

Dolor de Rodilla en Adultos

Enfoque Diagnóstico

Dr. Oscar A. Dib B.*

Dr. Federico Fernández Palazzi**

RESUMEN

En éste trabajo se hace un enfoque diagnóstico de las patologías dolorosas de la rodilla en adultos.

Por medio de diagramas de flujo se plantean los diagnósticos diferenciales y tratamiento.

ABSTRACT

An overview of the different diagnostic possibilities of an adult painful knee is reviewed.

* Residente de Ortopedia, 3er año, Hospital San Juan de Dios, Caracas.

** Jefe del Servicio de Ortopedia "C", Hospital San Juan de Dios, Caracas.

PALABRAS CLAVE

Dolor de Rodilla - Rodilla en Adultos - Diagnóstico Rodilla

DOLOR DE RODILLA EN ADULTOS ENFOQUE DIAGNOSTICO

El dolor en la rodilla es una causa frecuente de consulta en pacientes adultos sobre todo aquellos que mantienen una vida activa desde el punto de vista deportivo. Son muchas las patologías que pueden ocasionar sintomatología en esta articulación y por eso es importante que el ortopedista sepa orientar el diagnóstico de acuerdo al grupo etario, actividades del paciente y mediante el examen clínico para poder indicar el tratamiento adecuado.

Una buena historia y examen clínico pueden, en muchos casos revelar al ortopedista la causa del dolor en la rodilla del paciente. Si se le da la oportunidad, el paciente con mucha frecuencia nos revela el problema: "Se me salió la rótula" o "sentí que algo se desgarró dentro de la rodilla". Similarmente, un examen clínico sistemático y detallado es invaluable. Por ejemplo, algunas veces se omite la observación de como el paciente se para y camina. Por lo tanto una sutil deformidad en varo no se aprecia mientras está en posición supina y por lo tanto, una laxitud concomitante del ligamento medial, la cual es secundaria a la erosión ósea, podría ser erróneamente diagnosticada como una lesión primaria del ligamento.

Es igualmente importante que el ortopedista conozca que patologías son más frecuentemente encontradas en un determinado paciente de acuerdo a su edad y a las actividades que realiza. Esta información puede afectar la dirección del interrogatorio, la interpretación de las respuestas y el enfoque del examen físico. De ésta manera, por ejemplo, la realización

de maniobras meniscales o de estabilidad ligamentaria son inapropiadas para un paciente de 70 años con una gran y obvia osteoartrosis.

Es evidente que un problema orientado hacia el examen físico, tomando en cuenta la variabilidad de patologías que afectan en los diferentes grupos etarios, puede ser extremadamente útil y ahorrarnos tiempo.

Vamos a comenzar esta revisión considerando el examen físico de la rodilla en dos diferentes tipos de pacientes: por encima de los 45 años y por debajo de los 45 años. Con esto no se quiere decir que no existan causas comunes de dolor en los dos grupos, sino enfatizar el enfoque a probables causas y dirigir el examen hacia un diagnóstico en el menor tiempo posible minimizando el costo y la incomodidad del paciente.

Luego evaluaremos esquemáticamente las posibles causas de dolor de rodilla en los diferentes compartimientos y su enfoque terapéutico.

PACIENTES POR DEBAJO DE LOS 45 AÑOS DE EDAD

Consideraciones Diagnósticas Generales:

Las patologías más frecuentemente encontradas en pacientes por debajo de 45 años que producen dolor de rodilla son las lesiones meniscales, las lesiones de ligamentos y los síndromes paterales (dolor e inestabilidad).

Lesiones meniscales y ligamentarias:

Las lesiones meniscales y ligamentarias son producidas por traumatismos y son más frecuentemente unilaterales. Una lesión por torsión de la extremidad generalmente lesiona bien sea el menisco, el ligamento cruzado anterior o ambos. Es importante que el paciente de una descripción precisa del mecanismo de la lesión. La sensación de un "pop" puede ser característico de un desgarro del ligamento cruzado anterior. Este tipo de lesión ocurre con frecuencia en deportes como basket-ball y el esquí. Muchas de esas lesiones podrían parecer relativamente triviales y ocurrir en el transcurso de actividades diarias comunes. Por ejemplo, mientras se está de cuclillas en una posición difícil, podría desgarrarse el menisco. Otras lesiones severas que ocurren en deportes de contacto sugieren lesión de los ligamentos colaterales y posiblemente del ligamento cruzado posterior. Un trauma severo en un accidente de carro debe hacer sospechar la posibilidad de una lesión del ligamento cruzado posterior.

Luxación de rótula:

Traumatismos similares a los que producen lesión en los meniscos o en los ligamentos, también pueden producir

luxación de la rótula. En pacientes jóvenes puede ser particularmente difícil diferenciar una lesión del ligamento cruzado anterior de una luxación aguda de la rótula solamente con la historia. En ambas instancias el paciente puede quejarse de que "la rodilla se salió". Por lo tanto, más típicamente, la inestabilidad patelar así como los síndromes de dolor patelar son de comienzo insidioso y con frecuencia son bilaterales. La bilateralidad sugiere una etiología anatómica y un problema patelar debe ser sospechado hasta que se pruebe lo contrario.

Síntomas:

Dolor: Mientras que el sitio del dolor puede ayudarnos en el diagnóstico, también con frecuencia puede engañarnos. Por ejemplo, desgarros del menisco interno producen dolor en la línea articular medial y con frecuencia está estrictamente localizado. Por otro lado, pacientes con trastornos rotulianos, con frecuencia perciben el dolor en la misma zona.

Inestabilidad: El paciente con frecuencia está consciente de lo que está pasando y hace descripciones como: "se me sale la rótula". Una frase como "la rodilla se me disloca" o una descripción de sensación de torsión son dadas por pacientes que presentan inestabilidad ligamentaria, particularmente con insuficiencia del ligamento cruzado anterior. La inestabilidad puede ocurrir diariamente, pero más frecuentemente es episódica, al realizar alguna actividad determinada, particularmente deportes.

Derrame Articular: Con frecuencia el derrame articular de la rodilla es sólo una sensación subjetiva que no puede ser objetivamente confirmada. El verdadero derrame articular es mayormente palpable por encima de la rótula, mientras que un derrame subjetivo usualmente es descrito en la región infrapatelar. Una rápida inflamación luego de un traumatismo generalmente indica que hay una hemartrosis. Las lesiones del LCA, los desgarros periféricos meniscales, las fracturas intrarticulares y las luxaciones traumáticas de la rótula están más comúnmente asociadas con hemartrosis. El derrame articular que ocurre muchas horas después de la lesión, es causado más comúnmente por desgarros meniscales o por subluxación rotuliana.

Bloqueo: Causas mecánicas como un fragmento interpuesto de menisco, puede causar bloqueo de la rodilla y podría marcarse como un rasgo diagnóstico característico. Por ejemplo, un bloqueo transitorio, en el cual el paciente está consciente de la presencia de un cuerpo libre intrarticular e incluso hasta es capaz de palparlo, es difícilmente confundido con otra causa. Así mismo, un bloqueo asociado con un chasquido palpable del menisco no puede ser mal interpretado. El bloqueo puede ser causado por cualquier anomalía que interfiera con el sistema de movimientos de deslizamiento y rotacionales de la articulación. De manera que, la interpretación del bloqueo articular debe ser hecha con precaución. Similarmente, uno debe diferenciar el verdadero bloqueo con

la sensación de bloqueo en la rodilla flexionada que puede ser referida en pacientes con desórdenes rotulianos.

PACIENTES POR ENCIMA DE LOS 45 AÑOS DE EDAD

Consideraciones Diagnósticas Generales:

Dentro de este grupo etario, predomina la osteonecrosis y la degenerativa. Los desgarros agudos de menisco también ocurren, pero las lesiones meniscales son más comúnmente de etiología degenerativa. Los síntomas patelares son consecuencia de osteoartrosis más que de problemas de malalineación. El dolor y la limitación funcional para la marcha son los síntomas más comunes.

