

El profesor no dio mucha importancia a este seminario, de hecho dio a entender que debería ser más práctico que teórico...

SEMINARIO 3. EXPLORACIÓN DE LA COLUMNA

La exploración de la columna puede realizarse con métodos muy complejos o con unos tan básicos como una piedra atada a una cuerda y un lápiz.

El dolor de espalda es uno de los motivos más frecuentes de consulta y puede ocurrir por múltiples causas:

- ◆ Cambios degenerativos
- ◆ Esfuerzos deportivos
- ◆ Otros esfuerzos
- ◆ Infecciones
- ◆ Cólicos nefríticos
- ◆ Angor
- ◆ Tumores
- ◆ Aneurismas
- ◆ Tráfico-renta (se somatiza diferentes patologías)
- ◆ Patología ginecológica
- ◆ Cólicos biliares
- ◆ Osteoporosis
- ◆ ...

Hay en total más de 60 causas de dolor lumbar. Las más frecuentes son estas: neoplasias, hernia discal, artrosis, espondilólisis, estenosis del canal espinal, enfermedad de Paget, osteoporosis y osteomalacia espondilitis anquilosante, espondilicosis...

☞ EXPLORACIÓN

Consiste en inspección, palpación y escuchación.

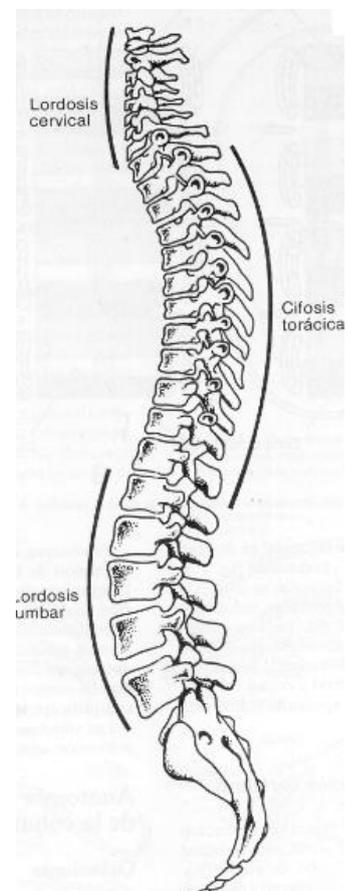
1. Inspección

Se realizará de pie y miraremos al paciente de frente y perfil para observar posibles manchas y alteraciones cutáneas como neurofibromatosis, herpes (dolor dorsal, más en un lado indicado por manchas), psoriasis, pelos,...

Observaremos también la diferencia de altura en hombros y pelvis así como cambios en sus curvas fisiológicas y anomalías (gibas), también nos fijaremos en los relieves óseos y si son normales o no. Las deformaciones de la curva no son iguales pueden ir desde lordosis-cifosis; cifosis-lordosis o aplanamiento de la curva.

Tendremos en cuenta si las curvas (cifosis y lordosis) de la columna cambian al sentarse. No solo se trata de encontrar una anomalía en la curva, sino ver el tipo de anomalía que es, ya que puede estar centrada en unas vertebrae determinadas. Tendremos que saber si la curva es estable, estructurada, rígida o flexible.

Espondilitis anquilopoyética: cifosis lumbar, dorso plano y cifosis o pérdida de la lordosis cervical, esto a su vez provoca que el enfermo esté obligado a caminar en flexión.





En la imagen vemos un ejemplo de espondilosis anquilopoyética.

Podremos ver en la **escoliosis**:

- ♦ A la altura de los hombros, desequilibrio de las curvas (puede ser explorado con la cuerda), puede ser una curva muy pronunciada pero si esta curva está equilibrada no se la considerará patológica. También miraremos la protusión de la escapula (la escoliosis verdadera tiene rotación de los cuerpos vertebrales, si la tengo en dorsal, saco las costillas de la parte convexa → giba)
- ♦ Si la escoliosis es solo lumbar el paciente tendrá dolor pero no una deformidad tan grande como la cervical, es más estética.

Para **diferenciar escoliosis de disimetría**, sentaremos a la paciente y así fijaremos los miembros inferiores y podremos ver si es escoliosis o no, sin embargo, es solo un concepto teórico ya que al tener disimetría alterarás tu curva con el paso del tiempo

Maniobra de Adams: se realiza haciendo inclinar al paciente hacia delante, manteniendo las piernas extendidas. Observaremos si existe una mayor prominencia de un hemitórax respecto al otro, lo cual nos sugerirá la existencia de una rotación de las vértebras y por tanto de una escoliosis verdadera. Sería aconsejable disponer de un sencillo escoliómetro que nos permitiese medir el grado de inclinación.



