*Valoración de la movilidad segmentaria pasiva del raquis cervical tipo*

La amplitud de la movilidad activa de la columna cervical es la suma de la participación de los diferentes segmentos vertebrales, no permitiendo determinar el segmento responsable de la disfunción; por tanto, es necesario evaluar pasivamente la movilidad segmentaria.

Del examen de la movilidad pasiva segmentaria se puede obtener información sobre:

* La amplitud del movimiento segmentario en los tres planos del espacio (flexoextensión, inclinación y rotación).
* El tipo de resistencia durante y al final del movimiento pasivo.
* La reproducción de los síntomas durante la realización de la prueba.
* El tipo y las características de la disfunción articular, tanto de hipomovilidad como de hipermovilidad.

En la valoración pasiva segmentaria se evalúan por separado los movimientos de flexión y extensión, inclinación lateral derecha e izquierda y rotación derecha e izquierda, pudiendo efectuarse con el paciente en decúbito supino o en sedestación.

**A. Valoración de la movilidad pasiva cervical en decúbito supino**

*A.1. Valoración de la flexión/extensión segmentaria (Fig. 5):*

Objetivo:

Localizar una posible disfunción en flexión o en extensión en el raquis cervical tipo.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con la cabeza y el cuello en posición neutra en todos los planos. Debe colocarse una almohada bajo las rodillas, con el fin de quitar tensión al sistema neuromeníngeo y que no interfiera con los movimientos a valorar. Los codos deben colocarse en flexión por debajo de 90 grados, para no someter a tensión a las >estructuras neurales de los miembros superiores.

Posición del fisioterapeuta:

De pie a la cabecera del paciente.

Contactos:

Se colocan los pulgares en la parte anterior de las apófisis transversas del segmento a valorar y los dedos índices y medios por detrás de cada macizo articular. El contacto debe ser lo más amplio posible, con el fin de que la presa resulte confortable para el paciente.

Fig. 5.

Procedimiento y valoración:

* Para valorar la extensión segmentaria, se empuja simultáneamente hacia adelante sobre ambos macizos articulares, induciendo un movimiento de extensión cervical.
* Para valorar la flexión segmentaria, se empuja simultáneamente hacia atrás sobre ambas apófisis transversas, induciendo un movimiento de flexión.

En caso de disfunción de convergencia, el fisioterapeuta apreciará restricción a la flexión y en una disfunción de divergencia, se percibirá restricción a la extensión.

*A.2. Valoración de la inclinación lateral segmentaria (ejemplo: inclinación lateral derecha) (Fig. 6):*

Objetivo:

Detectar una posible restricción o hipermovilidad de la inclinación lateral segmentaria en el raquis cervical tipo.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con la cabeza y el cuello en posición neutra en todos los planos. Debe colocarse una almohada bajo las rodillas, con el fin de que la tensión de las estructuras neuromeníngeas no interfieran en el movimiento. Los codos deben estar ligeramente flexionados por debajo de 90 grados.

Posición del fisioterapeuta:

De pie a la cabecera del paciente y ligeramente desplazado hacia la derecha.

Contactos:

Con los dedos índice y medio de la mano derecha se contacta con la parte lateral del macizo articular derecho del segmento a valorar. La mano izquierda abarca el occipital y la parte izquierda de las vértebras cervicales superiores.

La cabeza del paciente puede reposar en el abdomen del fisioterapeuta, pero permaneciendo en todo momento en la línea media.

Fig. 6.

Procedimiento y valoración:

Tomando como punto fijo la cabeza del paciente en el abdomen o en la mano izquierda del fisioterapeuta, con la mano derecha empuja el macizo articular derecho hacia la izquierda, provocando un movimiento de inclinación lateral derecha.

Se repite el mismo procedimiento desde el macizo articular izquierdo, imprimiendo una traslación lateral hacia la derecha, para evaluar el movimiento de inclinación lateral izquierda.

Si se detecta una restricción al movimiento de la inclinación lateral derecha, dicha restricción es compatible con una disfunción de convergencia izquierda (ERS izquierda) o de divergencia derecha (FRS izquierda).

*A.3. Valoración de la rotación segmentaria (ejemplo: rotación derecha) (Fig. 7):*

Objetivo:

Valorar analíticamente el movimiento de rotación segmentaria en el raquis cervical tipo.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con la cabeza apoyada en la camilla y en posición neutra en todos los planos. Las caderas y rodillas deben estar ligeramente flexionadas y los codos en semiflexión por debajo de 90 grados.

Posición del fisioterapeuta:

De pie a la cabecera del paciente.

Contactos:

El fisioterapeuta coloca el borde radial del índice de la mano izquierda en contacto con la parte posterior del macizo articular izquierdo de la vértebra a valorar. La mano derecha sujeta la cabeza del paciente, con una presa amplia, abarcando el occipital, de tal manera que el cuarto y quinto dedo contacten con el occipital y la región craneocervical. La cabeza puede apoyarse en el abdomen del fisioterapeuta, pero con escasa flexión.

Fig. 7.

Procedimiento y valoración:

Se imprime un movimiento de rotación derecha y, al mismo tiempo, se monitoriza con su mano izquierda el comportamiento del macizo articular izquierdo durante el movimiento de rotación derecha.

