

- Chasquido recíproco = durante la apertura, el disco se reduce a medida que la apófisis condílea de la mandíbula se desplaza por debajo del disco y durante el cierre se percibe un segundo chasquido a medida que la apófisis condílea se desplaza en dirección posterior y el disco se desplaza en dirección anterior

PRUEBA DEL POLO LATERAL

Objetivo: evaluar las partes blandas de la ATM

Posición: de frente al paciente, el médico colocará sus dedos índices para palpar el polo lateral de la ATM

Técnica: abrir y cerrar la boca varias veces

Interpretación: prueba + = ↑ o reproducción de los síntomas que afectan el ligamento lateral o el de la ATM

PRUEBA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

Objetivo: evaluar la cara posterior del disco

Posición: de frente al paciente, el médico inserta sus dedos meñiques en los oídos del paciente

Técnica: mientras el médico presiona con sus dedos hacia adelante, el paciente abre y cierra la boca varias veces

Interpretación: prueba + = ↑ o reproducción de los síntomas

PRUEBA DE CARGA DINÁMICA

Objetivo: imitar la carga de la ATM para diferenciar entre la ATM y el dolor muscular

Posición: paciente sentado con un rollo de gasa entre los molares, en uno de los lados

Técnica: el paciente debe morder el rollo de gasa

Interpretación: la compresión ocurre en el lado opuesto y la distracción en el mismo lado en el que se encuentra la gasa; prueba + = ↑ o reproducción de los síntomas en la ATM

Pruebas en la columna vertebral

Ardor/puntadas

Mecanismo = pinzamiento de la raíz nerviosa secundario a la compresión o tracción del plexo braquial

Signos y/o síntomas

- Ardor o parestesia unilateral a lo largo de C5-C6
- Debilidad transitoria de las extremidades superiores

Intervención:

- Restricción de la actividad, hielo y collarín cervical si es necesario
- El atleta puede retomar la actividad cuando se resuelven todos los síntomas
- Si los síntomas persisten >15 minutos, será necesario derivar al atleta para realizar radiografías/estudios por imágenes

Fuente: Lillegard WA, Butcher KD & Rucker KS (1999); North American Spine Society (2002) en <http://www.spine.org/articles/stingers.cfm>.

PRUEBA DE LA CAÍDA

Objetivo: evaluar la movilidad nerviosa

Posición: sentado, con el tronco en postura encorvada

Técnica: mientras se sostiene el cuello en flexión, provocar la extensión de una rodilla y luego la dorsi-flexión; repetir el movimiento con la otra extremidad inferior

Interpretación: prueba + = reproducción de los síntomas; comparar la reacción de ambos lados



PRUEBA DE LA ARTERIA VERTEBRAL

Objetivo: evaluar la integridad de las arterias carótidas internas

Posición: decúbito dorsal

Técnica: colocar las manos por debajo del occipucio del paciente para extender pasivamente e inclinar hacia un lado la columna cervical, luego rotar a $\sim 45^\circ$ y mantener esta posición durante 30 segundos; conversar con el paciente mientras se controla el movimiento de



las pupilas y la afectación; repetir la maniobra rotando hacia el otro lado

Interpretación: prueba + = la oclusión de la arteria vertebral inhibe el flujo sanguíneo normal y puede causar náuseas, mareos, diplopía, acúfenos, confusión, nistagmo y cambios pupilares unilaterales

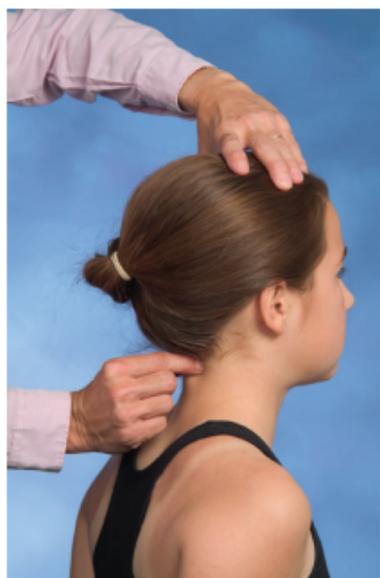
PRUEBA DEL LIGAMENTO ALAR

Objetivo: valorar la integridad del ligamento alar

Posición: decúbito dorsal

Técnica: mientras se palpa la apófisis espinosa de C2, inclinar la cabeza levemente hacia un lado

