

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

**MATERIA: PROPEDEUTICA, SEMIOLOGÍA Y
DIAGNÓSTICO**

**DOCENTE: DR LUSVIN IRVIN JUÁREZ
GUTIÉRREZ**

ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 4°A

TEMA:

“VALORACIÓN DE LA RODILLA”

Valoración de la rodilla

Debemos aplicar la sistemática basada en la inspección, palpación y una serie de maniobras destinadas a demostrar lesiones específicas de las distintas estructuras de la rodilla. Se pueden dividir estas maniobras en rotulianas, meniscales y de estabilidad de la rodilla. Si la patología es traumática es importante conocer el tiempo de evolución y sobretodo, el mecanismo de producción.

Los traumatismos pueden ser indirectos (rotaciones + flexión + valgo o varo), produciendo lesiones meniscales y/o ligamentosas, o directos. En los trastornos reumáticos son más importantes las manifestaciones sistémicas acompañantes

MENISCALES: en agudo son difíciles de valorar por el dolor que presenta el paciente.

Pruebas de estabilidad de la rodilla
Prueba varo-valgo: se realiza a 0° y a 20°-30° de flexión, valorando el grado de bostezo articular. En flexión exploramos los ligamentos colaterales lateral y medial al anular el efecto estabilizador de los cruzados y la cápsula que si están presentes en extensión

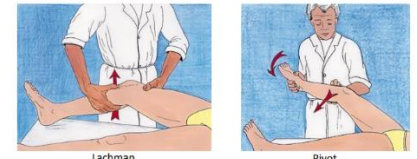
INSPECCIÓN
Debe hacerse en carga, caminando y en reposo (decúbito supino y prono). También hay que valorar los arcos de movimiento.
inspección de la carga, durante la marcha, en decúbito supino, prono, valoración de los arcos de movimiento de la rodilla

Signos de Steinmann I y II: con la rodilla flexionada 90° se rota interno y externo la tibia; si la rotación externa provoca dolor puede existir lesión del menisco interno y viceversa. Si existe lesión meniscal, la presión del punto doloroso en flexión se desplaza a la parte posterior y en extensión a la parte anterior (Steinmann II).

Maniobras para explorar los ligamentos cruzados: o Prueba de Lachman: se realiza a 30° de flexión ejerciendo presión anterior en la extremidad proximal de la tibia y manteniendo el fémur fijo. El desplazamiento anterior de la tibia puede indicar lesión del LCA.

PALPACIÓN
Se valora la temperatura, la existencia de puntos dolorosos a la presión y la presencia de derrame mediante maniobras adecuadas.
Cambios de temperatura, palpación sobre los puntos dolorosos, maniobras para detectar el aumento de líquido articular

Prueba de McMurray: para diagnosticar lesiones del cuerno posterior. Paciente en decúbito supino, cadera flexionada 90° y rodilla flexionada >90°. Para valorar el menisco interno se coloca el pie en rotación externa (el externo en rotación interna), se realiza una flexión máxima de la rodilla y luego se extiende hasta los 90°. Si hay lesión, al extender la pierna se produce dolor y un chasquido.



Lachman

Pivot

PRUEBAS FUNCIONALES (ROTULIANAS)
Signo de Zohlen: en decúbito supino, rodilla en extensión, se presiona la rótula. Se pide al paciente que contraiga el cuádriceps, produciendo una elevación de la rótula contra el fémur. Se produce dolor local si hay lesión del cartilago rotuliano.
Prueba de aprensión de la rótula: tratamos de producir el desplazamiento lateral de la rótula, con el cuádriceps en tensión, le pedimos al paciente que flexione la rodilla. Si ha tenido lugar una luxación, aparece dolor y miedo a sufrir una nueva luxación.
Prueba de desplazamiento de la rótula: sujetando la rótula, desplazárla medial y lateralmente; valoramos la tensión y laxitud de los retináculos medial y lateral.

Prueba de Apley: para diferenciar lesiones meniscales de cápsuloligamentosas. Paciente en decúbito prono, rodilla flexionada 90° y cogiendo el pie con las dos manos; presenta dos fases: en la fase de compresión se realiza presión axial y rotación externa e interna de la pierna; la presencia de dolor indica lesión meniscal. En la fase de distracción, se tracciona de la pierna fijando el muslo con la rodilla del explorador y se rota la pierna externo e interno; si aparece dolor indica lesión capsuloligamentosa.

Pruebas dinámicas de resorte externo: valoran la inestabilidad anterolateral de la rodilla. Pivot shift: rodilla en extensión, se aplica valgo y rotación interna a la tibia y presión anterior a la cabeza del peroné. Se inicia la flexión, el platillo tibial se desplaza anteriormente y se reduce con un "clac". Indica lesión del LCA. Jerk: rodilla en flexión, se aplica valgo y rotación interna a la tibia y presión anterior a la cabeza del peroné. Esta maniobra subluxa el platillo tibial externo anteriormente. Al extender la rodilla, la tibia de reduce con un "clac".



Signos del cajón: cadera flexionada 45°, rodilla a 90° y el pie fijo en la camilla en neutro, rotación interna y rotación externa; se realizan movimientos de tracción anterior y posterior, comparando con la rodilla contralateral.
Cajón anterior: si en el desplazamiento anterior existe un tope firme y brusco no es indicativo de lesión del LCA; si el desplazamiento es amplio (comparativamente) y el tope es elástico, puede ser indicativo de lesión del LCA. Cajón posterior: I