Las **hernias** afectan a las raíces, la mayoría son lumbares. La raíz tiene axila y hombro así se intenta dar más espacio a la raíz modificando la curvatura para que le duela menos.

- ♦ D4 a nivel de las mamilas
- ♦ D10 a nivel de ombligo
- ♦ D12 pliegue inguinal

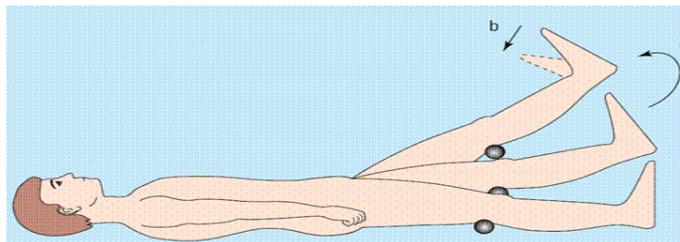
Los **puntos dolorosos** de la espalda son muy poco específicos. Las contracturas vertebrales el único modo que tiene el organismo de sujetar la cabeza es contraer los músculos, ante un problema se contraerá para mantener la cabeza.

☞ EXPLORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL

1. Movilidad: flexión (90°), extensión (75), rotación (90) y lateralización (45°).
2. Motor:
 - a. C5: deltoides y bíceps, el reflejo bicipital en casos de daño aquí estará disminuido o anulado con respecto al otro lado.
 - b. C6: bíceps y extensores del carpo. El reflejo estilo radial en casos de daño aquí estará disminuido o anulado con respecto al otro lado.
 - c. C7: tríceps y flexores de la muñeca. El reflejo tricipital en casos de daño aquí estará disminuido o anulado con respecto al otro lado.
 - d. C8: interóseos y flexores de los dedos. En esta zona no hay reflejos.

☞ EXPLORACION DE LA COLUMNA DORSO-LUMBAR

1. Movilidad: flexión, extensión, lateralización y rotación
2. Se mira la distancia al suelo (maniobra de Schober) aunque este no vale para mucho, por eso se prueba a medir la columna de pie y luego se hace al paciente flexionarla y medimos, la diferencia de cm debe ser de 10 cm.
3. La movilidad de la columna lumbar varia, según la disposición de las vertebrae. La columna lumbar está más para soportar peso no para tener una gran movilidad
4. Exploración motora:
 - a. L4: inerva al cuádriceps, en caso de daño no hay un buen reflejo patelar.
 - b. L5: dorsiflexión del pie y del primer dedo, en caso de daño no se puede doblar el pie hacia arriba
 - c. S1: inerva a soleos y gastrocnemios problemas para reflejo aquileo y flexión plantar del pie y del primer dedo
5. Pruebas y signos
 - a. Signos de Lasègue y Bragard: el signo de Lasègue (a) consiste en estirar el ciático (estirando la pierna en extensión) y este es doloroso, hasta 45° más o menos ya que si no duelen los isquitobiales. El signo de Bragard (b): flexión dorsal del pie es dolorosa al mismo nivel que duele el Lasègue



- b. Maniobra de Valsalva: dolor ciático agudo en la defecación. Se le hace soplar sobre la nariz tapada y si hay hernia aumenta la presión en el LCR lo que es signo de hernia
- c. Signo de Brudzinski



6. Pruebas especiales:

- a. Hoover: poner las dos manos del médico bajo los talones del paciente, si asciende una pierna la otra apoyara más peso en la mano contraria. Si no es así finge.
- b. Compresión axial: sospecha de dolor lumbar y le comprimimos axialmente la cabeza, esta fuerza se transmite a las cervicales y no a las lumbares de tal manera que si se queja en las lumbares es que esta fingiendo.
- c. Test de extensión de la pierna en sedestacion: esta tumbado el paciente con las piernas por fuera de la camilla, le levantaremos (estamos haciendo un Lasègue) y si le duele tiene patología ciática.

☞ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Radiografía: convencionales y dinámicas (para descartar lesiones ligamentosas), se hacen radiografías en extensión y flexión
- Mielografía: necesita punción lumbar, si hay hernia la vemos.
- Discografía
- EMG
- TAC
- RMN
- Gammagrafía
- Otras
 - Tomografía
 - Arteriografía
 - PET