

Aplicación clínica – aparato locomotor – cátedra 1

TP 6: muslo y rodilla

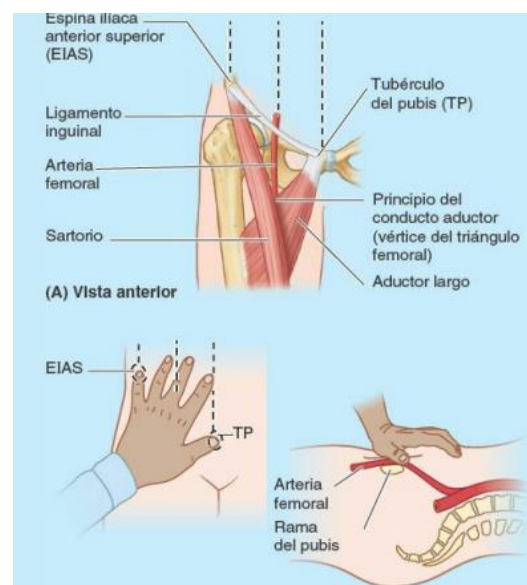
Palpación de los pulsos femoral y poplíteo - Lesiones meniscales - Lesiones del ligamento cruzado anterior de la rodilla

Palpación de los pulsos femoral y poplíteo

La porción proximal de la arteria femoral se halla en el triángulo femoral, y es superficial y palpable.

¿Cómo podemos palpar su pulso? Con el paciente en decúbito supino, trazamos una línea que se extienda desde la espina ilíaca anterosuperior y la sínfisis del pubis. Colocando el dedo en el punto medio entre ambas estructuras, y posicionándolo por debajo del ligamento inguinal, podemos palpar a la arteria femoral.

La arteria poplíteo se sitúa en la fosa poplíteo, específicamente en la profundidad de su parte medial. Esto hace que su palpación sea difícil. Para realizarla, se aconseja que el paciente si sitúe en decúbito prono, y flexionarle la pierna para destensar la fascia poplíteo y los músculos isquiotibiales. Se deben colocar los dedos sobre la parte baja y medial de la fosa, ya que allí se aplica a la tibia y es más factible palparla.



Lesiones meniscales

Las lesiones de la rodilla son frecuentes, dado a que es una articulación baja, móvil y sometido a carga de peso. Dentro de ellas, las meniscales son muy prevalentes. Predominan en hombres jóvenes, y suelen suceder durante la actividad física, especialmente en deportes de choque, velocidad y cambio de dirección. También pueden suceder al ponerse de pie desde cuclillas.

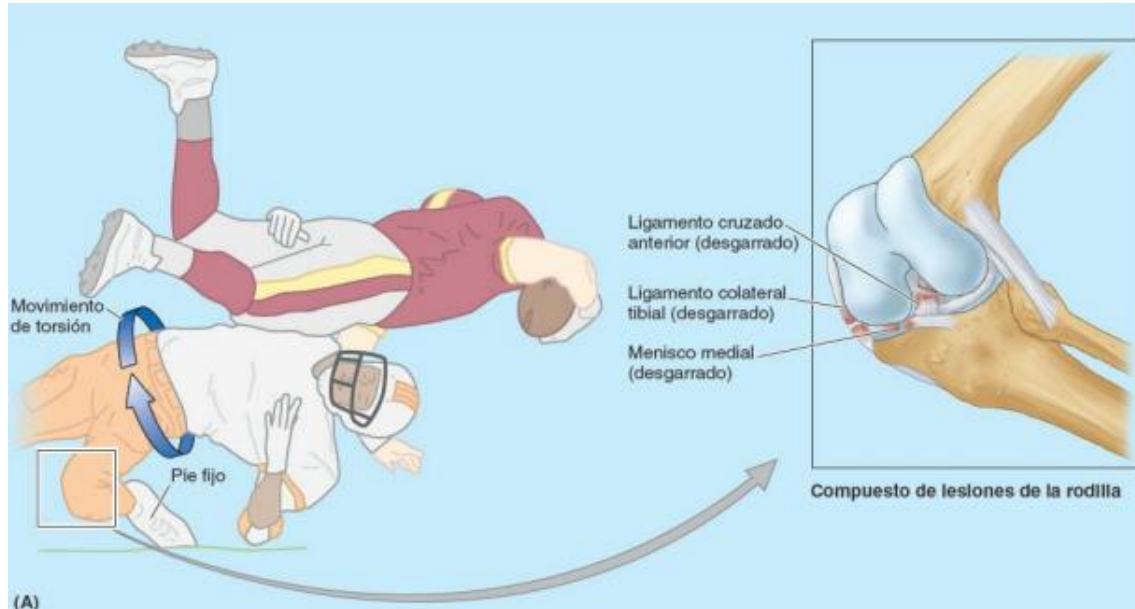
Los movimientos implicados en la lesión suelen ser una rotación + abducción o aducción con el pie fijo en el suelo. En estos casos, el cóndilo femoral gira a gran velocidad, se desplaza en sentido anteroposterior y rotando hacia lateral o medial, ejerce una violenta compresión sobre el cóndilo tibial medial o lateral, atrapando al menisco entre las superficies articulares. El menisco que más se lesiona es el medial.

