

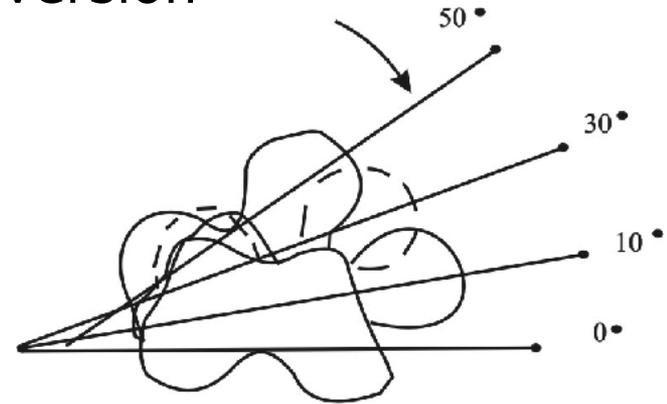
Tema.30

Patología estática de la pierna y aparato extensor. Gonartrosis

- Alteraciones angulares y rotacionales de la pierna. Genu varo, valgo y recurvatum.
- Alteraciones rotacionales en cadera. Posibilidades de tratamiento.
- Patología del aparato extensor de la rodilla.
- Fracturas de la rótula.
- Patología del tendón cuadricipital y rotuliano. Osgood- Schlater.
- Patología de la rótula: displasias, condromalacia y artrosis femoropatelar.
- Artrosis de rodilla. Diagnóstico y posibilidades de tratamiento.

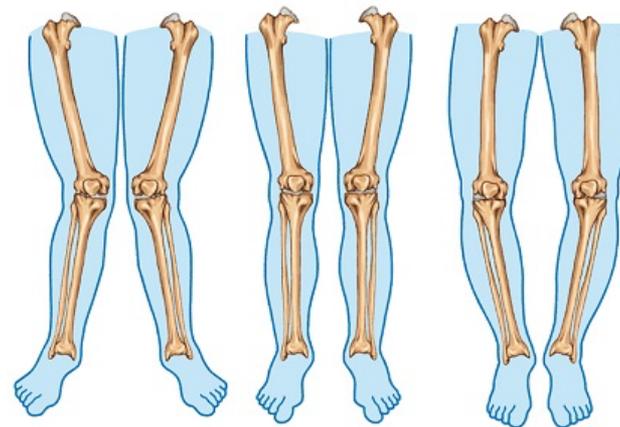
Recuerdo anatomofisiológico

- P fetal: cuello femoral con más anteversión
- 8 años reducción
- P adulto: 15° de anteversión

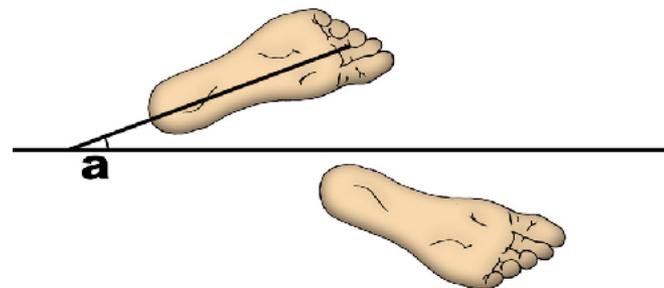


Exploración

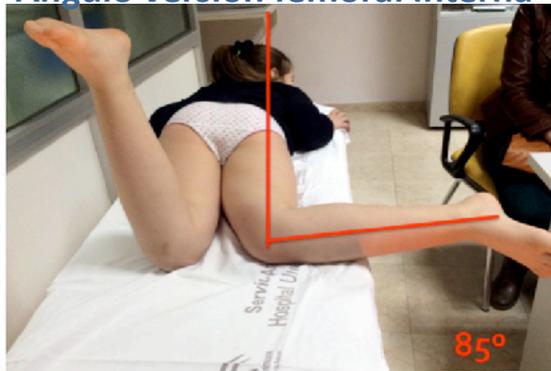
- Historiar..cuando comenzó a caminar ...
- Valorar ejes
- Valorar marcha (perfil rotación de Staheli)
- Decubito supino:
 - Rot caderas
 - Orientación rótulas y pies
- Decubito prono:
 - Rot caderas (Torsión Femoral < 60-70°)
 - Relación eje muslo-pie (entre -5° y 30°)
- Valorar pie:
 - Aducto
 - Varo-Valgo



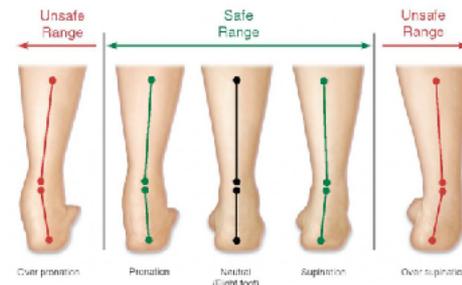
Angulo de progresión del pie



Angulo versión femoral interna



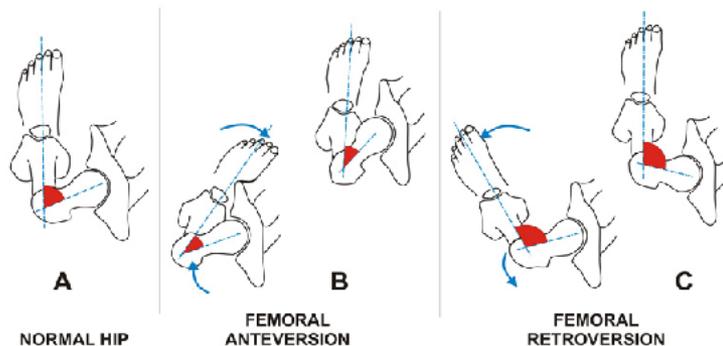
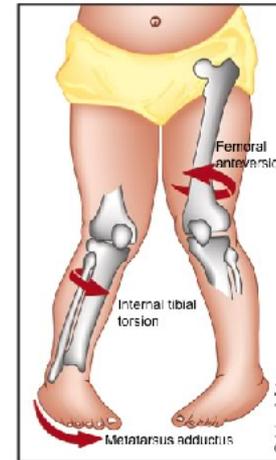
Angulo muslo-pie



Alteraciones de torsión

Anteversión femoral persistente

- Marcha con pies hacia adentro
- Aumento de rot int cadera
- Rótulas bizcas hacia adentro
- Investigar vicios posturales (sedestación W)
- TAC (eje cuello cóndilos)
- Ecografía
- Tratamiento:
 - Tranquilizar
 - Evitar sentarse en W
 - Férulas (no recomendable)
 - Adolescentes (a veces Q > de 9 años)



Alteraciones de torsión

Intratorsión tibial

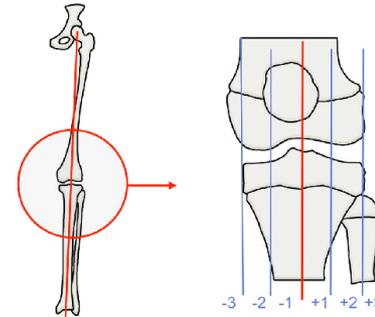
- Varo
- Ang eje muslo y pie $< 15-20^\circ$
- Marcha con pies hacia adentro
- Rótulas centradas
- Normalmente se corrige sola hacia los 7-8 años
- Tratamiento:
 - Barra Dennis Browne nocturna con pies en rot extr (poco efectiva)
 - Osteotomía correctora si la deformidad persiste > 8 años.





Alteraciones angulares Evolutivo

- **Historia:** Ver cuándo ha comenzado la deformidad. Si ha habido traumatismo o alguna enfermedad. Dieta del niño. Ver si ha aumentado la deformidad. Si es uni o bilateral. Antecedentes familiares.
- **Examen físico:** exploración general del niño, ver peso y talla pensando en una posible alteración sistémica. Medir el perfil rotacional. Medir también:
 - Ángulo fémur-tibia clínicamente con un goniómetro.
 - Distancia intercondílea (para el genu varo).
 - Distancia intermaleolar (para el genu valgo).
- **Realizar mediciones seriadas de la estatura del niño:** Ante una angulación anormal asociada a una estatura dos desviaciones estándar por debajo de la media hace que sea obligatorio descartar una **displasia ósea o raquitismo**.
- Pruebas de imagen:
 - Rx: se ha de solicitar cuando lo encontrado en la exploración sugiera una base patológica de la deformidad
 - La prueba de imagen de elección es la **telerradiografía de MMII en proyección AP**, con las rótulas mirando al frente: se medirá el eje anatómico femoro-tibial y el eje mecánico (centro de la cabeza femoral – centro del tobillo). Valoraremos la severidad radiológica del varo/valgo mediante el sistema de **zonas de Stevens**: la rodilla se divide en 3 zonas respecto al eje central, dando un valor negativo a las zonas mediales (varo) y un valor positivo a las zonas laterales (valgo); se traza el eje mecánico y se observa en qué zona queda localizado.

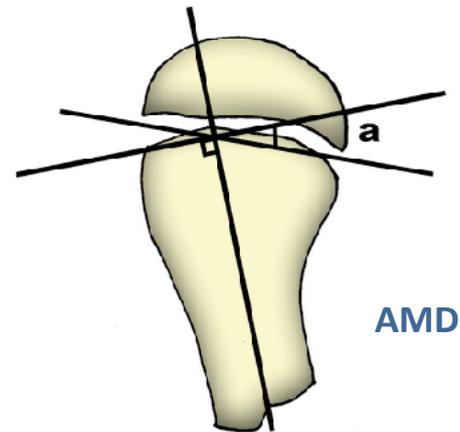


Alteraciones angulares

Genu varo fisiológico

○ Clínicamente:

- Presenta una afectación simétrica.
- Las imágenes Rx de las fisis son normales.
- Angulación medial del extremo distal del fémur y el proximal de la tibia.
- En niños < 2 años el ángulo femorotibial puede ser igual que en la enfermedad de Blount por lo que debe medirse el ángulo metafisodiafisario de la tibia (AMD) en Rx AP.
 - < 11°: genu varo fisiológico.
 - > 12°: enfermedad de Blount.



Alteraciones angulares

Deformidades en genu varo

Enf de Blount



Tipo Infantil:

Comienza a andar a los 9-10 meses.

- **Bilateral** en el 50-75% de los casos.
- Se agrava el arqueamiento progresivo.
- No duele.
- Suele asociarse con: torsión tibial interna, obesidad, pies pronados, acortamiento leve.
- Hasta los 2 años: **observación cada 3 meses.**

Tipo juvenil: a los 4-10 años. **Bilateral.**

Tipo adolescente:

- Aparece a los 11 años o después.
- **Unilateral** en el 80% de los casos.
- Acortamiento de 2-3 cm.
- Varo discreto ($< 20^\circ$).
- No torsión tibial interna.



Alteraciones angulares

Deformidades en genu varo

Enf de Blount

Tratamiento

Tipo infantil: progresa sobre todo hasta los 4 años.

- Hasta los 2 años: **observación cada 3 meses.**
- Tratamiento conservador: hasta los 24-36 meses de edad o agravamiento y Langeskiöld II: Ortesis. La efectividad de las ortesis es más que incierta, pero parece mejorar sobre todo en casos unilaterales.
- Tratamiento quirúrgico: indicado en niños > 3 años o 30-36 meses que no toleran la ortesis o que no evolucionan bien (cuando la enfermedad evoluciona al estadio III o IV). **Siempre hay que operar antes de los 8 años.** Técnica: Osteotomía tibial hasta conseguir 10º de valgo.

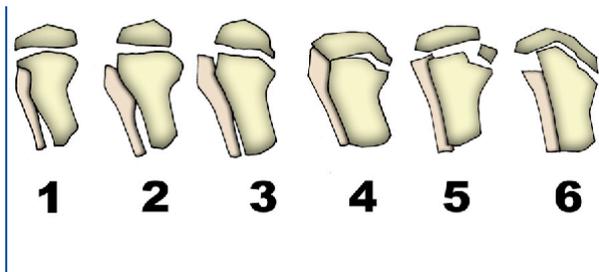
Tipo adolescente: las ortesis no son eficaces. El tratamiento es quirúrgico y puede ser de dos tipos:

1.- Si estamos cerca del final del crecimiento:

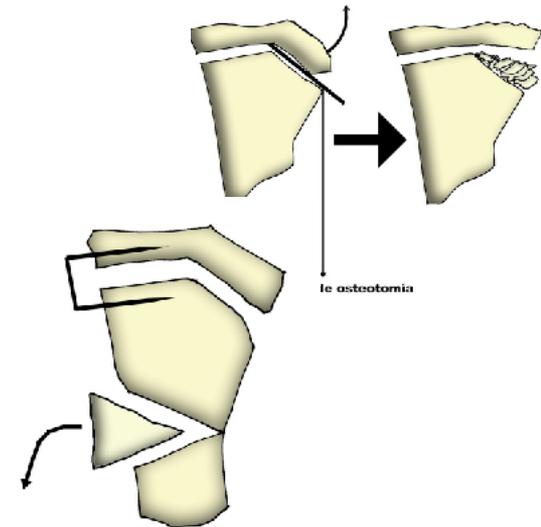
- ◆ Epifisiodesis lateral y osteotomía valguizante.
- ◆ Si existiera mucha deformidad del platillo tibial se ha de realizar una osteotomía transepifisaria con elevación del platillo medial (previa artroscopia).
- ◆ Hemicondrodiastásis con un fijador externo.

