
RODILLA DOLOROSA

I. Orradre Burusco (MIR Traumatología HVC), R. Romero Campuzano (MIR Traumatología HVC)

El dolor de rodilla es un síntoma muy frecuente (6% de las urgencias en adultos) que tiene su origen en la alteración de diversas estructuras (hueso, cartílago articular, cápsula y membrana sinovial, ligamentos, meniscos...) que conforman la articulación.

Este capítulo pretende servir como orientación diagnóstica ante una rodilla dolorosa dado la gran variedad de cuadros patológicos diferentes que se pueden presentar, no incluyéndose las fracturas articulares.

ANAMNESIS

- **Edad y sexo:** Algunos cuadros son más frecuentes en determinados grupos de edad o género.
 - o **Niños- adolescentes:** Enf. de Osgood-Schlatter, Osteocondritis disecante (♂ sobre todo), Menisco lateral discoide, Luxación recidivante rótula (♀ sobre todo)
 - o **Jóvenes:** Lesión meniscal aguda, Lesión ligamentosa, Condromalacia rotuliana (♀ sobre todo)
 - o **Adultos-ancianos:** Lesión meniscal degenerativa, Artritis reumatoide, Gonartrosis, Fractura
- **Dolor:** Es fundamental conocer el tiempo de evolución, si el inicio ha sido brusco o progresivo, si es uni o bilateral, situaciones que lo desencadenan, localización.
- **Mecanismo:** Traumatismo directo o indirecto, posición de la rodilla y de la extremidad en el momento de la lesión.
- **Signos acompañantes:** Derrame articular (tiempo de aparición, si provoca limitación funcional), inestabilidad (sensación de fallo), bloqueos (cuerpos libres, bloqueo meniscal si está limitada la extensión, el bloqueo en extensión completa es muy raro).
- Determinar el tipo de **cuadro predominante:**
 - o **Mecánico:** Dolor con el movimiento que cede en reposo, sin dolor nocturno ni entumecimiento matutino. Localización precisa.
 - o **Inflamatorio:** Dolor permanente con reagudización nocturna que no cede con reposo y presenta entumecimiento matutino. Localización difusa.

EXPLORACIÓN

Inspección: En bipedestación: analizar el eje (varo, valgo, recurvatum) y si existe cojera en la deambulación. En decúbito: identificar regiones inflamadas, atrofas musculares, deformidades, aspecto de la piel.

Palpación: puntos dolorosos a la presión, aumento de temperatura, tumefacción posterior (quiste poplíteo) o lateral (quiste meniscal).

Movilidad:

- o Limitación de la extensión(normal 0 °): bloqueo elástico (rotura meniscal), bloqueo rígido (gonartrosis), derrame articular.
- o Recurvatum: fisiológico (♀ sobre todo), rotura LCA.
- o Limitación de la flexión (normal > 135°): derrame articular, gonartrosis, artritis.

Derrame articular: Su presencia indica la existencia de una lesión articular. Comprimiendo la fosa suprarrotuliana y percibiendo la cantidad de líquido intraarticular existente, podemos cuantificarlo en:

- Grado I: No se aprecia líquido.
- Grado II: Ligera elevación rotuliana.
- Grado III: La rótula se comprime contra el surco troclear.
- Grado IV: Imposibilidad de comprimir la rótula contra el surco.

Maniobras específicas:

- **Meniscales:** *Cuernos posteriores* (dolor y chasquido al movilizar el talón lateralmente con rodilla en flexión completa), *cuernos anteriores* (dolor y chasquido en interlínea articular lateral a tendón rotuliano con la extensión), *signo Mac Murray* (dolor agudo con la extensión y rotación externa pasiva), *grinding test* (dolor con la compresión axial de la rodilla en flexión y el paciente en decúbito prono).
- **Ligamentos cruzados** (contrastar con rodilla contralateral): *Cajón* (desplazamiento anterior de la tibia con la tracción de la misma en la rodilla en flexión de 70-90°;), *test Lachman +* (desplazamiento anterior tibial con tope elástico al traccionar de la tibia manteniendo fijo el fémur con la rodilla en flexión de 20°), *Pivot shift* (reducción de la subluxación tibial anteromedial al realizar flexión de rodilla desde la extensión con rotación interna y valgo mantenidos).
- **Ligamentos laterales** (contrastar con rodilla contralateral): *Bostezo* al forzar el *varo-valgo* en flexión de 30° (lesión ligamento lateral) y en extensión completa (lesión complejo capsular posterior y ligamento lateral).
- **Rotulianas:** *Palpación* (cara anterior, polos superior o inferior, carillas articulares), *cepillo* (dolor con la presión y los movimientos laterales), *prueba de aprensión* (sensación luxante al flexionar la rodilla desde la extensión completa manteniendo la rótula lateralizada externamente).

