

Lesiones de rodilla

Fecha de la última revisión: **31/05/2013**

Índice de contenidos

1. [Luxación aguda de rótula](#)
2. [Fracturas de rótula](#)
3. [Luxación de rodilla](#)
4. [Lesiones ligamentosas de la rodilla](#)
5. [Lesiones meniscales](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

Luxación aguda de rótula

Generalidades:

- Es más frecuente en mujeres.
- Se produce generalmente por una lesión rotacional o en giro con contracción simultánea del cuádriceps femoral.
 - A menudo existen factores predisponentes como hiperlaxitud, mala alineación rotuliana, hipoplasia del cóndilo femoral, etc. (Sillanpää PJ, 2012).
- La rótula se luxa hacia el lado externo del cóndilo femoral externo, pudiendo permanecer luxada en dicha posición o lo que es más frecuente, reducirse espontáneamente.
- Se producen desgarros del vasto interno, así como la expansión interna del tendón del cuádriceps y de la capsula de la rodilla.
- La luxación traumática aguda puede predisponer a luxación recidivante crónica (Nikku R, 2009).

Diagnóstico:

- Aunque lo más habitual es que el paciente llegue a urgencias con la rótula reducida espontáneamente, en casos en los cuales esta permanece luxada podemos ver la rodilla en flexión con la rótula prominente sobre cóndilo femoral externo.
- En pacientes que llegan con la rótula reducida es evidente el derrame articular con limitación funcional condicionada por el dolor.
 - En pacientes con luxaciones recidivantes de rodilla el edema y dolor es significativamente menor que en el primer episodio.
- Pruebas de imagen (Mc Rae R, 2010):
 - Radiografía AP y lateral de rodilla.
 - Radiografía axial de rótula.
 - TAC de rodilla cuando hay sospecha de lesión osteocondral.

Tratamiento:

- Reducción cerrada que se realiza mediante la extensión progresiva de la rodilla a la vez que se desplaza la rótula con el pulgar del facultativo hasta su posición de origen (Levy BA, 2012).
- Posteriormente a la reducción hay que evaluar la integridad del mecanismo extensor, diciendo al paciente que mantenga la pierna recta sin contactar con la camilla.
- Si es el primer episodio de luxación se coloca una férula inguino-pédica por 6 semanas.
 - En luxaciones agudas de rótula cabe el tratamiento quirúrgico en casos de lesión en la cápsula y sus expansiones (Sillanpää PJ, 2012).

Complicaciones:

- Lesiones osteocondrales.
- Luxaciones recidivantes.
- Lesión del mecanismo extensor.

Rehabilitación:

- No siempre está indicado el tratamiento rehabilitador luego de un primer episodio de luxación de rótula; En pacientes jóvenes luego del período de inmovilización muchas veces es suficiente indicar deambulación asistida con muletas y ejercicios progresivos de flexo-extensión de la rodilla. En pacientes mayores por el contrario a veces se benefician del tratamiento rehabilitador con el fin de fortalecer la musculatura y obtener así una buena recuperación funcional.
- Período de inmovilización (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):
 - Posición elevada del miembro inferior.
 - Isométricos del cuádriceps.
 - Movilización activa de cadera, pie y tobillo.
 - Marcha con bastones y apoyo en contacto.
- Después de la inmovilización (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):
 - Movilización activa asistida de flexo-extensión de rodilla.
 - Masaje desfibrosante de los tejidos peri rotulianos.
 - Movilización pasiva de la rótula.
 - Hidrocinesterapia en piscina:
 - Ejercicios de flexo-extensión de rodilla.

- Bateos y pedaleos de miembros inferiores.
 - Marcha subacuática.
- Marcha con bastones y apoyo progresivo.
- Refuerzo muscular del cuádriceps:
 - Trabajo isométrico del cuádriceps entre 0 a 30 grados.
 - Trabajo selectivo del vasto interno global y oblicuo.
 - De forma progresiva trabajo dinámico del cuádriceps.
- Electroestimulación del vasto interno.
- Trabajo isométrico y dinámico de isquiotibiales.
- Trabajo dinámico de rotadores internos de la tibia.
- Trabajo dinámico del tríceps sural.
- Reeducación de la marcha.

