

Dolores y pseudobloqueos de rodilla

R. Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Resumen. Los dolores rebeldes de rodilla pueden ser a consecuencia de una celulalgia de la cara interna (dolor y turgencia de los planos cutáneos en la maniobra del pinzado-rodado. Parece ligado a la irritación crónica de la raíz de L3, consecuencia de un desarreglo intervertebral menor de L2-L3, que el examen clínico pondrá en evidencia.

Otras gonalgias parecen tener el mismo origen vertebral. A veces asociadas a las descritas, a veces aisladas. En este último caso la palpación evidencia una sensibilidad muy viva del vasto interno. Curiosamente, en algunos casos, se presenta una imposibilidad para la extensión total de la pierna, a veces un bloqueo que simula el bloqueo meniscal. Éste, como el dolor, cede rápidamente, alguna vez instantáneamente con el tratamiento vertebral (manipulación, infiltración).

Es preciso examinar el raquis lumbar y particularmente los niveles L2-L3 y L3-L4 en caso de gonalgias inexplicables por lesión local cuando tienen los caracteres descritos anteriormente.

I) Introducción

A la vista de algunas observaciones nos parece interesante llamar la atención sobre una causa de gonalgia que puede conducir a error: el raquis lumbar, más particularmente el segmento L2-L3. Pueden ser dolores en la rodilla que no interfieren con su función (sin bloqueo de movimientos ni dolor), o dolores con molestias y a veces con verdaderos bloqueos de la extensión que simulan un bloqueo meniscal.

Estos dolores parecen ligados a una irritación del ^{3er} nervio lumbar. Localmente se traducen en una infiltración celulítica del dermatoma de este nervio en la cara interna de la rodilla, o en una sensibilidad particular del vasto interno. El paciente desconoce estas dos manifestaciones, que solo se manifiestan con el examen sistemático. El papel del raquis se confirma por el efecto terapéutico del tratamiento que sobre él se aplica. Este tipo de manifestación forma parte del cuadro del « síndrome célula-teno-miálgico de las irritaciones radicales » (Maigne, 1 - 3).

II) Celulalgia del dermatoma L3

Una observación típica es la siguiente:

Obs. 1: A. C., 24 años, bailarina. Se queja desde hace tres meses de dolor en la rodilla derecha. La rodilla está libre, puede hacer todos los ejercicios que demanda su arte, pero se resiente de un dolor difuso y mal localizado en la región anterointerna, sobretodo con el estiramiento y la fatiga. Ha sido examinada varias veces en varios servicios. Se le ha diagnosticado una sensibilidad en los tendones de la pata de ganso, pero dos infiltraciones no han modificado la situación. En cuanto al resto, la rodilla es estrictamente normal. Cuando la visitamos, constatamos lo mismo. Pero la maniobra del « pinzado-rodado » de la piel nos permite observar que no son los tendones de la pata de ganso los sensibles, sino la celulalgia que infiltra los planos cutáneos que recubren la pata de ganso, en una superficie tan ancha como la palma de la mano. El pinzado rodado es muy doloroso mientras que es indoloro en la otra rodilla. La piel es espesa y grumosa.

El examen segmentario del raquis practicado según nuestra técnica habitual (paciente acostado de través en la camilla): presión lateral de las espinosas, presión-fricción sobre las articulares posteriores, revela una neta sensibilidad en L2-L3. Las radiografías vertebrales son normales.

Tres manipulaciones lumbares sobre el segmento afecto según la regla « del no dolor y del movimiento contrario », hacen desaparecer el dolor espontáneo. La celulalgia disminuye mucho. Dos infiltraciones locales con anestésico diluido, seguidas inmediatamente de un breve masaje en « pétrissage » de los tejidos afectados, la hacen desaparecer por completo.

Esta celulalgia dependía de una mínima irritación de la raíz L3 por un desarreglo intervertebral menor L2-L3. El reflejo rotuliano era normal. La paciente nunca había tenido neuralgia crural, ni discreta. Se quejaba de algunas lumbalgias episódicas, poco molestas que desaparecieron tras el tratamiento vertebral.

Por lo general las gonalgias de este tipo son unilaterales. No son excepcionales, durante un año hemos podido recoger 25 observaciones.