Hay distintos tipos de roturas:

- Desgarro longitudinal o en asa de balde → a lo largo del cuerpo del menisco.
- Desprendimiento de la inserción capsular del menisco.
- Desgarro oblicuo en el cuerpo del menisco.
- Ruptura transversal.

- Ruptura irregular: trituración del menisco.

Signos y síntomas: dolor intenso, impotencia funcional, rodilla atascada en flexión, claudicación de la marcha, y puede haber derrame articular.



Lesiones de los ligamentos cruzados

Los ligamentos son fundamentales en la estabilidad de la rodilla y, por lo tanto, su ruptura llevará a su inestabilidad. Esta puede ser aguda o crónica.

Mecanismos de lesión

- Mecanismo con rodilla en semiflexión, valgo forzado y rotación lateral de la tibia: puede producir una lesión del ligamento colateral tibial, ruptura del menisco medial y ruptura del ligamento cruzado anterior.
- Mecanismo con rodilla en ligera flexión, varo forzado y rotación medial de la tibia que provoca la lesión del ligamento cruzado anterior, luego una lesión de ligamento colateral peroneo y ruptura meniscal medial o lateral.
- Mecanismo con rodilla en extensión y valgo forzado que provocará una lesión del ligamento colateral tibial y secundariamente una lesión del ligamento cruzado anterior o del posterior.
- Mecanismo con rodilla en extensión y varo forzado que producirá una lesión del ligamento colateral peroneo y de los cruzados posterior y anterior.
- Choque directo sobre la cara anterior de la rodilla: lesión de ligamento cruzado posterior.
- Hiperextensión brusca: lesión del ligamento cruzado anterior.

Las lesiones ligamentarias pueden ser de 3 grados (según su gravedad):

- Esguince grado I: distensión del ligamento.
- Esguince grado II: ruptura parcial.

- Esguince grado III: ruptura total o desinserción ósea (pierde la inserción sobre el hueso – se suelta-).

Signos y síntomas:

- Dolor de gran intensidad, más aún al comprimir la rodilla. Posición antiálgica: semiflexión (para evitar el dolor, flexiona la rodilla).

- Impotencia funcional.

- Edema/derrame articular en caso de que se hayan lesionado los ligamentos cruzados (no suele haber ante la lesión de los colaterales).

- **Signo del bostezo:** nos permite evaluar si hay lesión de los colaterales. Se coloca una mano en el tobillo y otra en la rodilla, y se realiza presión con ambas en direcciones opuestas (para evaluar el colateral tibial, se coloca la mano en la cara externa de rodilla y cara interna de tobillo, para evaluar el colateral peroneo, se coloca una mano en cara interna de rodilla y la otra en cara externa de tobillo). Si se observa inestabilidad/mayor movilidad en la parte medial o lateral de la rodilla (según se esté evaluando al colateral tibial o peroneo respectivamente), el signo del bostezo es positivo, y hay lesión ligamentaria.



- Signos del cajón (anterior y posterior):

Cajón anterior: se coloca al paciente en decúbito supino y con la rodilla flexionada. Se ponen las manos por detrás de la epífisis proximal de la tibia, y se ejerce presión hacia adelante. Si la tibia sobrepasa al fémur, el signo del cajón es positivo, y hay lesión del ligamento cruzado anterior.

Cajón posterior: se coloca al paciente en decúbito supino y con la rodilla flexionada. Se ponen las manos sobre la cara anterior de la epífisis proximal de la tibia, y se ejerce presión hacia posterior. Si la tibia sobrepasa al fémur, el signo del cajón posterior es positivo, y hay lesión del ligamento cruzado posterior.

Candela Casado, docente de anatomía, UBA.

Bibliografía:

Moore, anatomía con orientación clínica, 9º Ed.

Pró, anatomía clínica, 2º Ed.