Información médico-legal:

- Hospitalización:
 - De 3 a 5 días en caso de intervención quirúrgica.
- Interrupción laboral:
 - 2 meses.

Fracturas de rótula

Generalidades:

- Se producen generalmente por traumatismo directo con la rodilla en flexión.
 - La contractura súbita del cuádriceps es un mecanismo indirecto poco frecuente que generalmente produce arrancamiento del tendón del cuádriceps, del tendón rotuliano o arrancamiento del tubérculo de la tibia.
- Por analogía traumática es posible su asociación con fracturas de meseta tibial o supracondíleas de fémur.
- Son posible lesiones del cartílago articular u osteocondrales asociadas.

Clasificación:

- Transversas.
- Longitudinales.
- Polares.
- Polifragmentarias y conminutas.

Diagnóstico:

- Clínica: (Stefancin JJ, 2007; Mc Rae R, 2010).
 - Derrame articular, hemartros.
 - Imposibilidad para extender la pierna (en fracturas transversas o conminutas).
 - Dolor en cara anterior de la rodilla.
- Estudios de imagen:
 - Radiografía en proyección AP, lateral y axial.

Tratamiento:

- Tratamiento conservador mediante férula de yeso inguino-pédico durante 6 semanas para (Smith TO, 2010):
 - Fracturas polares no desplazadas.
 - Fracturas longitudinales.
 - Fracturas transversales no desplazadas.
- Tratamiento quirúrgico (Mc Rae R, 2010):
 - Fracturas abiertas o desplazadas.
 - Osteosíntesis con cerclaje en obenque para fracturas transversas.
 - Osteosíntesis con tornillos para fracturas longitudinales.
 - Osteosíntesis combinadas para fracturas fragmentarias.
 - Hemipatectomía con reconstrucción de mecanismo extensor en caso de fracturas con fragmentos pequeños que no permitan su osteosíntesis.

Complicaciones:

- Artrosis femoro-patelar en caso de incongruencia articular o lesión del cartílago.
- Desplazamiento secundario y pseudoartrosis en caso de osteosíntesis insuficiente.

Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):

- Período postoperatorio inmediato:
 - Inmovilización con férula posterior de yeso.
 - Ejercicios respiratorios y circulatorios del paciente en cama.
 - Ejercicios activos de pie y cadera.
 - Contracciones isométricas del cuádriceps.
- Período postoperatorio secundario (2ª a 3ª semana):
 - Marcha con apoyo contracto con férula y bastones a los 10 días.
 - Comienzo de flexión de rodilla activo, manual asistido. A las 2 semanas. Se trata de una flexión de 20 a 30 grados quitando las férulas para las sesiones.
- Períodos de reeducación activa (4ª a 6ª semana):
 - Hidrocinesterapia en piscina:

- Ejercicios activos asistidos de la rodilla.
 - Marcha subacuática con la rodilla en extensión.
- Masaje de despegamiento cicatricial.
- Electroestimulación del cuádriceps.
- Movilizaciones pasivas de la rótula.
- Recuperación progresiva de la flexión articular completa.
- Recuperación de la potencia muscular del cuádriceps.
 - Musculación isométrica en extensión.
 - Musculación contra simple resistencia del peso de la pierna.
- Retirada de la férula habitualmente a las 6 semanas.
- Períodos de readaptación (a las 6 semanas):
 - Marcha con ligero apoyo de rodilla en extensión, si el control del cuádriceps es suficiente.
 - Continuación del trabajo muscular del cuádriceps.
 - Trabajo isométrico.
 - Trabajo isotónico en los últimos 30 grados de extensión.
 - Trabajo muscular de isquiotibiales y tríceps sural.
 - Corrección de la marcha sin ayuda.

Información médico-legal:

- Hospitalización:
 - 0 a 3 días en caso de tratamiento ortopédico.
 - 3 a 7 días en caso de tratamiento quirúrgico.
- Reposo laboral:
 - 3 meses para casos simples.
 - De 6 a 8 meses para casos complejos.

