si es antiálgica.
- Si presenta desviación postural forzada.
- Si existe una clara disimetría en primera impronta de miembros inferiores (MMII) y/o miembros superiores (MMSS).

1. Inspección visual (2)

- Presencia de cicatrices o deformidades anatómicas, cifosis, lordosis, escoliosis.
- Presencia de atrofas por lesiones neurológicas previas.
- Presencia de anomalías cutáneas:
 - Manchas “café con leche”: E. Von Recklinghausen.

Otras anomalías asociadas:

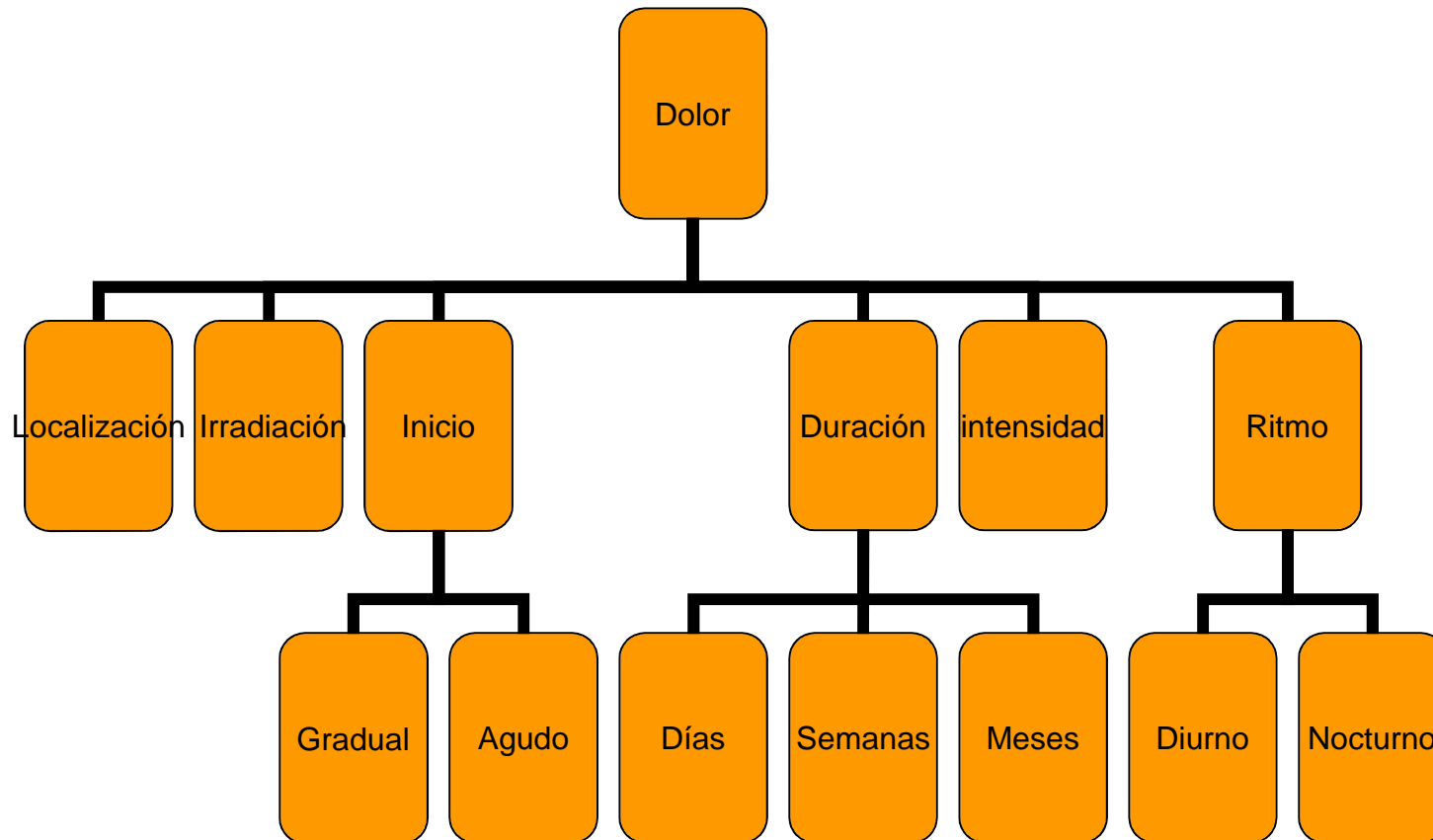
- Trastornos oculares: E. Marfan
- Hiperlaxitud articular: E. de Ehlers-Danlos.