2.- Si queda crecimiento:

- ◆ Osteotomía en valgo + ablación del puente óseo



Osteotomía transepifisaria



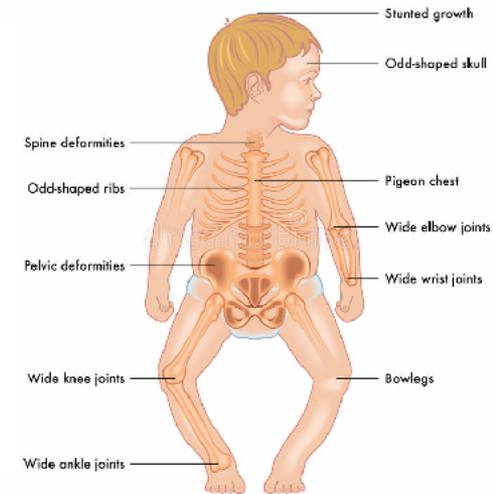
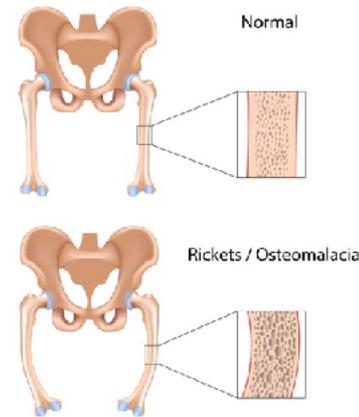
Hemoepifisiodesis lateral + osteotomía correctora

Alteraciones angulares

Deformidades en genu varo

Raquitismo

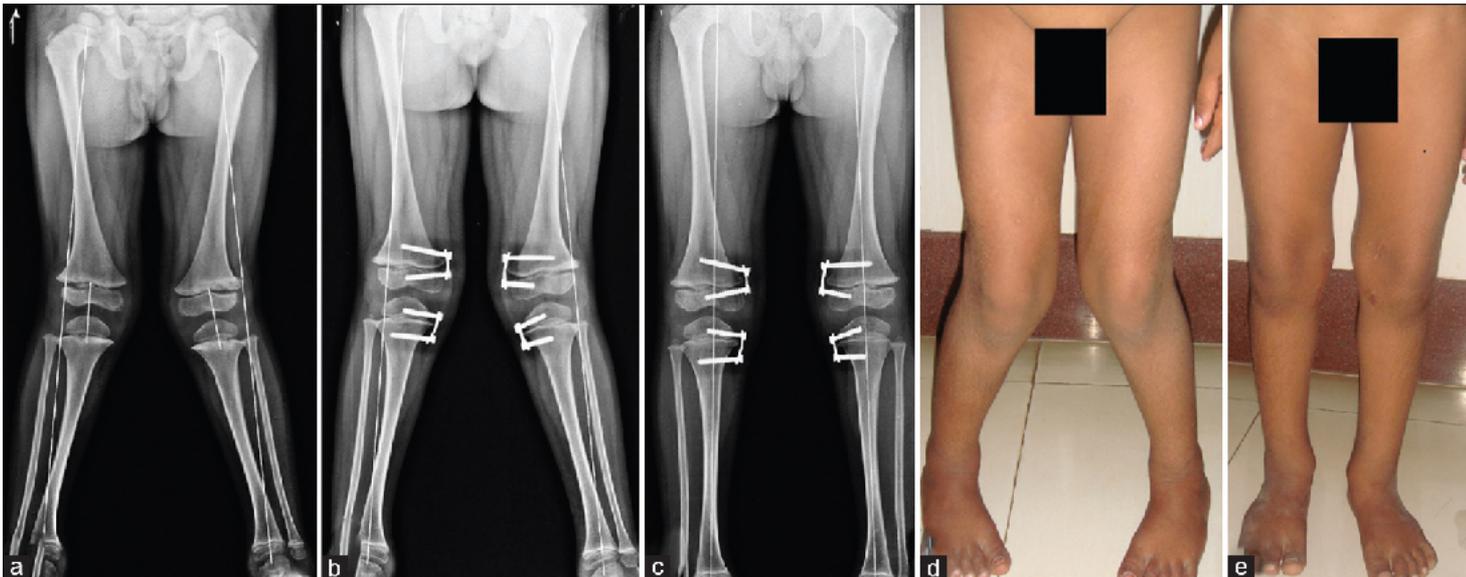
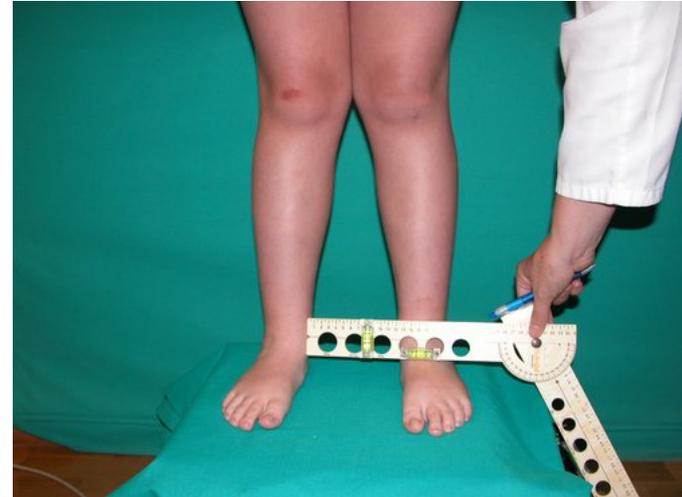
- Alt de met óseo
- Genu varo
- Estudiar causa:
 - Falta de vit D
 - Sind Mala Absorción ..
- Rx:
 - Ensanchamiento de fisis
 - Deformidad en copa
- Tratamiento:
 - Médico
 - Vigilar deformidad



Alteraciones angulares

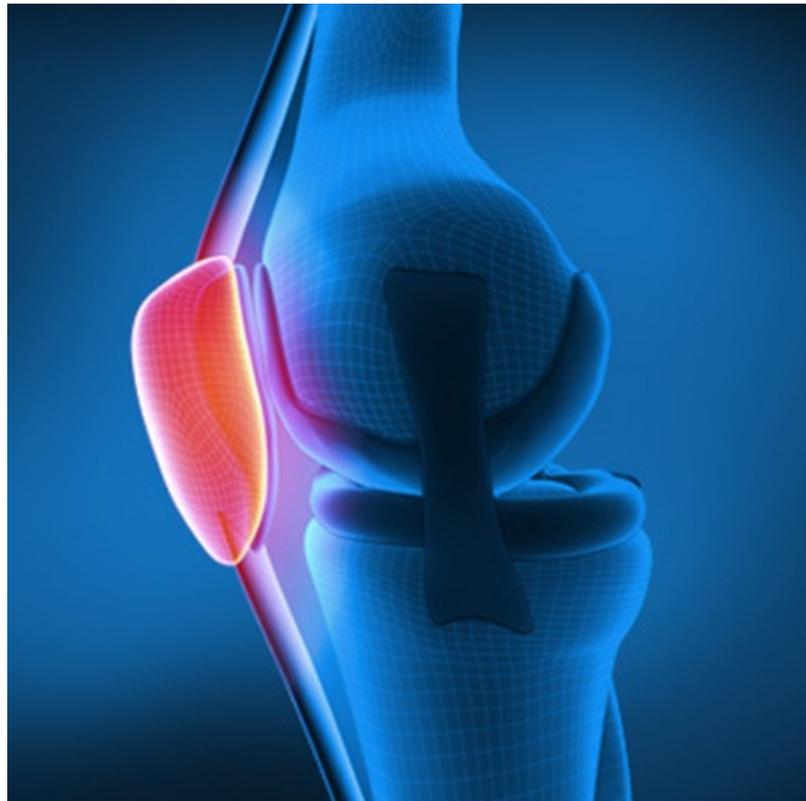
Deformidades en genu Valgo

- Chocan las rodillas
- Medir distancia intermaleolar
- Congénito:
 - Normalmente se corrige
- Postraumático
- Idiopática ò del adolescente
 - > 8 años $> 15^\circ$ > 10 cm inter maleolo (hemiepifisiodesis)
 - Ang femorotibial $> 20^\circ$ (osteotomía)



Síndrome de dolor Femoro Patelar

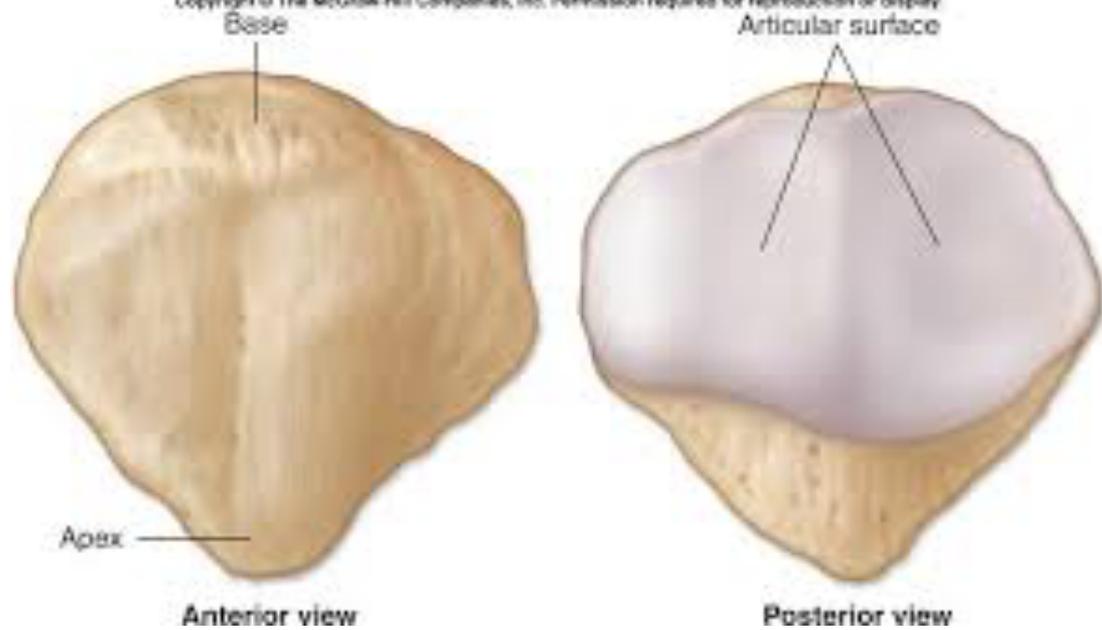
SDPF es un **síndrome** caracterizado por un **dolor** o malestar aparentemente procedente del contacto de la cara posterior de la **rótula** con el **fémur**.

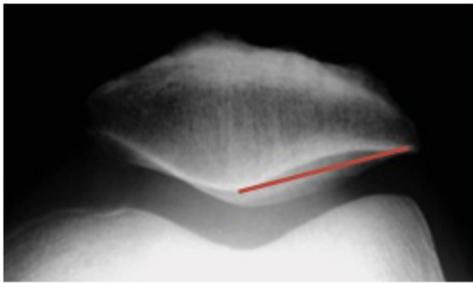


Patología del Aparato Extensor de la Rodilla

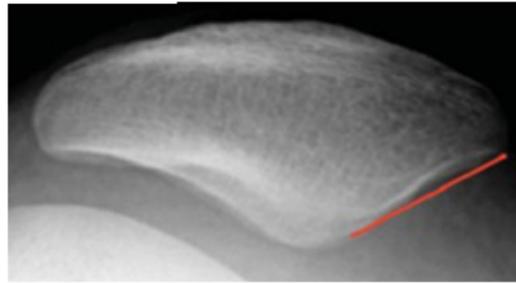
- **Datos anatómicos y biomecánicos**
 - Morfología de la rótula
 - Contacto femoro rotuliano
 - Ejes del aparato extensor
 - Funciones de la rótula
- **Luxaciones de la rótula**
- **Inestabilidades FP:**
 - Síndrome de hiperpresión externa
 - Subluxación crónica de la rótula
 - Condromalacia rotuliana
- **Lesiones musculotendinosas**
 - Tendinitis rotuliana
 - Rupturas del tendón rotuliano
 - Rotura del tendón del cuádriceps
- **Enfermedad de Osgood-Schlatter**
- **Higroma prerotuliano**

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Permission required for reproduction or display

