

Articulación de Rodilla - Resumen

Semiología

Como en cualquier exploración articular, en la rodilla se recomienda seguir siempre un orden y una metodología.

1. **Inspección.** Buscar datos ergonómicos o anatómicos que orienten hacia la patología que puede tener el paciente
 - a) **Ejes:** Rodillas en O, rodillas en X e hiperextensión.
 - b) **Hematomas:** Orientan hacia un antecedente traumático.
 - c) **Deformidades:** Se encuentran inflamación, eritema y calor.
 - d) **Lesiones cutáneas:** Puede indicar posible atopatía psoriásica.
 - e) **Atrofias musculares.**

2. **Palpación.** Las estructuras óseas o de partes blandas más importantes para localizar en la exploración de rodilla encontramos el palpar reborde de rotula, palpar tuberosidad tibial, palpar meseta tibial por sospecha de fractura, palpar cabeza de peroné, palpar y valorar integridad de tendón rotuliano, y los ligamentos laterales.

3. **Movilidad.** Lo primero que se explora es la movilidad pasiva y luego la activa, se valorará lo siguiente:

- La integridad del aparato extensor de la rodilla, pidiendo una extensión de la rodilla contra gravedad.
- La presencia de bloqueos, que puede ser de extensión o flexión.
- Hiperextensión puede producir/traducir rotura de ligamento cruzado posterior.
- El balance muscular da una idea del estado de los distintos músculos explorados.

4. **Maniobras exploratorias.** Existen multitud de estas, que por lo general se dividen en maniobras rotulianas, meniscales y de estabilidad de la rodilla. Con siete maniobras se puede realizar una exploración básica en muchos casos.

a) **Rotulianas.**

- **Derrame articular.** Se encuentran signos como el borramiento de las hendiduras pararotulianas y distensión del saco suprarotuliano, se explora con: choque, peloteo, rebote rotuliano.

El procedimiento es en decúbito supino, se presiona desde arriba el fondo el saco suprarotuliano y con otra mano contra el fémur.

- **Dolor femoropatelar.**

• **Maniobra de cepillo:** En decúbito supino se presiona la mitad superior y mitad inferior de la rótula, realizando movimientos laterales y craneocaudales de la rótula.

• **Signo de Zohlen:** Maniobra exploración de cartílagos articulares rotulianos. Se hace lateralización externa de la rótula y se solicita contracción del músculo cuádriceps, se ve si hay dolor o no.

b) **Meniscales.**

• **Test de McMurray:** Paciente en decúbito supino, con rodilla y cadera flexionadas, sujetamos rodilla con una mano y el pie con la otra, efectuamos rotación externa o interna de la rodilla y luego se extiende, buscar dolor o un chasquido.

• **Test de Apley:** Paciente en decúbito supino prono con la rodilla en flexión 90° ; se fija el muslo y se realiza rotación de rodilla interna y externa presionando sobre talón, la rodilla contra la camilla.

c) Estabilidad.

- Ligamentos laterales.

Paciente en decúbito supino, realizamos un varo y un valgo forzado de la articulación de la rodilla, palpando la línea articular buscando la aparición de dolor o bostezo articular en la interlínea externa si varo forzado externo o interno.

- Ligamentos cruzado anterior.

- **Test de Lachman:** Paciente en decúbito supino con flexión de rodilla $15-30^\circ$, con una mano sujetamos el tercio distal de muslo y con la otra el tercio proximal, haciendo movimientos de cizallamiento.

- **Cajón anterior:** Decúbito supino con articulación en 45° y rodilla en 90° , fijamos el pie y sujetamos cabeza de tibia y con la musculatura flexora relajada tracciona ventralmente.

- Ligamento cruzado posterior.

- **Cajón posterior:** Similar al anterior pero con desplazamiento de la rodilla en dirección dorsal.

- **Recurvatum:** Decúbito supino, se levantan ambas piernas desde los dedos de los pies, observándose en el lado afectado un genu recurvatum de rodilla.