2. Anamnésis correcta

- La realización de una **buena anamnésis** y la **exploración física** son mas que fundamentales en la aproximación diagnóstica de toda la patología de raquis.
- Se debe indagar fundamentalmente en antecedentes personales y familiares, mecanismo lesional y fuerza de este, periodicidad de algias, tratamientos previos, histórico de actuaciones propias y en la medida de nuestras posibilidades, ajenas...

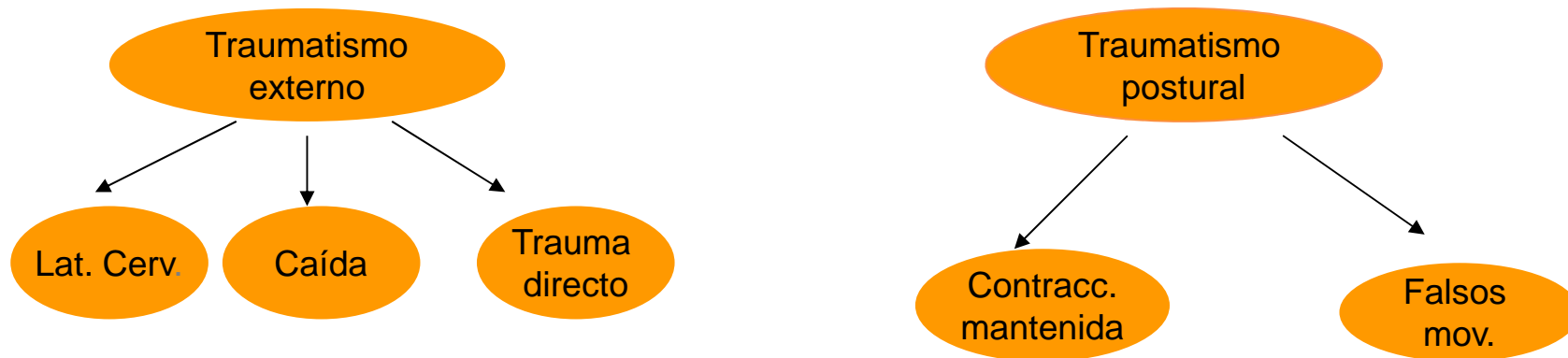
2. Anamnésis correcta (2)

a) Dolor:



2. Anamnésis correcta (3)

b) Mecanismo lesional:



2. Anamnésis correcta (4)

c) Sintomatología acompañante:

- Cefaleas.
- Vómitos.
- Mareos.
- Trastornos visuales.
- Trastornos auditivos.
- Trastornos cognitivos.
- Parestesias.
- Radiculalgias.

3. Exploración raquis cervical

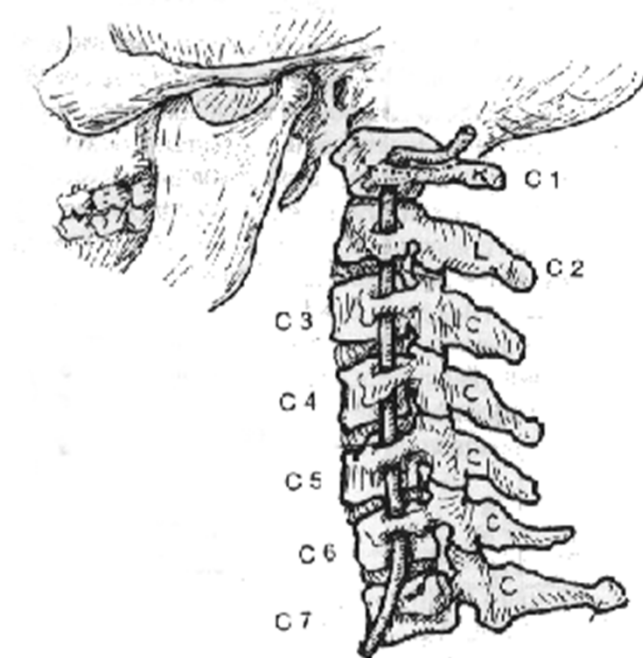
a) Puntos dolorosos:

1) Palpación de:

- Apófisis espinosas
- Mastoides
- Protuberancia occipital
- Músculos del cuello
- Cartílagos hioides, tiroides y anillo cricotiroides

