

# *Rodilla dolorosa*

*Dirección Asistencia Sanitaria*

*Guías de Gestión Asistencial*  
*Accidentes de Trabajo*

# **Guías**

*de Gestión Asistencial  
Accidentes de Trabajo*

## **Rodilla dolorosa**

*Coordinador:*

**Dr. Lluís Roger Berenguer** (*Dirección Traumatología Centros Territorio de Cataluña*)

*Miembros de la Comisión:*

**Dr. Josep M. Aguilera Vicario** (*Unidad Funcional de Rodilla. Hospital ASEPEYO Sant Cugat. Barcelona*)

**Dr. Agustín Álvarez García** (*Director Servicio Médico. C.A. San Sebastián*)

**Dr. Cristóbal Rodríguez Hernández** (*Dirección Traumatología Centros Territorio de Madrid*)

# R

## ▶ **Rodilla dolorosa**

### ➔ **OBJETIVO**

Establecer una sistemática en las lesiones de la rodilla, principalmente de las formaciones articulares, que nos permita manejarnos con seguridad, prontitud y con criterios homogéneos a la hora de establecer un diagnóstico y pautar un tratamiento.

### ➔ **DEFINICIÓN**

Dolor, localizado en la región anatómica de la rodilla, que se establece a partir de un traumatismo directo, indirecto o sin causa traumática conocida, de aparición brusca, progresiva o crónica.

### ➔ **CUADROS CLÍNICOS**

El cuadro clínico de la rodilla dolorosa en el medio laboral, se produce con frecuencia en articulaciones que presentan previamente otras lesiones que pueden menoscabar el resultado del tratamiento aplicado a la lesión traumática pura; por ello adquieren una importancia capital las preguntas dirigidas, en la anamnesis, para conocer el estado previo de la articulación.

En aras de facilitar la aplicación de los protocolos, podemos clasificar en 5 grupos las patologías que con mayor frecuencia nos encontraremos en el accidente laboral.

#### **I. Fracturas**

Un traumatismo directo o indirecto sobre la rodilla o a distancia puede producir fracturas en los huesos que conforman la articulación. Los síntomas principales son la impotencia funcional, el dolor y la deformidad.

Las fracturas articulares presentarán hemartrosis de formación inmediata con contenido de gotas de grasa; en algunos casos la clínica puede ser poco explícita y el diagnóstico correcto se hará con la ayuda de las pruebas complementarias.

#### **II. Meniscopatía**

Las lesiones meniscales traumáticas generalmente se producen por un mecanismo indirecto puntual y conocido que si es importante puede lesionar otras estructuras intrarticulares (ligamentos, cartílagos, huesos, etc.). La lesión aislada meniscal se acompaña de derrame sinovial diferido.



Los síntomas y signos más significativos son el dolor en la interlínea articular, que aumenta con las rotaciones del muslo y puede acompañarse de un resalte articular perceptible y en algunos casos de un bloqueo elástico a la extensión. En los pacientes de más edad, con lesiones degenerativas pueden aparecer roces y crujidos a la movilización y dolor de base de tipo mecánico; en estos casos el estudio radiológico nos podrá aclarar si existen lesiones condrales antiguas, alteraciones axiales de ejes, etc.

### **III. Síndrome fémoro-patelar**

El síndrome fémoro-patelar se caracteriza por dolor en la cara anterior de la rodilla acompañado en ocasiones de inestabilidades claras (objetivas) o sensaciones (subjetivas) de la rótula. En ocasiones puede iniciarse tras un episodio agudo de luxación rotuliana, casi siempre externa, pero la mayoría de las veces se inicia de forma progresiva y se agrava al existir algunos factores predisponentes que alteran la biomecánica normal del aparato extensor de la rodilla.

### **IV. Condropatía**

La lesión condral, producida por un traumatismo directo o indirecto, es rara. Las más frecuentes se asocian a la luxación externa de la rótula afectando al cóndilo externo. La etiología traumática de las osteocondritis no está confirmada y se apuntan otras causas de origen vascular, metabólico, etc. Las afectaciones cartilaginosas en la mayoría de los casos son consecuencia de procesos degenerativos tras traumatismos antiguos, alteraciones de ejes, procesos involutivos u otras patologías de origen sistémico. En muchos casos el mecanismo causal no está claro, la instauración del dolor es lenta e insidiosa, el diagnóstico es difícil y la determinación de la contingencia en muchas ocasiones no es bien entendida por el paciente.