Si no existen signos evidentes de afectación articular es importante excluir una causa extraarticular de dolor en la rodilla:

- **Dolor referido:** origen coxofemoral (desde región inguinal irradia a rodilla), cruralgia (dolor radicular L3 o L4 y signos neurológicos).
- **Patología periarticular:** tendinitis (rotuliana, cuadricepsital, enf. Osgood-Schlatter, pata de ganso, cintilla iliotibial) o hígroma/bursitis prerrotuliana (tumefacción en cara anterior de rodilla sin derrame articular y movilidad conservada).

RADIOLOGÍA

En la mayoría de los procesos son normales siendo su evidencia mayor si se piden bajo las **reglas de Ottawa** (traumatismo en > 55 años, imposibilidad de flexión a 90°, imposibilidad de soportar peso durante 4 pasos, inflamación en cabeza de peroné o rótula). Se han de solicitar las **proyecciones:**

- Rodilla afecta AP y L
- Comparativa de rodillas en carga y en flexión de 30°
- Axiales de rótula

Si se sospecha solicitar una comparativa de caderas o columna lumbar AP y L para descartar un dolor referido.

PUNCIÓN ARTICULAR

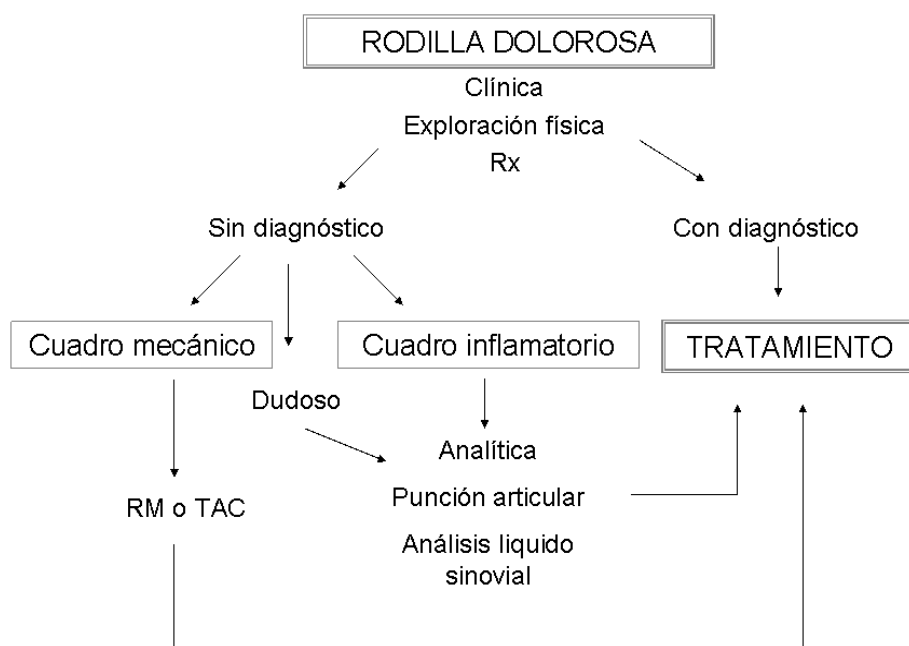
Es conveniente realizarla ante todo derrame articular de instauración rápida, intenso y limitante. Se debe realizar en condiciones estrictas de asepsia y habiendo descartado previamente una situación de hipocoagulabilidad. Tiene carácter diagnóstico:

- **Aspecto del líquido:** hemartros (rotura LCA, meniscopatía periférica, luxación rotuliana), hemartros + gotas grasa (fractura), amarillento o serohemático (derrame mecánico o inflamatorio), purulento (artritis séptica).
- **Derrame mecánico:** líquido transparente y viscoso, recuento 20-2000 cel/mm³ y <50% PMN)
- **Derrame inflamatorio:** líquido fluido y turbio, recuento 2000-50000 cel/mm³ y >50% PMN)
- **Artritis séptica:** líquido purulento, recuento celular alto > 50000 cel/mm³ y aumento de PMN; cultivo e identificación del germen.
- **Artritis por microcristales:** urato sódico en la gota, pirofosfato cálcico en la condrocalcinosis (se requiere microscopio de luz polarizada).