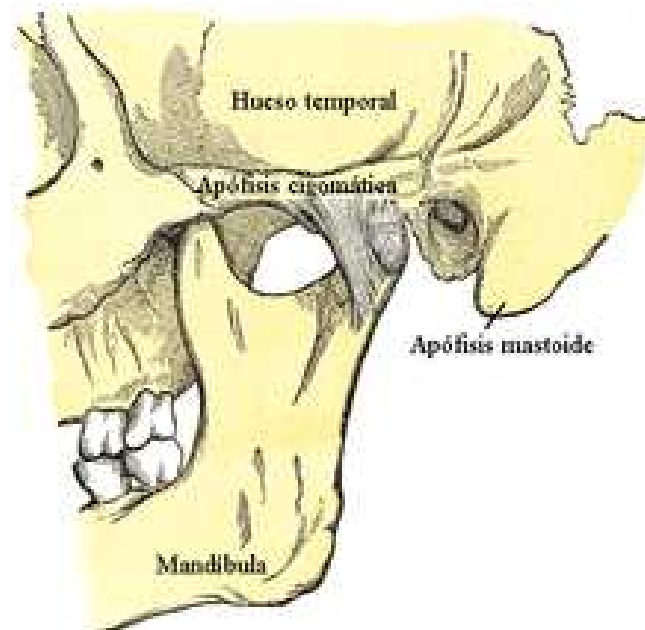
Puntos dolorosos

- Apófisis espinosas



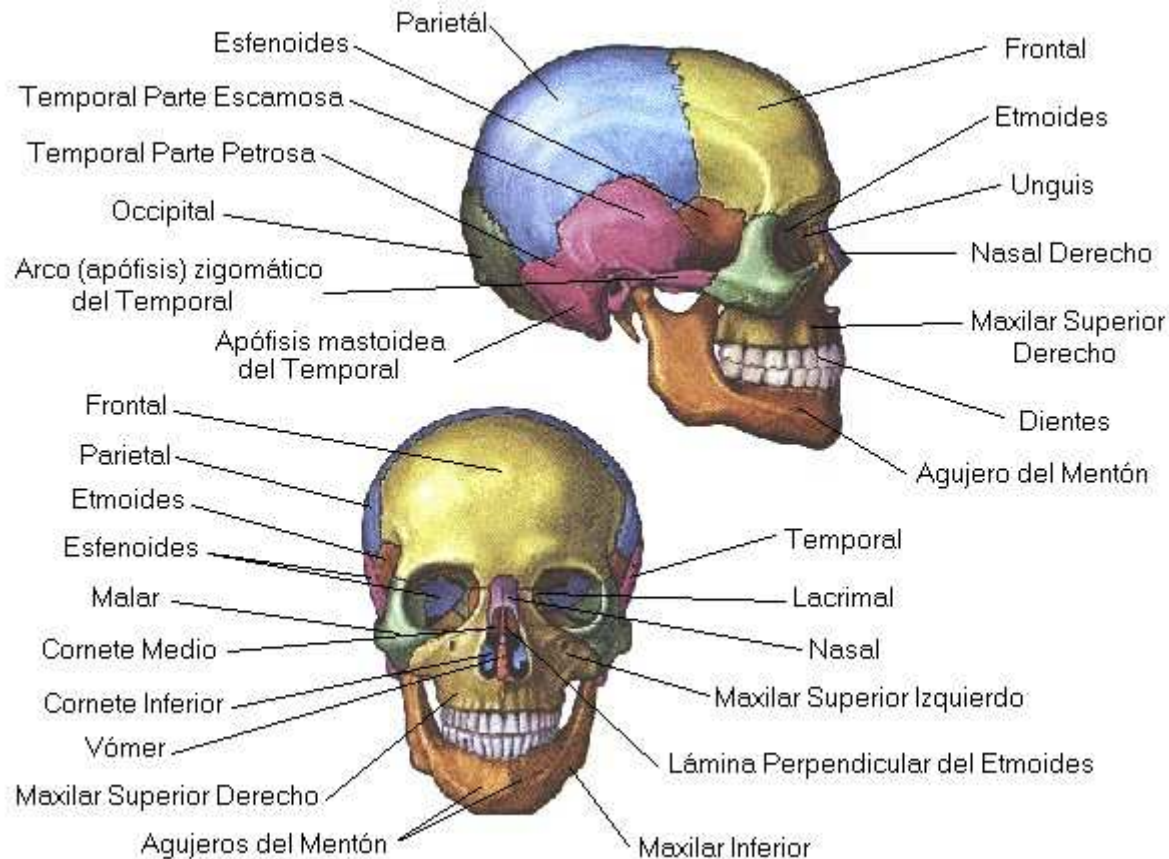
Puntos dolorosos (2)