Luxación de rodilla

Generalidades:

- Es una de las luxaciones más graves por las posibles lesiones de las estructuras anatómicas que rodean dicha articulación.
- Suelen producirse por traumatismos de alta energía.
- La más frecuente es la luxación anterior (desplazamiento anterior de la tibia), aunque pueden existir luxaciones posteriores, internas o externas.
- Suele producirse afección de los ligamentos de la rodilla, así como de la cápsula articular.
- Entre las lesiones asociadas (Bachman, 2013):
 - Desgarros meniscales.
 - Fracturas de la espina tibial.
 - Parálisis del ciático poplíteo externo.
 - Lesión de la arteria poplíteo. Lo mas grave y característico.

Clasificación (Mc Rae R, 2010):

- Luxación anteriores.
- Luxación posteriores.
- Luxación interna.
- Luxación externa.

Diagnóstico:

- Clínicamente es evidente la deformidad de la rodilla, así como el intenso dolor del paciente.
- Hay que palpar los pulsos y realizar una exploración neurológica distal.
- Estudios de imagen: (Mc Rae R, 2010; Bachman, 2013)
 - Radiografía AP y lateral de la rodilla.
 - Ecografía Doppler y arteriografía en caso de pulsos disminuidos.
 - RMN luego del episodio agudo (durante la hospitalización) para determinar el daño de las partes blandas.

Tratamiento:

- Reducción cerrada seguida de tracción y calza de yeso. Aunque no siempre es posible.
- Reducción abierta en caso de no ser posible la reducción cerrada ó en caso de sospecha de afección vascular de la arteria poplíteo.
- El tratamiento definitivo de la lesión, supone el tratamiento quirúrgico de las inestabilidades periféricas, centrales o combinadas de rodilla.

Complicaciones (Bachman, 2013):

- El 40% asocia lesión de la arteria poplíteo.
- El 30% asocia lesión del nervio ciático poplíteo externo.

Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):

- El tratamiento rehabilitador depende de las lesiones que se hayan producido así como del tratamiento que se haya realizado para las inestabilidades laterales, centrales o combinadas de la rodilla (Delisa J, 2005).

Información médico-legal:

- Hospitalización:
 - 5 a 7 días para vigilancia de estado vascular.
- Inmovilización:
 - 45 días, aunque depende del tratamiento final de las lesiones capsulo ligamentosas asociadas.
- Interrupción laboral:
 - 4 meses como tiempo mínimo.

Lesiones ligamentosas de la rodilla

Generalidades:

- Son lesiones graves, invalidantes y con restituito ad integrum incierta.
- Mecanismo de lesión y estructura afectada:
 - Estrés rotacional y valguizante en carga con el pie fijo, sospechar rotura del cruzado anterior, meniscos, colaterales ó fracturas osteocondrales.
 - Traumatismo directo sobre cara anterior de tibia proximal, pensar en lesión del cruzado posterior.
 - Estrés en varo o valgo, sospechar lesión de los ligamentos colaterales.
- En cuanto a la clínica:
 - Dolor.
 - Tumefacción.
 - Derrame articular.
- Exploración física de laxitudes ligamentosas (Mc Rae R, 2010):
 - En caso de inestabilidad demostrada a la exploración física, debemos pensar en la lesión combinada de varias estructuras ligamentosas, ya que raramente la afección aislada de un ligamento produce inestabilidad evidente.
 - Varo/Valgo con rodilla en flexión y extensión en 30 grados, para buscar la presencia de bostezos en el ligamento colateral interno o externo.
 - Test del cajón anterior: el paciente se encuentra en decúbito supino con la rodilla flexionada 90 grados, el excesivo movimiento de la tibia hacia delante en relación al fémur (cajón anterior) indica lesión del ligamento cruzado anterior y/o ligamento colateral interno.
 - Esta misma prueba realizada con la pierna en rotación interna es más específica del ligamento colateral interno, mientras que si la pierna esta en rotación externa es más específica del ligamento colateral externo.
 - Test de Lachman: el explorador mantiene el muslo inmovilizado con una mano, mientras sostiene la parte superior de la pierna por la parte interna con la otra mano e intenta llevar la pierna hacia delante apreciando el cajón obtenido.
 - Es la prueba exploratoria más sensible para explorar la existencia de rotura del LCA.
 - Test de cambio de pivote: se debe presionar en valgo la rodilla durante la flexión pasiva y la rotación interna de la pierna. A los 20 a 30 grados de flexión puede verse una subluxación anterior del cóndilo tibial externo, continuando la flexión a los 40 a 60 grados el cóndilo externo se reduce espontáneamente. Permite evaluar el estado de las estructuras ligamentosas antero laterales.
 - Test de cajón posterior, es decir, el movimiento excesivo de la tibia hacia atrás en relación al fémur que se produce en el caso de lesión del ligamento cruzado posterior.
 - Es importante observar los contornos y estructuras anatómicas de ambas rodillas con 90 grados de flexión antes de comenzar la exploración activa, así podemos ver como la rodilla afecta tiene un discreto desplazamiento posterior con relación a la sana.
- En caso de duda repetir la exploración a los 10 días.
 - Es posible explorar en ciertas circunstancias la rodilla bajo anestesia general y realizar una artroscopia diagnóstica.
- Artrocentesis:
 - La presencia de hemartros indica lesión de partes blandas intraarticulares
 - La presencia asociada de gotitas de grasa indica la existencia de fracturas.
- Diagnóstico:
 - Radiografía convencional para ver lesión ósea asociada.
 - Radiografías de estrés en caso de duda ayudan al diagnóstico.
 - RMN el gold estándar como prueba diagnóstica (DAMASK, 2008).
- Tratamiento:
 - Tratamiento ortopédico mediante evacuación de hemartros y yeso inguinopédico en caso de inestabilidades leves. La inmovilización se mantiene 6 a 8 semanas.
 - Inestabilidades moderadas o graves agudas en pacientes jóvenes precisan tratamiento quirúrgico.