La celulalgia de la cara interna de las rodillas es muy frecuente entre las mujeres obesas, especialmente tras la menopausia. Entonces es bilateral. Su mecanismo es distinto. Pero como puede contemplarse en el contexto de una gonalgia (test de la infiltración anestésica local), debería efectuarse un examen del raquis lumbar.

Obs. 2: Sc. F., 51 años. Operada del menisco interno de la rodilla izquierda hace 20 años. Lesión meniscal tras accidente de ski. Excelente resultado. Hace un año, reaparece la gonalgia al subir y bajar escaleras, luego incluso en reposo. Ha de interrumpir sus actividades deportivas (tenis). La marcha prolongada se vuelve penosa. Las radiografías de la rodilla no muestran lesiones. El desfiladero femoropatelar es normal. Sin signos rotulianos. Se le practicaron tres infiltraciones intraarticulares sin ningún efecto.

Cuando la examinamos solo encontramos un emplastamiento celulálgico bilateral en la cara interna de la rodilla. Pero en el lado izquierdo, la maniobra del pinzado-rodado es extremadamente dolorosa, mientras que en la rodilla derecha solo es desagradable. El examen vertebral muestra una sensibilidad electiva a la presión lateral de la espinosa de L3. Las radiografías muestran discopatías degenerativas L4-L5 y L5-S1, clínicamente mudas. La manipulación lumbar practicada según las reglas habituales consigue, en dos sesiones, la desaparición de los dolores de la rodilla y permite retomar las actividades deportivas.

III) Vasto Interno y L3

1) Pseudo-bloqueos de rodilla

El papel del vasto interno en la fisiología de la rodilla es bien conocido, y se conoce la atención que le prestan los médicos rehabilitadores. Este músculo, esencialmente innervado por L3, parece jugar un papel bastante asombroso en algunos dolores atípicos y engañosos de la rodilla.

Obs. 3: J. F., 26 años. Estudiante de medicina que sufre de la rodilla derecha desde hace meses. Empezó durante un partido de tenis; un dolor en la cara interna de la rodilla le hizo suspender el partido. Cojeó uno o dos días con un dolor a la hiperextensión de la rodilla. Luego mejoró, para recidivar varias veces hasta que la molestia y el bloqueo se hicieron permanentes. Consultó en un servicio de ortopedia en el que le dijeron que a pesar de las apariencias no era meniscal, aconsejando masajes y reeducación. Estos no surgieron efecto. En otro servicio de ortopedia le propusieron una artrografía. Fue entonces cuando nos vino a ver. El proceso es de seis meses. El examen de la rodilla no muestra ningún signo particular salvo la imposibilidad de extensión completa con dolor vivo a la resistencia y sensación táctil de resistencia al examen; como en la exploración de un bloqueo meniscal. Ningún otro signo evocador de sufrimiento meniscal ni ligamentoso. El único elemento del examen es una particular sensibilidad a la palpación del vasto interno que presenta cordones miálgicos hipersensibles. Se propone la inyección de anestésico local en estos cordones miálgicos en los puntos más dolorosos como test. Pero el paciente se confiesa alérgico a los anestésicos locales... Al examen del raquis constatamos un claro sufrimiento del segmento L2-L3. Las radiografías son normales. Practicamos la manipulación adecuada. Para sorpresa nuestra, inmediatamente tras la manipulación, el paciente puede extender completamente la pierna de manera espontánea y contra resistencia. Tras dos sesiones de manipulación, la extensión era normal y no había dolor al movimiento contrarresistencia. Nos preguntamos si no se trataba de una acción puramente psicoterapéutica...

Explicando un día esta observación ante un grupo de médicos, dos de ellos solicitaron ser examinados, ya que presentaban un dolor de rodilla con imposibilidad para la extensión desde hacía meses. Uno de ellos se había sometido a una artrografía en busca de una lesión meniscal. Inexistente. Descubrimos en los dos una sensibilidad en L2-L3. En los dos la palpación del vasto interno provocó un dolor vivo. Curiosamente ignorada por los dos pacientes, sin que hubiese llamado la atención de los diferentes consultores anteriormente. A los dos, tras la primera manipulación, la rodilla les recuperó la libertad de extensión.

