

Enfrentamiento y manejo del paciente con dolor de rodilla

Dr. Oscar Ahumada A.

Médico Familiar y traumatólogo

Dra. Gloria Bozzo S.

Médico Familiar

Dr. Jorge Fernández H.

Médico Familiar

Centro Médico Familiar

ING Salud Isapre

Hospital Clínico U. de Chile

CASO N° 1

A.S.F, mujer de 40 años, dueña de casa, consulta porque hace 5 meses presenta dolor en ambas rodillas al caminar. Realiza gimnasia aeróbica (step) desde hace 5 años. Al examen físico no se evidencian alteraciones importantes y se le solicita Rx de ambas rodillas AP, lateral y axial de rótulas. Vuelve a control con radiografías normales, por lo que se solicita evaluación por parte del traumatólogo.

El diagnóstico traumatológico fue *entesitis del polo inferior de rótula derecha*, probablemente debida a la práctica de step. El tratamiento que se plantea es kinésico y suspender actividad aeróbica. La paciente no ha vuelto a consultar por este motivo.

CASO N°2:

M.C.M, mujer de 48 años, dueña de casa. Presenta dolor en rodilla derecha tras sufrir una caída con apoyo de pierna derecha en extensión. Evoluciona con dolor e impotencia al caminar y estar de pie, en ambas caras de la rodilla. Al examen se constata leve aumento de volumen en rodilla derecha, sin equimosis, estabilidad de la articulación, sin derrame articular, dolor en el polo inferior de la rótula derecha, resalte óseo a 40° de flexión y pseudobloqueo de la rodilla. Se plantea el diagnóstico de *Cuerpo libre intraarticular* y se solicita RNM de rodilla derecha.

La RNM mostró lesión meniscal externa, confirmándose el diagnóstico presuntivo, por lo que se decide operar por artroscopía. La paciente fue operada y derivada a rehabilitación posterior. Actualmente en buenas condiciones, asintomática.

CASO N°3:

F.B.H, hombre de 28 años, carnicero, consulta por dolor de rodilla izquierda de un mes de evolución, tipo puntada, sin relación a traumatismo. Practica fútbol los fines de semana, hasta el año pasado participaba en una liga de fútbol. Al examen físico se observa una leve disminución de la masa muscular del cuádriceps izquierdo sin otra alteración. Se deriva a traumatología para evaluación. El diagnóstico traumatológico fue: *Plica rotuliana izquierda*. Se indica operación artroscópica. El paciente

es operado, realiza rehabilitación kinésica, pero evoluciona con dolor por atrofia del cuádricep no recuperada, por lo que se insiste con la kinesiterapia de fortalecimiento muscular. Actualmente de alta y no ha vuelto a consultar.

CASO N°4:

D.V.C, hombre de 22 años, guardia de seguridad, consulta por dolor tipo puntada en ambas rodillas desde hace un mes. Practica deporte regularmente, media hora de bicicleta 4 a 5 veces por semana y baloncesto una vez por semana. Al examen físico no se encuentran alteraciones en ambas articulaciones, se solicita radiografías de ambas rodillas AP y lateral que son normales. Se decide solicitar la opinión diagnóstica al traumatólogo.

Es evaluado por el traumatólogo que determina que el paciente está *clínicamente sano* y sugiere realizar estudio básico con hemograma-VHS, Factor Reumatoideo, PCR, Ac. úrico y cintigrama óseo trifásico. El médico de cabecera estima conveniente iniciar el estudio con exámenes de sangre, pero deja pendiente el cintigrama óseo trifásico para una segunda etapa, dependiendo de los resultados de los exámenes y de la evolución del paciente. El paciente se realiza los exámenes que resultan todos normales y la sintomatología al cabo de 3 semanas ha ido desapareciendo paulatinamente. Se acuerda con el paciente no continuar las investigaciones, iniciar actividades laborales y deportivas normalmente y si las molestias reaparecen completar estudio.

CASO CLÍNICO

COMENTARIO DEL ESPECIALISTA

La rodilla es la articulación más grande del cuerpo y una de las más complejas. La rodilla tiene tres compartimentos: tibiofemorales lateral y medial, y patelofemoral. Su estabilidad está dada por los ligamentos cruzados, los meniscos y la cápsula articular con sus ligamentos asociados.

Existen numerosas causas de dolor de rodilla que se detallan en la Tabla 1. Para orientarse en el diagnóstico es importante describir el dolor, especificando si es anterior, posterior, medial, lateral, intracapsular o extracapsular. Cuando se trata de lesiones traumáticas agudas de la rodilla el estudio radiológico es obligatorio.

A continuación se describen alguna de las características de las principales causas de dolor de rodilla que el médico familiar debe atender en la consulta ambulatoria, y la conducta, idealmente, a seguir.