Interpretación: en condiciones normales, la rotación a la derecha y la inclinación a un lado tensiona el ligamento alar izquierdo y la flexión tensiona ambos lados. De esta manera, la apófisis espinosa (AE) debe moverse inmediatamente en la dirección opuesta a la inclinación lateral. Prueba + = una demora en el movimiento de la AE de C2 puede indicar una patología del ligamento alar (muy común en pacientes con artritis reumatoide)



COMPRESIÓN LATERAL Y ANTEROPOSTERIOR DE LAS COSTILLAS

Objetivo: valorar el estado de las costillas en búsqueda de fracturas

Posición: decúbito dorsal

Técnica: el médico coloca sus manos en la cara lateral de la parrilla costal y ejerce una compresión bilateral; repite el movimiento con las manos en las caras frontal y dorsal del tórax

Interpretación: prueba + = dolor por fractura de costilla o separación costochondral



PRUEBA DE FLEXIÓN HACIA ADELANTE EN POSICIÓN SEDENTE O EN BIPEDESTACIÓN

Objetivo: valorar la movilidad del ilion o el sacro

Posición: sentado o de pie

Técnica: palpar la espina iliaca posterosuperior (EIPS) mientras el paciente se inclina lentamente hacia adelante con las piernas extendidas y las manos intentando alcanzar el piso

Interpretación: el movimiento segmentario debe comenzar en la columna lumbar, luego en el sacro y luego en el hueso ilíaco; prueba + = movimiento asimétrico; el lado afectado es el que se mueve más

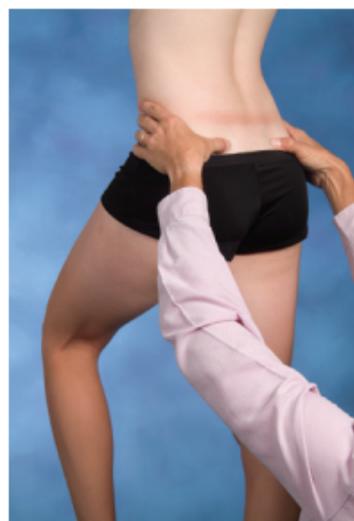
PRUEBA DE MARCHA DE GILLET

Objetivo: evaluar la movilidad del hueso ilíaco

Posición: de pie

Técnica: mientras el médico palpa la cara inferior de la EIPS derecha con un pulgar y la cresta sacra media (S2 a la altura de la EIPS) con el otro pulgar, se solicita al paciente que flexione la cadera derecha a 90-120°; repetir del otro lado

Interpretación: normal = la inclinación de la columna lumbar hacia la izquierda y la rotación a la derecha deben acompañarse de la rotación posterior del hueso ilíaco derecho y de la rotación del sacro hacia la izquierda; prueba + = movimiento asimétrico de la EIPS; chasquido o reproducción del dolor



PRUEBA DE DECÚBITO DORSAL A POSICIÓN SEDENTE

Objetivo: evaluar la posición del hueso ilíaco

Posición: decúbito dorsal con ambas piernas extendidas

Técnica: palpar el maléolo interno mientras el paciente realiza el movimiento de sentarse (cuidar de no rotar el tronco al sentarse)

Interpretación: prueba + = alargamiento de la pierna = rotación posterior del ilion; acortamiento de la pierna = rotación anterior del ilion

PRUEBA DE ELEVACIÓN CON LA PIERNA EXTENDIDA (PRUEBA DE LASÈGUE)

Objetivo: evaluar la movilidad nerviosa

Posición: posición básica de la prueba = flexión de cadera, aducción, rotación interna con rodilla extendida

