

Rehabilitación de los esguinces de rodilla: tratamiento funcional

S. Fabri, F. Lacaze, T. Marc, A. Roussenque, A. Constantinides

En la actualidad, el tratamiento de un esguince de rodilla sin avulsión ósea es funcional o quirúrgico. El tratamiento ortopédico propiamente dicho se ha abandonado en beneficio de medidas terapéuticas conservadoras más adaptadas a la cicatrización ligamentaria y que presentan menos complicaciones. Sin embargo, la kinesiterapia sigue siendo el elemento obligatorio para permitir que el paciente recupere una articulación móvil, no dolorosa y, sobre todo, estable. Las técnicas y el enfoque de la rehabilitación también han evolucionado. El profesional debe establecer un estudio preciso y riguroso para determinar los déficits y las incapacidades del paciente. Esta exploración física es una de las claves del resultado final. Los últimos estudios científicos han hecho progresar los métodos de trabajo en kinesiterapia. El enfoque puramente sintomático de los fenómenos inflamatorios se sustituye por una valoración etiológica de comprensión de las manifestaciones clínicas. Las movilizaciones forzadas han desaparecido gracias a un mejor conocimiento de la biomecánica y al desarrollo del recentrado articular. El refuerzo muscular analítico ha demostrado sus límites y se ha modificado, porque las publicaciones han puesto de manifiesto que no se adaptaba a las enfermedades del miembro inferior. La aplicación de un proceso más funcional y más fisiológico ha mejorado los resultados al reducir los perjuicios. Las técnicas de reprogramación neuromuscular, que no habían evolucionado desde hacía 30 años, están más adaptadas en la actualidad a la mejora de los mecanismos de protección articular para favorecer la estabilidad de la rodilla y disminuir las recidivas. Los progresos de la kinesiterapia permiten mejorar el tratamiento funcional de los pacientes que presentan un esguince de rodilla. Los resultados progresan, mientras que las complicaciones y las secuelas disminuyen.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Rodilla; Rehabilitación; Esguince; Tratamiento funcional; Ligamento; Kinesiterapia

Plan

■ Introducción	1
■ Generalidades	2
Reseñas anatómicas y biomecánicas	2
Reseñas neurofisiológicas	3
Fisiopatología de los esguinces de rodilla	4
Cicatrización de los ligamentos y de los meniscos	5
■ Indicaciones terapéuticas del tratamiento funcional de los esguinces de rodilla	5
Lesión aislada del ligamento colateral medial	5
Lesión meniscal aislada	6
Lesión aislada del ligamento cruzado anterior	6
Tríada interna o externa	6
Lesión aislada del ligamento cruzado posterior	7
■ Rehabilitación del esguince de rodilla	7
Exploración física de un esguince de rodilla	7
Técnicas de rehabilitación	10

■ Complicaciones y fracasos de la rehabilitación	19
■ Conclusión	20

■ Introducción

El aumento de la práctica deportiva y la aparición de nuevas disciplinas de riesgo han provocado un aumento considerable de los traumatismos articulares del miembro inferior. Por fortuna, el tratamiento de los esguinces de rodilla ha evolucionado mucho en los últimos años [1-5]. El tratamiento ortopédico se ha abandonado de forma progresiva. El objetivo de la inmovilización era obtener una cicatrización satisfactoria de las estructuras ligamentarias lesionadas. Un yeso o una férula rígida se colocaban durante 3-6 semanas, asociados en la mayoría de los casos a una descarga del miembro inferior. Esta elección terapéutica presentaba numerosos inconvenientes para el paciente. Las complicaciones vasculares

de tipo síndrome compartimental o de flebitis eran temibles. Las secuelas, a menudo irreversibles, que consisten en amiotrofia y rigidez articular, eran frecuentes. En la actualidad, la literatura muestra la paradoja de este enfoque [6-8]. El tratamiento funcional no debe proponerse con la intención de dejar tiempo a la cicatrización de los tejidos. Este planteamiento intelectual, que se adopta en ocasiones, es criticable. El tratamiento funcional no es sinónimo de agresividad. Al contrario, la aplicación de tensión suave y de forma repetida de los tejidos mediante rodaje articular, el trabajo muscular y carga son elementos que serán beneficiosos para la curación [8-10]. El único método de favorecer la cicatrización ligamentaria es, por el contrario, movilizar la rodilla en amplitudes no agresivas para las estructuras traumatizadas, para mejorar la vascularización de los tejidos lesionados y orientar las fibras de colágeno [4, 5]. El tratamiento ortopédico se ha sustituido hoy día por el tratamiento funcional, más adaptado después de un esguince de rodilla. La ausencia de inmovilización y la rehabilitación de entrada son los principios del tratamiento funcional. Esta actitud también presenta ventajas en los aspectos psicológico, sociolaboral y escolar. Las complicaciones y las secuelas son menores, pero existen cuando el rehabilitador no respeta las indicaciones médicas. La ausencia de inmovilización y la carga pueden suponer una trampa para los profesionales inexpertos. El rehabilitador debe ser bastante eficaz durante la sesión para que la rodilla del paciente reaccione de forma favorable a las solicitudes de la vida cotidiana. Una rehabilitación demasiado agresiva es nefasta para la cicatrización, pero un tratamiento ineficaz también es perjudicial, al hacer que la articulación y los ligamentos lesionados queden frágiles y vulnerables por defecto de control muscular. Un tratamiento puramente antiinflamatorio y analgésico es insuficiente. Sólo una buena función neuromuscular es la principal garantía de la estabilidad articular, que constituye el verdadero protector de las estructuras pasivas (hueso, ligamento, cartílago, etc.). La kinesiterapia debe realizarse de forma adecuada para permitir que el paciente recupere una articulación móvil, indolora y, sobre todo, estable, sin alterar la cicatrización. El objetivo de este artículo es proponer, a través de nuestra experiencia y de los estudios de la literatura, un programa y las técnicas de rehabilitación en el contexto del tratamiento funcional de los esguinces de rodilla, que son consecuencia de una inestabilidad traumática de la articulación femorotibial.