- **Mastoides**



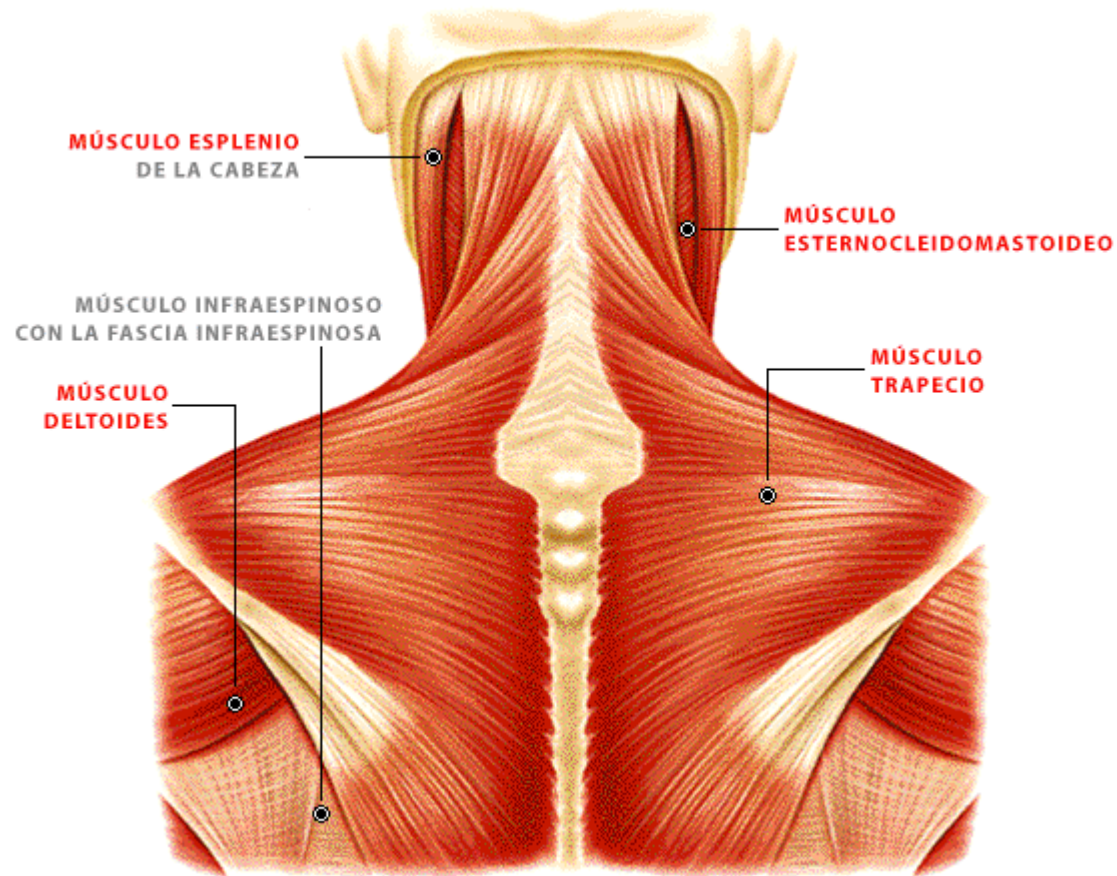
Puntos dolorosos (3)

- **Protuberancia occipital**



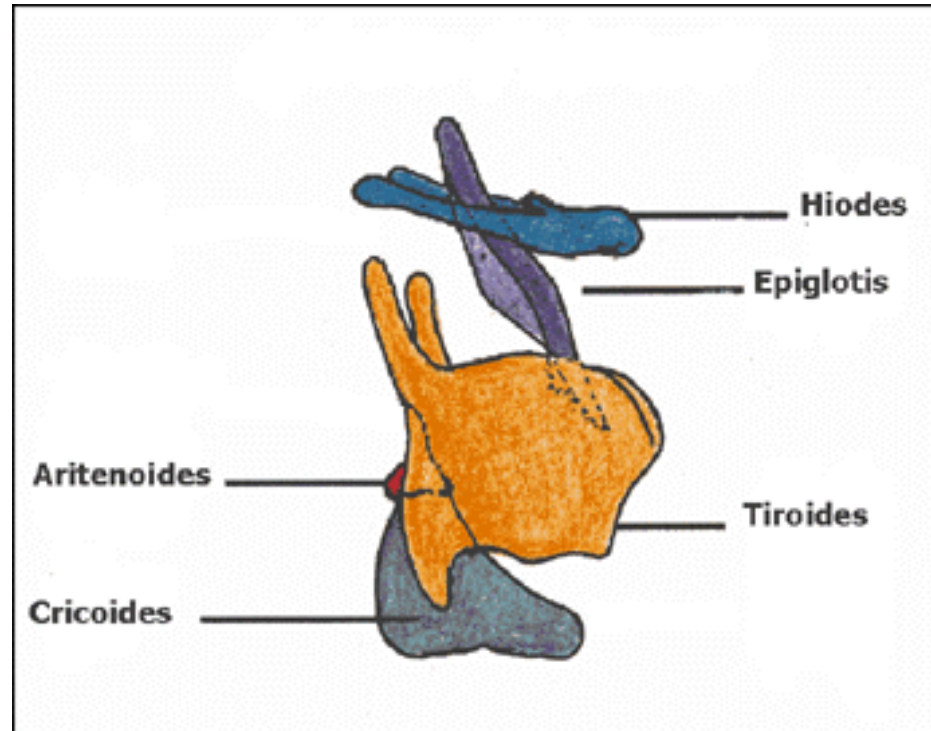
Puntos dolorosos (4)