Síntomas:

Sintomatología Inicial: Una descripción precisa del inicio de los síntomas es útil, particularmente en relación a la lesión. Los desórdenes degenerativos son usualmente bilaterales y son de comienzo insidioso. La osteonecrosis se presenta dramáticamente de repente, está bien localizada y el paciente recuerda muy bien el instante en que aparecieron los síntomas ("estaba cruzando la calle cuando..." "me levanté de la cama y sentí este dolor terrible...").

Dolor: A diferencia de los pacientes jóvenes, la localización del dolor no siempre es útil. Por ejemplo, la artrosis patelofemoral, con frecuencia causa dolor poplíteo, si además, hay la presencia de un quiste poplíteo, el dolor y el quiste podrían ser erróneamente conectados. El fenómeno de la artrosis de cadera que se presenta como dolor de rodilla es bien conocido. Se presenta un dolor similar referido en la rodilla del mismo lado y el sitio de la sensación dolorosa no es una buena indicación de su localización.

Inestabilidad y Bloqueo: En este grupo etario los síntomas menos comunes son los de inestabilidad y bloqueo. Cuando ellos ocurren, usualmente son causados por ratones intrarticulares. El paciente está consciente de la presencia de un cuerpo libre y puede sentirlo moverse dentro de la rodilla. Los cuerpos libres intrarticulares son frecuentemente vistos en rodillas artrósicas y normalmente no son significativos. Deben ser ignorados a menos que el paciente refiera molestia y esté consciente de la presencia del fragmento. La suposición de que el cuerpo libre causa dolor sin que el paciente sienta su presencia, es errónea.

Evaluación de la Incapacidad:

En articulaciones artrósicas, debe realizarse una evaluación de la incapacidad tomando en cuenta la distancia que camina, la habilidad para ponerse de pie, subir escaleras, pasarse a una silla, ir de compras y el uso de bastón. La severidad del dolor es evaluada durante la actividad y el reposo.

Dentro de esta población, debe considerarse problemas en otras articulaciones. Una radiculopatía lumbar o una artrosis de cadera pueden referir el dolor a la rodilla. En la artritis

reumatoidea, el dolor en pie y el tobillo limitan la actividad, lo que puede reflejarse en la rodilla. La rigidez e inflamación de los dedos puede significar una sinovitis de origen reumática en la rodilla.

PRUEBAS ESPECIALES

Alineación: La alineación es mejor apreciada con el paciente de pie y caminando; de esta manera las deformidades en varo o valgo y la asimetría entre las piernas puede ser mejor evaluada que con el paciente acostado. Anormalidades torsoniales como la anteversión femoral, torsión externa de la tibia y malalineación rotuliana son mejor apreciadas cuando el paciente se para con los pies juntos.

Derrame Articular: Un derrame articular siempre es visible como una plenitud e inflamación de la bolsa suprapatelar. Esto es confirmado por palpación y choque rotuliano contra la tróclea femoral.

Meniscos: Se han descrito numerosas maniobras de rotación para diagnosticar las lesiones de los meniscos. El propósito de éstas es atrapar el menisco móvil o sus fragmentos desgarrados entre las superficies articulares, causando dolor y/o chasquido. Las tres pruebas más ampliamente utilizadas son la de McMurray, la de Apley y la de Steinmann.

Rótula: Las pruebas para la rótula incluyen la evaluación de su superficie articular y su alineación, así como de las estructuras blandas que la rodean.

Ligamentos: La laxitud de la rodilla puede variar de una persona a otra, de modo que debe utilizarse como control la rodilla contralateral que presumiblemente está sana. Dentro de las pruebas más utilizadas para evaluar la integridad del ligamento cruzado anterior tenemos la prueba de Lachman, la prueba del cajón anterior y la prueba de movimiento en pivote hacia afuera (prueba de Machintosh o de Lemaire).

La integridad del ligamento cruzado posterior debe realizarse con la prueba del cajón posterior. Para evaluar la integridad del complejo ligamento posteroexterno el examinador debe evaluar el desplazamiento posterior y la rotación axial del platillo tibial. Para valorar la inestabilidad rotatoria posteroexterna, las pruebas más comúnmente utilizadas incluyen la prueba de rotación externa en recurvatum, la prueba del cajón posterolateral y la maniobra del cambio de pivote invertido. La integridad del complejo ligamentario posterointerno se evalúa mediante el signo del tirón posterointerno y posteroexterno de Hughston. Otra forma de explorar los ligamentos colaterales internos y externos es mediante la producción de valgo o varo con la rodilla con 20 a 30° de flexión.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografía Simple: Debe tomarse siempre Rx de las dos rodillas para poder comparar. Las proyecciones más utiliza-

das son la anteroposterior con el paciente de pie, la lateral con la rodilla en semiflexión y las axiales de rótula.

Radiografía en Estrés: El estrés en valgo o en varo nos permite cuantificar objetivamente el grado de lesión de los ligamentos.

TAC: Permite evaluar problemas de malalineación patelofemoral, presencia de tumores y cuando se utiliza con contraste las lesiones condrales.

RMN: Permite la evaluación no invasiva de lesiones en los meniscos, ligamentos y condrales.

A continuación expondremos de manera esquemática las posibles causas de dolor en los diferentes compartimientos de la rodilla y su enfoque terapéutico:

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO MEDIAL

El dolor en el compartimiento medial de la rodilla, se presenta con mucha frecuencia en los adultos. Este puede ser debido a varias causas incluyendo problemas de hiperpresión rotuliana, lesiones meniscales, lesiones del ligamento medial y enfermedad degenerativa articular. Algunas veces el problema no puede diagnosticarse. Es necesario un examen cuidadoso para establecer la presencia de hallazgos objetivos.

DIAGNOSTICO

Debe obtenerse una historia cuidadosa donde se asocie el dolor a determinadas actividades como subir escaleras, correr, girar o agacharse; determinar si los síntomas se alivian con el reposo. En individuos de mediana edad, comúnmente el dolor es debido a problemas de hiperpresión rotuliana, lesiones del menisco o enfermedad degenerativa del compartimiento medial.

El examen físico debe concentrarse en la documentación de evidencia objetiva de patología articular. La atrofia del cuádriceps, la inflamación, el derrame articular, disminución en los rangos de movimiento y los signos de atrapamiento meniscal son indicadores confiables de problemas en el compartimiento interno de la rodilla. Los cambios degenerativos tempranos no deben ser asociados con hallazgos objetivos. Los pacientes con síntomas persistentes deben ser observados por un período de tiempo hasta que la patología de base se descubra por ella misma. Deben realizarse Rx con proyecciones anteroposterior y lateral para descartar enfermedad degenerativa del compartimiento medial, así mismo como proyecciones tangenciales de la rótula para los problemas femoropatelares.

Un examen cuidadoso de la rodilla puede distinguir entre una discreta hipersensibilidad del retináculo medial, por encima de la línea articular medial, y un verdadero dolor localizado en ésta. La hipersensibilidad del retináculo medial es análogo al síndrome de hiperpresión rotuliana externa, comúnmente asociado a un problema de malalineación

patelofemoral. El dolor difuso en la línea articular medial es más consistente con la enfermedad degenerativa, mientras que el dolor específico en esta misma área es causado más frecuentemente por lesión del ligamento medial o por patología meniscal. Las maniobras de producir un valgo forzado de la rodilla y de atrapamiento meniscal pueden ayudar a diferenciar si la lesión es del ligamento medial o del menisco. El dolor del ligamento medial puede deberse a una continua tracción por deformidad en valgo durante la deambulación o por lesiones repetidas del mismo. En esta última situación, se puede observar una calcificación sobre el tubérculo del vasto interno radiográficamente (enfermedad de Pellegrini-Stieda). (Ver diagrama 1).

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO LATERAL

El dolor en la línea articular lateral es menos común que en la medial. Las causas más comunes de dolor en este sitio incluyen lesión meniscal, enfermedad degenerativa articular del compartimiento lateral e irritación de la bursa del cóndilo femoral lateral.

DIAGNOSTICO

Preguntar si hay antecedente previo de lesión o de actividades específicas como subir escaleras, lo cual empeora el dolor. El bloqueo es menor que cuando se producen desgarros del menisco medial. Los quistes meniscales usualmente se incrementan de tamaño después de una actividad y se reducen durante el reposo.