Clasificación:

Lesión del ligamento colateral interno

- El mecanismo de lesión mas frecuente suele ser un golpe en el lado externo de la rodilla que fuerza el valgo.
- Tipos, diagnóstico y tratamiento (Laprade RF, 2012):
 - Un golpe pequeño produce en desgarro parcial del LCI (esguince grado I), por lo que a la exploración la rodilla será estable.
 - El tratamiento es un vendaje compresivo blando tipo Robert Jones y deambulación asistida con muletas o bastones durante 2 semanas, tiempo en el cual suele remitir la clínica.
 - Un golpe de mayor energía puede provocar una rotura parcial de las fibras profundas del LCI (esguince grado II), por lo que a la exploración la rodilla será estable en extensión, pero al explorarla con 30 grados de flexión aparecerá bostezo medial.
 - El tratamiento consiste en calza de yeso con rodilla en 45 grados de flexión durante 8 semanas.
 - En pacientes jóvenes deportistas o muy activos puede plantearse tratamiento quirúrgico.
 - En caso de que el impacto sea aún mayor, pueden romperse las fibras superficiales y profundas del LCI (esguince grado III), por lo que a la exploración física aparecerá bostezo en valgo importante.
 - Muchas veces esta lesión viene acompañada de daño en el menisco interno, cápsula articular posterior y ligamentos cruzados, por lo que la exploración física es fundamental. (Tríada de O'Donoghue: LCI, LCA y menisco interno. Pentada de Trillat: LCI, menisco interno, LCA, LCP y capsula articular posterior).
 - Este tipo de lesión precisa tratamiento quirúrgico.
- Complicaciones:
 - Inestabilidad en valgo y rotatoria.
 - Enfermedad de Pellegrini-Stieda, que es la calcificación del hematoma subperióstico tras el arrancamiento parcial del LCI.
- Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):
 - Durante la inmovilización:
 - Contracciones estáticas del cuádriceps bajo el yeso.
 - Ejercicios de miembros superiores
 - Movilización activa de articulaciones libres, caderas, pie y tobillo.

