

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO AÑO

9055
P3728

Lesiones de la rodilla

Geno valgo, geno varo y tibia vara



MATERIA : Traumatología
DOCENTE : Dr. Ricardo Zabala
UNIVERSITARIOS: Andres Pedroso F.
Luis Patzi A.

COCHABAMBA - BOLOVIA

LESIONES TRAUMATICAS DE LA RODILLA

LESIONES DE LOS LIGAMENTOS DE LA RODILLA

Junto con las lesiones meniscales, las lesiones de ligamentos o esguinces de la rodilla son las mas frecuentes de producirse en traumatismos de esta articulación. Los ligamentos juegan un rol muy importante en la estabilidad de la rodilla y por lo tanto su ruptura llevará a una inestabilidad ya sea aguda o crónica.

La estabilidad de la rodilla está mantenida por elementos anatómicos pasivos, entre los cuales se encuentran los ligamentos, cuya lesión dará signos de laxitud en distintos planos y consecuentemente inestabilidad articular, y por otra parte elementos anatómicos activos representados fundamentalmente por los músculos.

De este hecho cabe comprender que una rodilla puede ser laxa pero estable o, a la inversa, puede ser inestable sin ser laxa.

Del punto de vista funcional las estructuras ligamentosas de la rodilla pueden ser agrupadas en tres:

- 1.Un pivote central formado por el ligamento cruzado anterior (L.C.A.) y el ligamento cruzado posterior (L.C.P.).
- 2.Un compartimiento interno constituido por las estructuras mediales donde encontramos el ligamento lateral interno (L.L.I.), formado por un fascículo profundo y uno superficial, y los ligamentos oblicuo posterior y el tendón reflejo del semimembranoso.
- 3.Un compartimiento externo formado principalmente por el ligamento lateral externo (L.L.E.), y los tendones del músculo poplíteo y el tendón del músculo bíceps.

Mecanismo de lesión

Con fines didácticos los ordenaremos en cinco situaciones :

- 1.Mecanismo con rodilla en semiflexión, valgo forzado, y rotación externa de la tibia: puede producir una lesión del L.L.I., ruptura meniscal interna y ruptura del L.C.A. Este conjunto de lesiones corresponde a la llamada "triada maligna de O'Donogue".
- 2.Mecanismo con rodilla en ligera flexión, varo forzado y rotación interna de la tibia que provocara una lesión de L.C.A., luego una lesión de L.L.E. y ruptura meniscal interna o externa.
- 3.Mecanismo con rodilla en extensión y valgo forzado que provocara una lesión del L.L.I. y secundariamente una lesión del L.C.A. o del L.C.P.
- 4.Mecanismo con rodilla en extensión y varo forzado que producirá una lesión de L.L.E. y de L.C.P. y L.C.A.
- 5.En el plano frontal puro, un choque directo en la cara anterior de la rodilla puede provocar una lesión de L.C.P., o una hiperextensión brusca puede provocar una lesión pura de L.C.A.

Estas lesiones pueden clasificarse en tres grados:

Esguince grado 1: simple distensión del ligamento.

Esguince grado 2: ruptura parcial del ligamento.

Esguince grado 3: ruptura total del ligamento o avulsión de su inserción ósea.

Cuadro clínico

Será importante averiguar sobre el mecanismo que produjo la lesión, después del cual el paciente presentará dolor e incapacidad funcional, que pudo acompañarse de un ruido al romperse el ligamento, o ser seguido de una sensación de inestabilidad o falla a la marcha.

Al examen físico se encontrará una rodilla con dolor, en posición en semiflexión, impotencia funcional relativa a la marcha, con signos de hemartrosis en caso de haber lesión de ligamentos cruzados, o sin derrame en caso de lesión aislada de ligamentos laterales; el dolor puede ser más intenso en los puntos de inserción de los ligamentos laterales o en el eventual sitio de su ruptura y el signo más patognomónico de lesión de los ligamentos laterales será la existencia del signo del bostezo, ya sea medial o lateral, que debe ser buscado en extensión completa y en flexión de 30°.