PRUEBAS DE LABORATORIO

- Recuento y fórmula sanguínea, VSG y PCR: Estudio básico en gonalgia de tipo inflamatoria o dudosa, así como en la sospecha de artritis séptica.
- Uricemia: Si clínica o antecedentes de gota.
- Calcemia, fosfatemia, fosfatasas alcalinas leucocíticas: Si sospecha de condrocalcinosis articular o afectación ósea.

ALGORITMO



PRINCIPALES CUADROS PATOLÓGICOS

Inflamatorios

- Sinovitis inflamatorias:
 - o Enfermedades reumáticas inflamatorias: Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, reumatismo psoriásico, artritis reactiva, Crohn...
 - o Artritis por microcristales: Gota, Condrocálcinosis articular
 - o Artritis infecciosas (calor, dolor intenso, fiebre, alteración analítica...)
- Tumores sinoviales/óseos malignos

Mecánicos

- Síndrome rotuliano: Dolor en región anterior, al bajar escaleras, con la sedestación prolongada. Presión sobre carillas rotulianas dolorosa. Signo del cepillo y de Smillie (sensación luxante durante la flexión manteniendo desplazada externamente).
 - o Condropatía, hiperpresión, artrosis, pliegue sinovial, inestabilidad rotuliana.
- Síndrome femorotibial: Dolor lateral (externo o interno) y con la carga (deambulación, subir escaleras). Presión interlínea dolorosa.
 - o Condropatía, artrosis, osteonecrosis, fractura de esfuerzo.
- Síndrome meniscal: Dolor lateral (interno o externo), con la deambulación, rotación y al agacharse o incorporarse desde una posición agachada. Presión interlínea dolorosa. Episodios de bloqueos en extensión. Maniobras meniscales (grinding test, frote meniscal, Mac Murray...)
- Síndrome ligamentoso: Dolor global y sensación de fallo de la rodilla. Hemartrosis. Pruebas de laxitud (Lachman, pivot shift, cajones)
 - o Rotura LCA, LCP
 - o Dolor lateral (interno o externo) y al varo o valgo forzado. Bostezo.
 - o Esquince LLI, LLE
- Patología sinovial:

- Mecánica: Sinovitis reactivas de la gonartrosis, Perimeniscitis, Pliegues sinoviales, Enfermedad de Hoffa, Quiste poplíteo.
- Distrófica: Condromatosis, Sinovitis villonodular

Pseudoinflamatorios (clínica inflamatoria con analítica y líquido articular mecánicos)

- Algodistrofia
- Osteoma osteoide
- Crisis artrósica congestiva

TRATAMIENTO

- Resulta prioritario descartar el origen infeccioso de la artritis y en caso de confirmarla instaurar antibioterapia precoz después de tomar muestra para cultivo.
- Si el cuadro de rodilla dolorosa aguda es severo (rotura LCA, lesión meniscal aguda, luxación rotuliana, crisis gonartrosica congestiva, artritis inflamatoria...) precisará inmovilización con férula de yeso, punción articular evacuadora (en función del derrame), medidas antiinflamatorias (crioterapia, reposo, antiinflamatorios sistémicos) y descarga de la extremidad.
- Si el cuadro de rodilla dolorosa aguda es leve-moderado con medidas conservadoras (reposo, vendaje compresivo, crioterapia, antiinflamatorios tópicos o sistémicos) puede ser suficiente.
- La revisión por un especialista una vez ha cedido el cuadro agudo suele ser conveniente en la mayoría de los cuadros moderados y severos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ronald McRae; Rodilla. Ortopedia y Fracturas: Exploración y tratamiento; Sección I, pag 131.
2. Legré V, Boyer T. Diagnóstico y tratamiento de la rodilla dolorosa. Enciclopedia médico-quirúrgica. E-14-405.
3. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. Ann Intern Med. 2003 Oct 7;139(7):575-88. Review.
4. Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain: Part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory tests. Am Fam Physician. 2003 Sep 1;68(5):907-12. Review.

PÁGINAS WEB

1. http://www.maitrise-orthop.com/corpusmaitri/orthopaedic/mo56_knee_joint/knee_joint.shtml
2. <http://www.kneeguru.co.uk/>