



Inestabilidades de la rodilla

G. Bressy, S. Lustig, P. Neyret, E. Servien

Las inestabilidades de la rodilla son un motivo de consulta frecuente, la mayoría de las veces después de un traumatismo. La anamnesis y la exploración física ocupan un lugar preponderante en el proceso diagnóstico. Los antecedentes personales, el tipo de traumatismo y la sensación de crujido son tan importantes como la hemartrosis, las pruebas ligamentosas, el recorrido rotuliano, etc. Las pruebas complementarias son indispensables para definir las lesiones con precisión y planificar una posible intervención quirúrgica. Puede tratarse de pruebas realizadas en la consulta para revelar los síntomas, pero también de pruebas de imagen: radiografía (simple, de estrés) y, sobre todo, resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC). La inestabilidad de la rodilla es un síntoma común a diversos cuadros anatomoclínicos. Las inestabilidades pueden producirse en los planos frontal o sagital y tienen principalmente un origen ligamentoso. Abarcan desde el simple esguince del ligamento lateral interno hasta la ruptura del ligamento cruzado anterior, e incluso hasta la luxación de la rodilla. También incluyen las luxaciones de la rótula, que es el grado más elevado de la inestabilidad femorrotuliana, cuyas causas suelen ser multifactoriales. Por último, pueden provocar inestabilidad las lesiones tendinosas y meniscales. El tratamiento se ajusta a cada caso después de definir el tipo de inestabilidad y de caracterizar las lesiones anatómicas. Según la gravedad de las lesiones, la edad, la actividad física y deportiva, las dificultades y las expectativas del paciente, el tratamiento puede ser funcional, ortopédico o quirúrgico. En el caso de la inestabilidad femorrotuliana, el tratamiento se decide en función de las anomalías morfológicas observadas. Es primordial conocer la evolución natural de las inestabilidades para prevenir las secuelas, sobre todo artrósicas.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Inestabilidad de la rodilla; Laxitud anterior crónica; Laxitud posterior crónica; Laxitud ligamentosa periférica; Inestabilidad femorrotuliana; Lesiones meniscales

Plan

■ Introducción	1
■ Definiciones	2
■ Evaluación de la inestabilidad	2
■ Estructuras anatómicas y estabilidad	2
■ Inestabilidades de origen ligamentoso	2
Laxitudes periféricas aisladas	2
Laxitudes anteriores	4
Laxitudes posteriores	9
Laxitudes multiligamentosas	12
■ Inestabilidad rotuliana	13
Definición	13
Clínica	13
Factores morfológicos de inestabilidad rotuliana	13
Tratamiento	14

■ Otras inestabilidades	15
Lesión del sistema extensor	15
Lesiones meniscales	15
Lesiones cartilaginosas o sinoviales	15
Deformaciones óseas	15
■ Conclusión	16

■ Introducción

En caso de inestabilidad de la rodilla, el motivo de consulta puede expresarse por una simple «debilidad de la rodilla» o por un cuadro más inquietante de «dislocación de la rodilla».

Detrás de estas expresiones subjetivas del paciente se esconden verdaderas diferencias semiológicas que el médico debe tratar de dilucidar.

El examen de una rodilla afectada por un traumatismo reciente es esencial y suele conducir al diagnóstico. Éste se torna más difícil cuando la historia de la enfermedad es de larga data. El relato del paciente es distinto: debilidad de la rodilla, aprensión y dolor.

A la manera de un rompecabezas, con la anamnesis, una exploración física bien conducida, radiografías simples y estudios por imagen más complejos, es posible situar a la inestabilidad en su contexto clínico y hacer un diagnóstico preciso en la mayoría de los casos.

Este síntoma funcional puede incluirse así en uno de los grandes síndromes de la patología de la rodilla: ligamentosos, meniscales, osteocartilaginosos, del aparato extensor o femororrotulianos.

■ Definiciones

La inestabilidad es ante todo un trastorno funcional que el paciente puede mencionar sin que exista una causa específica. Los episodios de inestabilidad son recordados por el paciente con precisión. Se señala que la laxitud corresponde al movimiento articular normal. La inestabilidad, en cambio, es un síntoma de patología de la rodilla. Entre inestabilidad y laxitud no hay una superposición directa. A pesar de una laxitud considerable, algunos pacientes tienen poca o ninguna sensación de inestabilidad. Por ejemplo, la confusión persiste en las traducciones inglés-español (*instability* significa laxitud, y *laxity*, inestabilidad).