- Trabajo de miembro inferior contralateral
- Después de la inmovilización:
 - Masaje de drenaje de piel y del miembro inferior en declive.
 - Masoterapia lenta y profunda de músculos de muslo y pierna.
 - Recuperación de extensión completa de rodilla.
 - Contracciones isométricas del cuádriceps.
 - Recuperación de flexión de la rodilla:
 - Movilizaciones pasivas de rótula.
 - Movilizaciones pasivo asistidas.
 - Crioterapia postinmovilización.
 - Hidrocinestetapia en piscina:
 - Ejercicios de flexo extensión de rodilla.
 - Marcha subacuática.
 - Bateos y pedaleos de MMII.
 - Musculación estática y dinámica del cuádriceps.
 - Musculación de los flexores y rotadores internos.
 - El trabajo de los isquiotibiales será dinámico en sedestación (de 0 a 80 grados de flexión o de pie de 0 a 40 grados de flexión).
 - Los rotadores internos se reforzaran contra resistencia manual, modificando el ángulo de flexión de la rodilla entre 30 a 90 grados.
 - Trabajo dinámico del tríceps sural.
 - Si quedan secuelas dolorosas: ultrasonidos.

Lesión del ligamento colateral externo

- El mecanismo lesional es el varo forzado.
- Como lesiones asociadas puede haber fracturas de meseta tibial externa, fractura arrancamiento de cabeza de fémur, lesión de ligamentos cruzados o lesión del CPE (Síndrome de Platt).
- A la exploración física dependiendo del grado de la lesión podemos encontrar desde una rodilla estable hasta bostezo en varo.
- En casos de afección leve basta con vendaje de Robert Jones y deambulación asistida con bastones o muletas.
- En casos de importante inestabilidad de opta por tratamiento quirúrgico.
 - La lesión del CPE no constituye una indicación de tratamiento quirúrgico.

Lesión del ligamento cruzado anterior

- Es uno de los ligamentos que se lesiona con más frecuencia en deportistas.
- El mecanismo de lesión puede ser:
 - Lesiones por contacto, consiste en una hiperextensión de la rodilla con rotación en varo o valgo (Siegel L, 2012).
 - Lesiones sin contacto, implican maniobras de giro asociadas a una desaceleración brusca, abducción, rotación externa, hiperextensión, rotación interna o en varo (Siegel L, 2012).
- Es frecuente la afección conjunta de ligamentos colaterales o del menisco interno.
- Es posible la fractura de la espina tibial anterior.
- A la exploración física tendremos un cajón anterior positivo y un Lachman positivo.
- Diagnóstico:
 - Radiografía para corroborar la existencia de lesión ósea asociada por arrancamientos óseos de la inserción.
 - RMN constituye el gold estándar (DAMASK, 2008).
 - En caso de duda diagnóstica o para evaluar el daño podemos valernos de la artroscopia diagnóstica.
- Tratamiento (Levy BA, 2012):
 - En caso de fracturas arrancamiento no desplazada de espina tibial puede tratarse con calza de yeso por 6 a 8 semanas.
 - En caso de fracturas desplazadas hay que fijarlas con tornillos.
 - Las roturas centrales del LCA necesitan de tratamiento quirúrgico.
 - Plastia intraarticular con tendones de la pata de ganso.
- Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):
 - Postoperatorio inmediato. Días 1-3.
 - Colocación de rodillera postoperatoria bloqueada en extensión completa.
 - Isométricos de cuádriceps.
 - Ejercicios activos de tobillo.
 - Días 4 a 21: previa retirada de la ortesis para las sesiones.
 - Continuación de isométricos de cuádriceps.
 - Cocontracción de cuádriceps e isquiotibiales a 20º de flexión de la rodilla.
 - Movilización activo asistida manual de flexoextensión de la rodilla. Con un ángulo de movilidad entre 0-90º de flexión.
 - Movilizaciones transversales y longitudinales de la rótula.
 - Masaje del cuádriceps con un objetivo trófico y de liberación de los planos de deslizamiento.
 - Electroestimulación del cuádriceps.
 - A continuación, una vez colocada la rodillera articulada estabilizador (con bloqueo de la extensión de la rodilla a 0º y de la flexión a 50º).
 - Ejercicios de elevación del miembro inferior en extensión.
 - Hielo durante 20 minutos.
 - Marcha con bastones y apoyo parcial.
 - A las 3 semanas
 - Masaje de despegamiento cicatricial.
 - Continuación de la movilidad articular de la rodilla, sin limitación para la flexión.
 - Nunca trabajo de cuádriceps contra Resistencia.
 - A las 4 semanas
 - Retirada de la rodillera.
 - Recuperación completa de la amplitud articular de la rodilla.
 - Hidrocinestetapia en piscina:
 - Ejercicios de flexoextensión de rodilla.
 - Marcha subacuáticas.
 - A las 6 semanas
 - Trabajo isométrico de isquiotibiales