Debe palparse el cóndilo femoral lateral durante la flexión y extensión, buscando crepitación y sensibilidad sugestivas de un síndrome de banda iliotibial. Un signo de cajón positivo es indicativo de una inestabilidad anterolateral rotatoria y sugiere un desgarramiento del menisco lateral.

Los hallazgos objetivos consisten en atrofia del cuádriceps, derrame articular, quiste en la línea articular, signo positivo de atrapamiento meniscal con limitación para la flexo extensión completa y un signo de cajón antero-posterior combinado con pruebas de inestabilidad positivas.

El síndrome de banda iliotibial es causado por fricción entre el cóndilo lateral femoral y la banda iliotibial que se desplaza hacia atrás y hacia adelante durante los rangos de movilidad de la rodilla. El síndrome aparece típicamente después de un incremento súbito en la actividad. Una larga caminata o un incremento en la rutina del trote puede provocar este síndrome. La modificación de la actividad, incluyendo reposo y antiinflamatorios normalmente son suficientes para controlar los síntomas.

La enfermedad articular degenerativa del compartimiento lateral es típica después de un traumatismo o de una larga deformidad en valgo secundaria a una lesión o cirugía. La necrosis avascular del cóndilo femoral lateral, también puede producir este problema.

Otras causas comunes de dolor en la línea articular lateral son ratones intrarticulares o lesiones meniscales. Una rodilla con bloqueo intermitente, síntomas referidos al lado externo de la rodilla y una protrusión visible en la piel sobre la línea articular sugiere un ratón intrarticular. Una radiografía común frecuentemente confirma el diagnóstico.

Los quistes del menisco externo usualmente son consecuencia de un traumatismo del menisco. Generalmente el paciente no recuerda un traumatismo en particular, pero una tumoración gradual en la línea articular lateral que desaparece con la flexión y extensión máximas, es patognomónico. Si esta lesión se deja mucho tiempo, puede ocurrir erosión del cóndilo lateral. El tratamiento de elección es la meniscectomía. (Ver Diagrama 2).

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO ANTERIOR

El dolor del compartimiento anterior de la rodilla usualmente es causado por anomalías en la articulación femoropatelar (más comúnmente asociado a problemas de malalineación), cuerno anterior del menisco y de la bolsa suprarrotuliana. La articulación femoropatelar es un delicado sistema balanceado muy susceptible ante cambios en el tipo y nivel de la actividad física. Un incremento en la rutina del trote o un cambio en el sitio de trabajo, donde haya que subir más escaleras, son ejemplos típicos. Un traumatismo continuo en la parte anterior de la rodilla, como trabajar de rodillas, puede producir una bursitis prerrotuliana y otras irritaciones locales.

DIAGNOSTICO

En el interrogatorio hay que tratar de relacionar los síntomas con una lesión o actividad específica. Determinar si la rodilla se bloquea, si hay resalte o chasquido. Determinar la relación entre la sensación del paciente y su localización dentro de la rodilla.

Comenzar el examen observando la marcha y determinando la alineación del miembro. Un incremento en el ángulo Q sugiere un posible problema femoropatelar. Insall notó que un ángulo Q aumentado o una rótula alta pueden contribuir a luxación o subluxación de la rótula. Evaluar en general la firmeza del mecanismo del cuádriceps. Movilizar la rodilla y palpar sobre cada línea articular buscando crepitación. Ubicar el sitio del dolor. Deben realizarse las maniobras para meniscos.

Una hipersensibilidad en la línea articular anterior sugiere lesión del cuerno anterior del menisco o una patología del tendón rotuliano. La hiperextensión de la rodilla y las maniobras para meniscos pueden distinguir esta entidad de una tendinitis del tendón rotuliano. El dolor localizado en el polo inferior de la rótula es más consistente de una tendinitis patelar.

"La rodilla de Saltador" es sugestiva de una historia de incremento en la actividad con alto impacto. Esta es diagnós-

ticada por la presencia de dolor comúnmente localizado en la inserción del tendón rotuliano en la patela. La bursitis prerrotuliana debe ser diferenciada de una celulitis o un derrame articular. Un derrame articular produce inflamación generalizada y borramiento de los relieves de la rodilla; la bursa prerrotuliana, cuando se inflama, se presenta en un área bien circunscrita sin distorsión de las otras zonas de la rodilla. La celulitis está acompañada por inflamación y eritema extendido dentro de los límites de la rótula. El signo del tímpano y la transluminación pueden ser útiles para diferenciar estas dos entidades.

Las fracturas por estrés de la rótula se presentan típicamente con dolor mientras se trota o se realiza una actividad deportiva. Una radiografía tangencial de la rótula puede evidenciar una irregularidad de la superficie articular y la avulsión de un pequeño fragmento. La fractura rara vez está desplazada y excepcionalmente requiere tratamiento quirúrgico.

La condromalacia usualmente se refiere al síndrome clínico caracterizado por dolor retropatelar relacionado con actividades isotónicas como el trote, subir escaleras y caminar. El paciente típico es en adulto joven que refiere dolor anterior en la rodilla. Usualmente el dolor es sordo con crisis agudas, exacerbado con actividades como subir o bajar escaleras, trote o saltos y que se alivia con reposo y hielo. El paciente puede o no estar activo deportivamente. El dolor puede presentarse estando sentado por períodos largos en un carro, avión o en el cine. Inicialmente la articulación patelofemoral puede ser lisa al examen y con apariencia normal en la artroscopia. Eventualmente la superficie articular comienza a desgastarse y hacerse irregular. El carácter del dolor no es claro. El común denominador es una tracción lateral patelar secundaria bien sea a una alineación estática o dinámica deficiente. La reducción de una rótula subluxada o luxada recurrentemente puede causar dolor por la constante presión que ejerce la faceta medial contra la tróclea lateral del fémur. La clave del hallazgo físico incluye un incremento del ángulo Q, un signo de aprehensión positivo, dolor a la compresión de la patela contra el surco intercondíleo y crepitación patelofemoral durante los rangos de movimiento. El establecimiento del sitio exacto del dolor puede ayudar en el diagnóstico. Pueden estar involucradas estructuras como el retináculo, el tendón rotuliano, la sinovial, la almohadilla de grasa o la superficie articular de la rótula. La crepitación no es específica y ayuda en el diagnóstico sólo cuando está asociada con dolor, en cuyo caso puede significar una condromalacia o una plica sinovial. El signo de aprehensión positivo indica una potencial subluxación de la rótula. La subluxación recurrente implica una anomalía en el mecanismo extensor. Cuando el dolor patelofemoral es debido a una malalineación, el paciente típico es menor de 17 años con un inicio insidioso del dolor, con frecuencia bilateral. El paciente puede o no haber expe-

rimentado subluxación recurrente. Los hallazgos más comunes al examen físico son incremento en el ángulo Q, torsión tibial interna, inestabilidad patelar, pie plano y dolor cuando la rótula es presionada contra el surco intercondíleo. Un signo de Ober positivo indica que hay tensión en la banda iliotibial. También es común tensión en los isquiotibiales. Tanto los isquiotibiales como la banda iliotibial tensos pueden contribuir a una malalineación.

En el dolor patelofemoral debido a condromalacia, el paciente tiende a estar en una edad comprendida entre 20 años o más y generalmente refiere una historia de inflamación o trauma. Los hallazgos físicos son muy similares a los de la malalineación, pero podría haber además derrame articular. De cualquier modo, es importante notar que la condromalacia rotuliana es un diagnóstico patológico y por lo tanto debe ser reservado por hallazgos artroscópicos o radiológicos.

Cuando el dolor patelofemoral se debe al sobreuso, generalmente es secundario a una mala tracción, tendinitis rotuliana y condromalacia. Las personas que sufren un fuerte traumatismo patelofemoral usualmente desarrollan condromalacia, aunque los pacientes jóvenes pueden ser más resistentes.

Los individuos que han sido sometidos a cirugía de la rodilla o han estado inactivos con pérdida del tono muscular del cuádriceps, desarrollan un componente transitorio de este síndrome durante el retorno a sus actividades normales.

