



Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 92-94

Taller de infiltraciones articulares (IV): rodilla

Freiria Tato, M.J.

Centro de Salud de Noia. XAP de Santiago de Compostela.

Nieto Pol, E.

Centro de Salud "Concepción Arenal", Santiago de Compostela. XAP de Santiago de Compostela.

Maestro Saavedra, F.J.

Centro de Salud de Elvira-Mesoiro, A Coruña. XAP de A Coruña.

Cinza, S.

Centro de Salud "Concepción Arenal", Santiago de Compostela. XAP de Santiago de Compostela.

Grupo de infiltración articular de la AGAMFEC.

La rodilla es una articulación grande, compleja, con meniscos, superficial y accesible, características que hacen de ella una articulación expresiva que a menudo reclama nuestra atención.

Su anatomía comprende una parte ósea: extremo distal del fémur, proximal de la tibia y la rótula; una fibrocartilaginosa: meniscos; y unas partes blandas: cápsula, bolsas, ligamentos colaterales y cruzados, músculos y sus tendones.

La primera aproximación a la rodilla la haremos a través de lo que el paciente nos cuente de ella: duele, desde cuándo, con ritmo mecánico o inflamatorio, en alguna localización especial, en alguna postura, si se irradia, si hubo traumatismos previos, antiguos o recientes,... Como siempre, una buena anamnesis será clave para el abordaje del problema.

1.- ANAMNESIS

La primera aproximación a la rodilla la haremos a través de lo que el paciente nos cuente de ella: duele, desde cuándo, con ritmo mecánico o inflamatorio, en alguna localización especial, en alguna postura, hubo traumatismos previos, antiguos o recientes,... Como siempre, una buena anamnesis será clave para el abordaje del problema.

OBJETIVO

Exploración sistemática.

Inspección: fijémonos en:

Trastornos de la alineación: varo, valgo, recurvatum y flexum. Los ejes del muslo y de la pierna forman un ángulo de 175° abierto hacia afuera; su alteración favorece el desarrollo de la artrosis.

Atrofias: la del cuádriceps nos indica inestabilidad articular

Tumefacciones: difusas o localizadas como en la bursitis prepatelar o en el quiste de Baker.

Deformidades: como el Osgood-Schlatter en el que hace una prominencia la tuberosidad anterior de la tibia...

Aspecto de la piel: coloración, presencia de heridas, enfermedades dermatológicas.

Palpación: Temperatura local.

Puntos dolorosos: debemos palpar toda la articulación, fijándonos en la interlínea y en las zonas de inserción de tendones como los que forman la pata de ganso. Un punto doloroso debe ser comparado con su simétrico en la otra rodilla.

El dolor puede aparecer además de palpando, movilizando: de este modo el dolor a la presión en un punto de la interlínea que cambia de posición, haciéndose más posterior al flexionar la pierna apunta a una lesión meniscal (signo de Steimann II)

Derrames: La rodilla deja ver y tocar los derrames con facilidad. Cuando son abundantes se aprecian por el signo del peloteo rotuliano (la rótula bota contra la articulación al empujarla con un dedo), pero que necesita, cuando son escasos, de la colocación de una mano de modo que el pulgar contacte con el borde medial de la rótula y el 2º y 3º dedos con el borde lateral de la misma; mientras con la otra mano la presionamos por lo que la existencia de derrame se notará como presión o desplazamiento en los dedos situados junto a la rótula. Los derrames pueden ser localizados con lo que estaremos ante diferentes bursitis.

MOVILIDAD

• **Amplitud de movimientos:**

- **Flexión:** activa 0°-130°, pasiva 0°-145°
- **Extensión:** activa 0°, pasiva -10°
- **Rotaciones:** 10°

• **Estabilidad:** se examina en decúbito supino.

- **Cajones:** rodilla en flexión 90° y pie ipsilateral fijado; se investiga desplazamiento anormal en sentido anteroposterior al traccionar del tercio proximal de la pierna. Su presencia indica lesión de ligamentos cruzados.
- **Bostezos:** varo y valgo forzados con la rodilla a 0° y a 30° de flexión. Se fija el muslo con una mano y se aplica fuerza en sentido contrario en la pierna con la otra mano valorando la abertura de la interlínea.
La positividad de la prueba nos indica lesiones de ligamentos colaterales.

MENISCOS

La patología meniscal es la más frecuente dentro de las patologías mecánicas de la rodilla y su expresión clínica es el bloqueo, que se acompaña de dolor en la interlínea articular y que en los casos agudos se puede acompañar de derrame.

Existen múltiples maniobras para explorar los meniscos (ya se mencionó anteriormente la conocida como signo de Steimann II); a efectos prácticos conviene familiarizarse con una o dos de manera se que comprendan y manejen bien:

Maniobra de Cabot: aparición de dolor al comprimir los meniscos. Menisco interno: una mano en la rodilla totalmente flexionada y la otra en el talón imprimiéndole una rotación externa y aducción forzada. Menisco externo: pasar de la anterior posición rápidamente a una rotación interna y abducción con posterior extensión de la rodilla.

Maniobra de McMurray: cadera y rodilla totalmente flexionadas, una mano sujeta la rodilla y la otra el talón, se efectúa una rotación externa o interna del muslo y posteriormente se extiende la rodilla 90°. La aparición de dolor al extender en rotación externa indica lesión de menisco interno; en rotación interna lesión del menisco externo. En lesiones antiguas puede no aparecer dolor.

Prueba de tracción y presión de Apley: Decúbito prono y flexión rodilla 90°. Fijamos el muslo con nuestra rodilla, le rotamos la rodilla del paciente traccionándola y presionando.