- Trabajo dinámico de cuádriceps, mediante ejercicios de arco corto submáximo del cuádriceps, de 45 a 10° de flexión. Con la aplicación de cargas directas a nivel del tercio superior de la pierna y contra resistencia manual.
- A las 8-10 semanas
 - Trabajo dinámico del cuádriceps con extensión completa de la rodilla, mediante resistencia manual, cargas directas y banco de cuádriceps. La aplicación de la resistencia se hará a nivel del tercio proximal de tibia.
 - Trabajo dinámico de isquiotibiales, mediante resistencia manual, cargas directas y banco.
 - Trabajo dinámico de tríceps sural.
 - Reeducción propioceptiva sobre planos estables.
- A partir de las 12 semanas
 - Continuación con trabajo de cuádriceps e isquiotibiales
 - Reeducción propioceptiva sobre planos inestables.

Lesión del ligamento cruzado posterior

- Se ve en lesiones de alta energía en las cuales hay impacto directo sobre rodilla en flexión o cara anterior de tibia, forzando su desplazamiento posterior.
 - Puede asociarse a lesión en ligamentos colaterales o a fractura arrancamiento de espina tibial posterior.
- La lesión suele ser más invalidante que la del LCA.
- A la exploración clínica es evidente el signo del cajón posterior.
- Tratamiento:
 - En caso de fracturas arrancamiento no desplazada de espina tibial puede tratarse con calza de yeso por 6 a 8 semanas.
 - En caso de fracturas desplazadas hay que fijarlas con tornillos.
 - Las roturas centrales del LCP precisan tratamiento quirúrgico.
- Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):
 - Durante inmovilización:
 - Contracciones estáticas del cuádriceps bajo el yeso.
 - Ejercicios de miembros superiores
 - Movilización activa de articulaciones libres, caderas, pie y tobillo.
 - Trabajo de miembro inferior contralateral.
 - Periodo postinmovilización:
 - Continuar con trabajo estático de cuádriceps.
 - Inicio de la flexoextensión de rodilla.
 - Movilizaciones pasivas de rótula.
 - Ejercicios de elevación del miembro inferior con la rodilla extendida.
 - Electroestimulación del cuádriceps.
 - Marcha con bastones y apoyo parcial.
 - Hidrocinesiterapia en piscina.
 - Progresivamente:
 - Recuperación de la amplitud articular de la rodilla.
 - Trabajo dinámico de cuádriceps. Generalmente entre los 0° y 70° de flexión de rodilla para minimizar el desplazamiento posterior de la tibia. La resistencia se aplicará a nivel distal.
 - Trabajo dinámico de isquiotibiales: se llevarán a cabo cerca de la extensión terminal para minimizar el desplazamiento posterior de la tibia. La resistencia se colocará proximalmente a nivel del tercio superior de la pierna.
 - Reeducción propioceptiva.
 - Reeducción de la marcha.

Información medico-legal:

- Hospitalización:
 - Tratamiento ortopédico: 0 a 2 días.
 - Tratamiento quirúrgico: 3 a 5 días.
- Inmovilización:
 - 0 a 6 semanas, dependiendo del tipo de tratamiento específico.
- Interrupción laboral:
 - 4 a 6 meses.

Lesiones meniscales

Generalidades:

- Más frecuente en varones que en mujeres (8:1).
- Generalmente en deportistas jóvenes (18-45 años).
- Se lesionan generalmente por un mecanismo de flexión-rotación con la rodilla en carga.
 - La extensión brusca de la rodilla produce la rotura del cuerno anterior.
 - Los traumatismos directos producen quistes meniscales.
 - La gonartrosis puede producir rotura degenerativa del cuerno posterior sin antecedente traumático previo.
- El menisco interno se lesiona más frecuentemente que el externo.
- En el 25-30% de los casos de alta energía, lesión concomitante del LCA.

