

La articulación de la rodilla es una articulación biaxial y condílea, formada a su vez por dos articulaciones:

- ▷ Articulación femoropatelar, troclear.
- ▷ Articulación femorotibial, condílea, con la interposición de los meniscos.

Anatómicamente se pueden distinguir de la articulación y grandes rasgos, varios componentes:

Componente óseo. Participan la extremidad distal del fémur, la rótula con su cara posterior y la meseta tibial donde se insertan los meniscos.

Componente meniscal. Dos meniscos, el externo en forma de O y el interno en forma de C.

Componente capsuloligamentoso. Por una parte, la capsula articular, laxa, que abarca globalmente ambas articulaciones y que confiere cierta estabilidad a la rodilla cuando está en extensión completa. y por otra parte los ligamentos y alerones rotulianos.

Componente musculotendinoso. Numerosos paquetes musculares intervienen tanto en la estabilidad de la rodilla como en la movilidad articular.

Bolsas serosas. Por lo general, no comunican con la articulación y son asiento de importante y frecuente en la patología de rodilla.

Por último el componente vasculonervioso. Cabe resaltar que los elementos más importantes son el nervio ciático común.

Exploración física de la rodilla.

Inspección

Buscar datos ergonómicos o anatómicos que orienten hacia la patología que puede tener el px.
Genu varo, Genu valgus, Hiperextensión.

Hematomas. Orientan antecedente traumático
Deformidades / inflamación / eritema / calor.

Lesiones cutáneas: pueden dar pistas sobre una posible
Olitropatía psoriasisica

Atrofias musculares

Palpación.

Las estructuras óseas o de partes blandas más importantes para localizar en la exploración de la rodilla.

Movilidad

Se valorará tanto la movilidad activa como la pasiva y contrarresistencia en todos los grupos musculares de forma sistemática.

Generalmente lo primero que se explora es la movilidad pasiva, pasando luego a la activa.

La rodilla presenta un arco fisiológico de 140°
160° de flexión y 10° de extensión con una rotación externa de 45-50° y una rotación interna de 30-35°. Ambas rotaciones son máximas con la rodilla en flexión de 90°.

Maniobras exploratorias.

Maniobras rotulianas

Derrame articular. Se encuentran Signos Como el borramiento de las hendiduras pararotulianas y distensión del saco Suprarotuliano, se explora

Con la maniobra de

Choque, peloteo, rebote rotuliano o rotula bailarina.

Con el px en decubito supino Con una mano se presiona desde arriba el fondo del saco

Suprarotuliano y con la otra la rotula contra el femur.

Dolor - femoropatelar

Prueba de desplazamiento de la rótula.

Con el px en decubito supino, el Clínico presiona con la palma de la mano la mitad superior y la mitad inferior de la rotula. Realizará movimientos laterales y craneocaudales de la rotula

Signo de Õthen

maniobra con la que se exploran los cartilagos articulares rotulianos. Se realiza una lateración externa de la rotula por parte del examinador

y se solicita la contracción del musculo cuadriceps por parte del px, la prueba es positiva si aparece dolor retrorotuliano.

Maniobras meniscales.

Test. de Mc Murray. Px en decubito supino

Con la rodilla y cadera completamente flexionadas. El clínico suelta la rodilla con una mano y el pie con la otra y efectúa una rotación externa o interna de la rodilla, mantiene la pierna en esta posición y realiza una extensión de rodilla.

Test de Apley.

Se realiza con el px en decubito prono. Con la rodilla en flexión de 90° . Se fija el muslo y se realiza rotación de la rodilla interna y externa presionando sobre el talón, la rodilla contra la camilla.

Maniobras de estabilidad de rodilla.

Varo-valgo a 0° y 30° de flexión de rodilla.

Con el px en decubito supino, el clínico realiza

un varo y un valgo forzado de la articulación de la rodilla palpando la interlínea externa si varo forzado o interna si valgo forzado. Habrá que realizar la exploración con extensión completa también. Se valoran a 0° y con flexión de 30° de rodilla.

Test de Lachman.

Px en decubito supino con flexión de rodilla $15-30^\circ$. Con una mano el clínico sujeta el tercio distal del muslo y con la otra el tercio

Proximal de la pierna.

Cajón anterior

Px en decubito supino con la articulación de la cadera flexionada 45° y la rodilla 90° . Con las nalgas el clínico fija el pie del enfermo en la posición de rotación deseada y sujeta la cabeza de la tibia con ambas manos y con la musculatura flexora relajada tracciona en dirección ventral. La prueba se realiza en posición neutral o en rotación externa de 15° del pie para verificar la inestabilidad antero-terna. y en rotación interna de 30° para verificar inestabilidad anteroexterna.

Cajón posterior

Similar al cajón anterior pero con desplazamiento de la rodilla en dirección dorsal.

Recurvatum

Con el px en decubito supino, se levantan ambas piernas desde los dedos de los pies, observándose en el lado afectado un genu recurvatum de rodilla.

Gonartrosis: Entre los procesos susceptibles de mejorar tras una infiltración. Abordables de AP figura la gonartrosis. En la gonartrosis, los cartílagos intraarticulares sobre todo están indicados en casos que se quiera retrasar la cirugía.