Posteriormente pudimos observar una quincena de casos parecidos con verdadero bloqueo de la extensión, simulando un bloqueo meniscal. En estos casos el flexum es irreductible, el bloqueo existe al movimiento activo y pasivo, con impresión de apoyo contra una resistencia dolorosa. Es imposible conseguir los últimos 10-15 grados de extensión. La mayoría de nuestros pacientes se había sometido a artrografías en busca de la lesión meniscal, todas negativas. Tan engañosa puede ser la sintomatología.

El signo esencial de este síndrome es la viva sensibilidad a la palpación de los fascículos indurados del vasto interno, de los que la infiltración anestésica

permite inmediatamente la extensión de la rodilla. Generalmente el efecto es temporal. Lo más sorprendente y que confirma el origen raquídeo del síndrome es el resultado a veces inmediato (que deja estupefacto) de la manipulación lumbar apropiada. Hace disminuir inmediatamente la sensibilidad del segmento L2-L3 y del fascículo muscular indurado, además el paciente se ve aliviado de su dolor en la rodilla. Puede extender completamente la pierna sin molestia. Esto es particularmente sorprendente en los casos en los que existe un franco bloqueo pseudomeniscal de la extensión. La manipulación se efectúa en el segmento que está en desarreglo, generalmente L2-L3, a veces L3-L4. En otros casos hay que asociar manipulación lumbar (que provoca mejoría parcial) con infiltración local del vasto interno (que completa el resultado), tal como lo hacemos a menudo en el tratamiento de los fascículos musculares indurados de origen radicular.

Solo no de nuestros pacientes había presentado una neuralgia crural típica. Algunos manifestaron antecedentes de lumbalgias episódicas sin importancia.

2) Gonalgias sin bloqueo

En otros casos, mucho más frecuentes, no hay bloqueo, simplemente gonalgia. Más o menos molesta, en la cara interna de la rodilla, a veces aumentada por la hiperflexión y la hiperextensión. La contracción isométrica contrariada del vasto interno es dolorosa, al igual que su palpación: la fuerza parece netamente disminuida al test. Se encuentran los mismos signos lumbares descritos anteriormente, los resultados del tratamiento también son favorables.

Obs. 4: G. J., 44 años, mecánico. Juega a fútbol regularmente cada semana. Hace seis meses, bailando, hace un falso movimiento y siente un vivo dolor en la rodilla derecha. La rodilla presenta un hidrartros que desaparece en unas semanas. Pero persiste una molestia a la hiperextensión y sobretodo a los movimientos de adducción contrariada: no puede chutar, o empujar contrarresistencia con el borde interno del pie. Le han puesto cuatro infiltraciones intraarticulares sin resultado, después tratamiento kinesiterapeutico no mucho más eficaz, luego electroterapia. El estado era estacionario cuando lo vemos al cabo de cuatro meses.

El examen de la rodilla solo revela una extrema sensibilidad de ciertos fascículos del vasto interno. Al test, no puede extender completamente la pierna contra resistencia: cede a la que es un poco intensa. En el examen raquídeo se aprecia una neta sensibilidad en L2-L3. No hay lumbalgia ni cruralgia, el reflejo rotuliano es normal, las radiografías lumbares son normales.

Se practica una manipulación lumbar según las reglas habituales. Inmediatamente después, los movimientos de adducción contra resistencia se vuelven indoloros. Revisado un mes más tarde, ha podido jugar a fútbol sin dolor, desde la semana siguiente al tratamiento.

3) Asociación de celulalgia y sensibilidad del vasto interno (de origen L3)

Puede existir asociación de celulalgia y sensibilidad del vasto interno siendo el origen de las dos manifestaciones la misma irritación de la 3ª raíz lumbar.

Obs. 5: N. M., 33 años, bailarina. Sufría de la rodilla izquierda desde hace mucho tiempo, sin que la molestara mucho tras el calentamiento. La molestia se acentuó desde hace dos meses. No puede doblar la rodilla completamente, con dolor a la hiperextensión que soporta con sufrimiento. Al examen, placa celulálgica de la cara interna de la rodilla, muy dolorosa al pinzado-rodado en una superficie de una moneda de cinco francos; y sensibilidad del vasto interno que aumenta con la contracción isométrica contrariada. La fuerza muscular parece menor con respecto al lado opuesto. El examen vertebral pone de manifiesto una viva sensibilidad de L3. Las radiografías son normales. Tras dos sesiones de manipulación el dolor ha prácticamente desaparecido. Una tercera sesión en la que se infiltra y masajea la zona celulálgica, permite una recuperación total.