Jones y colaboradores, encontraron mediante realización de TAC en pacientes con dolor anterior de rodilla secundario a malalineación patelofemoral que estos tenían una significativa lateralización del tubérculo tibial en comparación a otros grupos de pacientes con rodilla asintomática, con otras causas de dolor anterior de rodilla y con respecto a un grupo control. Con esto concluyen que la TAC para determinar la posición del tubérculo tibial es muy útil en el diagnóstico de una malalineación patelofemoral con una especificidad de 95% y una sensibilidad de 85%.

El tratamiento incluye modificación en sus actividades, reducción de maniobras isotónicas, rehabilitación del cuádriceps, cepillado patelar y varias formas de realineación del complejo patelofemoral. (Ver Diagramas 3,4,5,6,7 y 8).

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO POSTERIOR

El dolor en el compartimiento posterior es menos común que otras partes de la rodilla. Es más frecuentemente causado por contractura de los músculos flexores, una contractura refleja es indicativa de un trastorno de alguna estructura extrarticular que causa dolor.

DIAGNOSTICO

Determinar si el dolor es reciente o al estar parado largo tiempo y si está asociado con inflamación, limitación funcio-

nal y trauma previo. Palpar la rodilla en busca de signos de inflamación como incremento del calor, volumen y atrofia del cuádriceps. Palpar la fosa poplítea en busca de la presencia de un quiste. Si hay la presencia de una contractura en flexión, determinar si es causada por un espasmo de los flexores o por contractura de partes blandas. Un punto final firme es más típico de una contractura de partes blandas. Dolor local a lo largo de la línea articular posterior es sugestivo de una patología meniscal. Realizar las maniobras para meniscos: flexión y extensión mientras se rota la tibia. El dolor y chasquido de la línea articular posterior representa un signo positivo. Con la rodilla a 90° de flexión, realizar una prueba de cajón posterior viendo la rodilla de lado. Comparar con la rodilla contralateral y determinar si un desplazamiento posterior está presente; la lesión del ligamento cruzado posterior permite deslizar la tibia posteriormente.

Las radiografías durante las maniobras de cajón anterior y posterior permiten cuantificar la subluxación presente.

Los quistes poplíteos están clasificados como congénitos y adquiridos. Un quiste congénito no se comunica con la articulación y usualmente es causado por una prolongación de la bursa del gastrocnemio/semimembranoso. Un quiste adquirido es causado por un derrame articular prolongado bien sea por un trastorno interno o una artritis crónica. Una sinovitis crónica puede conducir eventualmente a una herniación a través de la cápsula posterior y formar un quiste poplíteo. Una artrografía podría demostrar si el quiste está comunicado con la articulación y puede ayudar a diagnosticar la presencia de un trastorno interno. Para mayor definición de la patología y su manejo definitivo, puede realizarse una biopsia de la sinovial mediante artroscopia. La excisión del quiste está indicada si el paciente presenta síntomas severos o si éste se ha incrementado notablemente de tamaño, excepto en la artritis reumatoidea ya que el tratamiento de elección es la sinovectomía anterior.

El deslizamiento tibial posterior y una prueba de cajón posterior positiva son indicativos de una lesión del ligamento cruzado posterior. Típicamente esto sigue a un trauma de la parte anterior de la tibia como la caída de una motocicleta. Uno debe preguntar y observar al paciente muy cerca para determinar si esto representa un problema funcional. Un vigoroso programa de rehabilitación para el cuádriceps y alguna modificación de sus actividades podría ser todo lo que necesita. Si la inestabilidad es muy marcada y causa limitación funcional, entonces está indicada la reconstrucción del ligamento.

La contractura de los músculos flexores es un mecanismo reflejo involuntario de protección en una condición dolorosa de la rodilla. Esto es un hallazgo físico y no un diagnóstico. Mientras que un problema inflamatorio crónico como la artritis reumatoidea constituye la causa más común, un

atrapamiento del menisco también puede conducir a una contractura. Algunas veces no se encuentra ninguna causa. En estos casos es apropiado someter al paciente a un período de observación, pero si no hay mejoría entonces puede ser necesaria la realización de una TAC, RMN o una artroscopia exploradora para determinar la presencia de una patología intrarticular. (Ver Diagramas 9, 10, 11 y 12).