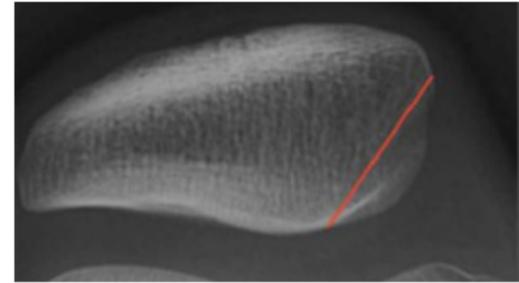




Type I



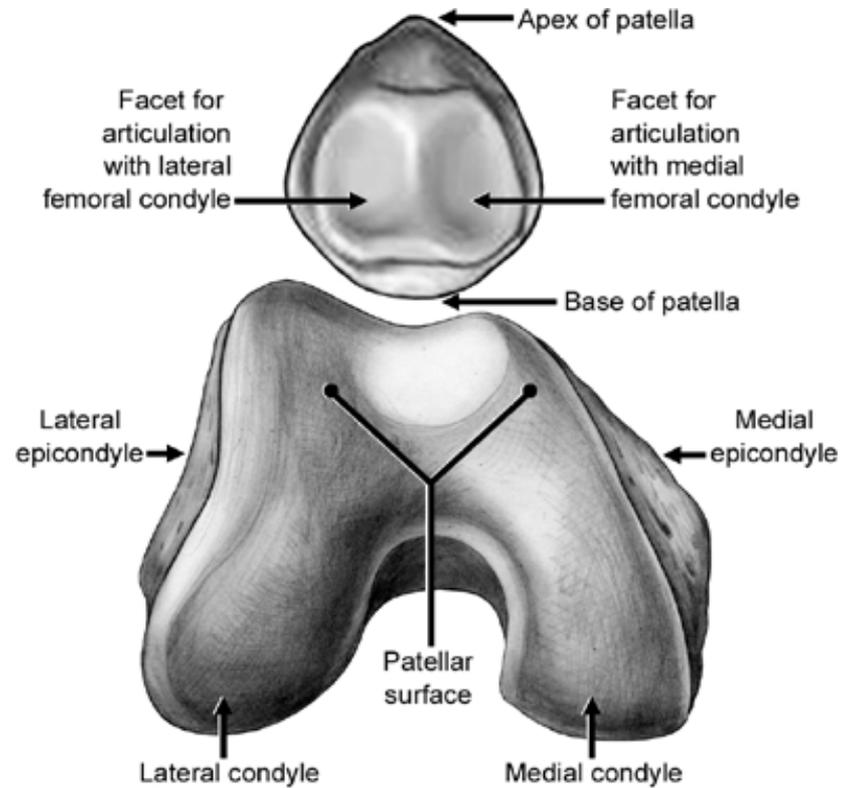
Type II

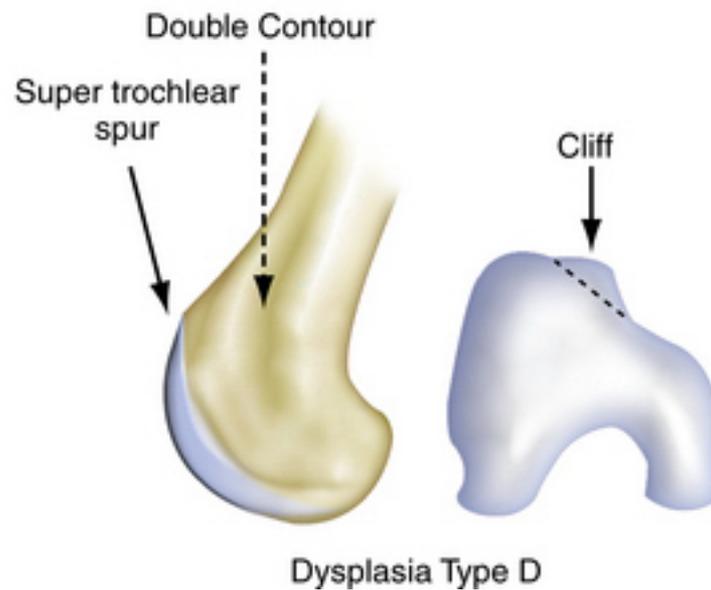
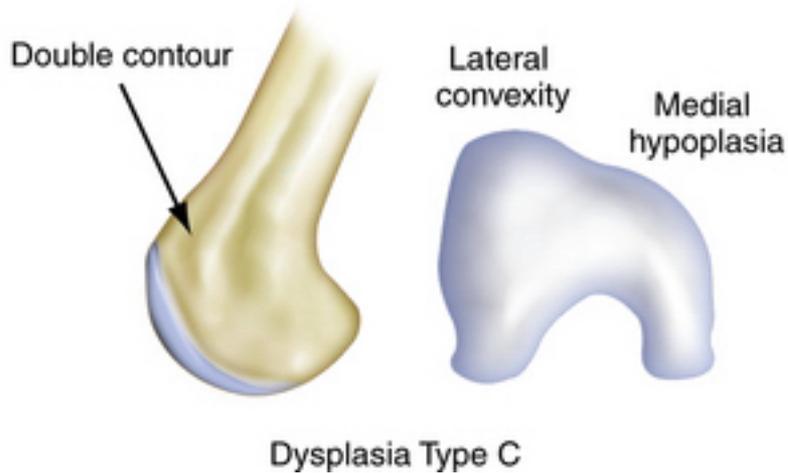
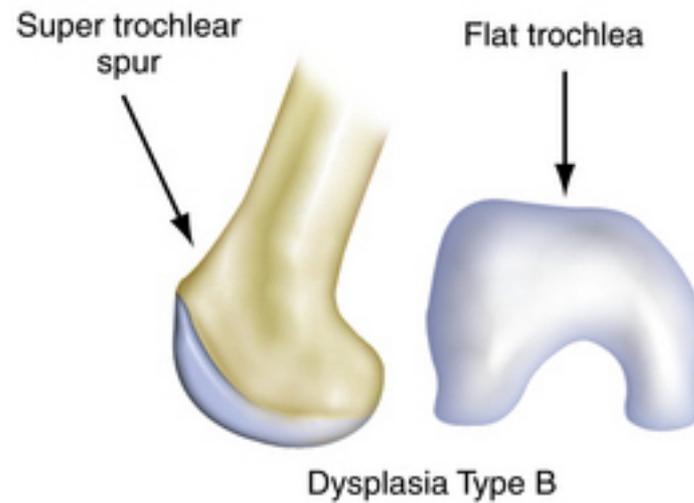
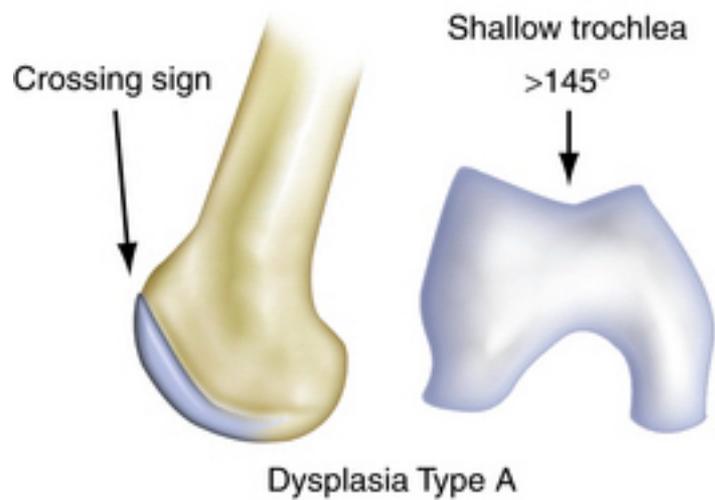


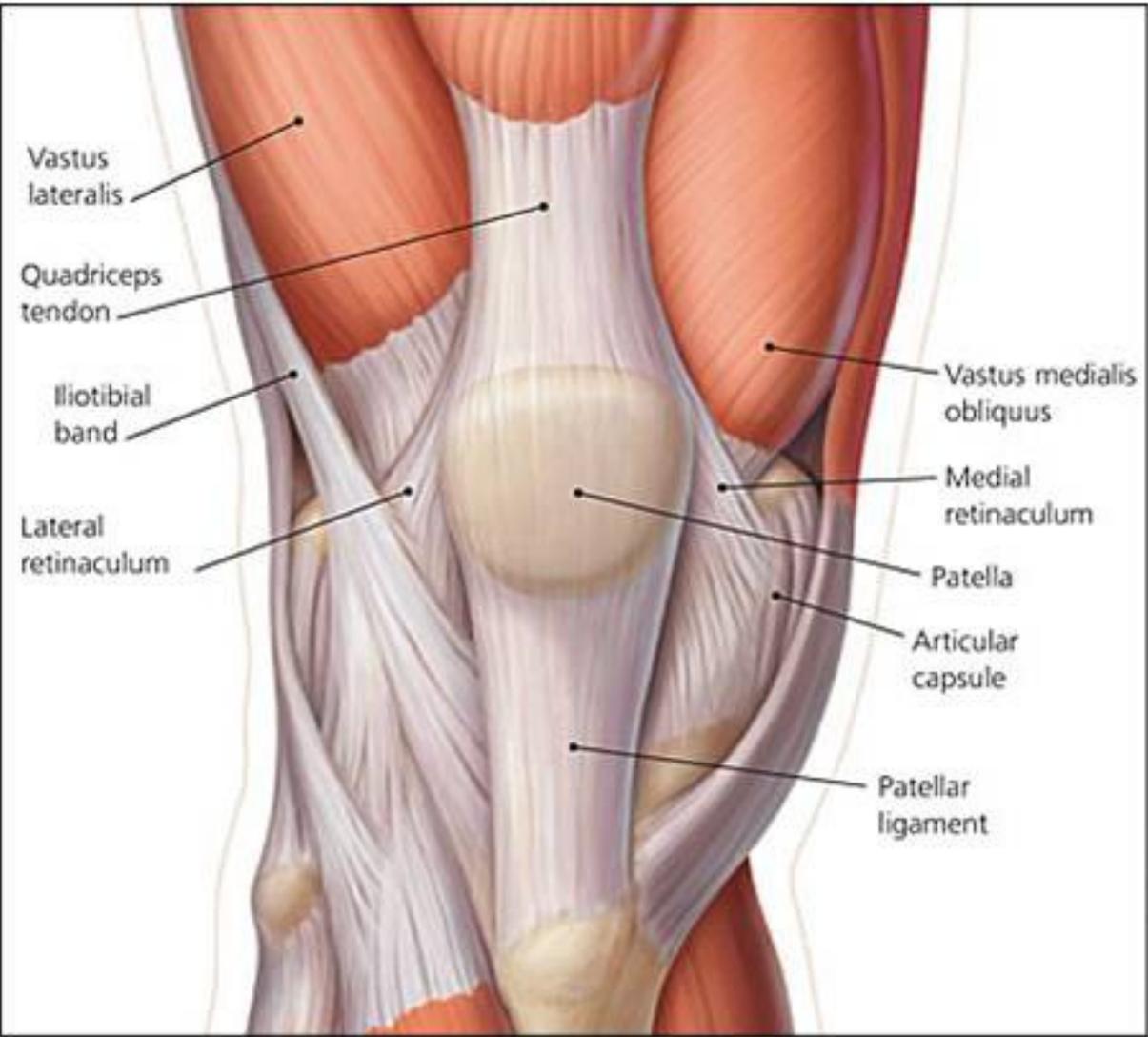
Type III

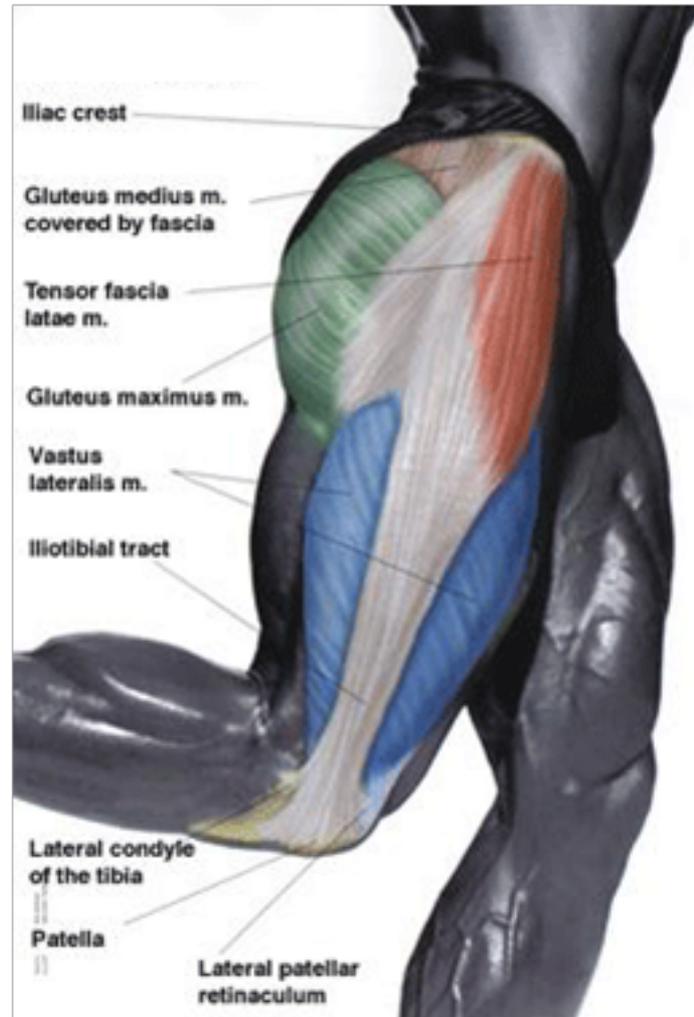
Wiberg Classification for Patellar Shape

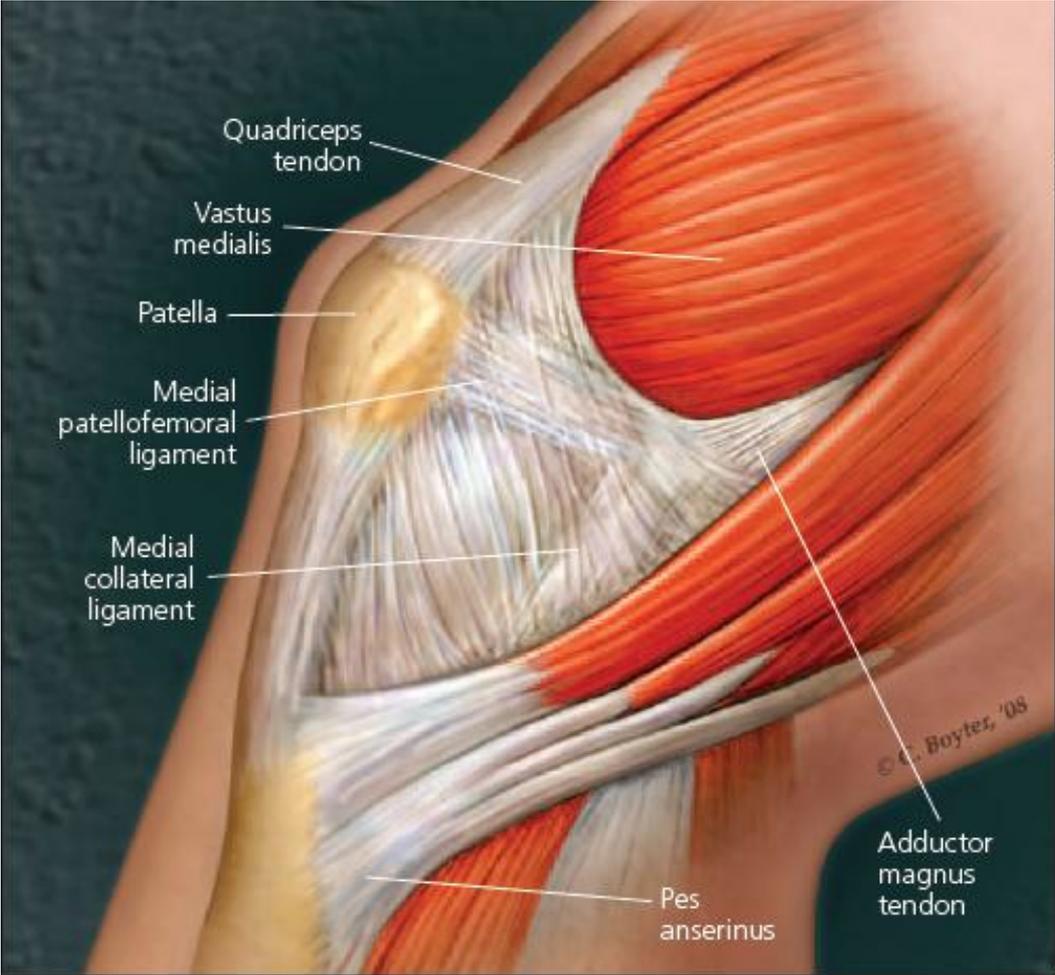
La rotula se articula con la troclea femoral, es un canal por dónde se desliza la rotula en todo su recorrido. A veces es canal se aplana incluso se invierte como veremos en las imágenes de la siguiente diapositiva.

