

Manipulaciones de la Rodilla

Yvon Lesage

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Luxación de Rótula Bloqueos meniscales Tibioperonea superior

Luxación de Rótula

A menudo se trata de una sintomatología muy recidivante provocada por una displasia de la rótula (boina vasca), o una displasia de los cóndilos femorales. Las recidivas, muy frecuentes, abocan generalmente a la solución quirúrgica. Pero existen casos límites en los que la displasia, cuando existe, es mínima y es un traumatismo el que ha originado la luxación. La rotura del alerón rotuliano a menudo lleva a la cirugía; pero cuando la reducción se ha practicado precozmente y se ha hecho en buenas condiciones, he observado unos cuantos casos sin recidivas. De todas formas, ante una u otra eventualidad, no se trata de dejar sufrir al paciente, y la reducción con manipulación se impone a poder ser inmediatamente.

La reducción por manipulación es muy simple. Tiene en cuenta el eje de las superficies articulares por un lado (sobre todo del canal intercondíleo de eje vertical), y la elasticidad del cuádriceps; mientras que por el otro el tendón rotuliano tiene poca o nula elasticidad. Es suficiente colocar la palma de la mano contra la rodilla en pinza (pulgares-índice) ligeramente abierta sujetando el extremo superior de la rótula (que está siempre luxada externamente) (Fig.1). Una presión seca e insistente de arriba a abajo permite recolocar muy rápidamente y sin dolor la rótula en su lugar. Relajando la presión, ésta se mantiene en su sitio. Es la única técnica que debe utilizarse ya que evita las complicaciones articulares y periarticulares. En las luxaciones recidivantes, es útil enseñar al paciente a automanipularse (Fig.2).



Fig. 1



Fig. 2

Bloqueos meniscales

En la mayoría de los casos es evidente que los bloqueos meniscales son susceptibles de tratamiento quirúrgico. No obstante ello, a veces he tenido la grata sorpresa observando resultados duraderos e incluso definitivos con manipulación. Se trata seguramente de “plicas”. De todas formas el acto quirúrgico no es inmediato y es imposible dejar al lesionado con la rodilla en flexión irreductible durante horas o días.

Paciente tumbado en la camilla con el lado bloqueado en el borde. Al principio, para tranquilizarlo, es indispensable mantener la rodilla en flexión con el mínimo movimiento tolerable. Para ello, el médico se coloca al lado del paciente, coloca el pie del paciente entre sus muslos, lo más alto posible, con las dos manos a los lados de la rodilla afecta (Fig. 3). La posición de las piernas y los pies del manipulador es primordial. Las piernas deben estar flexionadas unos 30° y la punta de los pies en la vertical de la línea de las rodillas.



Fig. 3

La manipulación se provocará en esencia con una extensión de las piernas del manipulador que obligatoriamente extenderá la pierna a manipular. Las piernas del médico efectúan un verdadero movimiento de espadilla (ski), con las rodillas al lado opuesto al del menisco problema (interno o externo), llevando la pelvis obligatoriamente al lado inverso (Fig. 4, 5). Mientras, las manos apoyan el movimiento abriendo la articulación en el lado del menisco afecto, el pulgar del lado abierto empuja el menisco reinsertándolo. El movimiento se repite sin forzar hasta que el menisco está verdaderamente recolocado. Esto se nota bien con la mano. Entonces el manipulador estira totalmente la pierna del lesionado colocándose en desequilibrio sobre sus talones (Fig.6). La pierna estirada se deja sobre la camilla y se coloca un strapping.



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

La maniobra es absolutamente idéntica si se trata de un menisco interno o de uno externo. Solo varían el sentido de la espadilla y el sentido de la apertura (Fig. 7 a 10).



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

Esta técnica, muy precisa y muy segura, permite una reducción prácticamente sin dolor y no agrava de ninguna manera las lesiones meniscales existentes. A menudo es útil sobretodo si se trata de un menisco externo completar la manipulación con la manipulación siguiente, descrita como «tibioperonea superior», y efectuar una infiltración del alerón rotuliano externo que muchas veces a sido estirado.

La Tibio - Peronea Superior

Generalidades

La tibio-peronea superior (TPS) es una articulación mal conocida. No por ello hay que olvidar que está solicitada durante cada movimiento del pie en « flexo-extensión » y consecuentemente de manera obligatoria durante el movimiento del pie en la marcha. Un bloqueo directo de esta pseudoarticulación se produce frecuentemente en el futbolista en el momento del chut en el pie activo o en un apoyo. Aunque es habitualmente desconocida, según mis apreciaciones forma parte del 35-40% de la patología de la rodilla del deportista. Es muy fácil testar la movilidad de la extremidad superior del peroné. Es fisiológica y siempre simétrica. Paciente tumbado de espaldas con la rodilla flexionada a 80°. El manipulador se sienta sobre los pies del paciente. Las dos manos en «gancho», testa las dos articulaciones comparándolas (Fig. 11, 12).



Fig. 11



Fig. 12

El bailoteo fisiológico debe ser simétrico. En caso contrario existe bloqueo. No siempre es traumático y los bloqueos reflejos son extremadamente frecuentes. En particular en la ciática de L5, el ciático poplíteo externo que rodea la cabeza del peroné es la causa. Muchas secuelas ciáticas tienen este origen y no pueden desaparecer más que tras haber manipulado este bloqueo.

Manipulación

Primera técnica

Paciente tumbado en el borde de la camilla. El médico a su lado como en la técnica del menisco. La mano externa se coloca en el hueco poplíteo, con el pulgar englobando la cabeza del peroné. La otra mano sujeta el talón bloqueando el borde externo del pie contra el flanco del médico. La pierna externa, siempre delante (Fig.13). Al manipulador le basta inclinarse ligeramente hacia adelante para obtener una flexión forzada y la obligada manipulación (Fig.14). Es preferible adelantar la pierna que está cerca de la camilla (Fig.15). Si la resistencia es importante, se puede reemplazar la mano por el antebrazo (Fig.16).



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16

Segunda técnica: Automanipulación

Se puede enseñar al sujeto a automanipularse (estos bloqueos son extremadamente recidivantes). Deberá colocarse de rodillas con las manos planas en la parte postero-inferior de los muslos, los dedos hacia el interior (Fig.17). Obtendrá la manipulación sentándose bruscamente sobre sus talones. Los pies es obligado estén en extensión o girados hacia el interior (Fig.18).



Fig. 17



Fig. 18

Tercera técnica

Otra técnica opuesta a la descrita antes se utiliza cuando el dolor a la palpación está provocado por la movilización de la TPS de detrás hacia adelante. El pie del paciente se coloca sobre el hombro del manipulador. Las manos juntas; el borde cubital de una de ellas sobre la cabeza del peroné. La presión de las manos solidariza el pie al hombro del médico, y las piernas del mismo provocan una tracción que asegura la puesta en tensión. La presión muy seca en la cabeza del peroné provoca la manipulación (Fig. 19, 20, 21).



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21