- **Músculos**



Puntos dolorosos (5)

- Cartílagos laríngeos



3. Exploración raquis cervical

a) Arcos de movilidad:

Movilidad normal:

- Extensión: 75°-90°
- Flexión: 60°-90°
- Rotación: 80°-90°
- Flexión lateral: 45°-50°

Arcos de movilidad

Extensión



Flexión



Arcos de movilidad (2)

Rotación



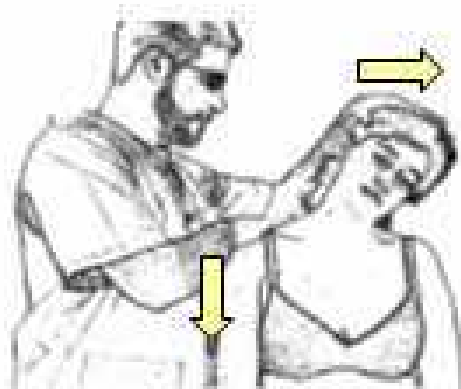
Flexión Lateral



3. Exploración raquis cervical

c) Pruebas de provocación:

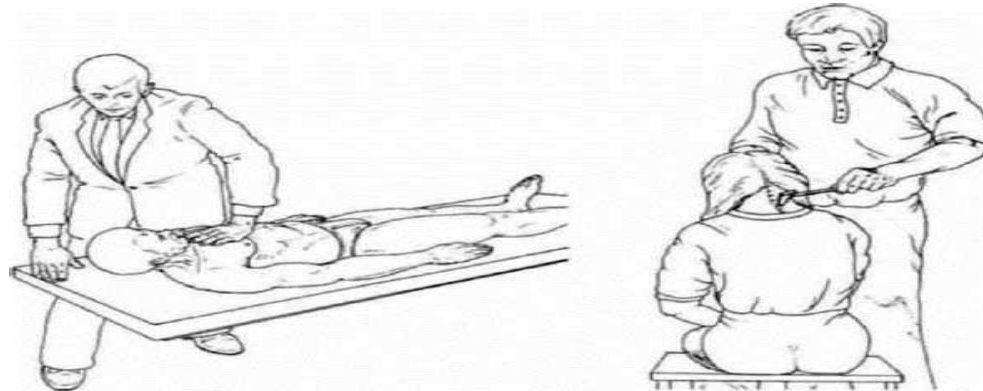
1. **O'Donoghues:** se realiza contracción isométrica ipsilateral, pasiva y posteriormente activa: si aparece dolor pasivamente se puede intuir dolor artrosico, si el dolor es tanto en activo como pasivo, se intuye dolor muscular.



3. Exploración raquis cervical

c) Pruebas de provocación:

- 2. Prueba de Soto-Hall:** Se trata de una prueba funcional inespecífica que se realiza con movimiento pasivo de flexión raquis con paciente en decúbito, mientras se presiona el esternón, apareciendo dolor en región de nuca. Su positividad indica lesión ósea o ligamentaria.



3. Exploración raquis cervical

c) Pruebas de provocación:

3. **Spurling:** El paciente se encuentra en sedestación e inclina y rota la cabeza hacia cada lado. El medico, que se encuentra detrás del enfermo, coloca una mano encima de la cabeza de éste y con la otra golpea ligeramente sobre ella.

Esta prueba ayuda a detectar síndromes facetarios y compresiones radiculares. Si existe una irritación de las carillas articulares o una compresión de las raíces nerviosas, la exploración resulta muy dolorosa.