En caso de lesión de los ligamentos cruzados, serán positivos el signo del cajón anterior en caso de lesión de L.C.A., o del cajón posterior en caso de lesión del L.C.P.; en presencia de una lesión de L.C.A. aguda, el signo del cajón anterior puede ser negativo y deberá buscarse simultáneamente el signo de Lachman. Otro signo que puede ser positivo en presencia de ruptura del L.C.A. es el signo del jerk test o pivot shift.

El estudio radiológico en dos planos permitirá descartar la existencia de fracturas o arrancamientos óseos a nivel de las inserciones de los ligamentos; el estudio radiológico dinámico en varo y o valgo forzado, dealmente con anestesia, será de gran utilidad para evidenciar la ruptura de ligamentos laterales, bteniéndose una apertura anormal de la interlínea articular interna o externa, o un desplazamiento anterior o posterior en caso de ruptura de ligamentos cruzados. La calcificación de la inserción proximal del L.L.I. producida por la desinserción del ligamento en el cóndilo femoral interno, lleva el nombre de enfermedad de Pellegrini-Stieda.

El diagnóstico inicial es muchas veces difícil, por el dolor y por lo habitual de lesiones combinadas y asociadas a lesiones meniscales (frecuente la lesión del L.L.I. y menisco interno, por ejemplo), pero del punto de vista ligamentario, el clínico debiera tratar de precisar si la lesión afecta a las estructuras periféricas del compartimiento interno o externo, o si afecta a los ligamentos cruzados (el L.C.A. es el más frecuentemente lesionado, siendo el L.C.P. sólo ocasionalmente afectado).

La evolución natural de una ruptura de ligamentos llevará a una inestabilidad crónica de rodilla, que provocará en el paciente la sensación de inseguridad en su rodilla, la presencia de fallos (siente que la rodilla "se le corre"), episodios de hidroartrosis a repetición, impidiéndole una actividad deportiva y aun limitación en muchas actividades de la vida sedentaria.

Tratamiento

En las lesiones de ligamentos laterales grados 1 y 2, el tratamiento es fundamentalmente ortopédico con rodillera de yeso por un plazo de 3 semanas, y deambulación tan pronto el dolor haya cedido; recordar de iniciar inmediatamente ejercicios isométricos de cuádriceps con el paciente enyesado. Una vez retirado el yeso deberá continuar con fisioterapia y ejercicios según lo establezca la condición del paciente.

En las lesiones grado 3 con ruptura de ligamentos, la indicación será quirúrgica mediante sutura o fijación con grapas del ligamento desinsertado, siempre acompañado de inmovilización enyesada y rehabilitación precoz.

Las lesiones del L.C.A. plantean una controversia terapéutica que deberá ser analizada para cada paciente, considerando su edad, actividad general, laboral y deportiva, y el grado de inestabilidad de su rodilla; una ruptura de L.C.A. puede ser compensada por los elementos estabilizadores activos (fundamentalmente musculatura del cuádriceps e isquiotibiales), especialmente en adultos mayores, de actividad sedentaria. En caso del diagnóstico precoz de una ruptura de L.C.A. aguda en un paciente joven y deportista, la indicación será la reparación inmediata, y en éste sentido ha sido de gran utilidad el uso de la técnica artroscópica, tanto para confirmar el diagnóstico como para intentar la reinsertación.

LESIONES TRAUMATICAS DE LA RODILLA

RUPTURAS MENISCALES

Corresponde a una de las lesiones traumáticas más frecuentes de la rodilla. Su patogenia es muy compleja y su diagnóstico está entre los más difíciles.

Muy frecuente en hombres jóvenes en plena actividad física y especialmente en deportes que reúnen caracteres muy típicos como: velocidad, violencia, instantaneidad en los cambios de movimiento, especialmente aquellos de rotación y abducción y aducción de la rodilla. Son ejemplos característicos la práctica de fútbol, tenis, esquí, baby-fútbol, etc.

Pero hay que tener en cuenta que no sólo en estas actividades suelen ocurrir lesiones meniscales. No es infrecuente que también ocurran en accidentes domésticos al parecer de discreta magnitud: al incorporarse con rapidez estando encucillada, movimiento de rápida rotación externa o interna, estando el pie fijo en el suelo, etc.

Etiopatogenia

Producida por un traumatismo indirecto ejercido sobre la rodilla.