DIAGRAMA 1

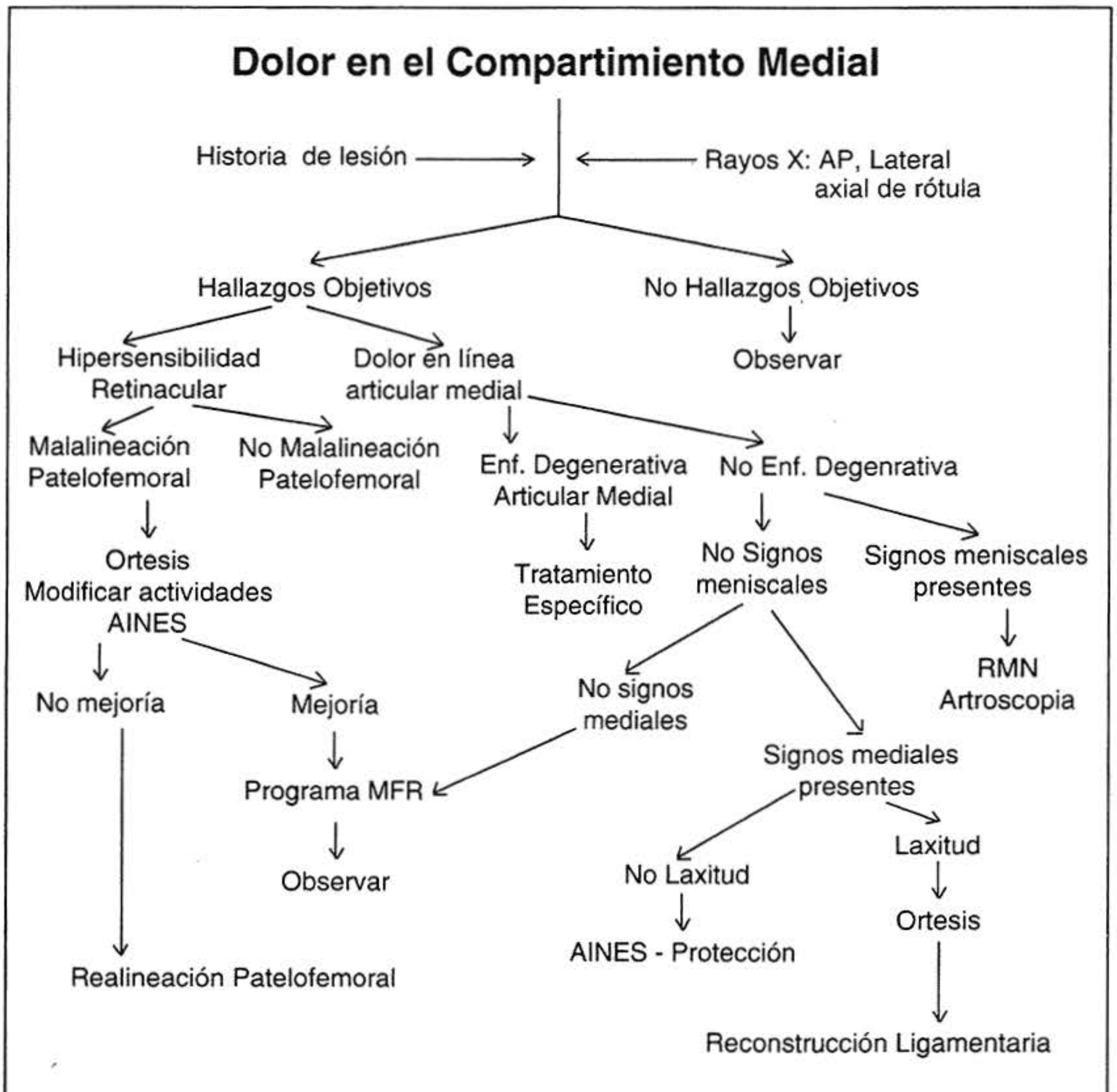


DIAGRAMA 2

Dolor en el Compartimiento Externo

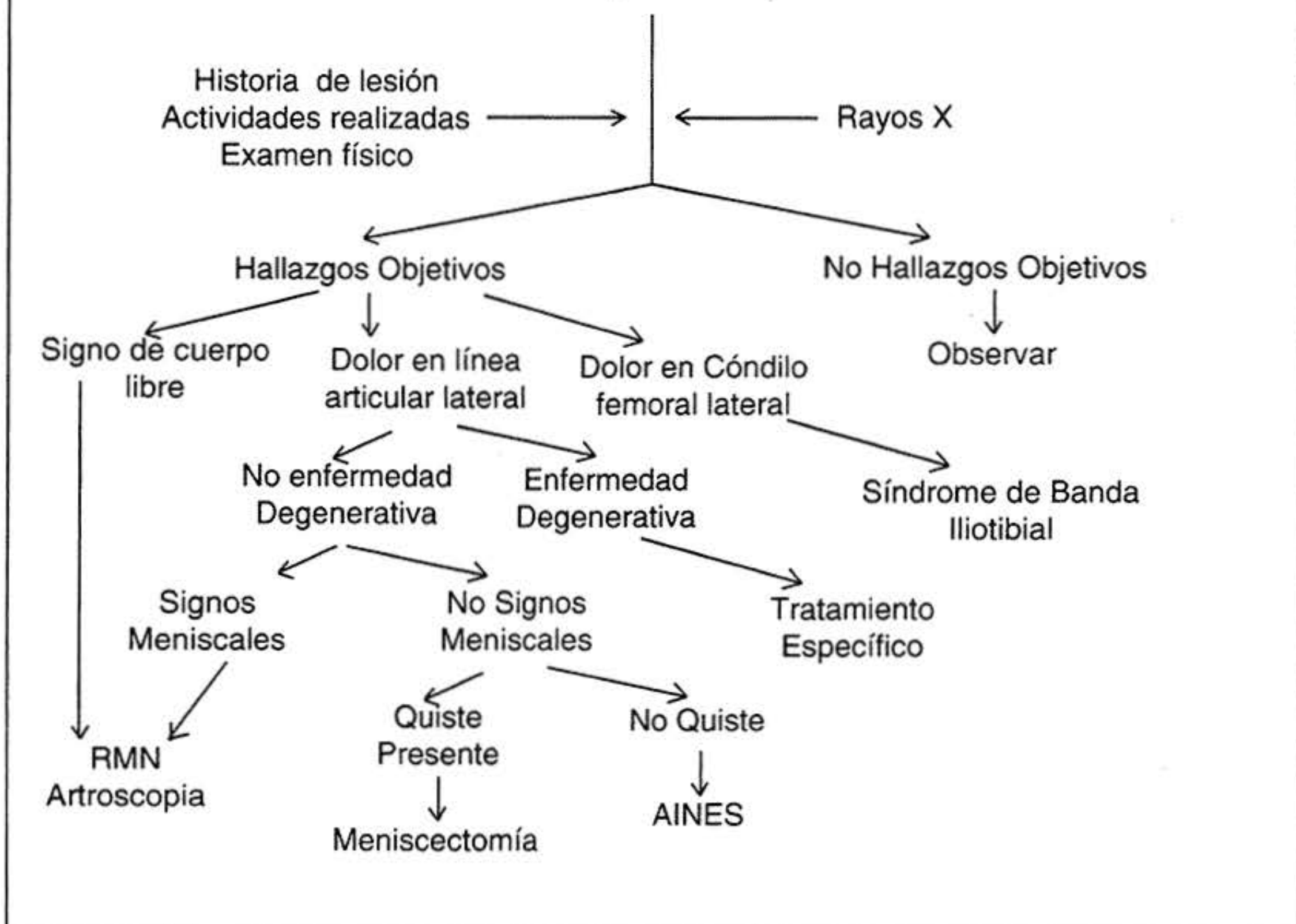


DIAGRAMA 3