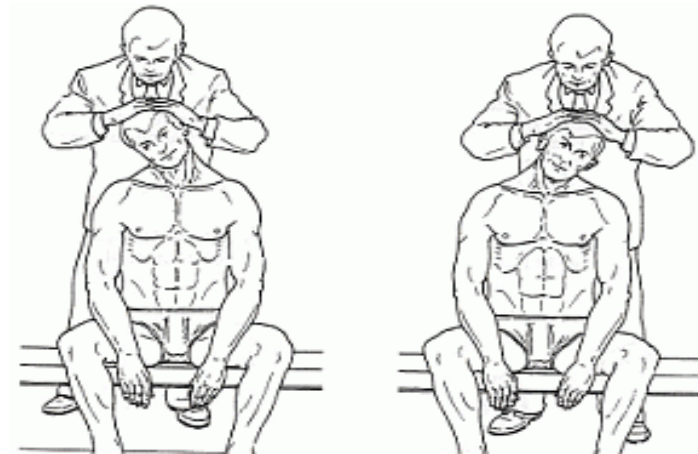
3. Exploración raquis cervical

c) Pruebas de provocación:

- 4. Compresión de Jackson:** El paciente se encuentra en sedestación. El medico se sitúa detrás del enfermo, coloca sus manos encima de la cabeza de éste y la mueve hacia ambos lados. En una posición de inclinación lateral máxima, el medico efectúa una presión axial sobre la columna vertebral.

La aparición de dolor periférico suele ser consecuencia de alteración de superficies articulares.

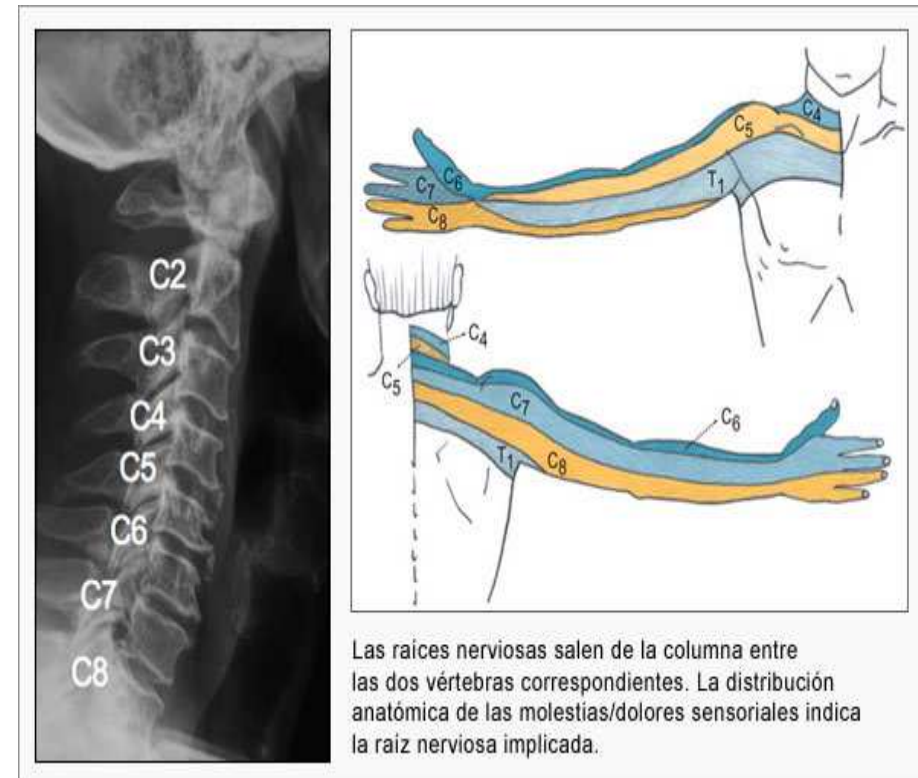
El dolor localizado puede ser consecuencia de la distensión de la musculatura contralateral del cuello.



3. Exploración raquis cervical

d) Exploración neurológica:

- La localización del dolor y las parestesias dependerá de la raíz afectada:
 - C3-C4: cuello y hombro
 - C5: cara externa del hombro y cuello, con debilidad muscular del deltoides y, en ocasiones del bíceps, reflejo bicipital afectado.



3. Exploración raquis cervical

d) Exploración neurológica:

1. **Reflejo bicipital:** se explora con el brazo del paciente flexionado a nivel del codo con la palma hacia abajo, a continuación se apoya el pulgar u otro dedo sobre el tendón del bíceps, se percute con el martillo de reflejos de tal forma que el golpe se transmita a través del dedo del explorador hacia el tendón del bíceps, la respuesta esperada es la flexión del codo apreciándose la contracción del músculo bíceps.



3. Exploración raquis cervical

d) Exploración neurológica:

2. **C6:** cara posterior de hombro, y anteroexterna de brazo, antebrazo (borde radial), hasta llegar a los dedos 1º y 2º. Debilidad muscular en supinador largo y bíceps. Reflejo del supinador largo abolido: La mano del paciente apoyada en abdomen, con el antebrazo en pronación parcial, luego se percute el hueso radio 3 a 5 cm por encima de la muñeca, la respuesta esperada es la supinación y flexión del antebrazo.