“ Punto fundamental

A la vista de los estudios científicos sobre los fenómenos que favorecen la cicatrización ligamentaria, el tratamiento ortopédico puro con inmovilización y/o descarga ya no está indicado en el tratamiento de los esguinces de rodilla.

■ Generalidades

Reseñas anatómicas y biomecánicas

Superficies óseas

La escasa congruencia de las superficies articulares hace que la rodilla sea una articulación frecuentemente

expuesta a traumatismos. Se pueden distinguir en ella tres compartimentos:

- compartimento femororrotuliano;
- compartimento femorotibial medial, con un cóndilo convexo y una meseta tibial ligeramente cóncava. Las estructuras pasivas son gruesas, relativamente adherentes entre sí y están bien vascularizadas. Este compartimento es el que proporciona la estabilidad;
- compartimento femorotibial lateral, con un cóndilo femoral convexo y una meseta tibial ligeramente convexa. Las estructuras pasivas son más delgadas y menos adherentes. Este compartimento se ocupa de la movilidad.

Las mesetas tibiales presentan una inclinación posterior según una pendiente de alrededor de 10° con el eje anatómico como referencia y de 14° en relación a la cresta tibial anterior [11, 12]. Esta inclinación posterior se denomina pendiente tibial. Varios argumentos hacen pensar que la orientación posterior de las superficies articulares favorece la inestabilidad de la rodilla en el plano anteroposterior, en especial la subluxación tibial anterior en apoyo monopodal en las rupturas del ligamento cruzado anterior [11, 12]. Existen varios argumentos a favor de esta teoría. Shoeaker [13] basándose en datos experimentales y Slocum [14] con experiencias clínicas veterinarias, han propuesto el papel de esta pendiente en la subluxación anterior de la tibia tras la ruptura del ligamento cruzado anterior en perros. Este último autor recomienda no sólo una ligamentoplastia, sino una osteotomía asociada, que corrija la orientación de la meseta tibial. En Francia, Dejour y Bonnin (1990) han demostrado que existe una relación lineal estadísticamente muy significativa entre la angulación de esta pendiente y la traslación tibial anterior en apoyo monopodal [11, 12]. Chambat precisa que estas características anatómicas deben tenerse en cuenta para permitir el apoyo durante la carga de los pacientes que presenten una lesión del ligamento cruzado anterior [4].

Meniscos [15]

Son dos estructuras móviles que se sitúan cada una en una meseta tibial. El menisco medial (MM) presenta una forma semicircular con muchas inserciones. Está muy adherido a la cápsula y al ligamento colateral medial. El menisco lateral (ML) tiene más bien una forma circular. Presenta menos inserciones y su estructura es mucho más móvil. No tiene relación anatómica con el ligamento colateral lateral.

En un corte frontal, el menisco tiene una forma triangular con un muro vertical en la periferia. La parte central, denominada blanca, no está vascularizada, mientras que la zona periférica, roja, sí lo está. Esta estructura está poco o nada inervada. Los meniscos, más especialmente el asta posterior del menisco medial, participan en la estabilidad de la rodilla durante todo el movimiento al aumentar la congruencia de las superficies articulares y al asegurar el mantenimiento de los cóndilos en las mesetas tibiales. Además de este papel de estabilizador, garantizan la protección del cartílago al participar en la amortiguación de los choques y mejorar su lubricación.

Sistema ligamentario [16]

Ligamento colateral medial (LCM)

Se inserta en el cóndilo femoral medial y se dirige hacia la meseta tibial medial. Está adherido a la cápsula y consta de dos fascículos. El componente profundo está adherido al menisco medial. Este ligamento, muy grueso, une el fémur y la tibia e impide la apertura en valgo de la rodilla.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2616999>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2616999>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)