### **V. Lesión ligamentaria**

La lesión de los ligamentos de la rodilla necesita de un traumatismo de gran fuerza y que siempre es recordado por el paciente. En los casos agudos se acompaña de dolor, impotencia funcional clara y derrame articular (hemartrosis) de instauración precoz, en las roturas del LCA y hematomas epidérmicos en roturas capsulares o de los ligamentos laterales, sobre todo el interno.

La causa más frecuente de lesión del LCA es el accidente deportivo. En ocasiones esta etiología puede no ser referida por el lesionado.



El dolor no siempre es proporcional a la gravedad de la lesión y así podemos encontrarnos lesiones completas ligamentosas recientes acompañadas de analgesia.

Por lo general la marcha tras una lesión intrarticular con derrame se realiza en semiflexión; cuando se afectan los ligamentos laterales el paciente bloquea la articulación en extensión.

Las maniobras de exploración en estrés: valgo, varo, cajones y Lachman pueden cuantificarse en +, ++, +++, según la amplitud del bostezo que nos marcará la gravedad. Estas maniobras pueden tener una constatación visual realizando radiografías en estrés.

Una confirmación de los datos aportados tras la exploración y la radiología nos la puede dar la Resonancia Magnética, sin olvidar que es una prueba complementaria de gran ayuda que nunca podrá sustituir ni a la historia clínica ni a una cuidadosa exploración, ni convertirse en un salvoconducto al quirófano al aparecer hallazgos no concordantes con la sintomatología del paciente.

### **LA 1ª VISITA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA LESIÓN DE LA RODILLA.**

En la visita inicial del paciente con dolor en la rodilla deberán establecerse los parámetros sobre:

- **Contingencia**
- **Tipo de cuadro clínico**
- **Plan a seguir**

Para establecer la contingencia debe existir:

***Congruencia entre la fecha del accidente, el mecanismo lesional y la clínica.***

### **ANAMNESIS**

#### **a - Sobre el paciente**

|             |           |                                                               |
|-------------|-----------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Edad</b> | <30 años: | <i>Predominio de lesiones por actividad deportiva.</i>        |
|             | >40 años: | <i>Predominio de lesiones degenerativas.</i>                  |
| <b>Sexo</b> | Varones:  | <i>Tendencia a lesiones de sobrecarga laboral.</i>            |
|             | Mujeres:  | <i>Tendencia a lesiones por alteración axial o sobrepeso.</i> |



### **b - Sobre los antecedentes**

Antecedentes patológicos  
o traumáticos.

Enfermedades sistémicas: *Artropatías metabólicas.*

Otras enfermedades  
del aparato locomotor: *Patologías reumáticas.*

Intervenciones previas: *Lesiones degenerativas  
simétricas.*

Actividad habitual principal: *Enfermedad profesional.*

Práctica deportiva  
o profesional ajena al trabajo desarrollado en la empresa asociada: *Ocultación de lesiones  
antiguas.*

### **c - Sobre el mecanismo lesional**

Tipo de traumatismo: *Evidencias de actualidad.*

Tiempo transcurrido desde el accidente hasta la solicitud de la asistencia.

### **d - Sobre el dolor**

Horario: Nocturno: *Inflamatorio*

Inicio de actividad: *Reumático*

Con resalte: *Mecánico*

Actitud de reposo

## **EXPLORACIÓN**

### **• Signos clínicos**

**Inspección:** Actitud de la extremidad, ejes, pérdida de extensión, cojera, deformación bilateral, signo del escalón, signo de la butaca y atrofia de cuádriceps medida y comparada.