Clasificación:

- Desgarros longitudinales: son los más frecuentes y la forma de comienzo de la mayoría de las roturas.
- Desgarros en asa de cubo: generalmente por desplazamiento hacia dentro del borde libre de la rotura longitudinal.
- Desgarros en pico de loro o en raqueta: por desplazamiento hacia el cuerno anterior o hacia el cuerno posterior de la rotura longitudinal.
- Roturas transversales u horizontales.
- Desinserciones periféricas con plegamiento del menisco o del cuerno posterior del menisco externo, más frecuentemente.
- Quistes meniscales, más frecuentes en el externo.

Diagnóstico:

- Antecedente traumático en flexo-rotación-carga de la rodilla.
- Dolor inmediato e imposibilidad para cargar peso sobre esa pierna.
- Generalmente derrame articular más o menos inmediato.
 - En las roturas longitudinales el derrame suele ser tardío.
- Dolor a nivel de la interlínea articular.
- Chasquidos.
- Un bloqueo en extensión completa es casi diagnóstico de rotura en asa de cubo.
- Signos de afectación meniscal generalmente días después del traumatismo, ya que la rodilla aguda impide generalmente la exploración.
 - Signo de McMurray: evocación de dolor y chasquido en la interlínea articular al forzar la extensión-rotación de la rodilla desde la flexión, en fase aguda puede dar falsos positivos, por lo que es conveniente explorar al paciente luego de la fase aguda, tras haber estado con analgésicos y antiinflamatorios.
- Las Rx suelen ser negativas, pero se deben obtener siempre para descartar patología asociada.
- RMN es resolutive a la hora del diagnóstico por imagen (DAMASK, 2008).
 - No será indicada de urgencia.

Tratamiento:

- En caso de bloqueo de la rodilla, ingreso y artroscopia preferente para meniscectomía parcial o sutura meniscal del borde libre del asa de cubo.
- En los demás casos, vendaje compresivo, descarga del miembro y ejercicios de rehabilitación del cuádriceps hasta pasar la fase aguda, seguido de nueva exploración a las 2 semanas.
- Las desinserciones periféricas pueden “cicatrizarse” (estabilizarse) con tratamiento conservador, especialmente en los más jóvenes.
 - Si pasadas las 2 semanas la rodilla no se estabiliza, artroscopia diagnóstico-terapéutica.
 - Suturas meniscales en las desinserciones periféricas.
- Meniscectomías más o menos completas dependiendo del tipo lesional.
 - Como norma general se intenta preservar la mayor cantidad de menisco posible.
- En caso de quistes meniscales se debe extirpar éste y la parte del menisco que está roto.

Complicaciones:

- Atrofia del cuádriceps.
- Inestabilidad postoperatoria: las lesiones ligamentosas subclínicas se pueden poner en evidencia tras la supresión del efecto estabilizador del cuerno posterior del menisco.
- Artrosis tardía (Petty CA, 2012).

Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):

- Postoperatorio inmediato
 - Tratamiento postural:
 - Mantenimiento de la extensión completa de la rodilla.
 - Sobreelevación del miembro inferior intervenido.
 - Contracciones isométricas de cuádriceps.
 - Crioterapia.
- Días 1 a 10:
 - Contracciones estáticas del cuádriceps, sin resistencia, repetidas numerosas veces al día.
 - Inicio de la flexión de rodilla sin sobrepasar los 90°.
 - Posturas de extensión completa de la rodilla.
 - Deambulación en carga sin ayudas con la rodilla en extensión.
 - Evitar estancias de pie prolongadas, así como subir y bajar escaleras.
 - Crioterapia.
- A partir de los 10 días:
 - Movilización activo asistida manual de flexoextensión de rodilla. “Movilidad total”.
 - Trabajo dinámico de cuádriceps e isquiotibiales.
 - Reeducación propioceptiva.

Información medico-legal:

- Hospitalización:
 - Meniscectomía artroscópica: 1-2 días (actualmente en programas de cirugía mayor ambulatoria).
- Inmovilización: ninguna
- Rehabilitación (Hoppenfeld S, 2004; Delisa J, 2005):
 - Inicio de la actividad normal a los 15 días; inicio de la actividad deportiva a los 30 días.
- Interrupción laboral:
 - 15 días a 1 mes.