■ Evaluación de la inestabilidad



Gracias a la escala IKDC (International Knee Documentation Committee), es posible evaluar la función de la rodilla. Este formulario de recogida de datos ha sido objeto de varias actualizaciones, de las cuales la última data de 1999.



El formulario IKDC (versión 1999) tiene dos módulos:

- el módulo subjetivo. Se trata de una apreciación subjetiva con ayuda de un cuestionario que debe rellenar el paciente;
- el módulo objetivo. Es un formulario de exploración física ligamentosa.

La escala de Lysholm fue elaborada por este autor en 1982. La inestabilidad representa 25 puntos sobre 100, distribuidos en seis niveles en función de la actividad deportiva o de la vida diaria.

El cuestionario KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) sirve para evaluar los resultados a corto y largo plazo de los pacientes sometidos a cirugía tras una lesión de la rodilla. Es rellenado por el paciente y se consideran cinco ítems: dolor, síntomas, actividades de la vida diaria, deportes y tiempo libre, así como la calidad de vida en relación con la rodilla.

■ Estructuras anatómicas y estabilidad

La estabilidad pasiva de la rodilla depende de las formaciones capsuloligamentosas que, por una parte, son el pivote central representado por los ligamentos cruzados y, por otra, los frenos periféricos de rotación (ligamentos colaterales, cápsula y sus refuerzos, meniscos). Respecto al ligamento cruzado anterior, se distinguen dos fascículos: un fascículo anteromedial que controla más bien la traslación y un fascículo posterolateral implicado más bien en la rotación. Entre 0-45° de flexión, la tensión es mayor en el fascículo posterolateral, mientras que el fascículo anteromedial soporta más cargas entre 60-90° de flexión.

La estabilidad es un proceso esencialmente activo de coordinación muscular. Los músculos que participan en la estabilidad activa se agrupan según los sistemas siguientes:

- el cuádriceps controla la flexión y participa en el control de la rotación externa. Es antagonista del ligamento cruzado anterior y agonista del ligamento cruzado posterior;
- los músculos isquiosurales controlan el valgo y participan en el control de la rotación externa. Al contrario que el cuádriceps, son agonistas del ligamento cruzado anterior y antagonistas del ligamento cruzado posterior.

■ Inestabilidades de origen ligamentoso

Laxitudes periféricas aisladas

Laxitud medial

Es muy frecuente, pero las secuelas son excepcionales.

Punto de ángulo posteromedial y ligamento colateral medial

Las lesiones del ligamento colateral medial (ligamento lateral interno [LLI]) y del punto de ángulo posteromedial (punto de ángulo posterointerno [PAPI]) son el resultado de un mecanismo en valgo y en hiperrotación externa del compartimento medial.

Clasificación de las lesiones

Las lesiones ligamentosas pueden separarse en dos grandes grupos:

- las lesiones intersticiales con o sin ruptura ligamentosa;
- las lesiones en la zona de inserción ósea del ligamento.

Diagnóstico

Clínica. En el examen clínico se investigan ^[1]:

- el mecanismo y la violencia del traumatismo;
- el grado de inestabilidad;
- el dolor (a menudo femoral) con la movilización o la presión;
- las amplitudes articulares;
- la presencia, la localización y la magnitud de un edema;
- una laxitud frontal. Es patológico el carácter asimétrico de la laxitud. Ésta se busca con la rodilla en extensión y a 30° de flexión.

Las lesiones traumáticas del ligamento colateral medial se distribuyen en tres grupos en función de su gravedad:

- esguince de primer grado: lesión de algunas fibras ligamentosas sin pérdida de resistencia del ligamento, lo que se expresa por dolor con la movilización activa o en carga y se acompaña de un edema local moderado;
- esguince de segundo grado: elongación o ruptura parcial con pérdida de resistencia parcial del ligamento. Los signos y síntomas son similares a los del esguince mínimo pero con más intensidad: laxitud moderada del compartimento interno en valgo;
- esguince de tercer grado: ruptura completa del ligamento colateral medial (intersticial o de la zona de inserción). En la exploración física prevalece el bostezo interno de la rodilla en valgo y el dolor intenso del compartimento. La laxitud del compartimento interno en valgo es considerable con la rodilla a 30° de flexión y estable en extensión.

En caso de lesión concomitante de otras estructuras ligamentosas, las pruebas clínicas correspondientes son positivas. Una laxitud en valgo del compartimento interno, presente en flexión y extensión, obliga a buscar tanto una lesión asociada del ligamento cruzado anterior como una ruptura del ligamento cruzado posterior.

Asimismo, un derrame articular asociado obliga a buscar una causa intraarticular (ligamento cruzado anterior, menisco).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349122>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349122>

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