Dolor en el Compartimiento Anterior

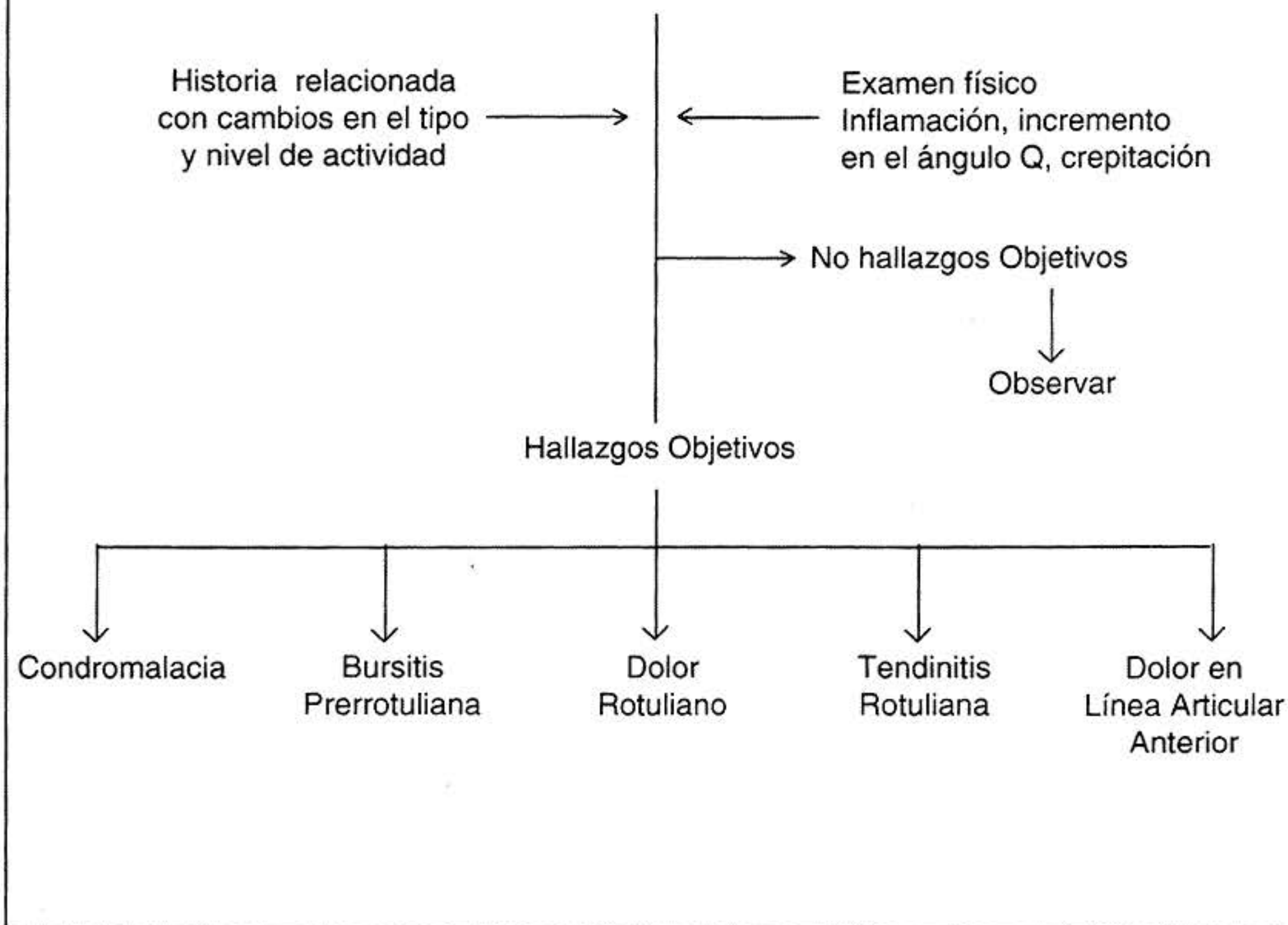


DIAGRAMA 4

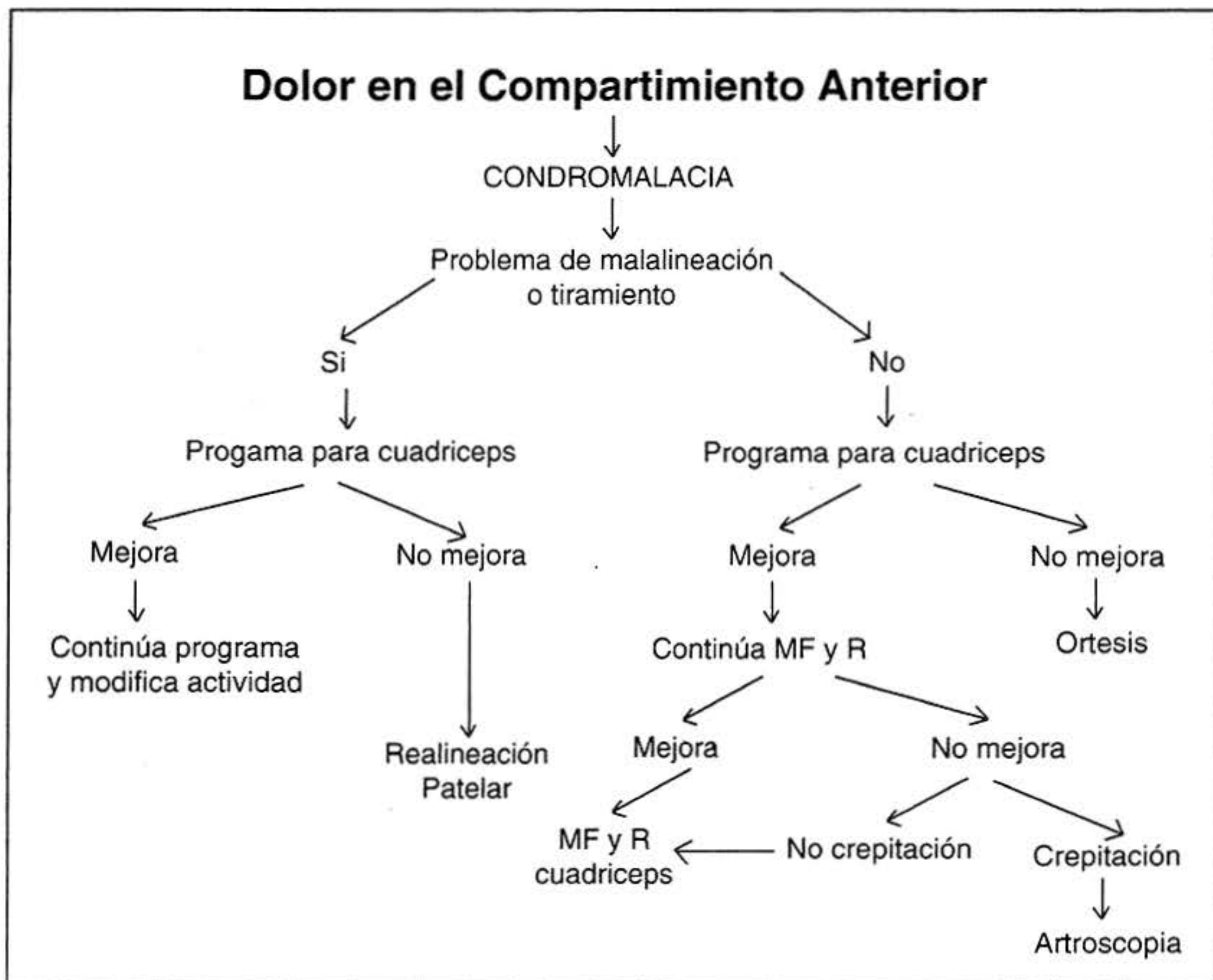


DIAGRAMA 5

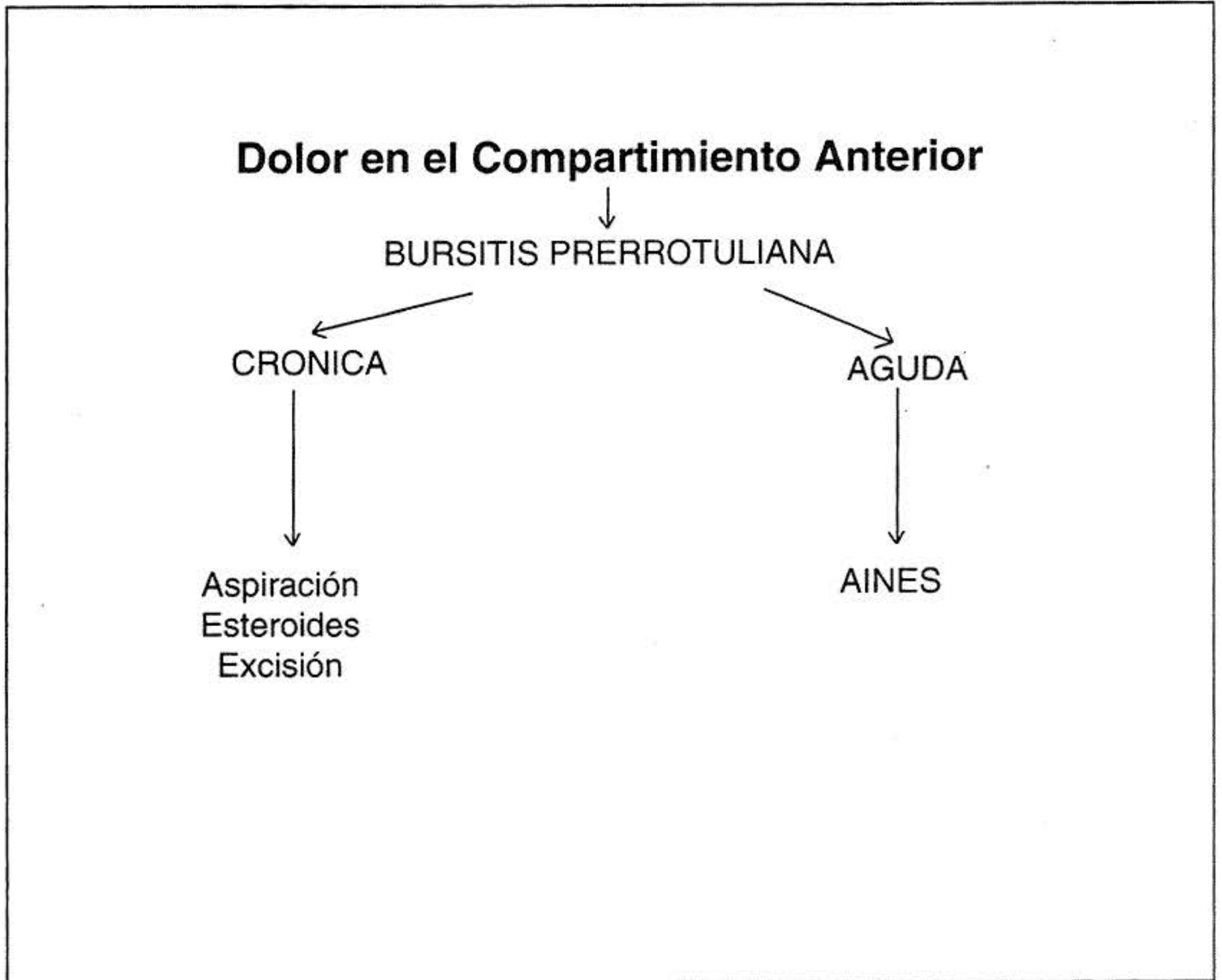