**Palpación:** Globulosidad, choque rotuliano, dolor, calor local, comparación.

**Maniobras articulares:** Amplitud de movilidad, dolor y elasticidad en los topes, resalte o crujidos.



*Maniobras meniscales: Signos de fiabilidad evidente:*

| SIGNO EXPLORATORIO                                | + | - | FIABILIDAD |
|---------------------------------------------------|---|---|------------|
| Dolor a la palpación interlínea interna o externa |   |   | 74%        |
| Apley                                             |   |   | 46%        |
| Dolor a la hiperextensión                         |   |   | 43%        |
| Steinmann I                                       |   |   | 42%        |
| Mac Murray                                        |   |   | 35%        |

*Maniobras ligamentarias:*

| MANIOBRA EXPLORACIÓN         | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------------------|---|---|---|---|
| Cajón anterior, CARE, CARI   |   |   |   |   |
| Cajón posterior              |   |   |   |   |
| Lachman                      |   |   |   |   |
| Pivot-shift                  |   |   |   |   |
| Valgo-varo en extensión      |   |   |   |   |
| Valgo-varo en flexión de 30° |   |   |   |   |

*Maniobras femoropatetales:*

| MANIOBRA                              | RESPUESTA     | SIGNIFICADO                     | + | - |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------|---|---|
| Palpación faceta medial               | Dolor         | Lesión condral                  |   |   |
| Palpación faceta lateral              | Dolor         | Lesión condral                  |   |   |
| Zöhlen (contracción cuádriceps)       | Dolor-resalte | Lesión condral                  |   |   |
| Smillie (movilización externa rótula) | Aprensión     | Lesión condral e inestabilidad. |   |   |

• **Radiología simple**

Proyecciones básicas AP, L y axial rótula a 30°. Debe valorarse las lesiones antiguas o recientes tanto traumáticas como artrósico-degenerativas y otras. Posibilidad de RX en estrés.





- **Artrocentesis**

En la rodilla ocupada con finalidad terapéutica, alivio del dolor, y diagnóstica. Siempre con rigurosa asepsia.

Características y significado del líquido evacuado:

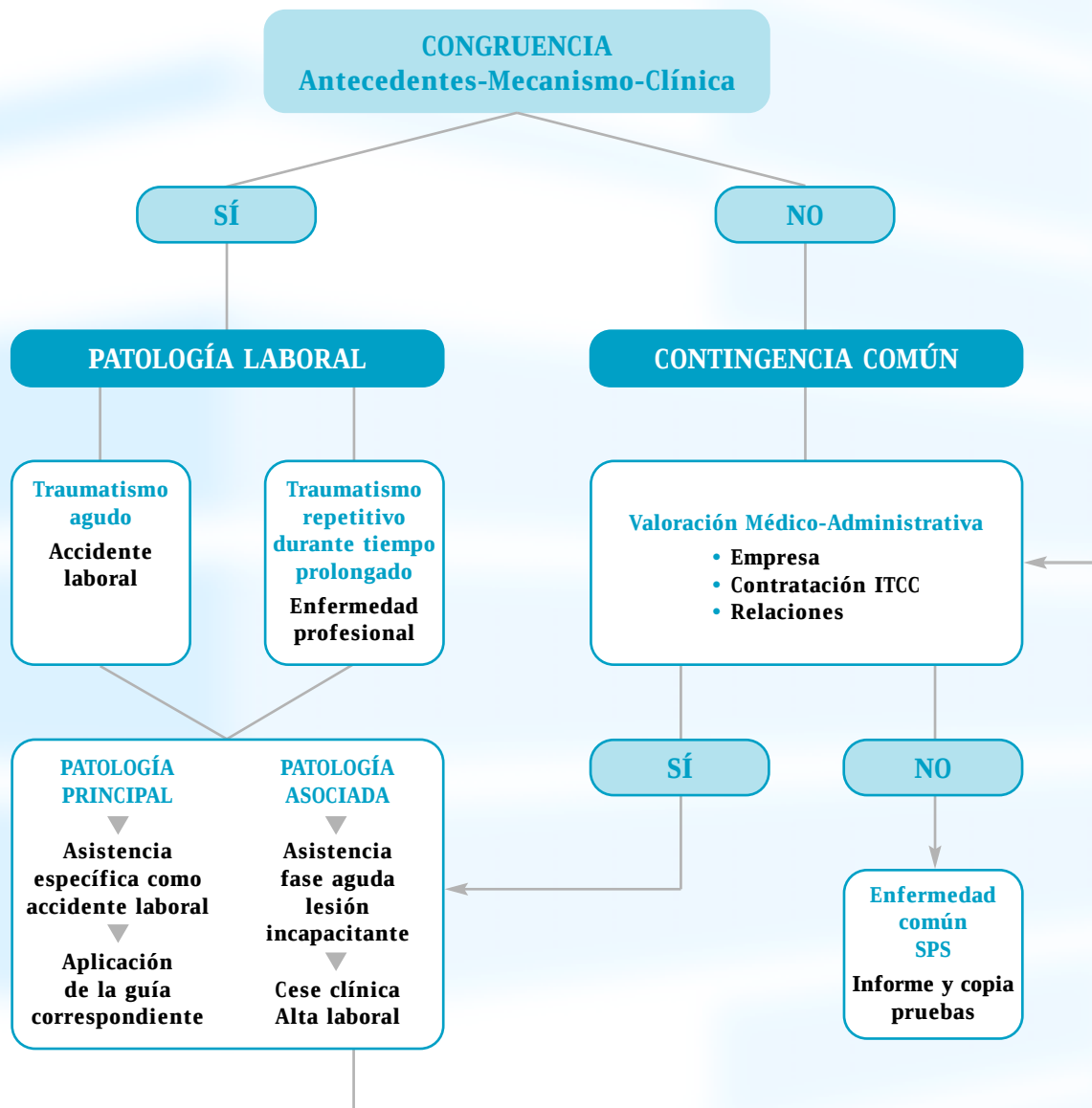
| CARACTERÍSTICAS    | SIGNIFICADO             | VOLUMEN (C.C.) |
|--------------------|-------------------------|----------------|
| Sinovial simple    | Meniscal                |                |
| Turbio             | Inflamatorio-Infeccioso |                |
| Hemático           | Lesión Ligamentos (LCA) |                |
| Hemático con grasa | Fracturas               |                |