Las características del accidente casi siempre son las mismas:

1. Brusco, rápido, casi instantáneo.
2. Generalmente violento.
3. Actúa de tal modo, que es la rodilla la que soporta directamente toda la fuerte presión del traumatismo.
4. Sorprende a la articulación en algunas de las siguientes situaciones:

a. Rodilla en semiflexión; soporta fuertemente el peso del cuerpo con la pierna en valgo y con rotación externa; pie fijo en el suelo. Es el mecanismo más frecuente y típico en la clásica "trancada" del jugador de fútbol.

b. Rodilla en semiflexión, cargando el peso del cuerpo, con pierna en varo y rotación interna.

c. Rodilla en hiperflexión y soportando todo el peso del cuerpo, se provoca una brusca extensión de la articulación. Es el caso en que una persona que, encontrándose "en cuclillas", se incorpora bruscamente, apoyándose en el pie fijo contra el suelo y generalmente con la pierna en una posición de valgo.

Es el caso típico en que una persona, generalmente mujer, mayor de edad, que encontrándose en esas condiciones, se incorpora bruscamente, apoyándose en el pie fijo contra el suelo.

d. Rodilla en hiperextensión forzada y violenta. En el caso del futbolista que da un puntapié en el vacío.

En todas estas circunstancias, el cóndilo femoral ha girado a gran velocidad, se desplaza en sentido antero-posterior y rotando hacia afuera o adentro, ejerce una violenta compresión sobre el platillo tibial interno o externo, atrapando o traccionando al menisco, entre superficies articulares.

Anatomía patológica

Es el menisco interno el más frecuentemente lesionado. El tipo de ruptura es variable: desgarro longitudinal, a lo largo del cuerpo del menisco (casa de balde); desprendimiento del menisco en parte o en toda su inserción en la cápsula articular; desgarro oblicuo en el cuerpo del menisco, separa una lengüeta en el borde interno; ruptura transversal, el menisco se parte en dos; ruptura irregular, en que el menisco queda virtualmente triturado por la compresión del cóndilo femoral.

En el menisco externo, la lesión más frecuente es el desgarro transversal y casi siempre a nivel del 1/3 medio del cuerpo meniscal.

Una forma especial es el desgarro del menisco discoideo. Se ve casi exclusivamente en el menisco externo y corresponde a una alteración congénita, en que la porción central del menisco no se ha reabsorbido en su desarrollo embriológico.

Sintomatología

Debe considerarse el cuadro clínico en dos momentos distintos.

Fase aguda

La sucesión de los hechos es generalmente la siguiente:

Antecedentes anamnésico.

Dolor intenso a veces desgarrante.

Limitación funcional, generalmente con rodilla atascada en flexión.

Claudicación.

Puede haber derrame articular. Si el derrame es rápido en producirse, debe pensarse en una hemartrosis por desgarro del menisco en su inserción capsular.

Este cuadro clínico es muy similar en todos los casos; lo único que varía es la intensidad de los síntomas.

Examen clínico

Claudicación por dolor.

Aumento de volumen de la rodilla de mayor o menor intensidad, por derrame.

Dolor a la presión digital, sea en la interlínea interna o externa.

No siempre se consigue practicar un examen más completo por el dolor de la articulación.

Radiografía

Generalmente es normal, sirve para descartar lesiones concomitantes: desprendimientos óseos por tracción de ligamentos cruzados, cuerpos extraños intraarticulares (osteo-cartilaginosos), tumores epifisarios, etc.

Diagnóstico

En este momento, en la mayoría de los casos, sólo se logra determinar que se trata de una importante lesión de partes blandas; no resulta posible identificar con precisión una lesión determinada ("rodilla traumática aguda").

Tratamiento

El enfermo debe ser informado del conocimiento que se tiene de su lesión, destacando que será la evolución y control posterior lo que permitirá la precisión diagnóstica.

Reposo absoluto de la rodilla.

Rodillera de yeso abierto, si el dolor fuese intenso. En la mayoría de los casos es una excelente medida, que le puede permitir el caminar después de algunos días.

Analgésicos.

Calor local.

Anti-inflamatorios.

Punción articular según sea la magnitud del derrame.

Ejercicios isométricos del cuádriceps.

Control a 7 ó 10 días.

Otra forma en que puede presentarse el cuadro agudo inicial, es el de atascamiento irreversible de la rodilla:

Dolor intenso.

Rodilla generalmente flectada.