



Servicios de
Salud
Araucanía Sur
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



GUÍA CLÍNICA RODILLA TRAUMÁTICA AGUDA

MÚSCULOS ISQUIOTIBIALES

FEMUR

MENISCOS

LIGAMENTO

QUADRICEPS

ROTULA

LIGAMENTO

TIBIA

RODILLA

PAUTA DE EVALUACIÓN Y MANEJO
sugerido para el nivel primario.

DR. FRANK DAWSON

4^o
GUÍA
CLÍNICA



OBJETIVOS

- 1) Que se deriven sólo casos que corresponda derivar, en la forma y momento oportuno.
- 2) Que se traten las lesiones que no requieren ser manejadas en el nivel terciario.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Traumatismo de rodilla reciente que genere dolor e impotencia funcional significativa.

EVALUACIÓN	La evaluación diagnóstica de la Rodilla Traumática Aguda (RTA) se basa en los siguientes elementos:	ANAMNESIS
		EXÁMEN FÍSICO
		ROTURAS PARCIALES
		RADIOGRAFÍAS NO SIEMPRE
		TAC (HABITUALMENTE NO)
		RESONANCIA

Las primeras dos son esenciales para el manejo, siendo deseable contar con radiografías.

1. VA ORIENTADO A CONTAR CON UN PERFIL DE RIESGO.

Se dividen en:

a) Perfil del Individuo:

por lo que hay que consignar el género, edad, lesiones previas, nivel de deporte, enfermedades asociadas, medicamentos etc. Hay lesiones propias o más frecuentes según las características del individuo y que se deben conocer.



PERFIL

b) Del Evento Traumático:

consignar cómo y cuándo ocurrió. Agregar información que permita dimensionar la magnitud de la energía involucrada. Tratar de identificar un mecanismo específico: valgo, varo, recurvatum, carga axial, torsión y combinaciones. ¿El pie de la rodilla afectada, estaba apoyado? ¿Fue una lesión un de contacto o no?



EVENTO



2. EXAMEN FÍSICO

No hay forma de hacer un buen examen físico de rodilla si no conoce su anatomía. Es indispensable dónde están sus estructuras.

- A) OBSERVAR:** ¿Llegó caminando? ¿Existen lesiones en la piel y dónde? ¿Qué alineamiento tiene? (varo, valgo, normal). ¿Tiene derrame? ¿Extiende la rodilla?
- B) PLANIFICAR EL EXAMEN:** un paciente con una rodilla traumática no quiere más dolor. Ante la situación de que acepte sólo algunas maniobras, hacer las más relevantes y menos dolorosas primero. Esperar que el paciente consienta el examen y se relaje.
- C) ¿CUÁNDO PEDIR RX ANTES DEL EXAMEN FÍSICO?:** Sospecha de fractura (deformidad, aumento de volumen significativo etc.) o paciente muy aprehensivo (tiempo para que hagan efecto los analgésicos). Puede ser apropiado hacer un examen físico más superficial, tomar la Rx y repetir el examen físico con la certeza de no tener una fractura.
- D) SIEMPRE PARTIR EXAMINADO PRIMERO LA RODILLA “SANA” O CONTRALATERAL para tener una valoración de su normalidad: estabilidad y alineamiento.** Siempre ubicarse al lado de la rodilla a examinar por lo que deben despejarse ambos lados de la camilla.
- E) PRIMERO PREGUNTAR EL SITIO EXACTO DE MAYOR DOLOR Y COMENZAR PALPANDO SUAVEMENTE cada estructura, relacionándola con sus conocimientos anatómicos.** Buscar derrame (signo ola o témpano).
- F) ESTABILIDAD LIGAMENTOS:** se realizan de valgo en extensión y 30° de flexión, Lachman, cajón posterior y posterolateral (flexión a tolerancia) y dial test. Nota: una rodilla con derrame especialmente a tensión duele más en los rangos extremos de movilidad. Debe identificar sobre todo los pacientes con inestabilidad medial o lateral en extensión, cajón posterior y la de la esquina posterolateral por la premura de su derivación.
- G) MENISCO:** evaluar dolor en la interlineas y signo de Mc Murray (si el dolor lo permite). Es importante identificar el bloqueo articular (bloqueo: incapacidad de extender la rodilla, el de origen meniscal dura de minutos a días a diferencia del pseudobloqueo propio de la patología patelofemoral).
- H) EVALUACIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES:** neurovascular distal y partes blandas (lesión arteria poplitea, ciático popliteo externo, sd. compartimental etc.)