#### VALORACIÓN DE RESULTADOS

- Relación entre el mecanismo lesional y las lesiones apreciadas.
- Elaboración del diagnóstico principal y otras lesiones asociadas.
- Aplicación de la contingencia.

**El algoritmo que se acompaña, tiene carácter general, siendo aplicable a toda la patología laboral.**





#### CONTINGENCIA

- Accidente laboral
- Enfermedad profesional
- Enfermedad común

#### TIPO DE CUADRO CLÍNICO

- I Fractura
- II Menisopatía
- III Síndrome femoropatelar
- IV Condropatía
- V Lesión ligamentaria

En los algoritmos que siguen, al referirnos a la práctica de la RM (resonancia magnética) entendemos que debe valorarse la realización de la misma según la disponibilidad de cada centro.

Asimismo, debe entenderse por UNIDAD DE REFERENCIA el traumatólogo encargado de la zona, director médico de la zona, unidad de patología de la rodilla de los hospitales de Coslada o Sant Cugat, etc. según la situación geográfica y organigrama funcional de la zona.



## I - FRACTURA

### A - FRACTURA CERRADA

- Inmovilización
- Sueroterapia
- Analgesia
- Profilaxis Tromboembólica

Traslado Hospital de referencia

### B - FRACTURA ABIERTA

Ídem y además:

- Asepsia de la herida
- Apósitos estériles simples
- Sutura sólo para hemostasia
- Vacunación Tetánico-diftérica

Traslado Hospital de referencia

## II - MENISCOPATÍA

### A - LESIÓN AGUDA

- Reposo articular y descarga
- AINEs y analgesia
- Crioterapia
- Profilaxis Tromboembólica

Consulta Unidad de referencia

### B - LESIÓN PROGRESIVA

Ídem y además:

- Ampliación de estudio RX
- Comparativo y schus o Fick ortostático
- Comprobación de antecedentes

