



242/1579 - LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y EXPLORACIÓN DE RODILLA

A. Orcajo Orueta^a, J. Ortiz de Salido Menchaca^b, G. Martínez Municio^c, L. González Embeita^d, N. Palomero González^e e I. Llamosas Luengo^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Kueto. Sestao. Vizcaya. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino II. Castro Urdiales. Cantabria. ^cMédico Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berango. Vizcaya. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Barakaldo. Vizcaya. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gazteleku. Bilbao. Vizcaya.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 12 años sin antecedentes de interés. Acude por torsión de rodilla derecha hace tres días jugando a fútbol, con dolor en la parte posterior de la articulación que aumenta a la deambulación y la movilización e inestabilidad.

Exploración y pruebas complementarias: No derrame, hematoma ni alteraciones cutáneas. Cepillo negativo. Dolor a la palpación en hueco poplíteo. No dolor a la palpación en interlíneas articulares ni cara anterior. Cajón anterior (+), cajón posterior (-). Lachman (+). No bostezos ligamentosos laterales. Flexo-extensión conservada, dolorosa en últimos grados. Signos meniscales (-). Rx rodilla: No signos de patología ósea aguda.

Juicio clínico: Gonalgia derecha postraumática, posible afectación ligamento cruzado anterior.

Diagnóstico diferencial: Rotura LCA, esguince LCA.

Comentario final: En el abordaje de la gonalgia postraumática la anamnesis y la exploración aportan datos valiosos de para sospechar posibles lesiones ligamentosas, las cuales pueden ser invalidantes y de recuperación incierta. En lo referente al ligamento cruzado anterior, el mecanismo más frecuente es un estrés rotacional y valguizante en carga con el pie fijo. De cara a la exploración, los tres tests más útiles para orientar el diagnóstico son: Lachman: paciente en decúbito supino y la rodilla flexionada 30°, inmovilizar el muslo con una mano e intentar llevar la parte superior de la tibia hacia anterior traccionando desde la cara interna. Sensibilidad 85%, especificidad 94%. Cajón anterior: paciente en decúbito supino y la rodilla flexionada 90°, traccionar hacia anterior la parte superior de la tibia. Una lesión del ligamento cruzado posterior podría dar un resultado falsamente positivo. Sensibilidad 92%, especificidad 91%. Pivot shift: paciente en decúbito y la rodilla en extensión, presionar en valgo la rodilla durante la progresiva flexión y rotación interna de la misma. Sensibilidad 24%, especificidad 98%.

Bibliografía

1. Manual de protocolos y actuación en Urgencias, 4ª ed. Complejo hospitalario de Toledo, 2016.
2. Ruotolo Grau A, Leboráns Eiras S, Seoane Cruz VL, Villamayor Blanco B, Ceiro Rey JR. Guía clínica lesiones rodilla. Fisterra, 2013.
3. Friedberg RP. Anterior cruciate ligament injury. UpToDate, 2017.
4. Benjaminse A, Gokeler A, van der Schans CP. Clinical diagnosis of an anterior cruciate ligament rupture: a meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2006;36:267-88.

Palabras clave: Rodilla. Cruzado. Anterior.