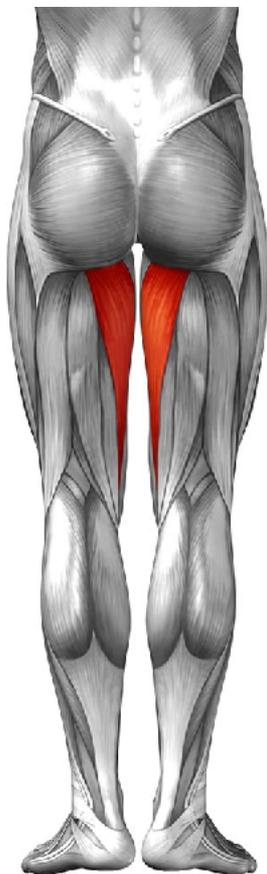


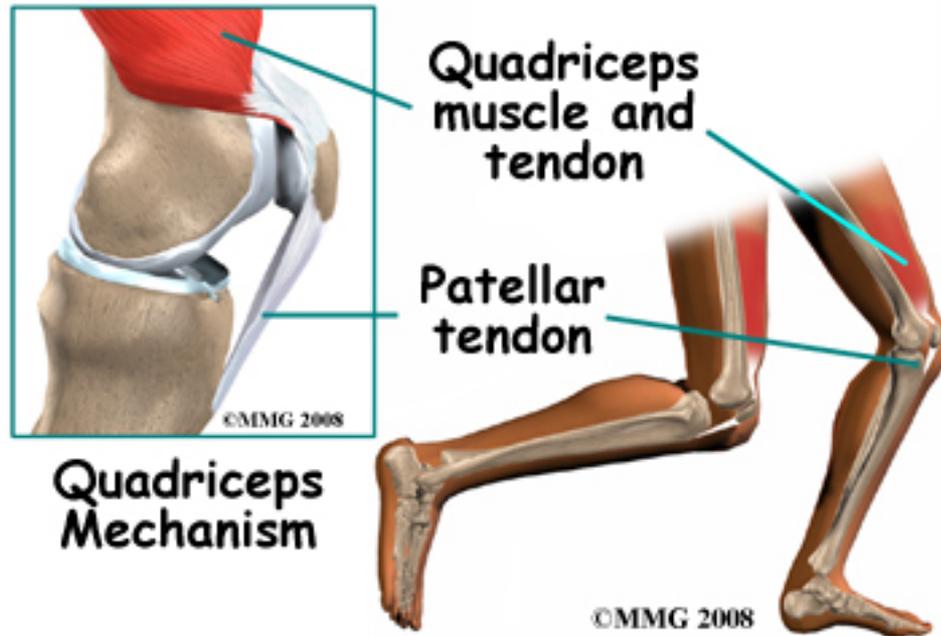




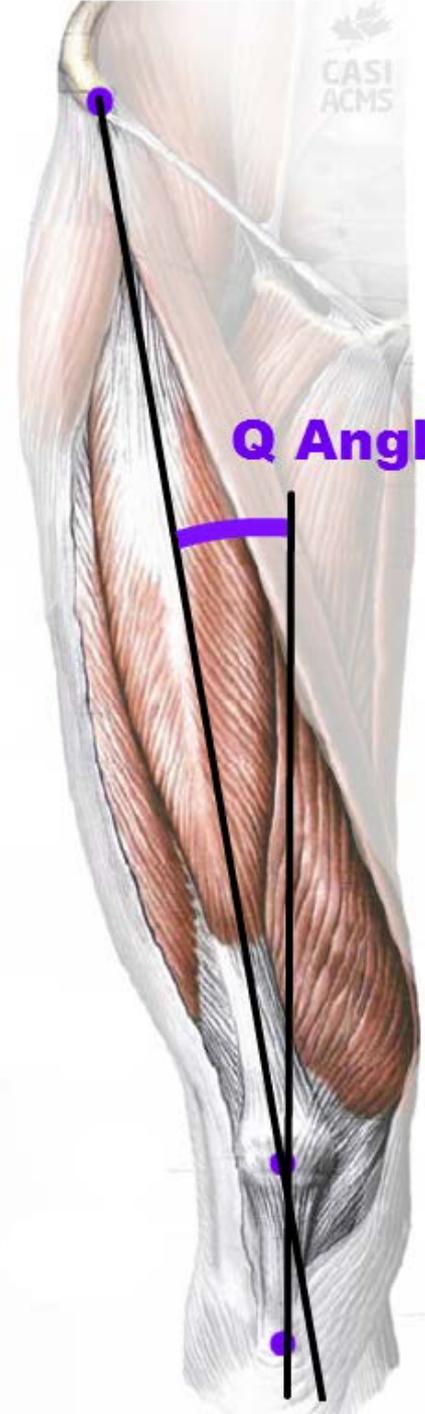






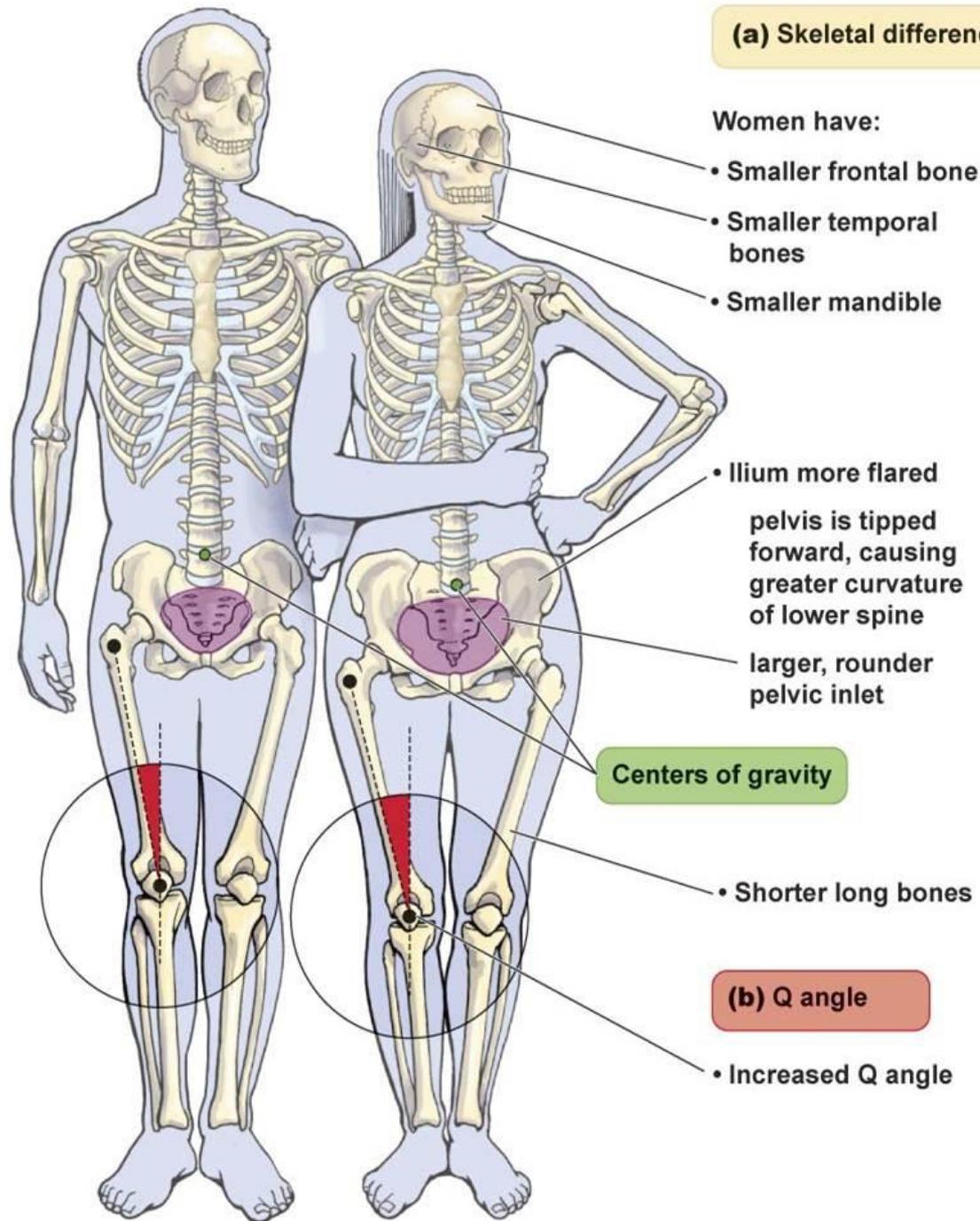


Adelantamiento aparato extensor
Disminuye la fricción
Soporta presiones
Guía del aparato extensor
Escudo protector
Función estética



Q Angle

(a) Skeletal differences



Dolor femoropatelar

- □ **Sobrecarga en la carilla lateral**, por aumento de la presión en la zona o porque la presión se ejerce en una dirección anormal. Entonces se genera dolor a nivel de la zona subcondral ósea.
- □ **Tensión excesiva del alerón rotuliano externo**, que desencadenaría una neuropatía degenerativa dolorosa (la inyección con anestésico local sobre el alerón produce alivio temporal).

Dolor:

Dolor sordo en cara anterior de la rodilla

A veces reflejado a hueco popliteo

Aumenta al subir y bajar escaleras

Al permanecer largo tiempo sentado y levantarse (signo del cine)

Dolor

Fallos

Se produce por un episodio de subluxación rotuliana

El paciente lo refiere por una sensación de traslación lateral de rotula

Dolor

Fallos

Chasquidos

Sensación de crepitación a veces audible

Situaciones como: al recuperarse de cuclillas, al levantarse de un asiento...

Dolor

Fallos

Bloqueos

Es más bien una sensación de pseudobloqueo
A veces termina en fallo de la rodilla

Chasquidos

Dolor

Fallos

Hinchazón

A veces sensación subjetiva

Puede estar presente en caso de condromalacia

Chasquidos

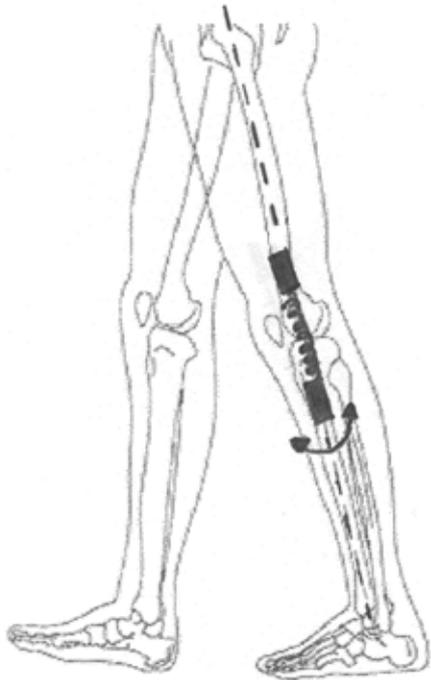
Bloqueos

Con el paciente de pie
sabremos si tiene valgo,
varo, recurvatum...

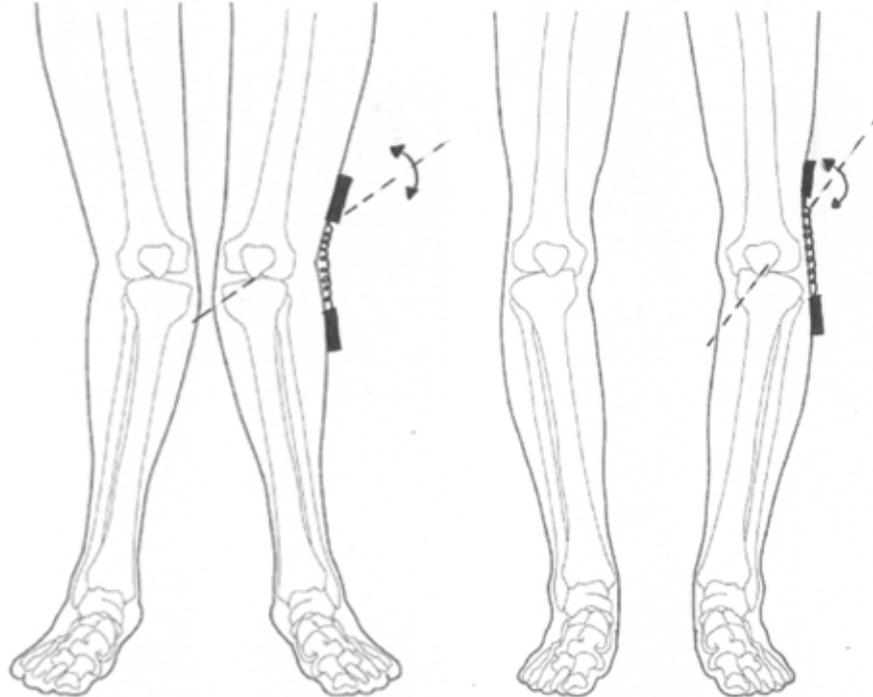
Exploración Física

Inspección estática en bipedestación

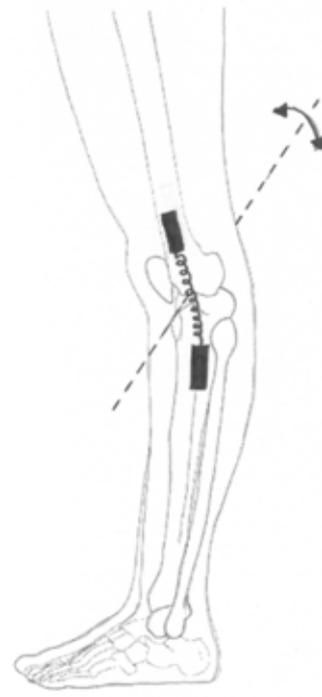
Genu Valgo



(a)

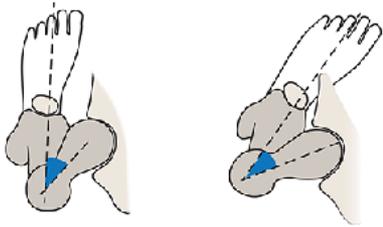


(b)



(c)

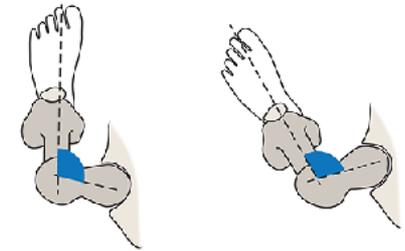
Excessive Femoral Anteversion



Position of the femoral head with the foot straight.

Most patients with excessive femoral anteversion "in-toe" to better position the femoral head.

Excessive Femoral Retroversion



Position of the femoral head with the foot straight.

Most patients with excessive femoral retroversion "out-toe" to better position the femoral head.

