

Presentación del caso

Omar Lencina

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Clínica Centro Junín, Buenos Aires, Argentina

Resolución en la página 737.

DOLOR DE RODILLA DESPUÉS DE PRÁCTICA DEPORTIVA

Un paciente de 23 años, deportista recreacional (practica básquet semanalmente y es árbitro de la Liga Nacional), consulta por dolor patelo-femoral en la rodilla derecha durante la práctica deportiva. No refiere antecedentes traumáticos.

En el examen físico, surge una gran hipoatrofia del vasto medial oblicuo del cuádriceps derecho a la inspección. El paciente presenta dolor a las pruebas de fuerza resistida, por gran debilidad. No refiere patologías previas en la rodilla derecha, ni haber padecido lumbalgias por la atrofia cuádricepital (**Figura 1**).



Figura 1. Test isométrico de cuádriceps, en el que se observa la agenesia del vasto medial.

Dr. OMAR LENCINA • omarlenci@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-1190-7364>

Cómo citar este artículo: Lencina O. Instrucción Ortopédica de Posgrado - Imágenes. Dolor de rodilla después de práctica deportiva. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2022;87(3):616-618. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2022.87.5.1671>

Se realizaron mediciones del perímetro del muslo a 10 centímetros de la rótula, con determinación de la circunferencia en relajación y en isometría. Se le hizo un test isocinético Cibex, para evaluar la fuerza isocinética bilateral del cuádriceps en tres velocidades de torque, a los 90°, 180° y 360° (Figura 2).



Figura 2. Test dinámico de sentadilla unipodal, en el que se observa la agenesia del vasto medial del cuádriceps derecho.

Se observó un ligero varismo del miembro inferior derecho. La posible presencia de una exagerada anteversión femoral o de extrarrotación tibial nos permitió observar estrabismo rotuliano derecho.

La valoración del ángulo cuadrípital (ángulo Q) de Cruveilhier es indispensable para cuantificar estas alteraciones. En nuestro paciente, se lo encontró aumentado. El tono y el trofismo del vasto interno se encontraron disminuidos con respecto al lado sano.

La palpación de las facetas articulares de la rótula fue dolorosa, tanto la medial como la lateral. El dolor rotuliano se despertó al forzar la extensión activa contra resistencia de la rodilla, al impactarse la rótula contra la tróclea. Se puede lograr mayor positividad haciendo que el paciente flexione la rodilla con carga (al ponerse en cuclillas), maniobra que resulta útil para determinar el ángulo en el que aparece el dolor.

Se realizó el signo del cepillo longitudinal, que al trasladar longitudinalmente la rótula con la rodilla flexionada en 30° provocó dolor, y se encontró una crepitación palpable y audible. Además, se evaluó el signo del cepillo transversal: se actúa como con el signo anterior, trasladando la rótula en sentido transversal. Este signo puede confundirse con el signo de Smillie, en el cual se provoca dolor, aprensión o temor y reflejos de defensa. También se observó un gran acortamiento del recto anterior y del músculo psoas.

Se solicitaron radiografías en el frente y perfil, que fueron negativas, y estudio axial de ambas rótulas en 20° y 45° (Figura 3).

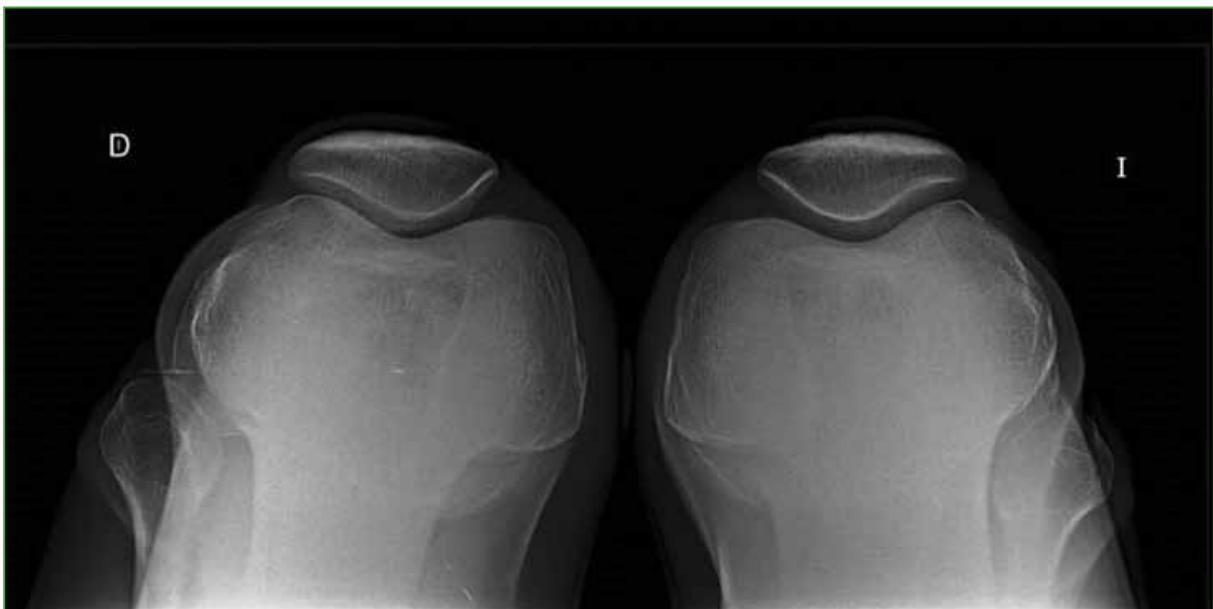


Figura 3. Axiales de rótula en 30°. Se observa en la radiografía axial de la rodilla derecha una ligera inclinación lateral, con disminución del espacio entre la vertiente rotuliana externa de la rótula y el cóndilo femoral externo.

Se solicitó resonancia magnética de rodilla para estudiar en forma comparativa los diámetros de los vastos mediales de ambos muslos; esta se realizó con un equipo Tesla 1,5 Philips.