IV) Patogenia

La infiltración celulítica dolorosa al pinzado-rodado que ocupa toda o una parte del dermatoma de L3, forma parte del cuadro del síndrome célula-teno-miálgico de las irritaciones radiculares que hemos descrito y que es objeto de publicación en esta revista ⁽²⁾. Lo mismo para la sensibilidad particular de algunos fascículos del vasto interno. Estas manifestaciones neurotróficas pueden acompañar a una neuralgia radicular clínicamente evidente, desaparecer con ella, o sobrevivirla. En este último caso pueden ser responsables de dolores rebeldes y engañosos.

Pero parecen, exactamente con los mismos caracteres y topografía de una misma raíz, poder ser la única manifestación de una irritación crónica, infraclínica de ésta. La causa de esta irritación es, lo más a menudo, un «desarreglo intervertebral menor»; puede ser también una discopatía. El tratamiento vertebral (si es eficaz) las hará desaparecer rápidamente, a veces incluso inmediatamente.

En el caso de la celulalgia la manera de expresión del dolor no debe asombrarnos, ya que está allí como un engaño: dolor profundo, no superficial. Por el contrario la existencia de «bloqueos» es más curiosa y sorprendente. Éstos ceden con la anestesia del vasto interno, lo que no sucedería en el caso de bloqueo por un fragmento meniscal. Se trata pues de un pseudobloqueo de origen reflejo.

Estaría todo muy claro si el sufrimiento de algunos fascículos del vasto interno que impiden su contracción eficaz comportara un predominio del vasto externo y favoreciera la expresión dolorosa aguda de una lesión preexistente de la rodilla perfectamente tolerada hasta entonces: condromalacia o subluxación externa de la rotula. Pero en los casos que hemos podido observar solo en tres veces sobre quince se evocaba una condromalacia por dolor en la cara oculta de la rotula. Difícil de evaluar ya que con el tratamiento vertebral la rodilla

dejaba de ser dolorosa. Uno de estos tres pacientes recidivó algunos meses después tras un esfuerzo lumbar. La gonalgia era viva, el bloqueo menos marcado; el tratamiento vertebral lo alivió inmediatamente. Revisamos al paciente tres meses más tarde, iba todo bien. En ninguno de los otros casos el examen revelaba signos de síndrome meniscal, ligamentoso, o sinovial asociados.

De hecho, este bloqueo que parece mecánico y parece topar con un obstáculo, es en realidad elástico. Cedería completamente con una extensión progresiva y continua si el dolor no estuviera allí para impedirlo. La infiltración intraarticular no modifica nada. Solo la hace ceder la del cordón indurado sensible del vasto interno, punto de partida del reflejo local de defensa.

Esta sensibilidad del vasto interno parece de origen radicular, dependiente de la irritación de L3. La respuesta al tratamiento vertebral aporta una confirmación a esta tesis.

Diversas hipótesis se pueden tomar en cuenta para el mecanismo de este bloqueo, pero ninguna es del todo satisfactoria.

Nos contentamos con presentar aquí los hechos que sin duda encontrarán explicación en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

1 - MAIGNE R. - Infiltrats cellulalgiques conséquence d'algies radiculaires et causes de douleurs rebelles. Vie Méd., 1971, 4, 12-16.

2. MAIGNE R. - Sémiologie des « Dérangements intervertébraux mineurs ». Ann Méd. Phys., 1972; 15,

3. MAIGNE R, - Syndrome celluloténomyalgique des irritations radiculaires. In « Douleurs d'origine vertébrale et traitement pu manipulations ». 1 vol., Expansion Sc. édit., Paris (1° éd. 1968), 3° éd. 1978.

Institut National de Réadaptation (St-Maurice 94).
Centre de Rééducation de l'Hôtel-Dieu (Paris).