

RODILLA

Descripción anatómica y funcional.

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

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

Anatómicamente, se puede distinguir, dentro de la articulación y a grandes rasgos, varios componentes:

- Componentes óseos
- Componente meniscal
- Componente capsuloligamentoso
- Componente musculotendinoso
- Bolsas serosas,
- Componente vasculonervioso.

Exploración física de la rodilla:

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

INSPECCIÓN:

Buscar datos ergonómicos o anatómicos que orienten hacia la patología que puede tener el paciente.

• EJES

→ Genu varo (rodillas en O), se produce, entre otras causas, por acortamiento del ligamento lateral interno de la rodilla. Puede afectar por compresión al complejo meniscal interno y, por estiramiento al ligamento lateral externo, produciendo dolor local.

→ Genu valgo (rodillas en X): se produce entre otras causas por acortamiento del ligamento lateral externo de la rodilla. Puede afectar por compresión al complejo meniscal externo, y por estiramiento, al ligamento lateral interno, produciendo dolor local.

→ Hiperextensión (recurvatum): hay que valorar si se ha producido de forma aguda, ya que puede producir rotura del ligamento cruzado posterior.

RODILLA

PALPACIÓN:

Las estructuras óseas o de partes blandas más importantes para localizar en la exploración de la rodilla son: rótula, hueco popliteo, tuberosidad tibial anterior, meseta tibial, cabeza de peroné, interlíneas articulares, tendón rotuliano, pata de ganso, ligamentos laterales.

Movilidad:

Se valora tanto la movilidad activa como la pasiva y controrresistencia en todos los grupos musculares. de forma sistematizada se evalúa lo siguiente:

- La integridad del aparato extensor de la rodilla, pidiendo una extensión de la rodilla contra la gravedad.
- La presencia de bloqueos de rodilla: se pueden encontrar dos tipos de bloqueos.
 - Extensión: El bloqueo de una rodilla en extensión orienta hacia una afectación meniscal, en la que una porción del menisco actúa como cuña que impide la flexión de rodilla.
 - Flexión: Este bloqueo orienta hacia un derrame articular.
- Hiperextensión (recurvatum): puede traducir rotura de ligamento cruzado posterior.
- Balance muscular: Da una idea del estado de los distintos músculos explorados.

Maniobras exploratorias:

Existen multitud de maniobras exploratorias de la rodilla, que generalmente se dividen en maniobras rotulianas, meniscales y de estabilidad de la rodilla. con 7 maniobras se puede realizar una exploración básica de la rodilla de forma rápida y fiable.

MANIOBRAS ROTULIANAS:

- Derrame articular:

Ante un derrame articular se encuentran signos como el borbombamiento de las hendiduras pararrotulianas y distensión del saco suprarrotuliano. El derrame articular se explora con la maniobra de:

• Choque, peloteo o rebote rotuliano o rotula bailarina:

- procedimiento: Con el px en decubito supino, con una mano se presiona desde arriba el fondo de saco suprarotuliano y con la otra la rotula contra el fémur.
- Valoración: La resistencia elastica (rotula bailarina) o el "hundimiento de la rotula" es un signo sugerente de derrame articular.

• Signo de Zohlen:

Maniobra con la que se exploran los cartilagos articulares rotulianos. Se realiza una lateralización externa de la rotula por parte del examinador y se solicita contracción del músculo cuádriceps por parte del paciente. La prueba es positiva si aparece dolor retrorotuliano, pero tiene poco valor predictivo positivo, ya que la maniobra es positiva en algunos individuos sanos; no obstante, una prueba negativa es muy sugerente de que no exista afectación cartilaginosa.

MANIOBRAS MENISCALES

• Test de McMurray:

- procedimiento: paciente en decubito supino, con la rodilla y la cadera completamente flexionadas. El clinico sujeta la rodilla (palpando la interlínea articular) con una mano y el pie con la otra, y efectúa una rotación externa o interna de la rodilla, manteniendo la pierna en esta posición y realiza una extensión de rodilla.
- Valoración: La aparición de dolor o chosquido durante la extensión de la rodilla en rotación externa indica una lesión del menisco interno, en rotación interna, del menisco externo.

• Test de Apley:

Se realiza con el paciente 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. El dolor con la rotación interna indica patología de menisco externo, y viceversa. En ambas maniobras, la rotación de la rodilla se lleva a cabo girando el talón, y este es el que marca donde existe la lesión.

MANIOBRAS DE ESTABILIDAD DE LA RODILLA:

• Ligamentos laterales

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

• procedimiento: con el px en decúbito supino el clínico realiza un varo y un valgo forzado de la articulación de la rodilla, palpando la interlínea articular buscando la aparición de dolor o bostezo articular en la interlínea externa si varo forzado o interna si valgo forzado. Habrá que realizar la exploración en extensión completa, a 0° y con flexión de 30° 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.

• Ligamento cruzado anterior.

Test de Lachman:

• procedimiento: paciente en decúbito 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, realizando movimientos de cizallamiento.

• valoración: Si existe lesión del ligamento cruzado, se produce un desplazamiento de la tibia respecto al fémur de más de 5 mm. Si el test es positivo, conviene hacerlo en la otra rodilla para descartar laxitud ligamentaria.

Cajón anterior:

procedimiento: paciente en decúbito supino con la articulación de la cadera flexionada 45° y la de la rodilla 90° . con las nalgas, el clínico fija el pie del enfermo en la posición de rotación descada y sujeta la cabeza de la tibia con ambas manos, y con la musculatura flexora relajada tracciona en dirección ventral.

valoración: si existe la insuficiencia crónica del ligamento cruzado anterior, se puede palpar un cajón anterior. En las lesiones recientes, la exploración del cajón anterior en flexión de 90° suele ser negativa; en este caso se considera la prueba en flexión.

(Prueba de Lachman)

Ligamento Cruzado posterior:

• Cajón posterior:

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

• Recurvatum:

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

Patología específica de la rodilla:

La rodilla, dada su complejidad anatómica, es asiento de múltiple patología que para hacer más sencilla su comprensión y abordaje terapéutico se clasifica en cuatro grandes grupos según su localización anatómica.

Gonartrosis:

Entre los procesos susceptibles de mejorar tras una infiltración abordables desde atención primaria figura la gonartrosis.

En la gonartrosis, los corticoides intraarticulares sobre todo están indicados en casos en que se quiera retrasar la cirugía.

Bursitis prerrotuliana:

Es la inflamación de la bolsa serosa que está por delante de la rótula y por detrás del plano cutáneo. Los causas más frecuentes son los movimientos repetitivos y los microtraumatismos de repetición.

(Incluso puede considerarse en determinados casos como enfermedad profesional).

La bursitis prerrotuliana, también denominada "rodilla de la beata" o "rodilla de la criada" es un proceso relativamente infrecuente sobre todo relacionado con determinadas actividades laborales que exigen al paciente el apoyo directo sobre las rodillas.

El diagnóstico es eminentemente clínico, la inspección y la palpación suelen ser suficientes.

Tendinitis pata de ganso / bursitis anserina.

La pata de ganso es una estructura anatómica formada por la inserción distal de los tendones de los músculos semitendinoso, recto interno y sartorio, encontrándose a 5-7 cm distal de la línea media articular, en la epifisis tibial, perpendicular a la tuberosidad anterior tibial.

El diagnóstico es eminentemente clínico; la inspección y la palpación suelen ser suficientes, desencadenan dolor local a la palpación en la zona de inserción del tendón o la bursa de la pata de ganso y realizar una flexión con rotación interna de rodilla con resistencia.