Consulta Unidad de referencia  
y Dirección de CA

**SÍ**

Aceptación como contingencia laboral

- Accidente laboral
- Enfermedad profesional

Proceder como  
lesión primaria

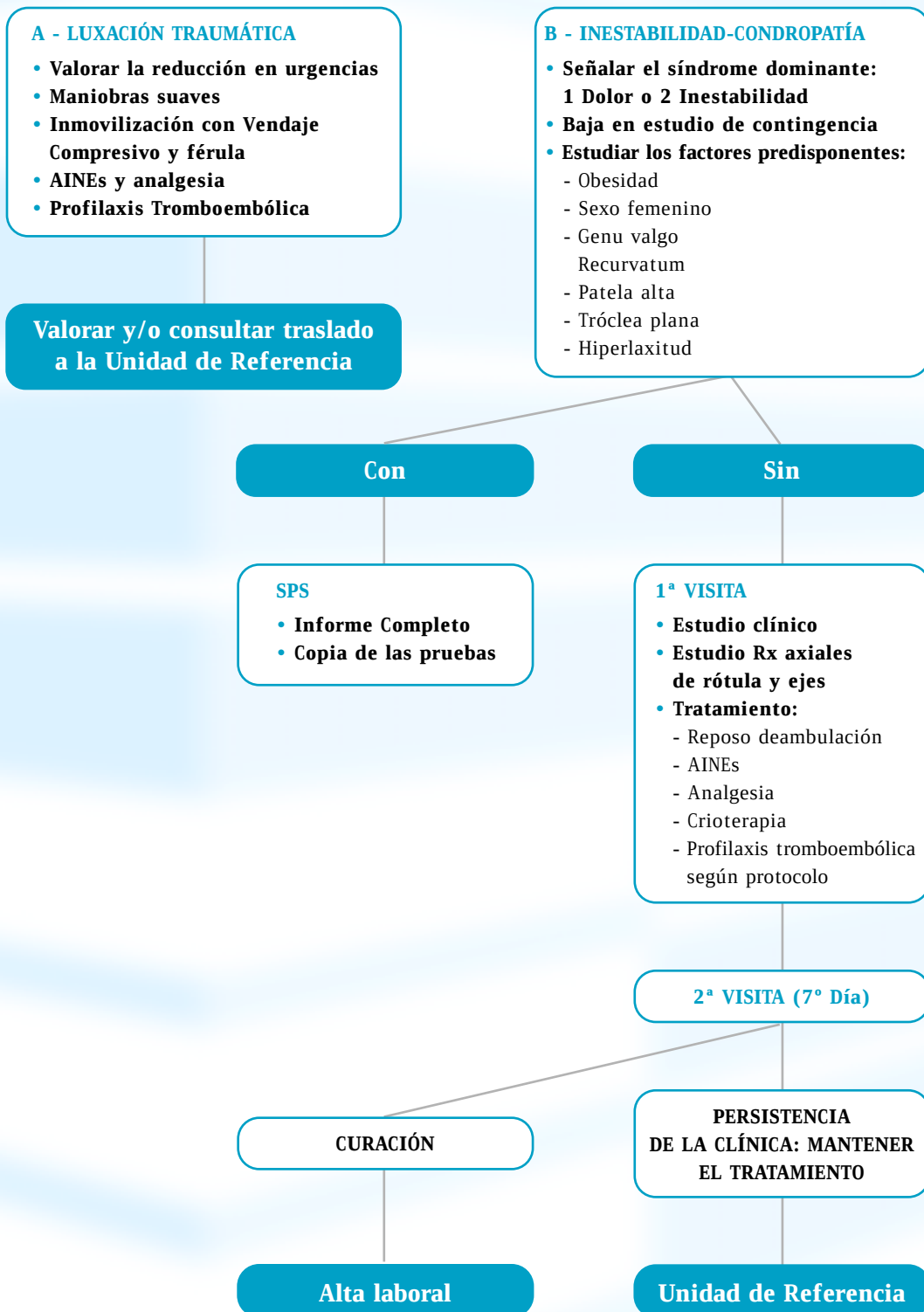
**NO**

Aceptación como contingencia  
enfermedad común

TRASLADO AL SPS  
Con informe  
completo y copias  
de pruebas



### III - FÉMORO-PATELAR





#### IV - CONDROPATÍA

A - LESIÓN AGUDA PRIMARIA O...