DIAGRAMA 6

Dolor en el Compartimiento Anterior

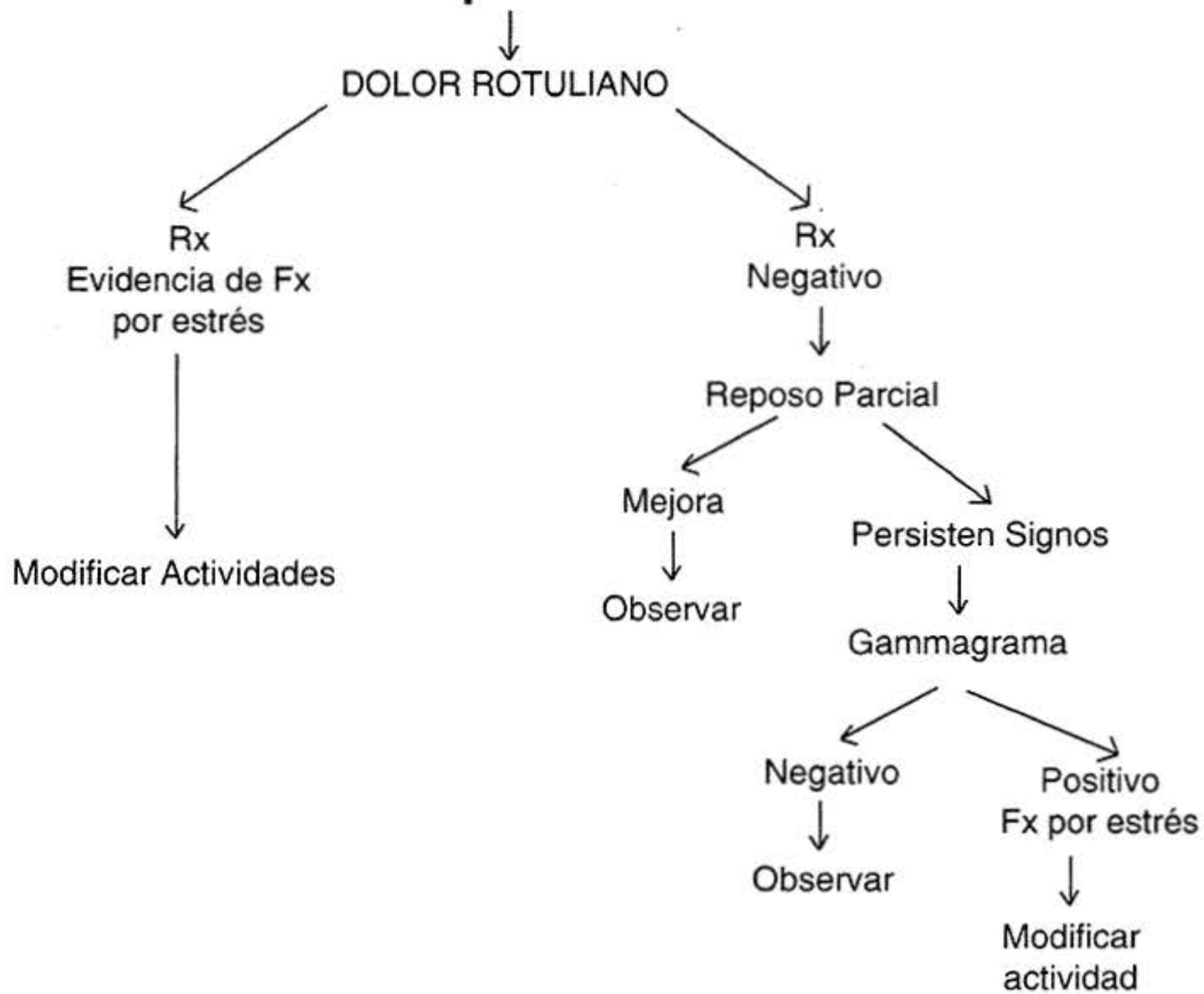
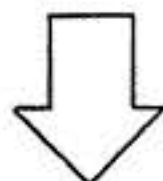
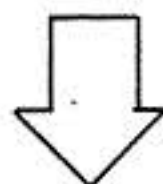