Técnica: solicitar al paciente que realice los siguientes movimientos para activar nervios específicos

Interpretación: prueba + = reproducción de los síntomas

Modificación de la inclinación del nervio	Nervio implicado
A. Dorsiflexión	Nervio ciático mayor
B. Dorsiflexión, eversión y extensión de los dedos del pie	Nervio ciático poplíteo interno
C. Dorsiflexión e inversión	Nervio safeno externo
D. Flexión plantar e inversión	Nervio safeno interno



A



B



C



D

PRUEBA DE COMPRESIÓN POSTERIOR DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA (ASI) (APERTURA DE LOS COMPONENTES ANTERIORES DE LA ARTICULACIÓN)

Objetivo: Valorar la patología de la ASI

Posición: Decúbito dorsal, con las manos del médico cruzadas en la pelvis del paciente sobre las espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS)

Técnica: aplicar una fuerza lateral sobre las EIAS con las manos

Interpretación: prueba + = reproducción del dolor de la ASI



PRUEBA DE APERTURA POSTERIOR DE LA ASI (COMPRESIÓN DE LAS CRESTAS ILÍACAS)

Objetivo: valorar la patología de la ASI

Posición: decúbito lateral

Técnica: aplicar una fuerza descendente sobre la cara anterior de las EIAS para lograr la apertura de los componentes posteriores de la ASI

Interpretación: prueba + = reproducción del dolor de la ASI

PRUEBA DE HOOVER

Objetivo: detectar la simulación de un cuadro patológico

Posición: decúbito dorsal

Técnica: el médico sostiene los talones del paciente en sus manos; le solicita que levante una pierna

Interpretación: prueba + = el paciente no logra levantar la pierna y la pierna contralateral no ejerce una fuerza descendente

Pruebas en la articulación acromioclavicular (AAC)

PRUEBA DE ADUCCIÓN CRUZADA

Objetivo: valorar la patología de la AAC

Posición: sentado

Técnica: hombro flexionado a 90°; aducir horizontalmente el brazo

Interpretación: prueba + = dolor en la AAC



PRUEBA DE CIZALLAMIENTO DE LA AAC

Objetivo: evaluar la presencia de esguince de la AAC

Posición: sentado; extremidades superiores a ambos lados

Técnica: el médico entrelaza sus dedos y rodea la AAC; apretando sus manos, comprime la AAC

Interpretación: prueba + = el dolor o el movimiento excesivo indica la afectación de los ligamentos de la AAC



Prueba sobre la AAC	Sensibilidad	Especificidad	Referencia
Cizallamiento de la AAC	100	97	O'Brien

“PRUEBA DE LA LATA LLENA”

Objetivo: evaluar la integridad del músculo supraespinoso

Posición: sentado

Técnica: elevar la extremidad superior 90° en el plano del omóplato con rotación externa; resistir la elevación de la extremidad

Interpretación: prueba + = reproducción del dolor y/o debilidad

**SIGNO DEL BRAZO CAÍDO**

Objetivo: evaluar la integridad del músculo infraespinoso

Posición: sentado

Técnica: hombro a un lado en 45° de rotación interna y codo flexionado a 90°; resistir la rotación externa

Interpretación: prueba + = reproducción del dolor y/o debilidad



SIGNO DE NAPOLEÓN

Objetivo: evaluar la integridad del músculo subescapular

Posición: sentado

Técnica: colocar la mano a nivel del vientre y presionar

Interpretación: prueba + = reproducción del dolor y/o incapacidad para lograr la rotación interna; la sustitución puede causar la elevación de la extremidad superior



PRUEBA DE HAWKINS/KENNEDY

Objetivo: evaluar la presencia de un pinzamiento

Posición: sentado

Técnica: colocar el hombro en flexión de 90° y en rotación interna máxima

Interpretación: prueba + = dolor de hombro causado por pinzamiento del músculo supraespinoso entre la tuberosidad mayor y el arco coracoclavicular