ACCIDENTE LABORAL

...PROGRESIVA CON CRISIS MECÁNICA AGUDA

ENFERMEDAD  
PROFESIONAL

##### 1ª VISITA

##### Baja en estudio de contingencia

- RX básico: AP, L a 30° flexión
- Estudio axial rótula 30°
- Ampliación con estudio de ejes, schus o Fick ortostático.
- Control de lesiones asociadas.
- Reposo articular relativo y descarga en la deambulación.
- AINEs
- Condroprotectores
- Profilaxis tromboembólica

Control a los 7 días

##### 2ª VISITA (7º Día)

Persistencia de la clínica

Curación = Alta

##### Sin mejoría

- Revaloración clínica diagnóstica.
- *Confirmar la contingencia*
- *Valoración médico-administrativa*
  - Empresa.
  - Contratación ITCC.
  - Relaciones.
- *Mantener el tratamiento si la valoración es positiva.*
- *Traspaso al SPS con informe y pruebas si es negativa.*

##### Con mejoría

- Continuación Tratamiento
- Suprimir profilaxis tromboembólica si hay apoyo efectivo e iniciar RHB
- Control a los 7 días

##### 3ª VISITA (14º Día)

Persistencia con mejoría = se mantiene el tratamiento 7 días.

Sin mejoría = Se mantiene el tratamiento 7 días.  
Solicitar RM.

Curación = Alta

##### 4ª VISITA (21º Día)

Persistencia de la clínica

Unidad de Referencia



#### IV - CONDROPATÍA (Cont.)

**B - LESIÓN PROGRESIVA O CRÓNICA  
SIN CRISIS MECÁNICA AGUDA**

##### **1ª VISITA**

- **Valoración exhaustiva de la contingencia.**
- **Valoración médico-administrativa (Empresa, ITCC, relaciones, etc.)**
- **Baja en estudio de contingencia.**

Ídem y además:

- **Estudio RX comparativo**
- **Comprobación de antecedentes**
- **Reposo articular y descarga**
- **AINEs**
- **Profilaxis Tromboembólica**

**Consulta UNIDAD DE REFERENCIA  
y DIRECCIÓN DEL CA**

**SÍ aceptación contingencia laboral  
ACCIDENTE LABORAL  
ENFERMEDAD PROFESIONAL**

**Proceder como lesión primaria**

**NO aceptación contingencia  
enfermedad común**

**Traspaso al SPS  
con informe completo y copia de pruebas**



## V - LESIÓN LIGAMENTARIA

### A - LESIÓN LIGAMENTO PERIFÉRICO

#### Bostezo

-

- Inmovilización 8 días
- Profilaxis Tromboembólica
- Apoyo asistido
- AINES 5 días
- Posibilidad infiltración local

**2ª VISITA (8º día)**  
RHB 8 días

**3ª VISITA (15º día)**  
Curación alta  
Mejoría insuficiente  
RHB 8 días

**4ª VISITA (21º día)**  
Curación alta

+

- LIGAMENTO MEDIAL: Tratamiento preferente ortopédico.
- LIGAMENTO LATERAL: Tratamiento preferente quirúrgico precoz.
- Vendaje Compresivo con férula
- Profilaxis Tromboembólica.
- AINES analgesia y crioterapia

### B - LESIÓN LIGAMENTO INTRARTICULAR

- RM
- Inmovilización con férula articulada.
- Artrocentesis informada si hay derrame.
- AINES y analgesia.
- Profilaxis Tromboembólica.
- Ejercicios isométricos.
- Apoyo asistido.

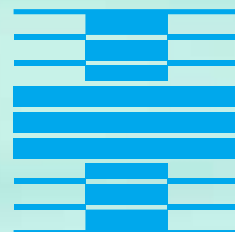
Unidad de Referencia



## BIBLIOGRAFÍA:

1. Stanley Hoppenfeld, *Exploración Física de la Columna Vertebral y de las Extremidades*.
2. Mc. Rae R, *Examen Ortopédico Clínico*. Barcelona, Salvat Editores.
3. Buchup K, *Pruebas Clínicas para Patología Ósea Articular y Muscular*, 1ª Edición Masson 1997.
4. Cabot Jr. *Traumatología de los Meniscos de la Rodilla*. Editorial Paz Montalvo 1951.
5. Salaberri JJ, Sánchez Angulo JJ, *Semiología de la Rodilla*. Editorial Masson 2000.





**ASEPEYO**

MUTUA DE ACCIDENTES DE  
TRABAJO Y ENFERMEDADES  
PROFESIONALES DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL N° 151

# ASEPEYO

<http://www.asepeyo.es>  
e-mail: [asepeyo@asepeyo.es](mailto:asepeyo@asepeyo.es)