

Clasificación Basada en el Movimiento de los Trastornos Dolorosos

- La movilidad de los segmentos de forma aislada no es predictiva o diagnóstico en la clasificación de los trastornos dolorosos
- “lo que parece crítico es la asociación entre movilidad y el control de los segmentos espinales y su relación con el trastorno doloroso” (O’Sullivan 2005)

Inestabilidad Clínica

“La inestabilidad clínica de un segmento espinal representa la pérdida de competencia funcional del segmento en su zona neutra de movimiento, teniendo como resultado un movimiento y carga anormales, base del dolor asociado a la pérdida de control”

(O’Sullivan 2005)

Inestabilidad Clínica – presentación física

- El rango de mvto. Actio revela una buena movilidad de la columna pero con un movimiento de columna aberrante asociado con un arco doloroso con/sin dolor al final del rango.(O'Sullivan 1997)
- El movimiento aberrante se asocia a una aceleración repentina, vacilación o movimientos laterales dentro del rango medio de movimiento.
- Una característica es encontrar una angulación en la curva en el segmento sintomático
- Asistir el movimiento con las manos es otra característica común
- Eliminación o reducción significativa del dolor con la contracción del m. Transverso abdominal (en sinergia con otros estabilizadores p.e multifidus)

Inestabilidad clínica – examen neuromuscular

- El examen neuromuscular determina la relación entre el control motor del segmento espinal y el trastorno doloroso
- Análisis de la postura y movimiento
 1. Análisis de las posturas que agravan y alivian los síntomas y los movimientos funcionales de la región lumbo-pélvica.
 2. El terapeuta intenta corregir la postura, el patrón de mvto. O la activación específica de musculatura estabilizadora para confirmar o no el concepto de que el control motor influye sobre el dolor (O'Sullivan 2005)
 3. Pruebas musculares específicas –
 - Suelo pélvico y transversal abdominal (supino, DL, sentado)
 - Con la columna Lx neutra cocontracción de ML y TrA (prono, DL, cuadrupedia, sentado)
 - Glut max (prono)
 - Iliopsoas (F de cadera sentado, báscula pélvica anterior en supino o sentado)
 - Prueba de flexores de cadera (prueba de Thomas)

Patrones direccionales de la inestabilidad clínica de Peter O'Sullivan

1. Patrón en F

- Más frecuente
- Pérdida de lordosis a nivel del segmento inestable. Apreciable en bipe, acentuado en sedestación (tendencia a báscula posterior de pelvis).
- Pérdida de lordosis acentuada en posturas de F, frecuente encontrar incremento de tono en erector de columna (Lx sup y Tx inf) y lordosis acentuada en Tx

Patrones direccionales de la inestabilidad clínica

2. PATRÓN DE DESPLAZAMIENTO LATERAL

- Asociado a trastorno de mvto. En F/Desviación lateral
- Historia: lesión/trauma en F+ Rot
- ↑ alcanzar algo en mvto. De F+Rot en una dirección
- ↓ posturas lordóticas
- Mínima provocación= columna en desviación lateral y F
- Pérdida de lordosis y desviación lateral en segmento afectado
- Atrofia/ausencia de ML en lado contralateral a desviación
- Desviación ↑ en apoyo monopodal ipsilat. durante la marcha y prueba de Stork

Patrones direccionales de la inestabilidad clínica

3. Patrón de E activa

- Columna Lx mantenida en E por elevada actividad concéntrica de erector spinae e iliopsoas
- Mecanismo lesional referido único o múltiple Ext. En ocasiones episodio en Flex cuando trataban de mantener activamente la Ext.
- ↑ con: bipe, sedestación erguida, posturas de inclinación anterior (tendencia a sujetar la columna Lx en Ext), actividades por encima de la cabeza, incapaz de caminar rápido, correr, nadar
- ↓ con: posturas en flexión como el 'crook lying' (rodillas en flexion) en supino
- Hiperlordosis en el segmento inestable, pélvis en báscula anterior y el Tx hacia la pelvis
- Inclinación anterior con F de cadera excesiva y tendencia mantener hiperlordosis Lx

Patrones direccionales de la inestabilidad clínica

4. Patrón de Ext pasiva

- Tono muy bajo a nivel de m. ML, iliopsoas y erector spinae
- Mecanismo lesional asociado a Ext. ↑ con posturas en Ext y ↓ con posturas en Flex.
- A diferencia del grupo de extensión activa, los pasivos no suelen manifestar empeoramiento en inclinación anterior de espalda al reducirse la lordosis
- Tendencia a dejar el Tx detrás de la pelvis con una 'bisagra' en el segmento inestable en Ext.

5. Patrón Multidireccional

- El más incapacitante con grandes niveles de dolor
- Comienzo frecuente por trauma,
- Desplazamiento segmental y 'bisagra' excesivos en todas las direcciones de mvto.