Dolor con rotación y tracción: alteración de la cápsula y ligamentos

Dolor con presión y rotación: en rotación interna lesión de menisco externo y ligamentos laterales, en rotación externa lesión menisco interno y ligamentos mediales.

Signo de Steimann I:

Mano izquierda en la rodilla flexionada y con la derecha se sujeta la pierna y se efectúan movimientos rápidos giratorios. Dolor en interlínea con rotación externa sugiere trastorno de menisco interno, y con la rotación interna lesión en el menisco externo.

Dolor en la interlínea articular y positividad de maniobras referidas son sugestivas de lesión meniscal. El diagnóstico se completa con técnicas de imagen, de las cuales la de elección es la RMN; cuya resolución diagnóstica alcanza del 70 al 95%; y / o con técnicas invasivas como la artroscopia la cual se puede usar además con fines terapéuticos.

RÓTULA

Causa frecuente de dolor de rodilla sobre todo en jóvenes. Al contrario que las lesiones ligamentosas o meniscales, las de la rótula no se asocian generalmente con traumatismos previos.

El llamado síndrome rotuliano se caracteriza por dolor al agacharse, correr saltar y tras periodos de inmovilidad con la rodilla en flexión, así como dificultad para bajar escaleras, mas que para subir las.

En la exploración se aprecia crepitación, signo del mal alineamiento femoropatelar; no suele haber derrame y la movilidad pasiva está conservada.

IMPRESIÓN

Llegamos al diagnóstico, que corroboraremos, si es necesario, con pruebas complementarias.

De toda la patología de la rodilla nos quedamos con aquella susceptible de ser infiltrada y que dividiremos en dos grandes grupos:

A.- PATOLOGÍA INTRAARTICULAR:

- **Artritis Reumatoide:** la infiltración puede mejorar el dolor durante más de doce meses, y su eficacia fue demostrada en estudios controlados.
- **Artritis crónica juvenil:** de elección en formas oligoarticulares teniendo un efecto prolongado
- **Gota y Pseudogota:** responden rápidamente a la infiltración
- **Artrosis:** aunque en estudios controlados con placebo la infiltración sólo fue superior a éste en las 3 primeras semanas, se puede recurrir a ella cuando el tratamiento farmacológico oral falla, sin que se empeore el curso natural de la enfermedad.

B.- PATOLOGÍA EXTRARTICULAR:

- **Bursitis Prepatelar:** entidad frecuente, asociada a actividades que obligan a estar arrodillado durante largo tiempo (rodilla de beata). Se produce tumefacción en cara anterior, generalmente poco dolorosa. Si existe gran componente inflamatorio con fiebre, consideraremos infección transcutánea y buscaremos la puerta de entrada. En este caso es obligada la punción con fines diagnósticos e iniciar antibioterapia sistémica.
- **Bursitis anserina:** localizada en la inserción distal de los músculos semitendinoso, semimembranoso y sartorio; produce intenso dolor en la cara interna de la rodilla, ligeramente por debajo de la interlínea. Se asocia frecuentemente con la artrosis, alteraciones

del eje fémorotibial y la obesidad. Se aprecia punto doloroso muy selectivo en la región descrita que generalmente está tumefacta, aumentando el dolor con la flexión y rotación interna resistida.

- **Bursitis innominada:** es la bolsa del ligamento colateral interno. Se origina un cuadro de dolor muy similar al de la anserina. El punto doloroso está sobre la interlínea y el bostezo medial y doloroso. Es necesario excluir la necrosis avascular del cóndilo femoral externo y la meniscopatía.

PLAN

• Infiltración intraarticular/artocentesis:

La extracción de líquido articular podemos hacerla con fines diagnósticos, terapéuticos o ambos. La punción se hará en decúbito supino y extensión y en condiciones de asepsia. El abordaje se puede hacer un dedo por encima y por debajo del borde superointerno o superoexterno de la rótula, utilizando aguja 40/8 (verde). Aprovechando esta punción y, una vez evacuado el derrame, podemos administrar

de 1 a 2 ml de corticoide y 2 ml de anestésico, sin retirar la aguja con la que estemos haciendo una infiltración intraarticular.

• Infiltración extraarticular:

- **Bursitis prepatelar:** Decúbito supino, extensión, asepsia. Abordaje: cara anterior rótula, porción externa por fuera del tendón del cuádriceps, con la aguja ligeramente oblicua al plano cutáneo y en sentido medial. Aguja 16/5 (naranja o verde corta). 1ml de anestésico y 1 ml de corticoide. Infiltrar en abanico ya que tiende a tabicarse.
- **Bursitis anserina:** Decúbito supino, flexión 60°, asepsia. Abordaje: cara superointerna extremo proximal de tibia, punto tumefacto y doloroso, con la aguja en dirección cefálica, oblicua al plano cutáneo y en abanico. Aguja naranja o verde corta. 1ml de anestésico y 1 ml de corticoide.
- **Bursitis innominada:** Idem anterior 1 cm por arriba, a nivel de la interlínea articular.

fe de erratas

No número anterior de Cadernos, no artigo incluído nesta mesma sección de Grupos de Trabajo: "Infiltraciones (III)", por un erro de transcripción, o nome do autor está mal redactado. O nome correcto é Cinza, S.

Información

Cadernos de Atención Primaria

Material adicional en Internet

A revista Cadernos de Atención Primaria é accesible por internet (www.agamfec.com). Os autores que o desexen poden presentar material complementario na páxina web (enquisas utilizadas, anexos, aspectos metodolóxicos máis detallados, fotos,...). Este tipo de material enviarase de modo diferenciado ao resto do texto. Cando algún traballo inclúa material adicional na páxina web, éste identificarase na revista con esta imaxe.