Bibliografía

- Bachman MC. Knee (tibiofemoral) dislocation and reduction. may 28, 2013. Uptodate Waltham, Massachusetts.<http://www.uptodate.com/>
- DAMASK (Direct Access to Magnetic Resonance Imaging: Assessment for Suspect Knees) Trial Team. Effectiveness of GP access to magnetic resonance imaging of the knee: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2008;58(556):e1-8; discussion 774. doi: 10.3399/bjgp08X342651. PubMed **PMID: 19000393. Texto completo**
- Delisa J, Gans B. Rehabilitation Medicine Principles and Practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
- Hing C, Smith T, Donell S, Song F. Intervenciones quirúrgicas versus no quirúrgicas para el tratamiento de la luxación rotuliana. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 1. Art. No.: CD008106. DOI: 10.1002/14651858.CD008106. **Texto completo**
- Hoppenfeld S, Murthy VL. Treatment and rehabilitation of fractures. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.

- Laprade RF, Wijdicks CA. The management of injuries to the medial side of the knee. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(3):221-33. doi: 10.2519/jospt.2012.3624. PubMed [PMID: 22382986](#)
- Levy BA, Stuart MJ. Treatment of PCL, ACL, and lateral-side knee injuries: acute and chronic. J Knee Surg. 2012;25(4):295-305. PubMed [PMID: 23150157](#)
- Mc Rae R, Esser M. Tratamiento práctico de las fracturas. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2010. ISBN 13: 978-84-8086-638-5
- Nikku R, Nietosvaara Y, Aalto K, Kallio PE. The mechanism of primary patellar dislocation: trauma history of 126 patients. Acta Orthop. 2009;80(4):432-4. doi: 10.3109/17453670903110634. PubMed [PMID: 19593720](#). [Texto completo](#)
- Petty CA, Lubowitz JH. Does arthroscopic partial meniscectomy always cause arthritis? Sports Med Arthrosc. 2012;20(2):58-61. doi: 10.1097/JSA.0b013e31824fbf3a. PubMed [PMID: 22555201](#)
- Siegel L, Vandenakker-Albanese C, Siegel D. Anterior cruciate ligament injuries: anatomy, physiology, biomechanics, and management. Clin J Sport Med. 2012;22(4):349-55. doi: 10.1097/JSM.0b013e3182580cd0. PubMed [PMID: 22695402](#)
- Sillanpää PJ, Mäenpää HM. First-time patellar dislocation: surgery or conservative treatment? Sports Med Arthrosc. 2012;20(3):128-35. doi: 10.1097/JSA.0b013e318256bbe5. PubMed [PMID: 22878653](#)
- Smith TO, Davies L, Chester R, Clark A, Donell ST. Clinical outcomes of rehabilitation for patients following lateral patellar dislocation: a systematic review. Physiotherapy. 2010;96(4):269-81. doi: 10.1016/j.physio.2010.02.006. PubMed [PMID: 21056161](#)
- Stefancin JJ, Parker RD. First-time traumatic patellar dislocation: a systematic review. Clin Orthop Relat Res. 2007;455:93-101. PubMed [PMID: 17279039](#)

Más en la red

- American College of Radiology (ACR), Society of Skeletal Radiology (SSR). ACR-SSR practice guideline for the performance and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI) of the knee. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2010.11 p. [NGC](#)
- Logerstedt DS, Snyder-Mackler L, Ritter RC, Axe MJ, Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. Knee pain and mobility impairments: meniscal and articular cartilage lesions. J Orthop Sports Phys Ther. 2010 Jun;40(6):A1-A35. [NGC](#). PubMed [PMID: 20511698](#)
- Silvis ML, Clinch CR, Tillett JS, Spogen D. Clinical inquiries. What is the best way to evaluate an acute traumatic knee injury?. J Fam Pract. 2008 Feb;57(2):116-8. PubMed [PMID: 18248732](#)

Autores

■ Antonio Ruotolo Grau	Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (1)
■ Susana Leboráns Eiras	Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (1)
■ Victoria Lourdes Seoane Cruz	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
■ Bibiana Villamayor Blanco	Especialista en Rehabilitación y Medicina Física (3)
■ José Ramón Caeiro Rey	Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (1)

(1) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.
(2) Centro de Salud de Carballo. Carballo (A Coruña). España.
(3) Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