3. Exploración raquis cervical

d) Exploración neurológica:

3. **C7:** región escapular, cara posterior de brazo y antebrazo, llegando hasta los dedos 2º, 3º y 4º. Debilidad muscular en tríceps y pronador redondo. Reflejo tricipital abolido. Flexionar el brazo del paciente a nivel del codo, con la palma dirigida hacia el cuerpo, luego se procede a percutir el tendón del tríceps inmediatamente por encima del codo. La respuesta esperada es la extensión del codo con contracción del músculo tríceps.



3. Exploración raquis cervical

d) Exploración neurológica:

4. **C8:** cara interna o cubital de codo y antebrazo, hasta llegar a los dedos 4^o y 5^o. Debilidad muscular en tríceps y músculos de la mano.

4. Exploración raquis dorsal

a) Particularidades:

- El raquis dorsal presenta una movilidad reducida por la presencia de arcos costales.
- Es el principal asiento de las deformidades de raquis.
- Es la parte del raquis que menor conflicto presenta desde el punto de vista de la traumatología laboral.

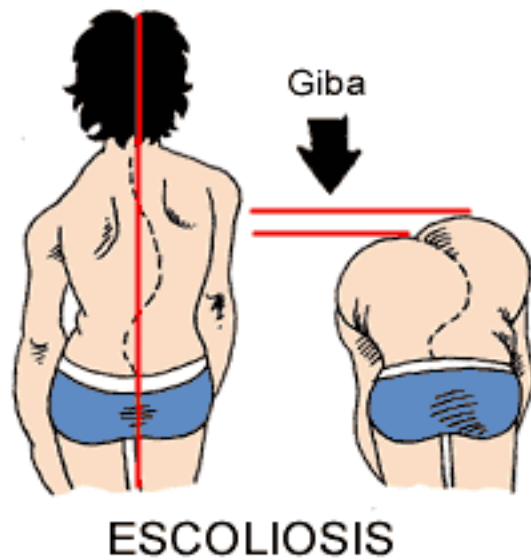
4. Exploración raquis dorsal

b) Actitud escoliótica vs. escoliosis:

- En la actitud escoliótica hay sólo desviación de la columna en el plano frontal, con ausencia de gibosidad y de rotación vertebral.
- En la escoliosis existe desviación de la columna en el plano frontal acompañado de rotación y gibosidad.

4. Exploración raquis dorsal

c) Maniobra de Adams:



5. Exploración raquis lumbo-sacro

a) Palpación:

- Tras observación y anamnesis minuciosa, se iniciara la exploración colocando 2º y 3º dedo en crestas iliacas con pulgares en la línea media a nivel de L3-L4.
- De especial interés, es la presencia de hueco palpable que haría sospechar espondilolistesis y la ausencia de apófisis espinosa que nos haría pensar en presencia de espina bífida.
- Presencia o no de contracturas musculares asociadas.
- Dolores irradiados a MMII.

5. Exploración raquis lumbo-sacro

a) Palpación:

- Crestas ilíacas donde se insertan los músculos glúteos.
- Espinas ilíacas posteriores y superiores, donde se insertan ligamentos sacrociáticos.
- Región del ciático.
- Musculatura abdominal anterior y región inguinal.

5. Exploración raquis lumbo-sacro

b) Arcos de movilidad:

- Flexión: Normal 60°-70°
- Extensión: 30°
- Rotación: 5-10°
- Movimientos Laterales: 25°

5. Exploración raquis lumbo-sacro

c) Maniobras de exploración:

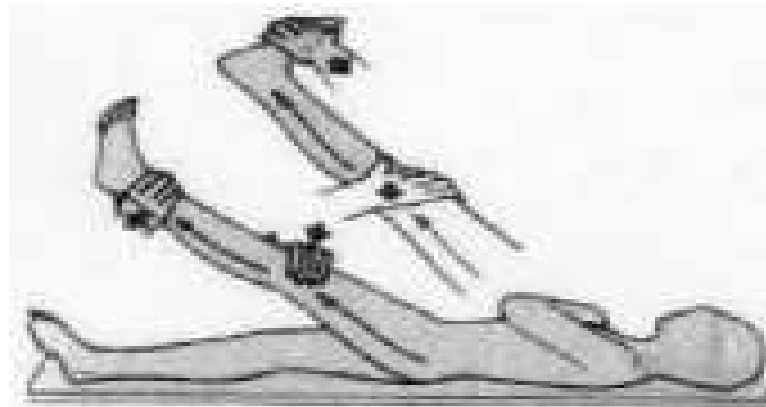
1. **Maniobra de Lasègue:** elevación de pierna extendida con el paciente en decúbito supino. Es positivo si el dolor aparece antes de los 70°. El dolor puede diferenciarse de dolor por estiramiento de los tendones de hueso poplíteo, realizando el test de Bragard.