Debe valorarse cualquier restricción al movimiento y el tipo de barrera al final de la amplitud articular.

Si se detecta una restricción de la rotación derecha, dicha restricción es compatible con una disfunción de convergencia izquierda (ERS izquierda) o de divergencia derecha (FRS izquierda).

**3.3. Pruebas específicas para la valoración de estructuras cervicales**

En el examen físico de la columna cervical se utilizan, en ocasiones, una serie de pruebas que pueden ayudar al fisioterapeuta a determinar la estructura responsable de los síntomas del paciente.

Entre otros, se pueden citar los siguientes:

* Pruebas para la integridad articular: valoran la estabilidad de la columna cervical, especialmente de la región craneocervical. Se realizan cuando tras el examen subjetivo, por ejemplo antecedente traumático o artropatía inflamatoria, se sospecha de la existencia de una inestabilidad. Deben efectuarse siempre antes de la exploración física, para evitar los efectos adversos que puedan derivarse.
* Pruebas funcionales para la arteria vertebral: deben realizarse obligatoriamente antes de cualquier procedimiento manipulativo, sobre todo cuando se trata del raquis craneocervical.
* Pruebas para el desfiladero toracobraquial: se utilizan para detectar una compresión del plexo braquial y/o arteria subclavia en el espacio comprendido entre el triángulo interescalénico y la axila.

*3.3.1. Prueba para valorar la funcionalidad vertebrobasilar o de Dekleyn (Fig. 25):*

Objetivo:

Valorar la existencia de un síndrome de insuficiencia vertebrobasilar.

Posición del paciente:

En decúbito supino con el cuello por fuera del borde del cabecero de la camilla.

Posición del fisioterapeuta:

Sentado en un taburete a la cabecera de la camilla.

Contactos:

Apoya la cabeza del paciente en ambas manos, de tal manera que los índices queden dispuestos por detrás del arco posterior del atlas.

Fig. 25.

Procedimiento y valoración:

En primer lugar, el fisioterapeuta lleva el cuello del paciente a máxima extensión, asegurándose que incluye a la región craneocervical; para ello, con los índices realiza una extensión selectivamente sobre esta zona. En segundo lugar, sin perder el grado de extensión cervical, realiza una rotación máxima del cuello a la derecha; se mantiene esta posición durante 15-20 segundos y se repite la prueba en rotación izquierda. En todo momento, el paciente debe permanecer con los ojos abiertos.

la prueba es positiva cuando durante o al final de la prueba aparecen signos o síntomas que formen parte de un síndrome de insuficiencia vertebrobasilar (vértigos, cefalea, acúfenos, vómitos, naúseas, visión borrosa, diplopia, inestabilidad, aturdimiento, etc.).

*3.3.2. Prueba de distracción cervical (Fig. 26)*

Objetivo:

Establecer el diagnóstico diferencial entre una cervicobraquialgia de origen radicular con una cervicobraquialgia de origen plexular o troncular.

Posición del paciente:

En sedestación, con la espalda recta y la cabeza y el cuello en posición neutra en todos los planos.

Posición del fisioterapeuta:

En bipedestación por detrás del paciente y en contacto con su espalda.

Contactos:

El fisioterapeuta coloca los talones de ambas manos contra la parte inferior de la región occipitotemporal. Los antebrazos quedan dispuestos prácticamente verticales.



Fig. 26.

Procedimiento y valoración:

Con ambas manos, el fisioterapeuta ejerce una fuerza de tracción sobre la cabeza del paciente.

La prueba es positiva cuando disminuye o desaparece el dolor cervicobraquial, lo que indica que su origen es radicular. Si la prueba es negativa (no modifica la intensidad del dolor), probablemente la cervicobraquialgia sea de origen plexular o troncular.

*3.3.3. Prueba de compresión axial cervical (Fig. 27 y 28)*

Objetivos:

* Valorar la posible existencia de un compromiso discal (hernia, protrusión o edema discal).
* Orientar si una cervicobraquialgia está originada por un proceso degenerativo que afecta al orificio intervertebral, por una hernia o una protrusión discal.

Posición del paciente:

En sedestación, con la espalda recta y la cabeza y el cuello en posición neutra en todos los planos.

Posición del fisioterapeuta:

En bipedestación por detrás del paciente y en contacto con su espalda.

Contactos:

El fisioterapeuta coloca las manos en la parte superior de la cabeza, cruzando los dedos de ambas manos; los codos pueden apoyarse sobre los hombros del paciente.

Fig. 27. Fig. 28.

Procedimiento y valoración:

En primer lugar, el fisioterapeuta, con la cabeza en posición neutra, ejerce con ambas manos una compresión axial cervical, impidiendo que la columna pierda la verticalidad.

La prueba es positiva cuando provoca o aumenta el dolor cervicobraquial, lo que significa que probablemente su origen sea radicular.

En segundo lugar, se repite la prueba con el cuello y la cabeza en inclinación lateral derecha e izquierda. Si la prueba es positiva con el cuello en inclinación homolateral a la cervicobraquialgia, orienta hacia un conflicto de espacio en el orificio intervertebral del mismo lado de la cervicobraquialgia. En cambio, si el dolor se provoca o aumenta con la compresión y la cabeza en inclinación contralateral a la cervicobraquialgia, orienta a que el origen sea una protrusión discal.