Exploración Física

Inspección estática en bipedestación

Anteversión femoral

Toe In



Toe Out



©MMG 2009

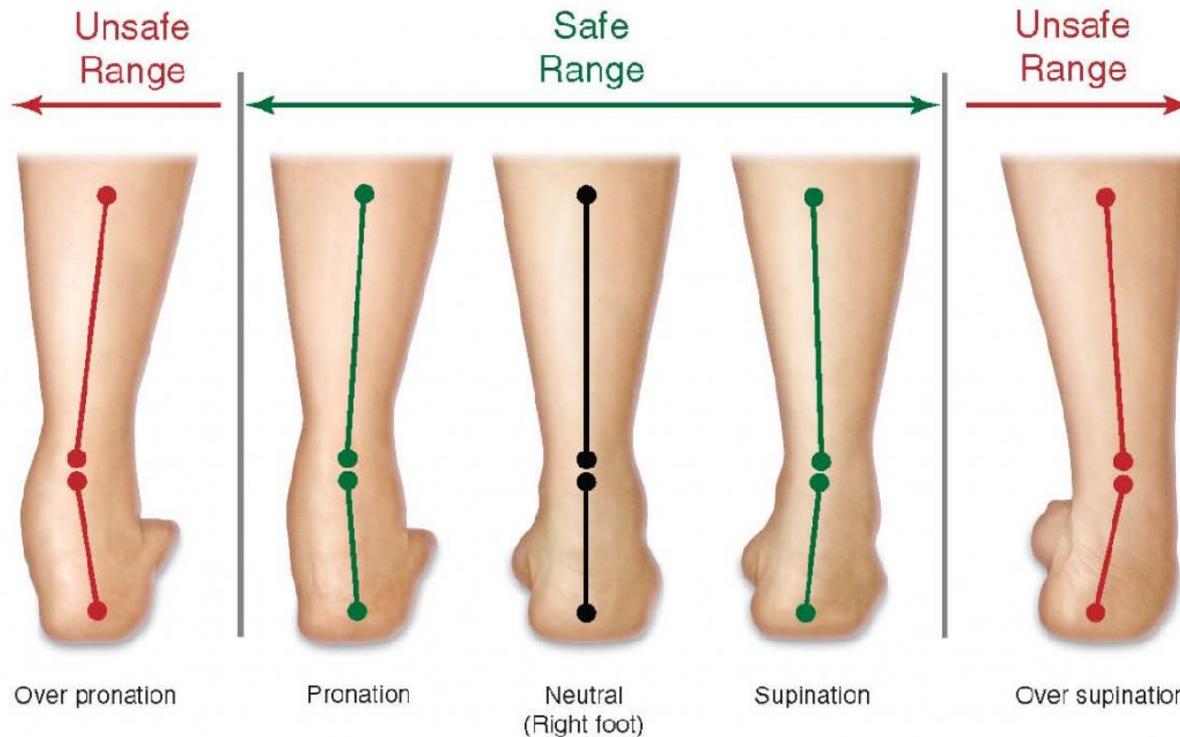
Si observamos la posición de las rótulas, éstas deben de mirar al frente.

Exploración Física

Inspección estática en bipedestación

Pronación pie

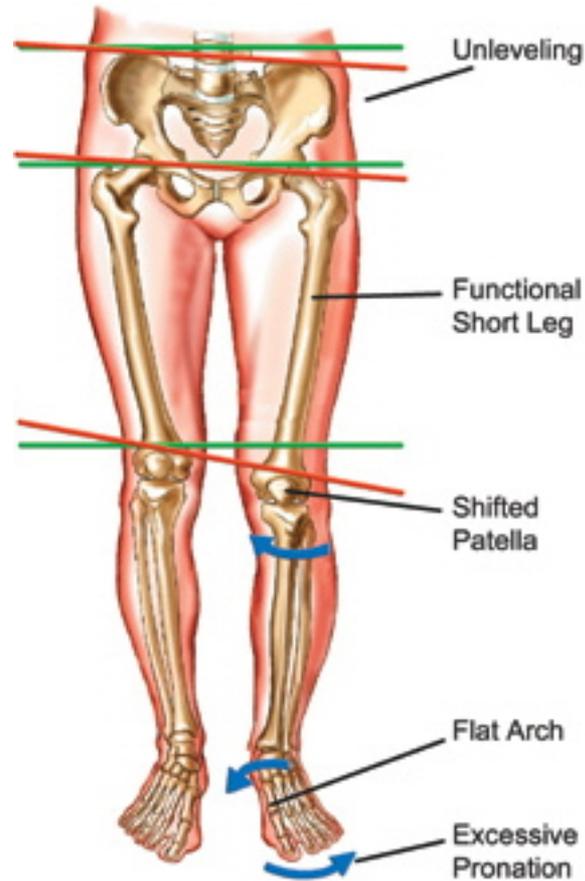
Fig. 10



Exploración Física

Inspección estática en bipedestación

Pronación pie

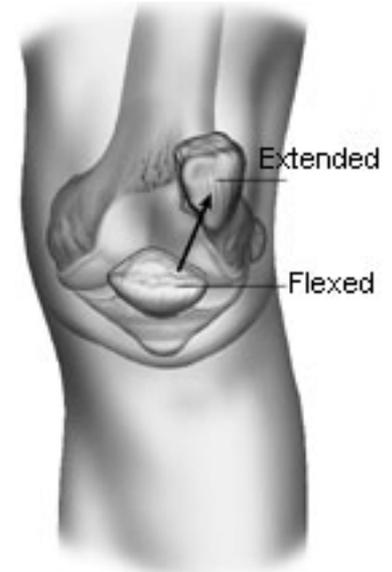
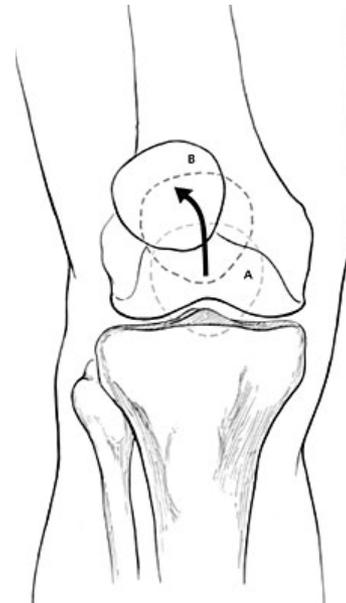


La Pronación del pie, obliga a tibia a rotar internamente.

Anteversión del cuello del fémur, pronación del pie, genu valgo aumentaran el ángulo Q.

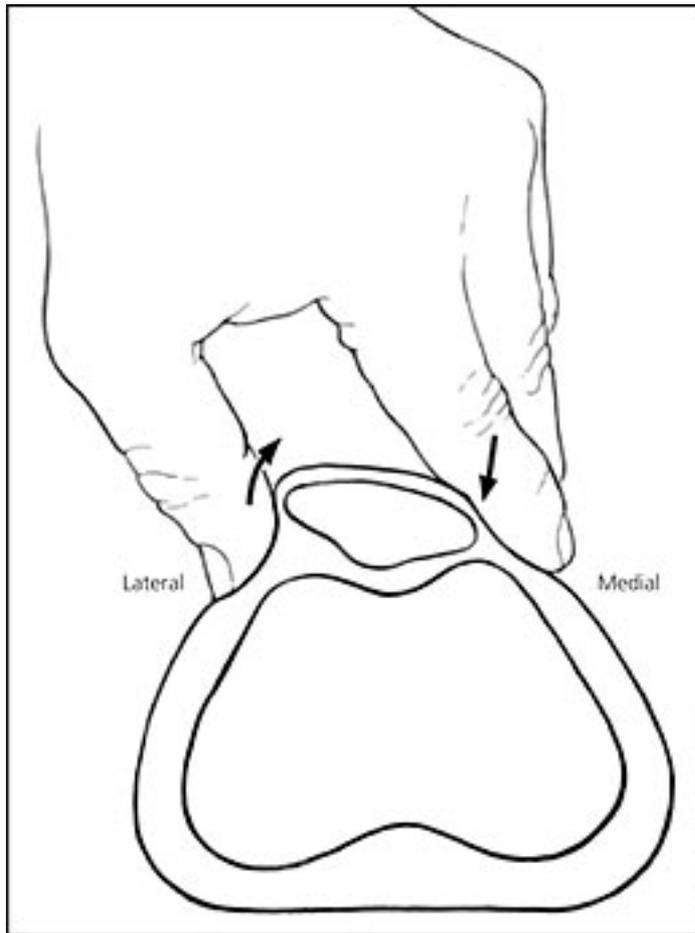
Con el paciente en decúbito supino, le mandamos flexionar la rodilla, comprobar el recorrido de la rotula, mandar extender, se empieza a encarrilar a los 30º de flexión ,salvo en caso de rotula alta que la rotula se desplazará lateralmente (“j” sign)

Exploración decubito supino Recorrido Rotuliano “J” Sign



Exploración decubito supino

Inclinación Test



© 2007 TODD BUCK

Palparemos directamente las carillas de la rótula, puede ser que pellizquemos la sinovial, que el origen del dolor sea el alerón externo tenso

Compresión de la rótula contra el surco femoral Rodilla en 30º

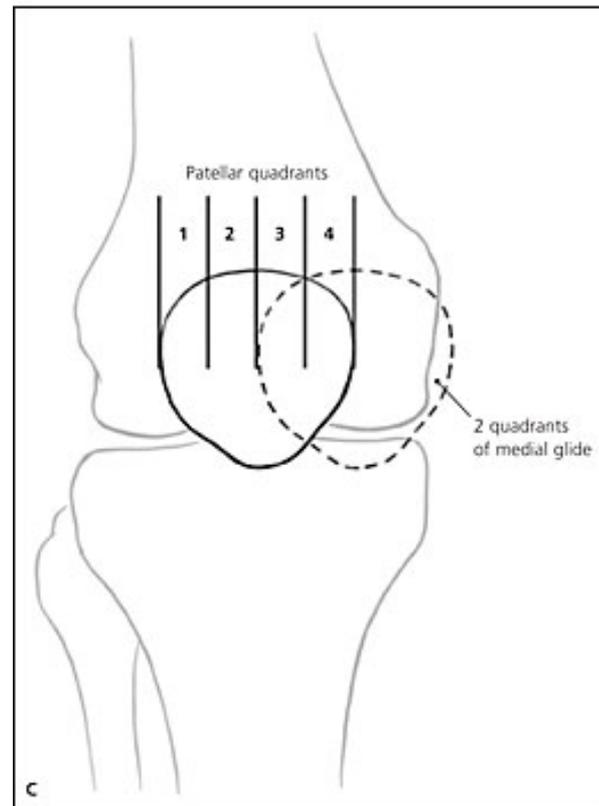


Presionamos la rótula contra la troclea femoral, sentiremos un “roce “ cuando el cartílago esté lesionado.
Empujamos la rotula hacia medial con lo cual tensamos alerón externo despertando dolor.

Exploración decubito supino

Movilidad de la rotula

Rodilla en 20° flexion, la rotula se encarrila
Dividimos la rotula en cuartos.
Teóricamente la podremos desplazar 2
cuartos, si sólo se desplaza un cuarto alerón
externo tenso, si se desplazan 3 cuartos a
externo LPFM lesionado ??



Exploración decubito supino

Test de aprensión



En la posición de 30° desplazamos la rotula hacia lateral, mandamos contraer el cuadriceps, el paciente que haya sufrido subluxaciones intentará detener la EC.

Medición de ángulo Q

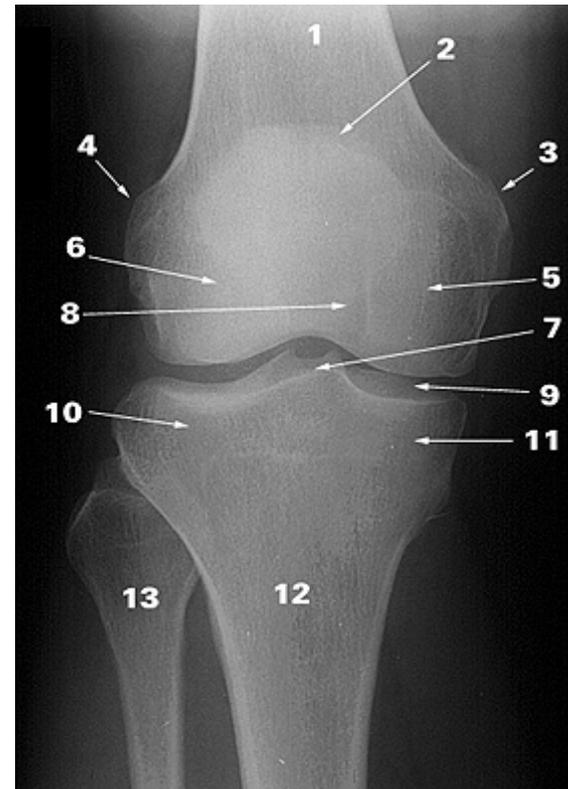


No es fácil medir el Angulo Q, sentado, de pie...lo más practico tumbado.

Con el TTSF podremos confirmar su existencia patológica.