Lesión meniscal: El daño meniscal debe sospecharse en pacientes con dolor en la cara lateral interna o externa de la rodilla, en especial si son jóvenes y no tienen signos de artrosis. La lesión se produce por traumatismo con la rodilla en rotación, flexión y en carga. La presentación típica se produce con dolor después de un ejercicio, acompañado de bloqueo de la articulación o no. Las lesiones de los meniscos se asocian muchas veces con desgarros del ligamento cruzado anterior (LCA) y se sospecha cuando existe inestabilidad anterior de la articulación o hemartrosis. Normalmente existe dolor mecánico, generalmente localizado sobre la línea articular del menisco lesionado, derrame sinovial no hemorrágico, limitación de la flexoextensión y claudicación en la marcha por bloqueos articulares, al interponerse el fragmento lesionado. Una de las maniobras que puede ayudar a su

diagnóstico es el *test de McMurray* (Figura 1). La prueba se realiza con el paciente en posición supina y la rodilla en flexión completa, la tibia se somete a rotación interna y externa mientras se aplica fuerza ligera en varo y en valgo sobre la rodilla para inducir pinzamiento del menisco lesionado, lo que causa un chasquido o dolor. El tratamiento consiste en inmovilización adecuada y posterior valoración por traumatólogo quien confirmará o no la lesión meniscal.

Desgarro del ligamento cruzado anterior (LCA): La lesión del LCA se produce por hiperextensión súbita y rotación forzada de la rodilla. En los casos más comunes se produce un chasquido que el individuo nota y oye, sensación de

inestabilidad importante de la rodilla y un hematoma que aparece al cabo de unas horas. La prueba clásica de maniobra del cajón anterior facilita el diagnóstico (Figura 2), pero en todos los casos se deben obtener radiografías anteroposterior, lateral, del canal y del perfil rotuliano para descartar otras lesiones óseas asociadas. En general, el tratamiento de la rotura total del LCA es quirúrgico, pudiendo optarse por un tratamiento ortopédico en caso de personas mayores o desgarro parciales. La decisión del tipo de manejo es del traumatólogo.

Desgarro del ligamento cruzado posterior (LCP): La lesión del LCP es menos frecuente. Suele deberse a un traumatismo

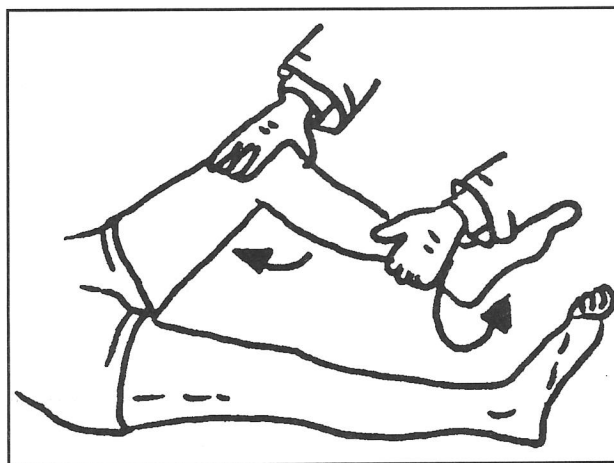


Figura 1. Test de Mc Murray.

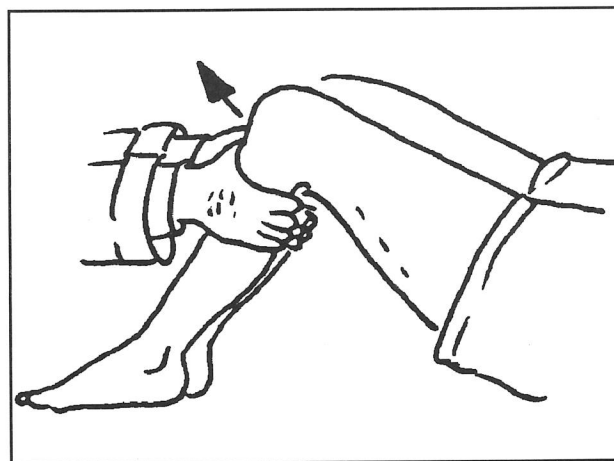


Figura 2. Cajón anterior.

que desplaza la tibia en sentido posterior (caída con la rodilla flexionada sobre una superficie dura, o a choque de la rodilla contra el cuadro de mando en caso de frenazo súbito del automóvil. Aparecen hinchazón y molestia ligera en los extremos de flexión y extensión de la rodilla, y dolor en el compartimento posterior. La maniobra del cajón posterior apoya el diagnóstico (Figura 3). La RM es de gran valor para el diagnóstico de las alteraciones del LCP. Los desgarrados del LCP combinados con otras lesiones ligamentosas evolucionan mejor con tratamiento quirúrgico. Los desgarrados aislados de este ligamento responden razonablemente bien al reposo y la protección hasta que se recuperan el arco de movilidad sin dolor y la fuerza.

