



Ensayo.

Nombre del Alumno: **HERNÁNDEZ URBINA ANTONIO RAMÓN.**

Nombre del tema: **LESIÓN DE MENISCOS.**

Parcial: **CUARTO.**

Nombre de la Materia: **MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION.**

Nombre del profesor: **LIC. SEBASTIAN PEREZ FLORES.**

Nombre de la Licenciatura: **MEDICINA HUMANA.**

Cuatrimestre: **QUINTO.**

LESIÓN DE MENISCOS.

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones de los meniscos van a ser comunes en personas deportivas, aunque también pueden presentarse por otros factores como los accidentes. .

Lo cual, tiene una prevalencia en jóvenes, ya que se presentan por deportes de alto impacto principalmente.

Puede que el paciente presente sintomatología o no, esto dependiendo del tipo o la localización de la lesión, por lo cual se deberá de realizar un cuadro clínico y exploración física adecuada para el diagnóstico.

Las maniobras de los meniscos nos otorgan información para confirmar la sospecha y para saber que menisco es el que se encuentra dañado, para posteriormente aplicar el tratamiento adecuado; dependiendo de la lesión se verá si es necesario cirugía o un tratamiento conservador y en ambos tratamientos siempre debe de estar acompañado de la rehabilitación física para una mejoría más rápida.

DESARROLLO:

La lesión de meniscos, es una lesión total o parcial de cualquier zona de la anatomía meniscal siendo la resultante de un mecanismo de lesión por aceleración o desaceleración, causado cuando el atleta cambia de posición.

También, puede ocurrir por lesiones de contacto o en procesos degenerativos anatómicamente, suelen ocurrir al presentar rotación o compresión de la rodilla junto con rotación tibial lo que produce un estrés máximo a las estructuras produciendo un desgarro meniscal.

Este tipo de lesiones, son frecuentes en los atletas, al presentar el evento se describe como un mecanismo en el cual puede o no haber traumatismo, lo más común es la percepción del dolor al momento de la lesión.

En pacientes de edad avanzada, las lesiones se dan por cambios degenerativos y puede presentarse la lesión asociada o no, a un evento agudo.

CUADRO CLÍNICO:

Los síntomas presentes en la lesión del menisco, incluyen:

- Chasquido.
- Bloqueo.
- Dolor.

Con frecuencia, al realizar el examen se produce dolor a lo largo de la línea articular y casi siempre se observa derrame.

Con la flexión forzada y la rotación de rodilla aparece dolor y chasquido en la línea articular con mucha frecuencia.

Este tipo de lesiones, se ve con más frecuencia en personas jóvenes de intensa actividad y violencia inusitada (deportes/accidentes) por lo que por obligación se debe de buscar lesiones asociadas de otras estructuras.

En caso de no haber traumatismo específico (mediana edad) es conveniente agruparlos en dos grupos:

- a. Los que presentan “bloqueo”: estos casi no dejan duda de ruptura.
- b. Los que no causan bloqueo son difíciles de diagnosticar y suelen referir:
 - Dolor en interlínea articular.
 - Hinchazón intermitente con los esfuerzos o definitiva.
 - Sensación de falseo, aflojamiento, chasquido, crujido en rodilla.
 - Hipotrofia muscular (cuadriceps o bíceps).
 - Sensación de que la rodilla está debida o se subluxa y hay que acomodarla para seguir la marcha.

En la exploración física es importante:

Inspección: se realiza mediante la comparación bilateral y en dos posiciones, de pie y en decúbito (supino y prono).

En bipedestación se valora:

- 1- Desviaciones axiales, unilaterales o bilaterales. En el plano frontal, se puede observar genu varo o valgo. En el plano lateral, genu recurvatum o flexum.
- 2- Tipo de marcha, dismetrias, basculación pélvica, etc.

En decúbito supino se valora:

- 1- Actitudes viciosas y contracturas de flexores de rodilla.
- 2- Aumento de volumen.
- 3- Rubos y equimosis.
- 4- Cicatrices.
- 5- Hipotrofia muscular.

Palpacion: se procede a:

- 1- Comprobar la temperatura local y los pulsos distales.
- 2- Buscar puntos dolorosos en interlinea articular, en region medial o lateral.
- 3- Realizar una medicion muscular comparativa, con cinta metrica y tras contraccion isometrica.

En este tipo de lesiones, limitan principalmente la flexion y se acompañan de dolor durante el movimiento y pueden causar discapacidad temporal, por lo cual es importante realizar las maniobras correspondientes.

- Signo de Bragard.
- Pruebas de compresion y distraccion de Appley: paciente en decubito prono, aplicando compresion sobre la rodilla.
- Signos de Steinmann I y II: flexion a mas de 90 grados, aplicando rotacion medial; el talon señala el menisco dañado.
- Maniobra de McMurray: se observa extension de rodilla con rotacion lateral.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Las radiografias simples solo ayudan para afirmar o desvirtuar otros diagnosticos diferenciales de las meniscopatias.

La RM permite visualiazar los diferentes tejidos que constituyen la rodilla con exquisita claridad.

TRATAMIENTO:

- 1- Tratamiento quirúrgico: ante una ruptura meniscal hay que plantearse si se puede reparar, si tiene capacidad de curar y si, una vez reparada, el menisco recobrara su funcion mecanica.
Se ha llegado a un consenso sobre la opcion quirurgica de una alteracion meniscal:
 - a. Si la lesion meniscal es minima, con poca sintomatologia y sin ocasionar inestabilidad, no se requiere cirugia.
 - b. Hacer menisectomias parciales en todo menisco estable, con rupturas verticales u horizontales, desprendidos parcialmente en su borde concavo o en sus astas, o suturar los pequeños desgarrros capsulares.
 - c. Resecciones totales si los meniscos son inestables, ampliamente comprometidos por rupturas que ocasionan bloqueos e hidroartrosis a repeticion, pues su permanencia provocaria mas artrosis.
- 2- Tratamiento conservador: en lesiones menores de 5mm que no causan bloqueo articular, generalmente no necesita de cirugia y el tratamiento esta

dirigido a controlar el dolor e inflamación por medio de fármacos y modalidades terapéuticas durante 2-3 semanas.

En algunos casos se requiere colocar la rodilla en extensión con férula posterior, por 2-3 semanas, previamente a la terapia física para favorecer la disminución del derrame articular. Cuando no existen complicaciones, el paciente se reintegra a sus actividades laborales en 4 semanas aproximadamente.

REHABILITACIÓN:

Rehabilitación postoperatoria: se inicia con analgésicos, AINES, crioterapia, movilización activa asistida de la rodilla a tolerancia y marcha con apoyo parcial progresiva de la extremidad operada con ayuda de muletas axilares.

La flexión de rodilla debe ser completa entre la 2 y 3 semana posterior a la cirugía.

CONCLUSIÓN:

La actividad física es algo muy común por lo cual es importante conocer sobre la lesión de meniscos.

Es importante conocer principalmente la sintomatología que el paciente va a presentar, esto nos ayudaría a una sospecha clínica.

Con la historia clínica y la EF, es importante realizar una anamnesis completa, una inspección y palpación adecuada y la realización de las maniobras correspondientes en meniscos, esto para dar un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

Es importante conocer los tipos de tratamientos que hay y el tipo o grado de lesión que el paciente presenta, esto con la finalidad de saber si es necesario una cirugía o únicamente con rehabilitación física.