

Test de McMurray

Paciente en decubito supino con la rodilla y la cadera completamente flexionada.

Valoración:

La aparición de dolor o chasquido durante la extensión de la rodilla en rotación externa indica una lesión del menisco interno en rotación interna.

Test de Apley

El dolor con la rotación interna indica patología de menisco externo y viceversa. En ambas maniobras, la rotación de rodilla se lleva a cabo girando el tibia y este es que el marca dando existe la lesión. Varo - Valgo a 0/30 de flexión de rodilla. Valoración la flexión de 30° hace que se exploren los ligamentos laterales de forma aislada - mientras que con extensión completa también se valoran la capsula y los ligamentos cruzados.

Via suprarotuliana
Paciente en decubito supino y la rodilla en extensión completa el punto de entrada se localiza 1cm por encima y 1cm por fuera de la rodilla.

Via infrarotuliana lateral y medial
Con el paciente en decubito supino y la rodilla en extensión completa, el punto de entrada de la aguja se sitúa en la intersección de dos líneas una es el trazo lateral de la rodilla y la otra separa en tercios superior de la rodilla con los dos tercios inferiores de esta.

Via anterior
Es la vía de abordaje menos utilizada utiliz. cuando la rodilla no se pueda extender o existe una mínima cantidad de líquido articular. con el paciente sentado y la rodilla flexionada 90° .

se introduce la aguja por dentro del tendón rotuliano y siguiendo el eje femoral.

Consejos y seguimiento

- Informar adecuadamente al paciente sobre el proceso, la técnica, contraindicaciones y los posibles efectos secundarios.
- el paciente debe firmar el consentimiento informado
- marcar el punto de punción tras haber realizado una correcta exploración física
- proceder con las máximas medidas de esterilidad no hay que olvidar que se está infiltrando una articulación
- se trata de no tocar el campo esterilizado
Tras la infiltración - también es recomendable
tras la infiltración - recomendable
- Realizar pequeños movimientos de flexo extensión para ayudar a la distribución de la medicación por toda la articulación
- el uso de anestesia local provocará alivio inmediato
- Aplicar hielo y tomar analgésicos después de la primera 24 horas hasta que el paciente haya mejorado.

Cabeza de Perone - Palpar tambien en lesiones tobillo
intra-articulares articulares - Dobrosas Afecciones musculares
Tendon rotuliano - valorar su integridad
Pate de gaseo - Palpa su insercion en la cara
Ligamentos laterales - se puede palpar el lle
con la rodilla en flexion de 90° y rotacion interna

En la movilidad se debe valorar lo siguiente
- la integridad del aparato extensor de la
rodilla, pidiendo una extension de rodilla
contra gravedad

la presencia de bloqueos de rodilla se puede
encontrar dos tipos de bloqueos
extension: el bloqueo de una rodilla en
extension orienta hacia una afeccion
meniscal

Flexion: este bloqueo orienta hacia un daño en
articular

Devamo articulo

se encuentran signos como el baxamiento
de la mandibula para rotulianas y distension
del saco suprarrotuliano

Via suprarotuliana
Paciente en decubito supino y la rodilla en extensión completa el punto de entrada se localiza 1cm por encima y 1cm por fuera de la rodilla.

Via infrarotuliana lateral y medial
Con el paciente en decubito supino y la rodilla en extensión completa, el punto de entrada de la aguja se sitúa en la intersección de dos líneas, una es el trazo lateral de la rodilla y la otra separa el tercio superior de la rodilla con los dos tercios inferiores de esta.

Via anterior
Es la vía de abordaje menos utilizada, útil cuando la rodilla no se puede extender o existe una mínima cantidad de líquido articular. Con el paciente sentado y la rodilla flexionada 90° .

Se introduce la aguja por dentro del tendón rotuliano y siguiendo el eje femoral.

Técnica de infiltración de la rodilla es una técnica sencilla de fácil aplicación A AP y suficiente segura. Si se siguen las recomendaciones adecuada la precisión de la inyección intraarticular en la rodilla puede mejorarse mediante el uso de la ecografía.

Clásicamente se han utilizado cuatro vías de abordaje para realizar una artrocentesis o una infiltración de la rodilla

1ª vía suprarotuliana
la aguja se inserta en la bolsa subcuadricepsital bursal que comunica directamente con la articulación

2ª vía infrarotuliana lateral - mediolateral o superolateral

3ª vía infrarotuliana medial - medio o superomedial

4ª vía anterior, lateral o medial

Inspección

Buscar datos ergonómicos o anatómicos que orienten hacia patología

Geno Varo: se produce entre otras causas

Por acortamiento del ligamento lateral

interno de la rodilla. Puede afectar

por compresión del complejo meniscal interno

y por estiramiento lateral externo produciendo

dolor local

Hiperextensión hay que valorar si se ha

producido de forma aguda ya que puede

producir rotura de ligamento Cruzado Posterior

Hematomas

Deformidades / inflamación / lesión

lesiones cutáneas pueden dar pistas sobre una

posible alergia / psoriasis

Artritis musculares

Palpación

las estructuras óseas o de partes blandas

más importante para localizar

Localización

Rotura - Palpar todo el borde

Hueso popliteo - Palpar pulso quiste de Baker

tuberosidad fibular - enfermedad de osgood-schaltze

meseta fibular - Palpar ante la sospecha de fractura