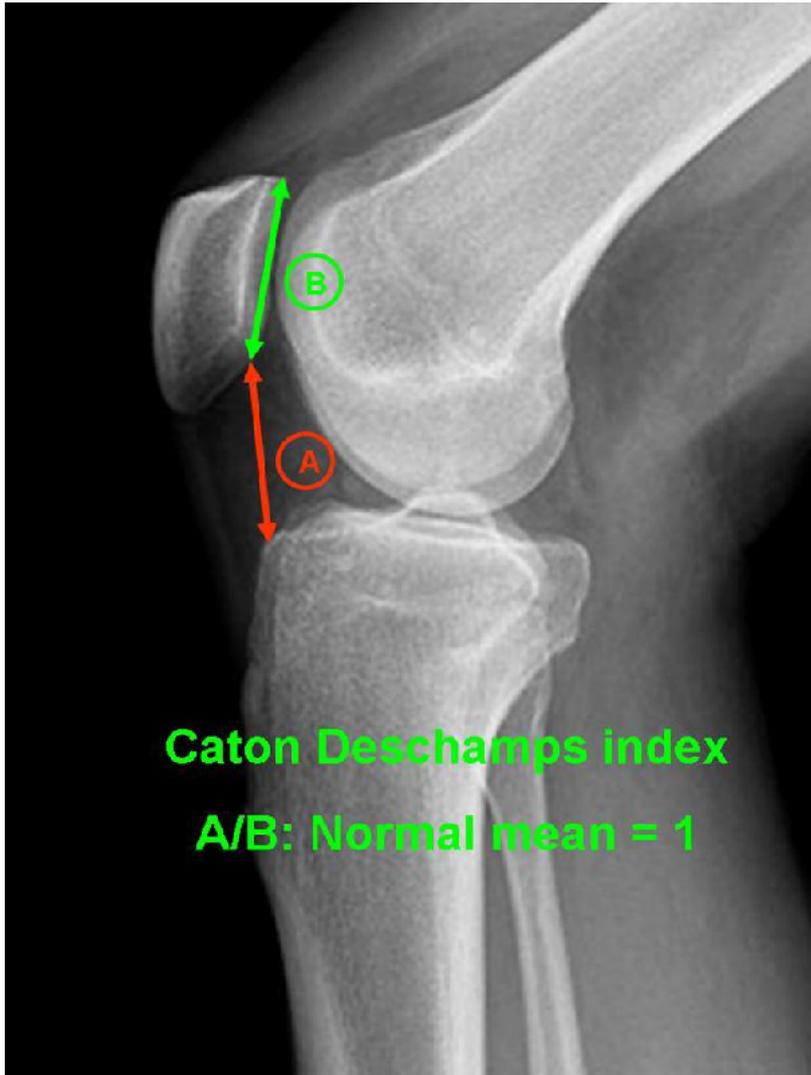
Patologico > de 20°

Rx Ap de Rodilla Tele Rx



Rx lateral 30°

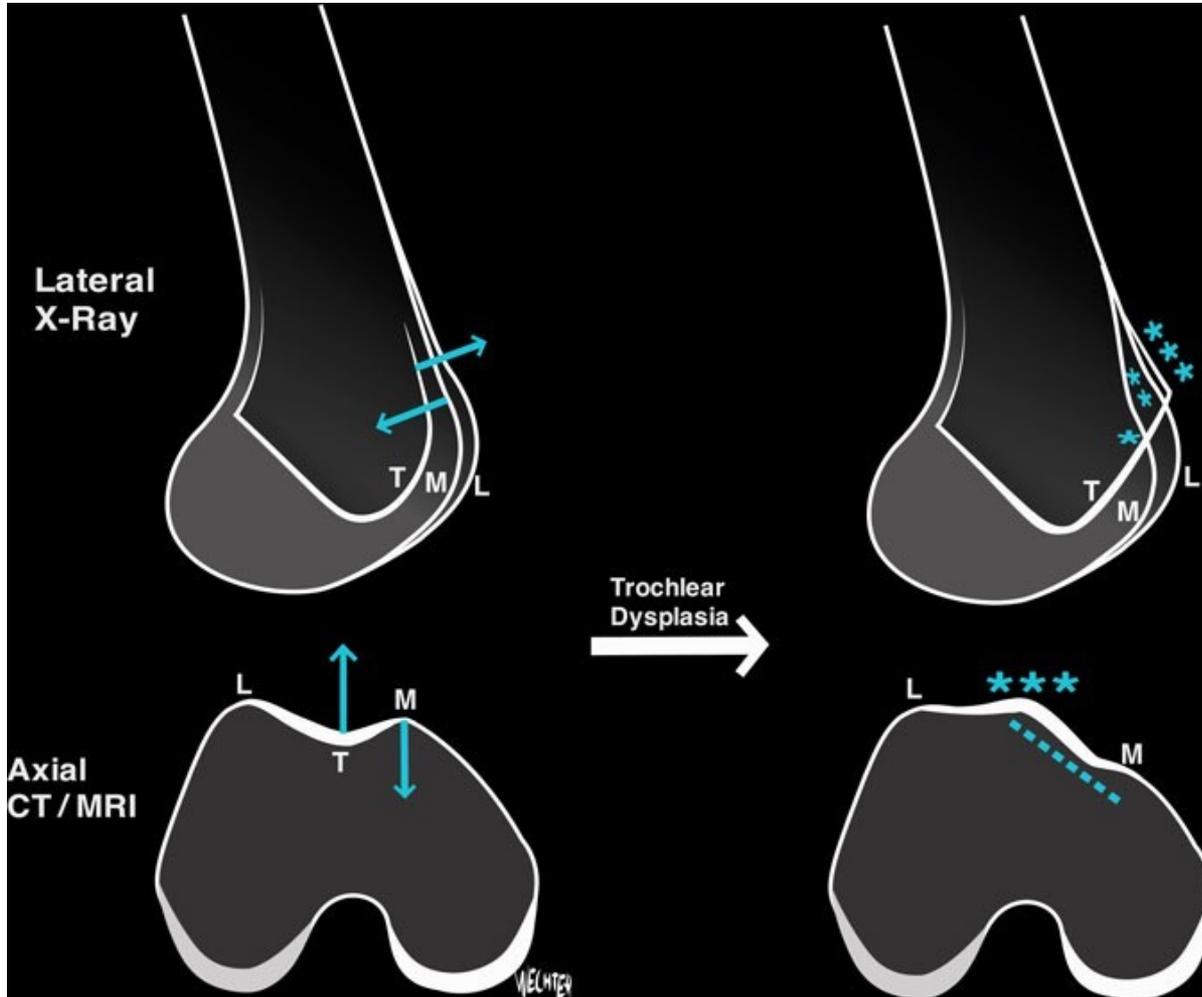
Altura de rotula



Hay que intentar que sea lo mas lateral posible, que los cóndilos se superpongan

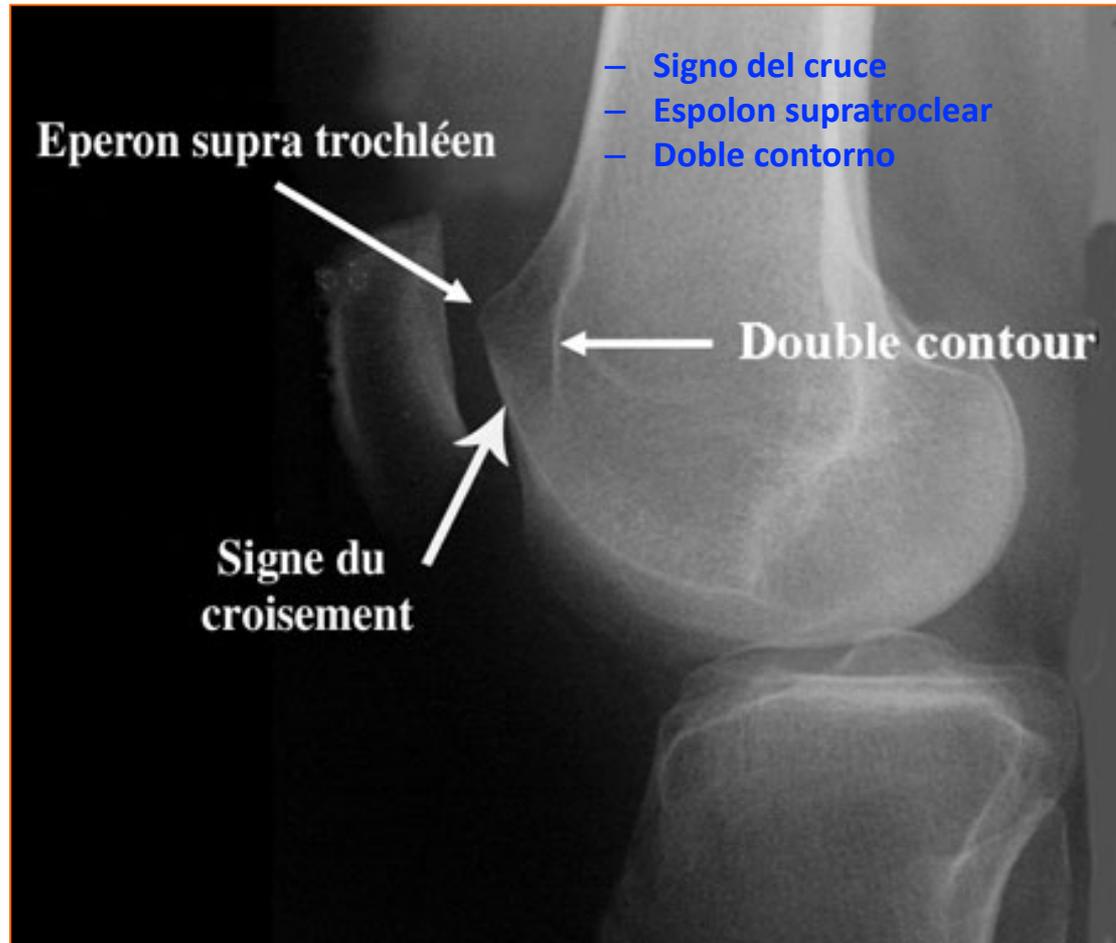
Rx lateral 30°

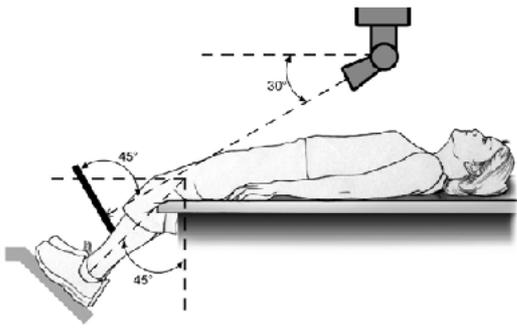
Displasia trochlear



Rx lateral 30°

Displasia trochlear

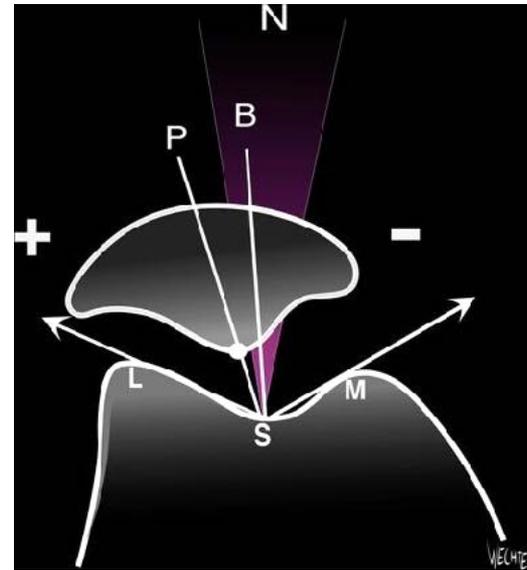
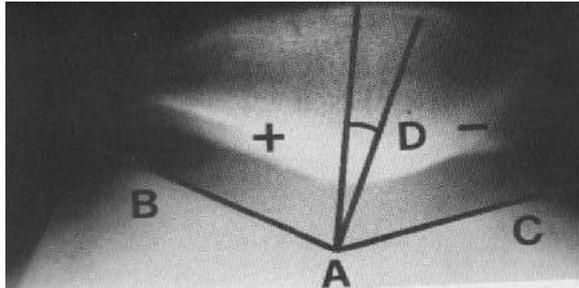


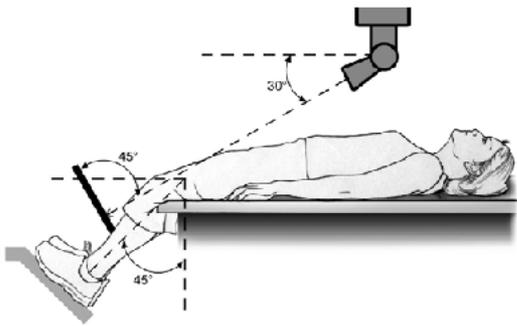


Rx Axial 30°

Angulo de congruencia de Merchant

Mide el desplazamiento lateral

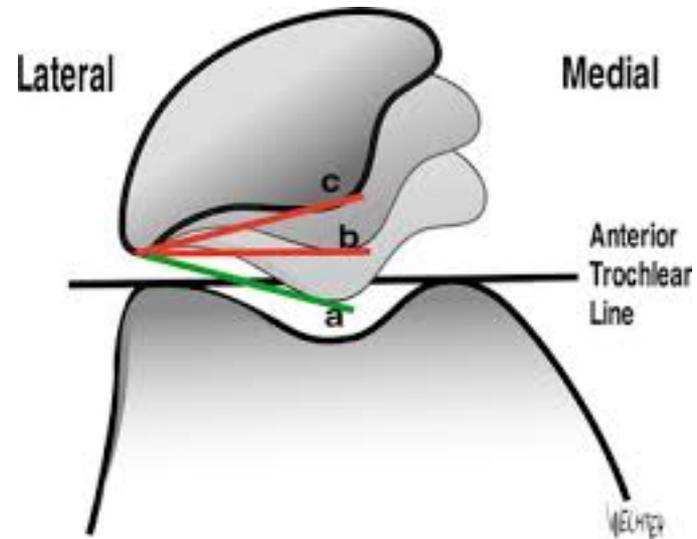
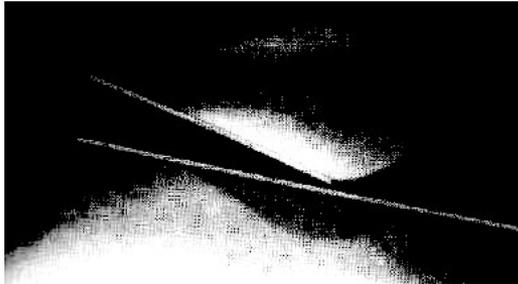




Rx Axial 30°

Angulo Patelofemoral de Laurin

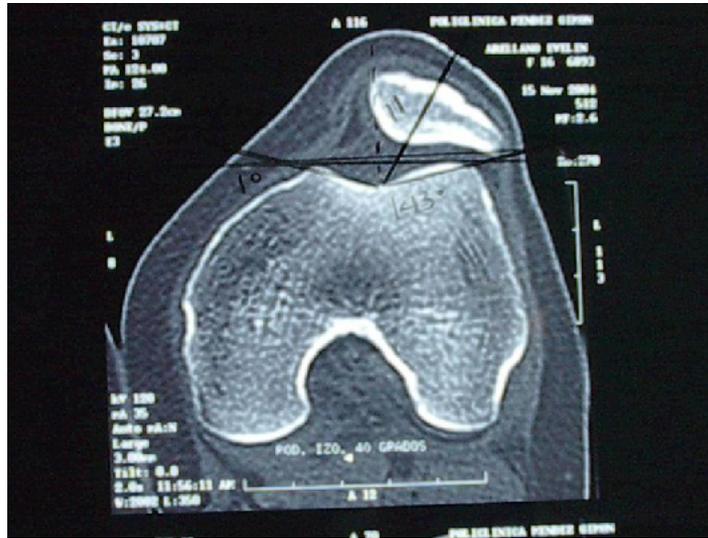
Mide la inclinación



Dolor femoropatelar

Exploraciones complementarias

- TAC Axial en 30-45° de flexión:
 - Angulo del surco (138°-150°)
 - Angulo de congruencia de Merchant (mide la desviación lateral -6° a 4°+)
 - Angulo patelofemoral lateral de Laurin (mide la inclinación lateral)
 - Distancia TTSF (< 2 cm normal)



Dolor femoropatelar

Exploraciones complementarias

- Artrografia
- RNM: Estudia también el estado del cartilago
- Gammagrafia: estudio metabólico del hueso (poco valor)
- Artroscopia: “Gold Stándar”
 - Se ven las lesiones de cartilago
 - Inclinación lateral...