HACER UN BUEN EXAMEN FÍSICO REQUIERE CONOCER LA ANATOMÍA Y TENER LA CAPACIDAD REALIZAR UN SET MÍNIMO DE MANIOBRAS YA SEÑALADAS.

Considerar siempre el control o reevaluación en casos dudosos o que en los casos en que el perfil del paciente o del accidente revisten mayor gravedad o riesgo de complicación.



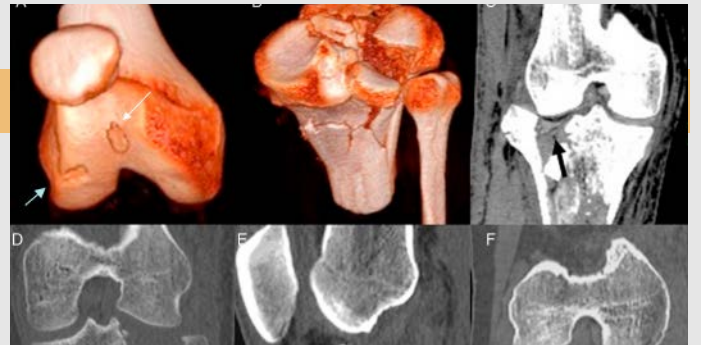
3.-RADIOGRAFÍAS

En todos los casos de RTA. Proyección AP y Lateral. El objetivo es diagnosticar fracturas.



4.-TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA

No es indispensable en el nivel primario. Se utiliza para aclarar las características de la fractura sobre todo en el compromiso articular.



5.-RESONANCIA MAGNÉTICA

Es muy útil para planificar el manejo definitivo, pero no reemplaza a una buena anamnesis y examen físico. No es crítica para tomar decisiones juiciosas con un paciente con RTA.