Esguinces de rodilla: los ligamentos colateral medial (LCM), colateral anterior (LCA) y colateral lateral (LCL) son las

estructuras estabilizadoras primarias que mantienen la estabilidad de la articulación. La lesión de estos ligamentos es frecuente sobretodo en la práctica deportiva, siendo el LCM el más débil y por lo tanto el que más se lesiona. La lesión del LCM se debe a una fuerza en valgo sobre la rodilla flexionada o a un golpe directo en la parte lateral de la articulación. Los desgarrados del LCM se clasifican como de grado I a III, dependiendo de la alteración percibida de las fibras en la exploración (grado I: alteración ligera microscópica; grado II: desgarrado parcial; grado III: desgarrado completo). La exploración inicial, antes de que se produzca el espasmo muscular antiálgico, tiene gran importancia para orientar el diagnóstico y el tratamiento. El derrame articular, que se explora mediante el signo del “choque rotuliano”, se instaura lentamente en las horas siguientes al traumatismo. Un derrame articular rápido nos debe hacer pensar en hemartrosis y lesiones óseas asociadas. En general, se debe hacer estudio radiológico para descartarlas. Por el contrario, en los esguinces complejos y

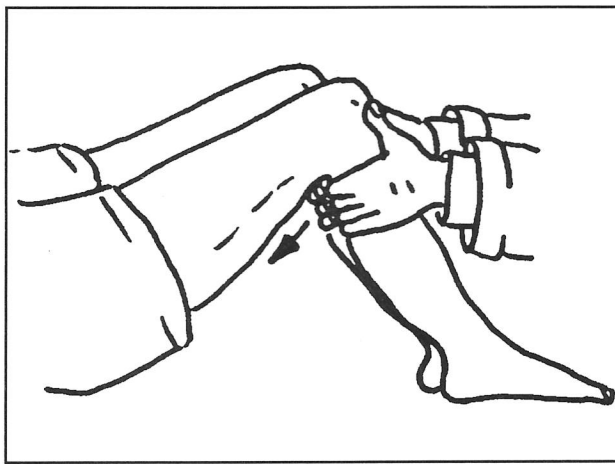


Figura 3. Cajón posterior.

Tabla 1. Causas de dolor de rodilla

Comunes	Inhabituales	No se debe pasar por alto
Desgarros meniscales	Cuerpo libre intraarticular	Fractura de sobrecarga
Esguinces de ligamentos colaterales	Arrancamiento de espina tibial	
Contusiones	Fractura epifisiaria	
Disfunción patelofemoral	Quiste poplíteo	
Luxación/subluxación de rótula	Fractura de la meseta tibial	
Desgarro de LCA	Tendinitis poplíteo	
Desgarro de LCP	Ganglión quístico	
Bursitis de la pata de ganso	Diastasis teibioperonea proximal	
Tendinitis del cuádriceps y rotuliana	Condromalacia rotuliana	
Bursitis rotuliana, prerrotuliana, infrarrotuliana	Neurinoma	
Sinovitis	Osteocondritis disecante de la rótula	
Artritis	Rótula bipartita	
	Pliegue sinovial	
	Lesión osteocondral	
	Menisco discoide	
	Síndrome de la almohadilla grasa infrarrotuliana (Enf. de Hoffa)	

CASO CLÍNICO

graves no conlleva un choque rotuliano claro, porque al romperse la cápsula el líquido articular se difunde por las partes blandas periarticulares. El tratamiento consiste en inmovilización con vendaje elástico o férula, en ligera flexión (10-15°), en los esguinces grado I y II durante 1 a 2 semanas. El esguince grado III se debe derivar (Figuras 4, 5, 6 y 7).

Condromalacia rotuliana: corresponde a una afección del cartílago articular de la rótula en forma de reblandecimiento, fisura o úlcera según su gravedad. Es más frecuente en mujeres jóvenes. La clínica corresponde a un síndrome doloroso rotuliano caracterizado por do-

lor en la cara anterior de la rodilla que aumenta al bajar escaleras y al permanecer sentado. En la exploración, la palpación de las carrillas articulares de la rótula, la compresión de la rótula sobre el fémur y la contracción forzada del cuádriceps son maniobras dolorosas. La radiografía puede ser normal y la confirmación diagnóstica suele hacerse mediante RM.