Dolor femoropatelar

Procesos no traumaticos

- **1.- Síndrome de Hiperpresión rotuliana externa (HPRE)**

- **2.- Inestabilidad rotuliana**
 - Luxación aguda
 - Luxación recidivante
 - Luxación crónica de la rótula
- **3.- Condromalacia de la rótula**
- **4.- Artrosis femoropatelar** aislada
- **5.- Osteocondritis disecante** de la rotula
- **6.- Otras causa de dolor de la rotula**
 - Plica sinovial
 - Tendinitis patelar o cuadricepsital
 - Bursitis peripatelar
 - Síndrome de dolor regional (Distrofia simpática refleja)
 - Dolor Psicógeno

Dolor femoropatelar

Síndrome de hiperpresión externa

- **1.- Síndrome de Hiperpresión rotuliana externa (HPRE)**
 - Dolor FP en la carilla externa
 - Bloqueos subjetivos
 - Angulo Q aumentado ?
 - Alerón externo tenso
 - Exploraciones complementarias:
 - Rx sin cambios
 - TAC : inclinación lateral....
 - Tratamiento conservador:
 - Reposo
 - Limitar actividad física
 - Ortesis
 - AINES
 - Rehabilitación cuádriceps: vasto medial
 - Tratamiento quirúrgico: Sección alerón externo



Subluxación Rotula: Ejercicios de Rehabilitación



Estiramiento de isquiotibiales: Mantener 10 sg la pierna apoyada en extensión... descanso... 3 veces



Contracción de Cuadricéps: Apretar la cara posterior de la rodilla contra el suelo 10 sg... descanso... hasta 3 contracciones



Elevación de la pierna en extensión: mantener 10 sg...descanso... 3 veces



Elevación de la pierna en posición semitumbado: Mantener 10 sg... descanso... 3 veces



Extensión de la cadera en decúbito prono: Mantener 10 sg... descanso... 3 veces.

Escalon: Subir y bajar manteniendo la posición 10 sg ... descanso ... 3 veces.



se iniciará la Rehabilitación con los ejercicios anteriores.

se recomienda no realizar ejercicios de salto.

se recomienda la natación (estilo crawl o espalda)

La práctica de bicicleta (estática o de paseo) es recomendable si se adapta en una posición correcta, la rodilla tiene que quedar en ligera flexión cuando el pedal está en posición baja, para ello será necesario elevar el sillín. La altura del sillín debe quedar en ligera

posición. La línea de la tibia debe ser paralela a la línea recta con inclinación a la una, si se toma como referencia las horas de un reloj.



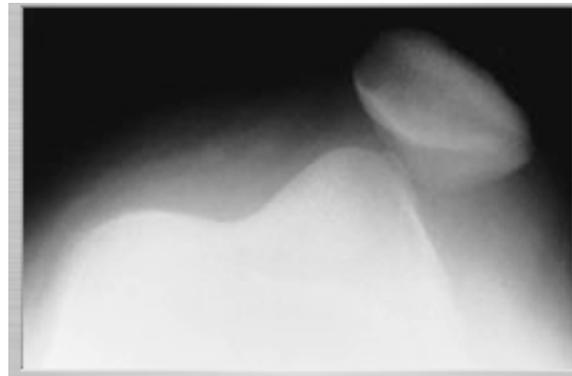
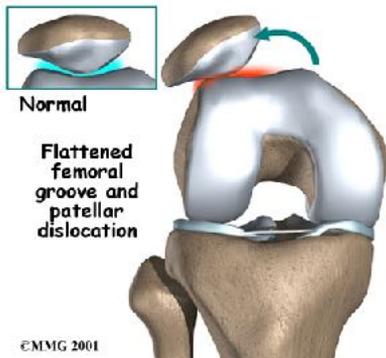
Los ejercicios los iniciaremos con poca resistencia que iremos aumentando según se vaya reduciendo el dolor y tengamos más masa muscular.

Se recomienda que se practique un mínimo de 6 meses, 3 ó 4 veces por semana durante 30-45 minutos.

Inestabilidad rotuliana

Luxación aguda rotula

- lesión del ligamento femoropatelar medial (LFPM)
- Posibles fracturas osteocondrales
- Tratamiento
 - » Conservador (yeso 4 semanas)
 - » Plicatura artroscópica
 - » Retirar fragmento osteocondral?



Inestabilidad rotuliana

Subluxación crónica de la rótula

Clinica:

- **Dolor retropatelar:**
 - Aumenta al subir o bajar escaleras
 - Aumenta al ponerse en cuclillas
 - “Signo del cine”
- **Fallos:**
 - Por episodios de sublux o lux rotuliana.
- **Bloqueos:**
 - Es más sensación de crepitación y resalte

Subluxación crónica de la rótula

•Realineamiento proximal:

- Sección alerón externo (rotula inclinada)
- Sección alerón interno + plicage interno (Insall) (rotula subluxada)
- Plastia de LFPM

•Realineamiento distal:

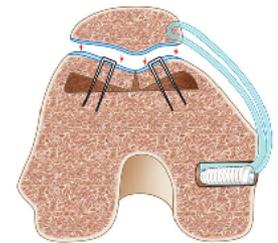
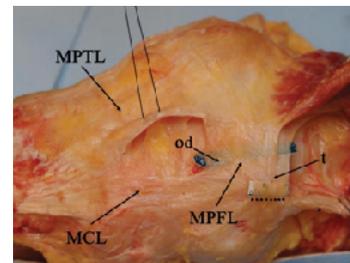
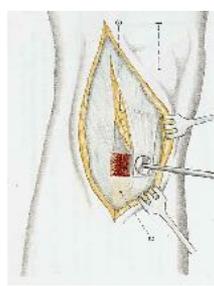
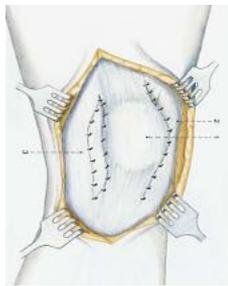
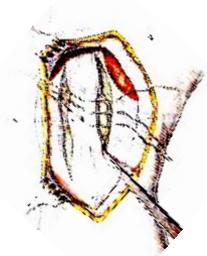
- Traslación tuberosidad tibial (Angulo Q > 20°)

•Rotula Alta:

- Descenso rotula

•Troclea Plana:

- Trocleoplastia



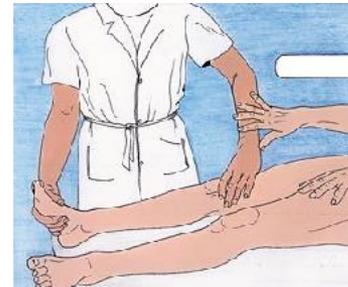
RESUMEN

Exploración clínica:

- **Inspección en bipedestación:**
 - Alineamiento del miembro
 - Posición rotuliana:
 - Rotulas bizcas
 - Alta
 - Marcha:
 - Anteversión femoral
 - Pronación pie
- **Inspección sentado:**
 - Recorrido rotula (tracking)
 - Signo “J” invertida ??
- **Decubito supino, Palpación:**
 - Directa sobre las carilla articulares
 - Desplazar lateral-medial
 - Comprimir la rótula en el surco intercondíleo
 - “Signo del cepillo”
- **Medición del ángulo Q**
- **Prueba de aprensión**

Exploraciones Complementarias

- Rx AP de Rodilla
- Rx lateral de rodilla en 30° de flexión (imprescindible)
 - Altura rotula (Indice Caton)
 - Displasia troclea ??
- Axial 30°
- Tele Rx de extremidades inferiores (opcional)

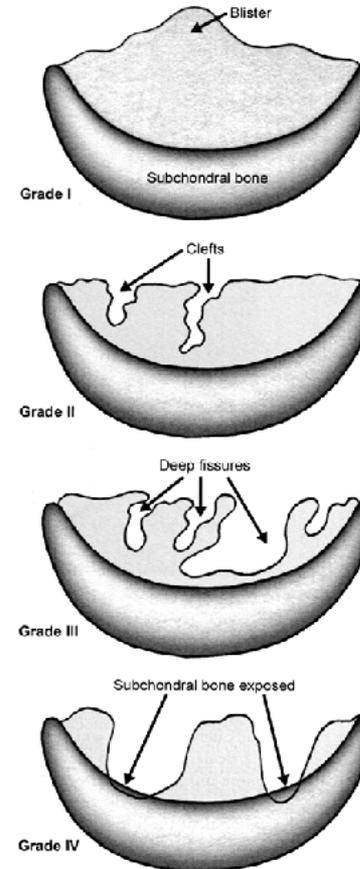


Tratamiento

- Rehabilitación (entregar Hoja con ejercicios)
- AINES STD
- Si no mejora en 6 meses IC Trauma

Condromalacia rotuliana

- Etiología:
 - Formas secundarias
 - Traumático
 - Estática
 - Displásico
 - Formas primarias
- Anatomía Patológica (Clas. Outerbridge)
 - Estadio I: Reblandecimiento
 - Estadio II: Fisuración
 - Estadio III: Ulceración
 - Estadio IV: Hueso subcondral expuesto
- Cuadro clínico y diagnóstico:
 - RNM
 - Artroscopia
- Tratamiento:
 - Conservador 6 meses
 - Quirúrgico:
 - Lavado artroscópico
 - Perforaciones de Pridie
 - Mosaicoplastia
 - Transplante de condrocitos



Fracturas de Rótula

Epidemiología:

- 1% del total de fracturas del esqueleto.
- Edad media, entre 20-50 años de edad.
- Más frecuente en varones 2:1.
- La afectación bilateral es rara

Ø Mecanismo de lesión:

Directo.

Se caracteriza por:

Desplazamiento mínimo.

Continuidad del aparato extensor

Herida en piel

Fractura incompleta, estrellada o conminuta

Indirecto (el más frecuente) Caída con contracción excéntrica del cuádriceps con rodilla semiflexionada.

Caracterizado por:

Separación de fragmentos y lesión asociada del retinaculum.

Discontinuidad aparato extensor.

Fractura transversa, polares y avulsiones, muy desplazadas.

Fracturas de Rótula

Clasificación

Por el trazo:

- Transversa, estrellada, conminuta
- Longitudinal o marginal
- Polo proximal o distal (pueden coincidir con luxación en pacientes jóvenes atletas)
- Osteocondral :15-20 años de edad, tras luxaciones
- Fractura en hombrera (sleeve): epifisiolisis del polo distal en adolescentes.
- Las más frecuentes: transversas y en 1/3 medio-inferior.

AO:

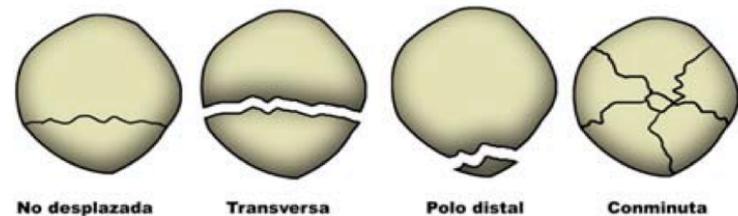
A extrarticulares; B articular parcial; C articular completa

Por el mecanismo:

- Directo
- Indirecto

Por el desplazamiento:

- Desplazadas: escalón >2mm o separación de fragmentos de >3mm
- No desplazada.



Fracturas de Rótula

Clínica.

§ Mecanismo lesional

§ Antecedente de plastia de LCA mediante autoinjerto de tendón rotuliano o cuadricipital

§ Defecto rotuliano palpable.

§ Función del aparato extensor: El lo más importante para el tratamiento. Se debe buscar si el paciente es capaz de extender la pierna contra la gravedad.

§ Hemartros -> artrocentesis.

Diagnóstico

§ Radiografías: AP, lateral y axial. Con esto suele ser suficiente.

§ RM: descarta lesiones de tejidos blandos (retináculo) o lesiones osteocondrales.

§ Gammagrafía: si se sospecha fractura de stress

Tratamiento conservador:

En fracturas no desplazadas (<2-3 mm) con integridad del aparato extensor.

Tubo de yeso o calza de Böhler en extensión; carga parcial (DePalma) o total (Böhler), isométricos de cuádriceps a los 2-3 días, durante 4-6 semanas. Es frecuente cierta pérdida de flexión.

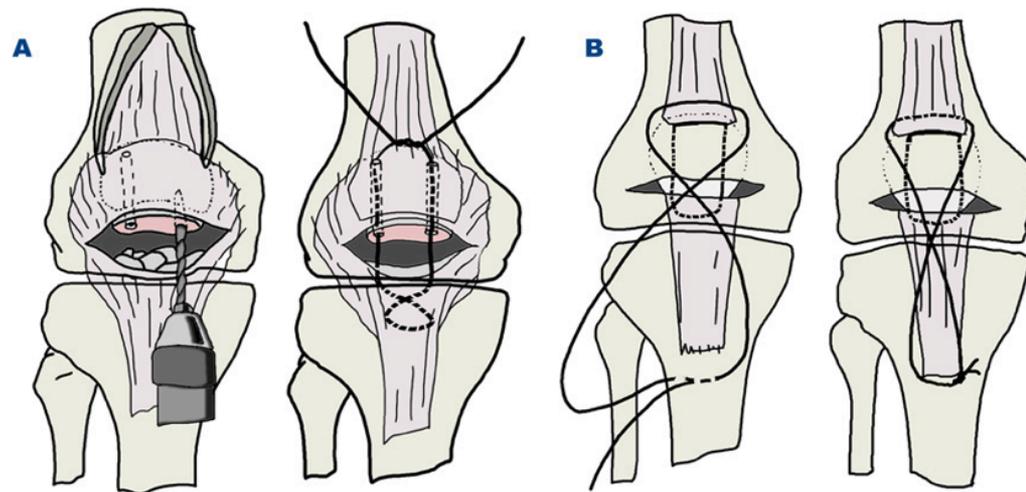
Fracturas de Rótula

Tratamiento Quirúrgico

- Reducción y fijación con cerclaje
- Si es estable se moviliza en 3-6 días, si no, se inmoviliza 3-6 semanas.
- Puede inmovilizarse con una férula articulada y permitir la flexión pasiva en el rango de movilidad en que la osteosíntesis es estable.
- Las conminutas requieren añadir un cerclaje periférico.
- Si el hueso es de buena calidad puede realizarse la banda a tensión sobre tornillos canulados.
- En las fracturas verticales desplazadas más de 3 mm está indicada la osteosíntesis con tornillos de esponjosa transversales.
- Patelectomía parcial: En fracturas de polos irreconstruibles
- Patelectomía total: Sólo si es irreconstruible.