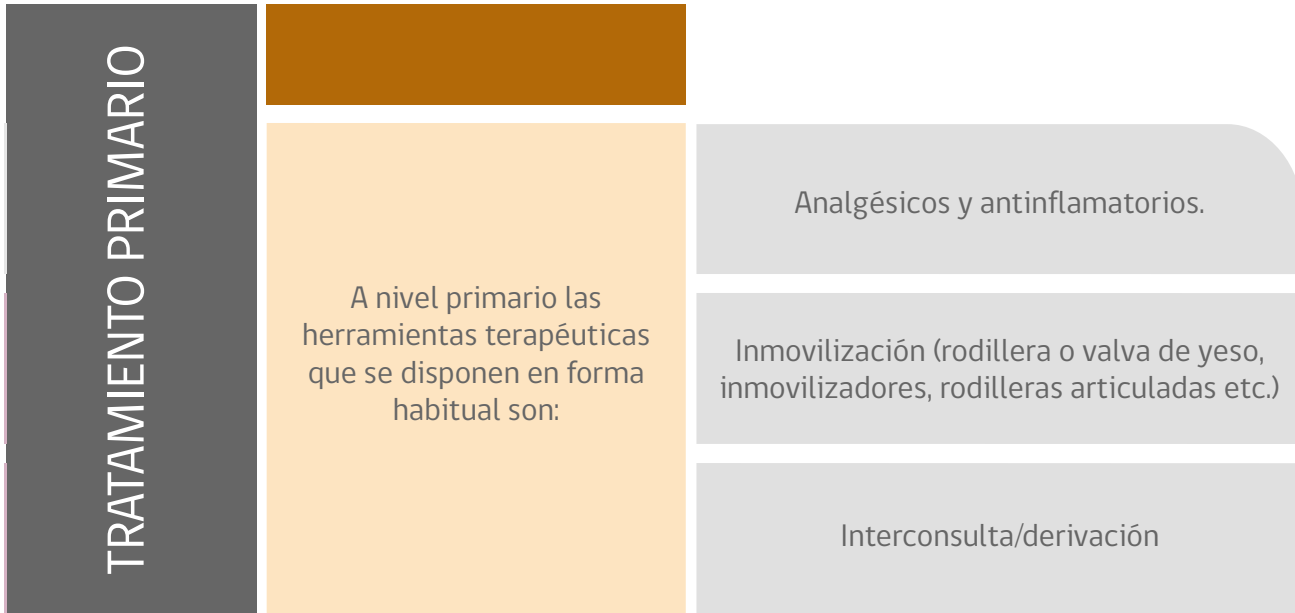


6.- ECOGRAFÍA

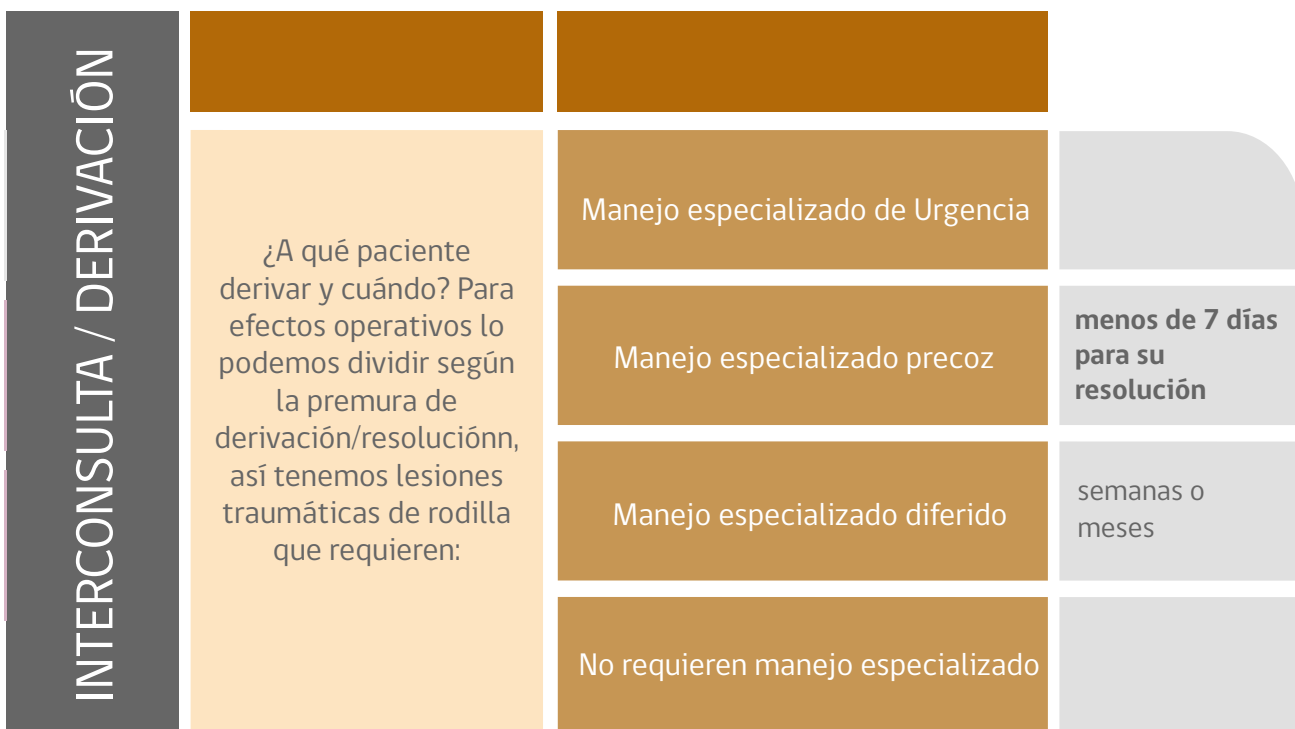
No solicitarla. No es útil.

La anamnesis, examen físico y la Rxs son esenciales para el manejo primario.





Es indispensable que en todos los servicios de urgencia exista la capacidad técnica de inmovilizar un paciente con una RTA ya que esa es la principal medida para mitigar el dolor y disminuir el sangramiento, especialmente en el caso de fracturas.





MANEJO ESPECIALIZADO DE URGENCIA

Luxación de Rodilla.

Fracturas de Rodillas Graves (muy desplazadas o con riesgo de compromiso de partes blandas) y supracondileas.

Sospecha de complicaciones graves:

- Sd. Compartimental.
- Lesión neurovascular (arteria poplitea)
- Exposición osea o articular.
- Compromiso de partes blandas severo.

Estos pacientes deben ser derivados "lo antes posible" a un centro especializado. El Centro de Referencia debe estar alertado de la llegada de un paciente de estas características por lo que se sugiere un contacto previo a la derivación.

En el contexto de un paciente grave o complejo (Ej. Politraumatizado).

Infecciones articulares.