5. Exploración raquis lumbo-sacro

c) Maniobras de exploración:

2. **Maniobra de Bragard:** se descende la pierna tras maniobra de Lasègue hasta desaparición del dolor y realizamos dorsi-flexion del pie. La ausencia de dolor nos hará pensar en dolor de hueso poplíteo y la persistencia del mismo orienta hacia un origen en el ciático.



5. Exploración raquis lumbo-sacro

c) Maniobras de exploración:

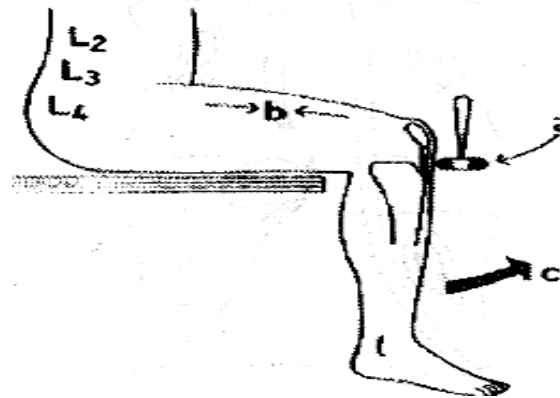
Maniobra de Lasègue invertido: el paciente está en decúbito prono con la rodilla flexionada, realizándose una elevación de la pierna.

Esta maniobra es positiva cuando aparece dolor contralateral que irradia hasta la rodilla por la cara anterior, lo cual sugiere afectación de L4.

5. Exploración raquis lumbo-sacro

d) Exploración de reflejos:

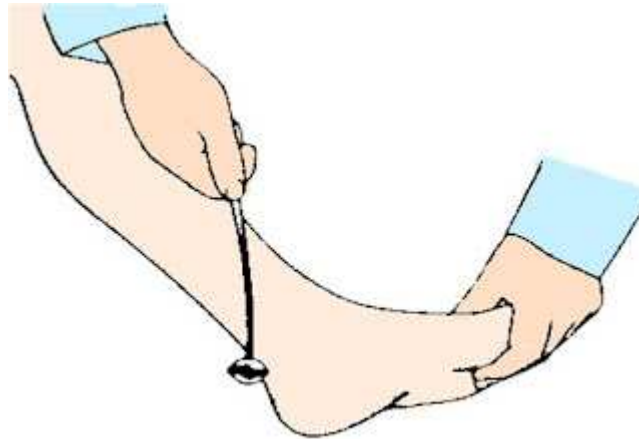
1. **Reflejo patelar:** se explora con el paciente sentado o acostado con la rodilla flexionada y relajada. Se percute el tendón rotuliano inmediatamente debajo de la rotula, se espera la extensión de la rodilla con contracción del cuadriceps. Abolido en afectación de L4-L5.



5. Exploración raquis lumbo-sacro

d) Exploración de reflejos:

2. **Reflejo aquileo:** consiste en que un golpe en el tendón aquileo produce una flexión plantar del pie. Abolido en afectación L5-S1.



5. Exploración raquis lumbo-sacro

d) Exploración de reflejos:

4. Otros:

- **Afectación L2:** debilidad en flexión y adducción de cadera.
- **Afectación L3:** debilidad en extensión de rodilla, abolición de R. rotuliano. Afectación sensitiva de territorio anterior de muslo.
- **Afectación L4:** debilidad en extensión de rodilla, abolición de R. rotuliano. Alt. Sensitiva de región ant. De muslo e interno de la pierna.
- **Afectación L5:** debilidad en dorsi-flexión de 1º dedo y flexión de rodilla.
- Afect. Sensitiva hasta 1º dedo de pie.
- **Afectación S1:** debilidad de flexión plantar del pie, abolición de R. aquileo. Afect. Sensitiva hasta 5º dedo de pie.
- **Afectación S2-S4:** S. cola de caballo con incontinencia o retención urinaria, disminución de tono rectal, y debilidad de musculatura del pie.

6. Conclusiones

- En la exploración clínica de la patología de raquis, existe gran variedad de pruebas de aproximación diagnóstica, todas ellas válidas para encauzar la sospecha diagnóstica.
- Si se realiza sistemáticamente **una buena exploración clínica**, se minimizan las pruebas complementarias solicitadas.
- La transposición de los resultados a la historia clínica, debe ser concisa evitando comentarios subjetivos y sobre todo sin evidenciar aquella patología que solo es sospecha diagnóstica, pero no un diagnóstico definitivo.

Muchas Gracias



Dr. Luís Ollero Fernández