Complicaciones:

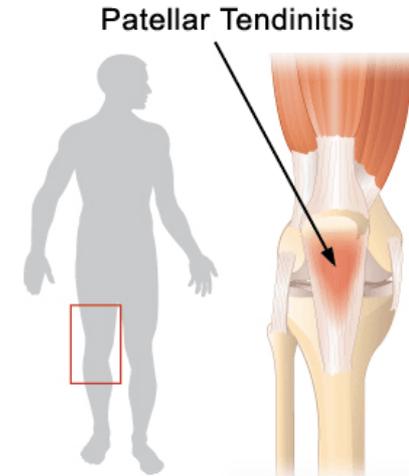
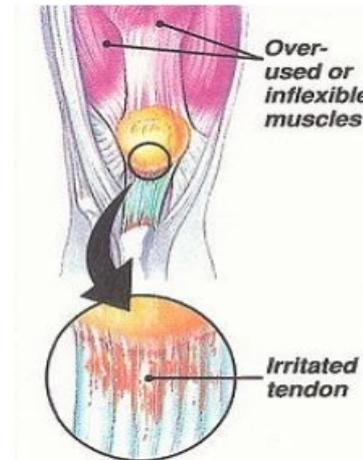
- Rigidez: lo más frecuente,
- Refracturas.
- Mala consolidación.
- Necrosis avascular: rara.
- Artrosis femoropatelar (50% a largo plazo)
- Distrofia Simpatico refleja
- Rotula baja
- Infección postQ
- Pseudoartrosis
- Intolerancia la material de osteosíntesis



Lesiones musculotendinosas

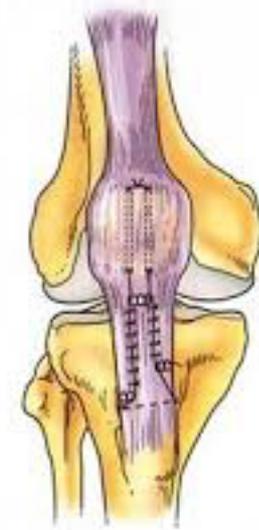
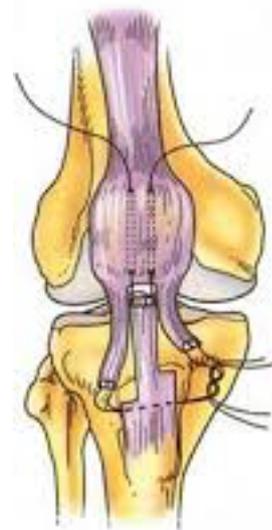
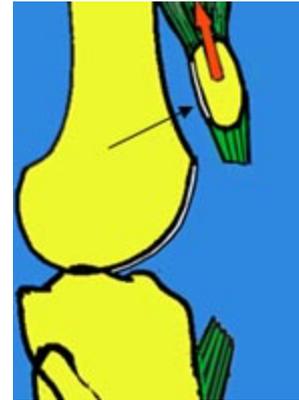
Tendinitis rotuliana

- Microroturas de las fibras colágenas del tendón rotuliano
- **Clinica:**
 - Dolor selectivo, > en cuclillas y al sentarse
- **Diagnóstico:**
 - Ecografía
 - RNM
- **Tratamiento:**
 - Prevenir: reposo deportivo
 - AINES
 - Fisioterapia, electroterapia
 - No infiltraciones con corticoides
 - Trat. Q, en último término.



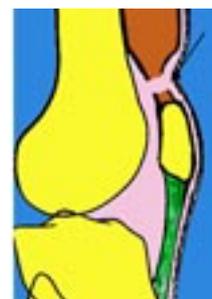
Rupturas del tendón rotuliano

- **Etiología, MDP:**
 - Jovenes
 - Deportistas
 - Infiltración corticoides ?
 - Posición flexión rodilla
- **Diagnóstico:**
 - Rx, RNM
- **Tratamiento:**
 - Sutura
 - Injertos ?
 - Descarga
- **Complicaciones:**
 - Iatrogénica:
 - PTR
 - Movilización excesiva



Rupturas del tendón cuadriceps

- **Etiología, MDP, Clínica:**
 - Adultos
 - Asociado a enf sistémicas:
 - Diabetes, gota, lupus..
 - Mecanismo indirecto (contracción brusca..)
 - “Hachazo”
 - Incapacidad para extensión
- **Diagnóstico:**
 - Rx, ecografía, RNM
- **Tratamiento:**
 - Sutura de urgencia
 - Injertos ?
 - Descarga
- **Complicaciones:**
 - Rigidez
 - Rerrotura
 - Infección



Enfermedad de Osgood Schlatter

- **Etiología, MDP, Clínica:**

- Niños hiperactivos
- Asociado a deporte
- Mecanismo indirecto (epifisitis de la tuberosidad anterior)
- Deportes de salto y futbol
- Dolor selectivo

- **Diagnóstico:**

- Rx,
- Calcificación
- Arrancamiento epifisis

- **Tratamiento:**

- Conservador
- Stop deporte
- Inmovilizar
- AINES, hielo..

- **Complicaciones:**

- Prominencia exagerada



Higroma prerotuliano

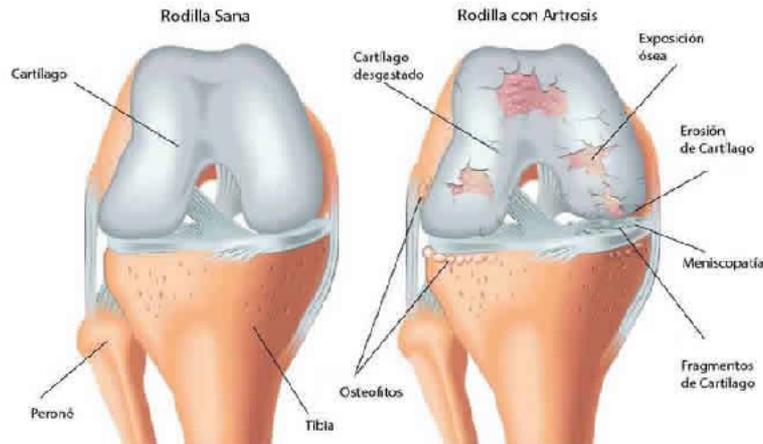
- **Etiología, MDP, Clínica:**
 - Inflamación bolsa sinovial
 - Trabajos que obliguen a trabajar arrodillado.
 - Conocido como “Mal de las beatas”
- **Tratamiento:**
 - Hielo
 - Punción
 - Vendajes compresivo
- **Complicaciones:**
 - Infección



Artrosis de Rodilla

Gonartrosis

- Sobrecarga mecánica
- MÀs frecuente en comp int (varo)
- Erosión de cartílago
- Distensión lig lat
- Rigidez lig int
- Engrosamiento sinovial
- Sublux tibia
- Inestabilidad
- Genu flexo



Artrosis de Rodilla

Gonartrosis

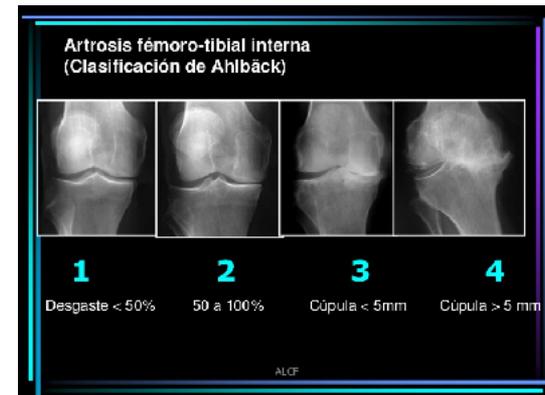
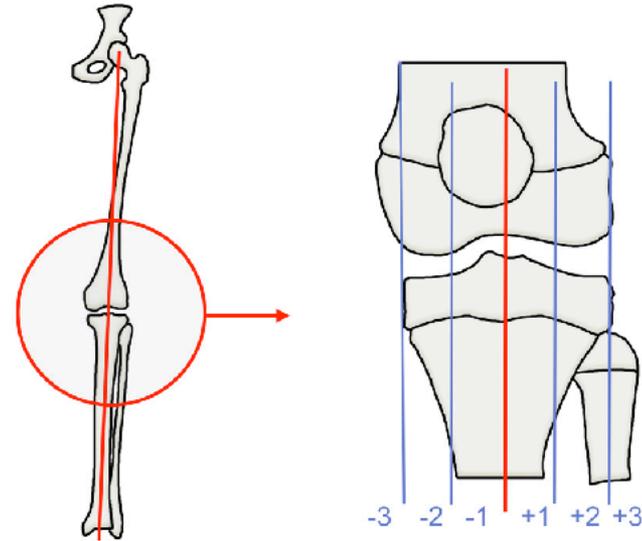
- Sobrecarga mecánica = **Dolor**
- Más frecuente en comp int (varo)
- Erosión de cartílago
- Distensión lig lat
- Rigidez lig int
- Engrosamiento sinovial = **Derrame articular**
- Sublux tibia= **Deformidad**
- Inestabilidad
- Genu flexo.....**Impotencia funcional**
-



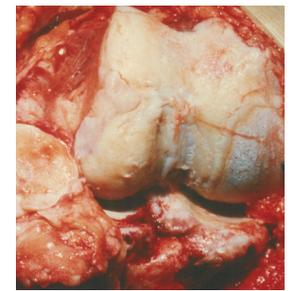
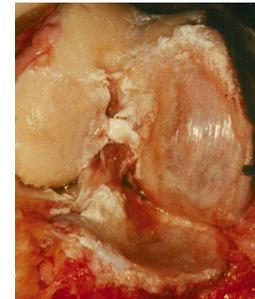
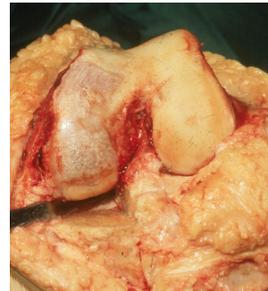
Artrosis de Rodilla

Rx

- Rx AP y lat
- TeleRx en bipedestación AP
- **Escala de Ahlbäck:**
 - GI: Disminución del 50% de interlinea
 - GII: Desaparición de interlinea
 - GIII: Erosión ósea leve < 0,5cm
 - GIV: Erosión ósea moderada (de 0,5-1 cm)
 - GV: Erosión ósea > 1 cm (Subluxación)



Escala de Ahlbäck



Artrosis de Rodilla

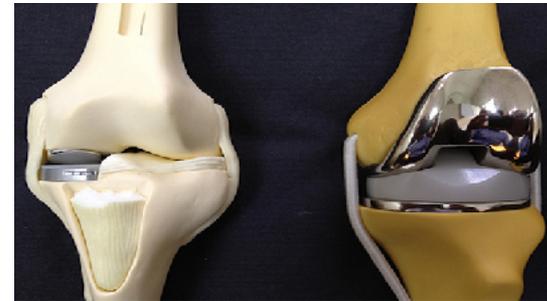
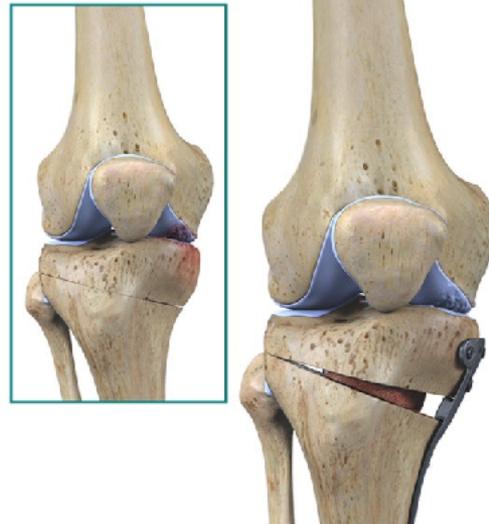
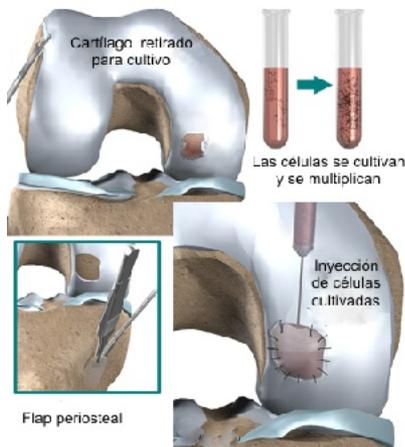
Tratamiento Conservador

- Disminuir de peso
- Descarga con bastón
- Reposo
- AINES
- Inyección intrarticular de corticoides (casos agudos)
- Inyección intrarticular de ácido hialurónico
- Inyección intrarticular de factores de crecimiento

Artrosis de Rodilla

Quirúrgico

- Sinovectomía
- Cirugía reparadora: Perforaciones y osteotomías
- Cirugía reconstructiva : artroplastia
 - Unicompartimental
 - Total



Artrosis de Rodilla

Quirúrgico (Indicaciones)

- **Osteotomía:**

- **Tibial supratuberositaria valguizante:**

- Paciente activo < 60 años
 - Artrosis varo (GI, GII, GIII(?)) de Ahlbäck)
 - Flexión > 100°, contractura en flexión < 15°, varo < 12°.

- **Femoral distal varizante:**

- Artrosis con valgo < 15°.

- **Protesis Unicompartimental:**

- Paciente > 60 poco activo
 - Artrosis con GI-III A
 - Artrosis con valgo < 15°
 - Patelofemoral minimamente afectada

- **Protesis Total:**

- > 65 años
 - GIII (?), GIV y GV de A.
 - Pacientes no subsidiarios de osteotomía o PTR unic
 -