MANEJO ESPECIALIZADO PRECOZ

ENFOCADA PRIMERO A ANALGESIA

- Fracturas de la rodilla no complicadas
- Plátanos tibiales, condilares, patela, osteocondrales, espinas tibiales.
- Inestabilidades graves (bostezo + a 0°, cajón posterior (+), dial test (+))
- Sospecha de lesión de la esquina posterolateral o cruzado posterior.
- Bloqueo meniscal irreductible.
- Roturas del tendón patelar o cuadricepsital.

LUEGO A TRABAJO FÍSICO DESDE PROXIMAL A DISTAL

En este grupo hay que inmovilizarlos y preocuparse del manejo del dolor. Tienen que poder ser reevaluados en caso de complicaciones.



MANEJO ESPECIALIZADO DIFERIDO	SEMANAS O MESES	En este último grupo sería adecuado que se avanzara en el estudio, para tener certeza del diagnóstico (Ej. RM), no es razonable que mantener el diagnóstico de RTA.
	Lesiones de cruzado anterior aislado.	
	Rotura meniscal sintomática.	
	Esguince Medial Grado 3 (siempre que lo inmovilice).	
	Luxación reducida o recidivante de patela.	
	Tendinopatías, bursitis etc. refractarias al tratamiento conservador	

No requieren manejo especializado

- Contusiones.
- Esguinces sin inestabilidad.
- Roturas meniscales que se hacen asintomáticas o en el contexto de una artrosis severa de rodilla.
- Bursitis o tendinitis postraumáticas.

Aquí el RICE (rest, ice, compression, elevation), reposo hielo, compresión y elevación. Se puede complementar con un AINE por pocos días (idealmente no más de 3) y analgésicos (paracetamol).

RESUMEN

- Las principales herramientas diagnósticas son la Anamnesis, Ex. físico y Rx.
 - Estas herramientas son las mismas que, como especialista, se pondera para decidir las conductas terapéuticas.
 - La RM es muy importante, pero no es indispensable para poder aplicar los criterios de derivación.
- El pronóstico depende de que los pacientes reciban los tratamientos en forma oportuna.



BIBLIOGRAFÍA

01. Calmbach, W. Evaluation of patients presenting with knee pain: part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory tests. American family physician. September 1, 2003 / volume 68, number 5.
02. Jeffrey L. Jackson, Evaluation of Acute Knee Pain in Primary Care. Ann Intern Med. 2003;139:575-588.
03. Vergara Hernández J, et al. Protocolo de valoración de la patología de la rodilla. Semergen 2004; 30 (5); 226-4
04. Calmbach, W. Evaluation of Patients Presenting with Knee Pain: Part II. Differential Diagnosis American family physician. September 1, 2003 / volume 68, number
05. Thomeé R, Augustsson J, Karlsson J Patellofemoral pain syndrome: a review of current issues. SOSports Med. 1999;28(4):245.
06. Dawn B, Williams JK, Walker .Prepatellar bursitis: a unique presentation of tophaceous gout in an normouricemic patient. Rheumatol. 1997;24(5):976
07. Figueroa, D. Traumatología de urgencias. Editorial Mediterraneo 2006.Pag. 102-108
08. Messier SP Etiology of iliotibial band friction syndrome in distance runners. Med Sci Sports Exerc. 1995;27(7):951.
09. Fritschy D, Fasel J, Imbert JC, Bianchi S, Verdonk R, Wirth CJ The popliteal cyst. SoKnee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2006;14(7):623.



BIBLIOGRAFÍA

10. Larsson LG, Baum J. The syndrome of anserina bursitis: an overlooked diagnosis. *Arthritis Rheum.* 1985;28(9):1062
11. Khaund. R. Iliotibial Band Syndrome: A Common Source of Knee Pain. *Am Fam Physician.* 2005 Apr 15;71(8):1545-1550.
12. Borenstein D Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria . *Arthritis Rheum.* 1986;29(8):1039.
13. García Prieto E, et al. Exploración de rodilla y hombro. *Semergen* 2009; 35 (10): 517-22
14. Leblanc.M, et al. Diagnostic accuracy of physical examination for anterior knee instability: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 13 de marzo 2015
15. Bachmann LM, Haberzeth S, Steurer J, ter Riet G. The accuracy of the Ottawa knee rule to rule out knee fractures: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2004; 140(2):121.
16. Cook, J, et at. MRI versus Ultrasonography to Assess Meniscal Abnormalities in Acute Knees. *J Knee Surg* 2014;27:319-324.

CREDITOS EDITORIAL

JUAN PABLO CARCAMO - PROCESOS CLINICOS

JOSE LUIS NOVOA - DISEÑO GRAFICO