DIAGRAMA 7

Dolor en el Compartimiento Anterior



Tendinitis Rotuliana



AINES
Modificar Actividades

DIAGRAMA 9

Dolor en el Compartimiento Posterior

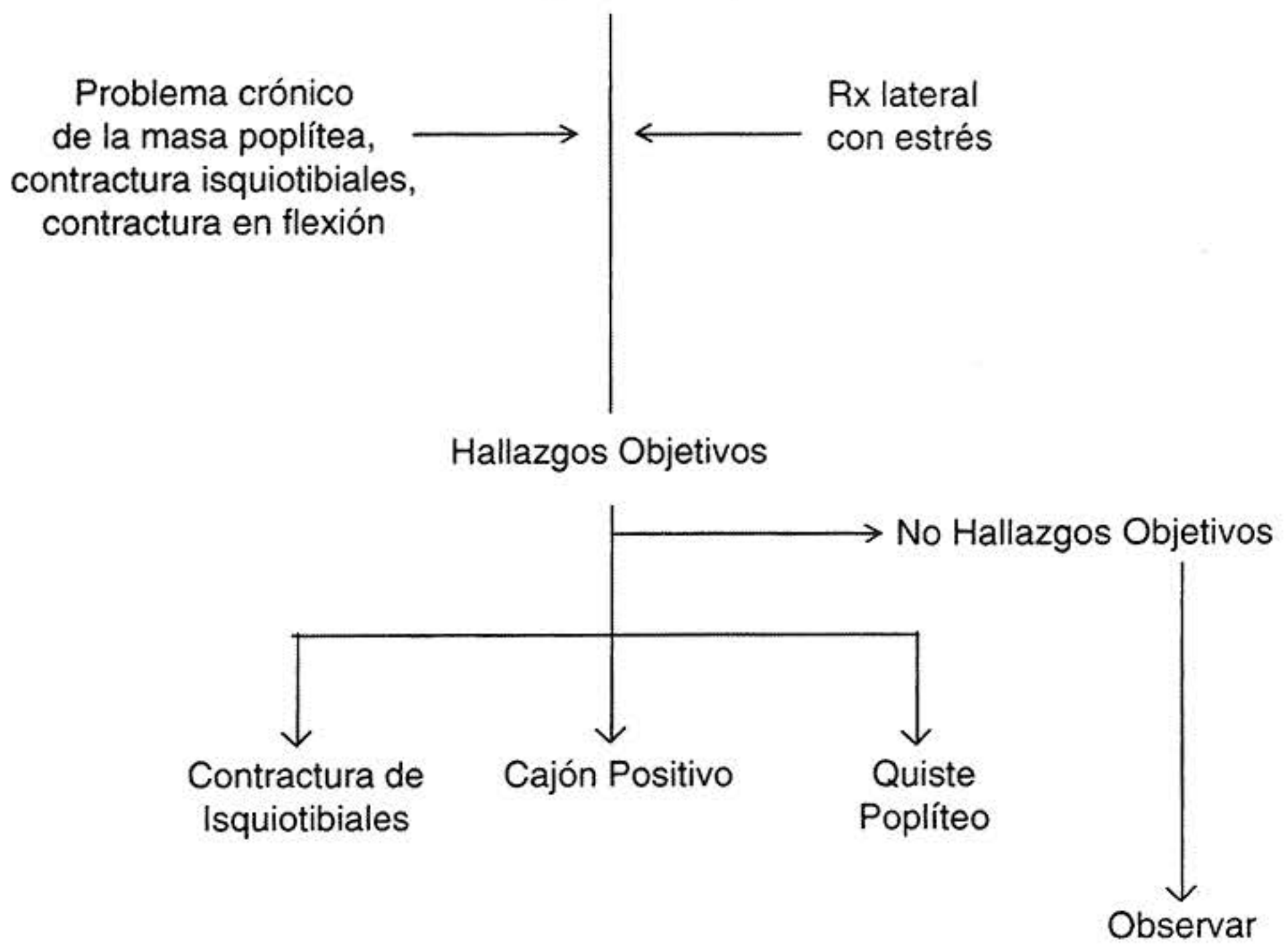


DIAGRAMA 10

Dolor en el Compartimiento Posterior

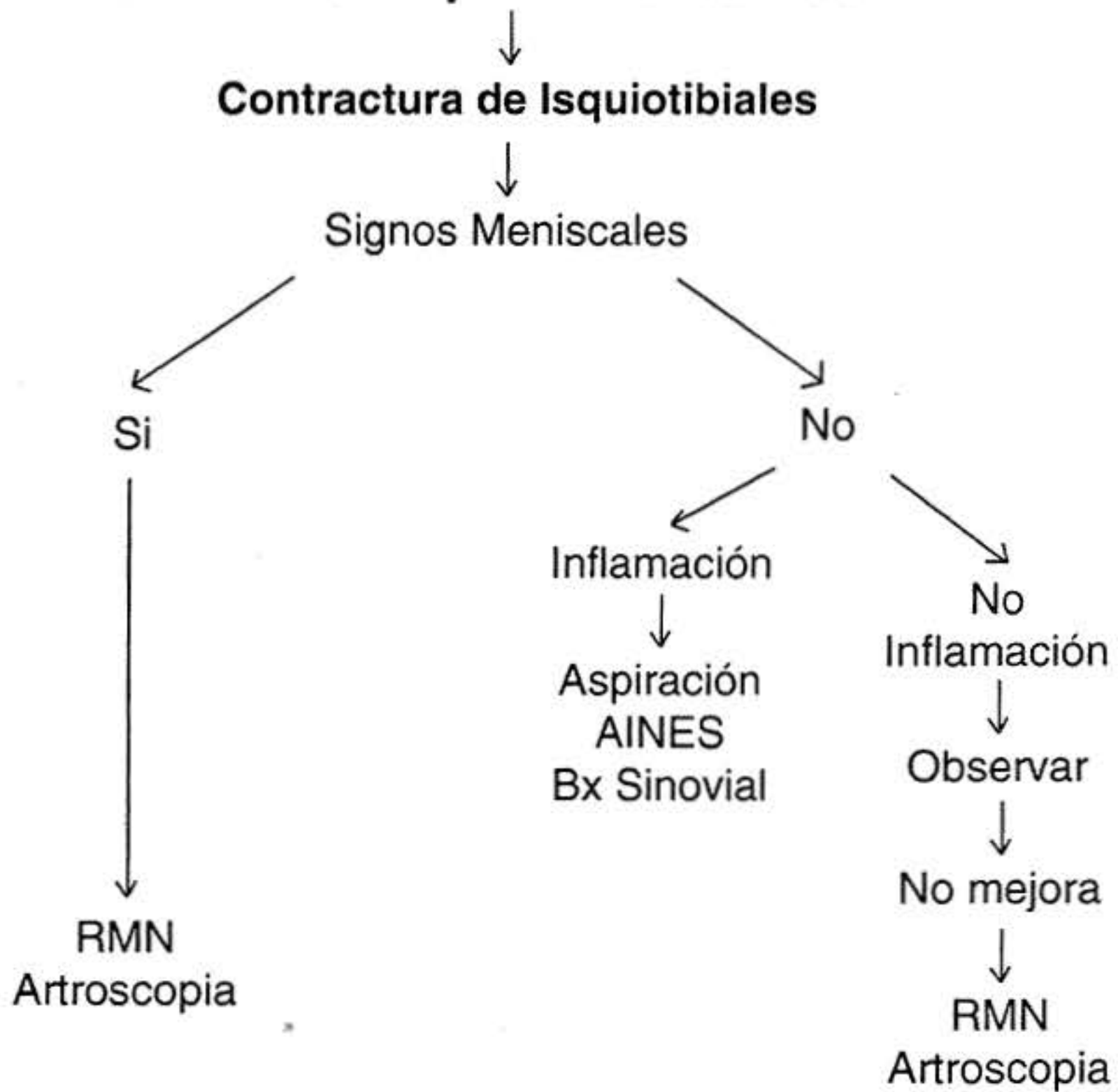


DIAGRAMA 11

Dolor en el Compartimiento Posterior

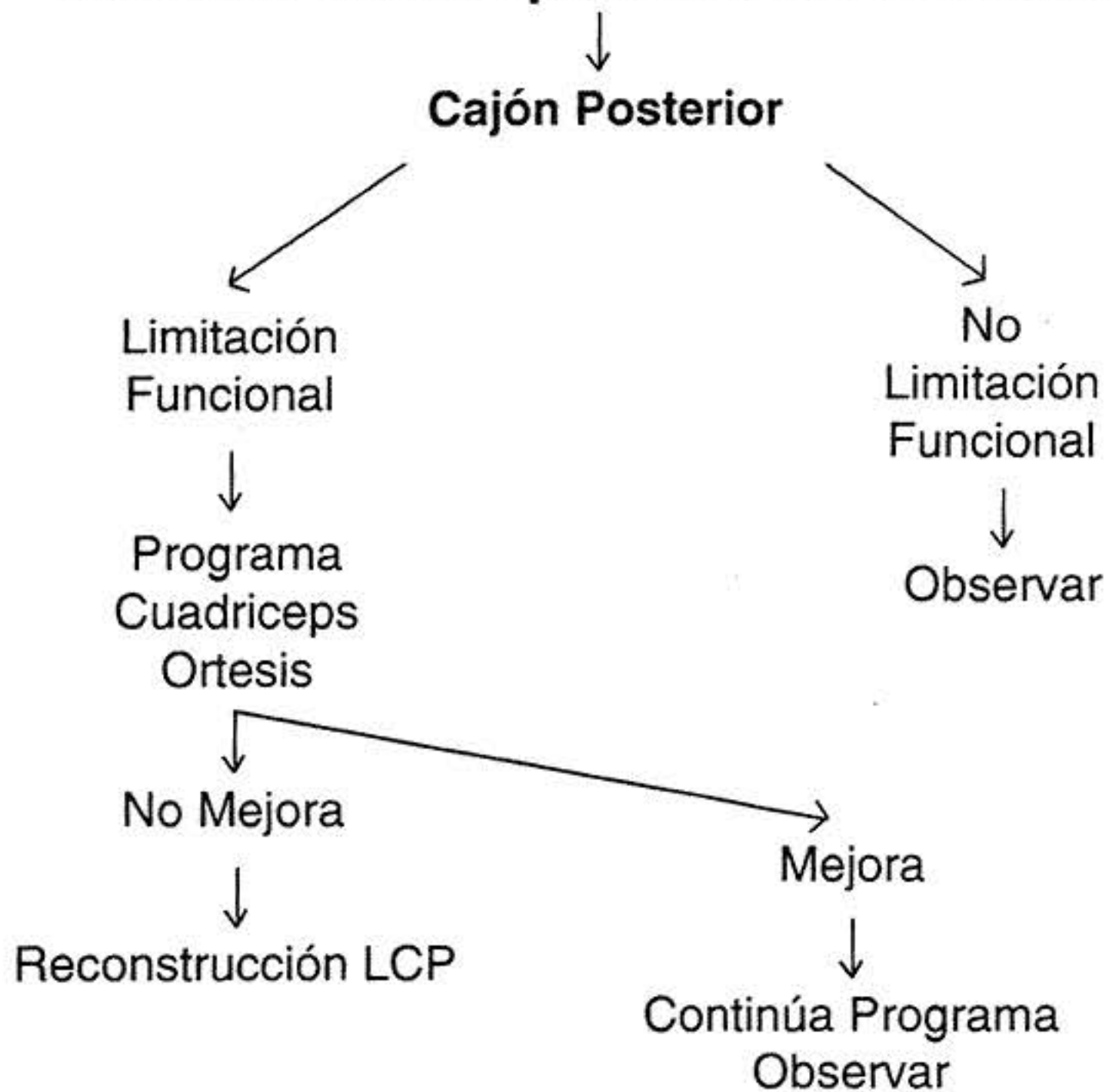


DIAGRAMA 12

Dolor en el Compartimiento Posterior



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Galea A. and Albers J: Patellofemoral Pain. *The Physician and Sportmedicine* 1994; 22: 4 48-58.
2. Eisele S: A Precise Approach to Anterior Knee Pain. *The Physician and Sportmedicine* 1991; 19:6: 126-139.
3. Jones R, Barlett E, Vainrigh J and Carrol R: Determination of Tibial Tubercle Lateralization in Patients Presenting With Anterior Knee Pain. *Skeletal Radiol.* 1995 Oct; 24:7: 505-9.
4. Kelly M. and Insall J. *Surgery of the Knee.* New York. Churchill Livingstone Inc, 1993: 63-82.
5. Lippert F: Medial Joint Line Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger D and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 124-25.
6. Lippert F: Laterall Joint Line Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger D and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 126-27.
7. Lippert F: Anterior Knee Joint Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 128-29.
8. Lippert F: Posterior Knee Joint Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger D. and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 130-31.
9. Magge D: Rodilla. En: Magge D. *Ortopedia.* Philadelphia. Saunders Company, 1992: 371-445.
10. Sisk T: Knee Injuries. In: Crenshaw, A, Editor. *Campbell's Operative Orthopaedics.* St. Louis, Missouri, 1992: 1487-732.