Osteocondritis disecante de la rodilla (OCD): corresponde a la separación de un segmento de hueso y cartílago subyacente respecto al hueso vascularizado subyacente. Los pacientes presentan dolor mal localizado y tumefacción de la rodilla

que empeoran con la actividad física y los movimientos de giro. A la exploración, en los casos típicos, se constata un arco de movilidad intacto, quizás derrame articular y gran atrofia del cuádriceps. Las radiografías simples en proyecciones anteroposterior, lateral, axial y del túnel son útiles para el diagnóstico. La RM tiene valor sobretodo para aclarar el tamaño y la viabilidad de los defectos. La OCD del cóndilo femoral lateral o la rótula requieren ser derivadas al traumatólogo. En la mayoría de los pacientes jóvenes, un período breve de inmovilización seguido por limitación de la actividad suele conducir a la cicatrización gradual.

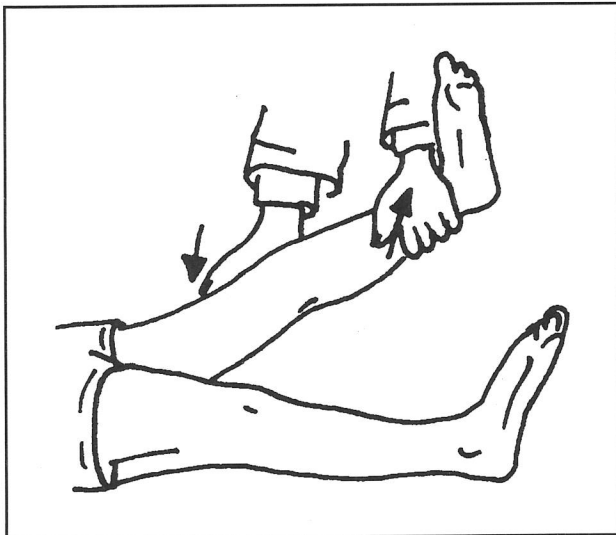


Figura 4. Test de estrés en valpo 0°.

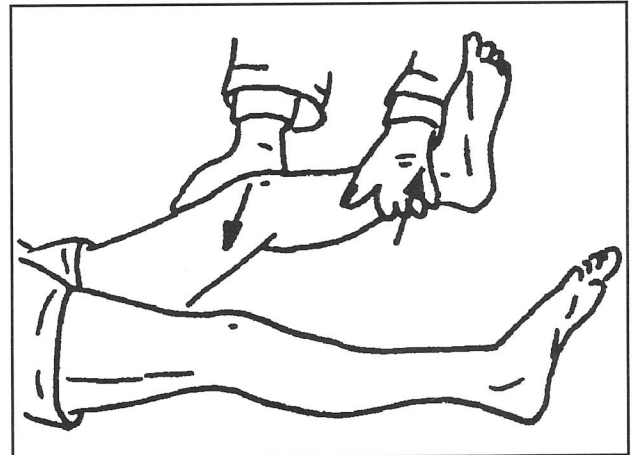


Figura 5. Test de estrés en valpo 30°.

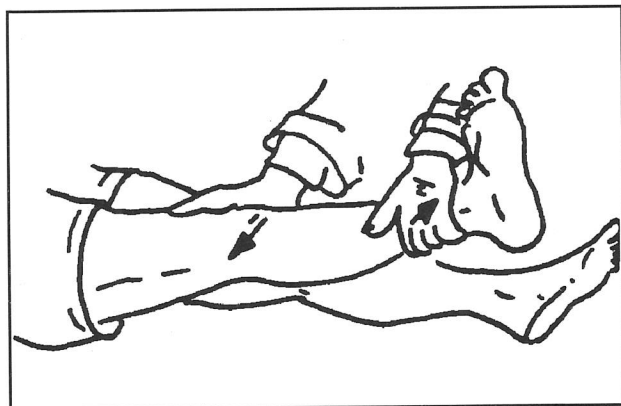


Figura 6. Test de estrés en varoa 0°.

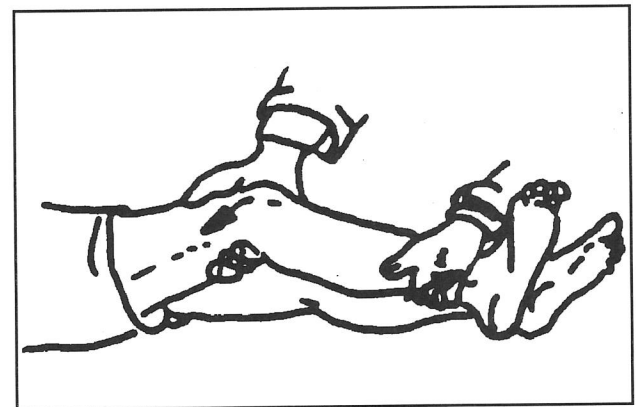


Figura 5. Test de estrés en varoa 30°.