

DISFUNCIONES DE ROTULA

Una pronación del pie aumenta el ángulo Q comprendido entre 8 y 15°.

Una rodilla inestable se traduce por un ángulo Q de 18 a 20°.

1 - PATELLA ALTA:

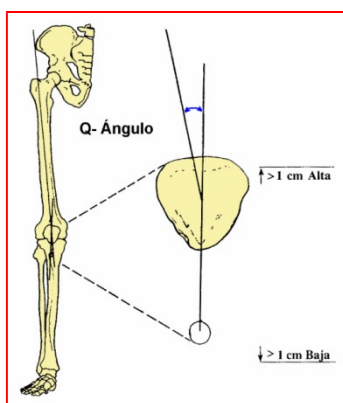
La distancia entre la tuberosidad tibial anterior y el polo inferior de la ROTULA es mayor de 1 cm.:

El cuádriceps está espasmado y favorece la hiperpresión.

2 - PATELLA BAJA:

Esta distancia es menor de 1 cm.

El cuádriceps es hipotónico y ya no centra la ROTULA, favoreciendo una hiperpresión.



Relación L.amarilla/L.Roja.

El resultado de esta relación estará en torno a 0'56 - 0'72 si nos encontramos ante una patela baja, Y valores en torno a 1'06 - 1'23 cuando hablamos de una patela alta.



Relación de Insall-Salvatti,

Se trazan dos líneas:

Una primera desde el punto más craneal de la rótula hasta el vértice de la misma (línea roja)

Otra desde el vértice hasta la tuberosidad anterior de la rótula. De donde la relación entre L.Verde/L.Roja debe presentar unos valores entre 0'8 - 1'2 en condiciones normales,





SINDROME ROTULIANO Y SINDROME FEMORO-TIBIAL

El examen clínico puede individualizar dos formas anatómo-clínicas, topográficas:

1) UN SINDROME ROTULIANO:

Dolor anterior al bajar las escaleras.

Dolor a la percusión de la ROTULA.

Signos de cepillo.

2) UN SINDROME FEMORO-TIBIAL:

Dolor espontáneo, lateral, posterior o difuso.

Dolor provocado interno o externo, movimientos de lateralidad de cajón.

ARTROSIS Y DISPLASIA FEMORO-ROTULIANA

Favorecen las artrosis secundarias:

Revelan anomalías diversas.

Óseas:

- La cara externa de la tróclea femoral está aplastada.
- La garganta de la tróclea está plana.
- La ROTULA es pequeña y alta.
- La tuberosidad tibial anterior está lateralizada hacia fuera.



Cápsulo-ligamentario:

- El alerón rotuliano interno está distendido.
- El alerón externo está retraído.
- El tendón rotuliano está alargado.

Muscular:

- El cuádriceps está atrofiado, sus inserciones no llegan al borde lateral de la ROTULA.

DIVERSAS FORMAS ANATOMO-CLINICAS

1- LA LUXACION REINCIDENTE DE LA ROTULA:

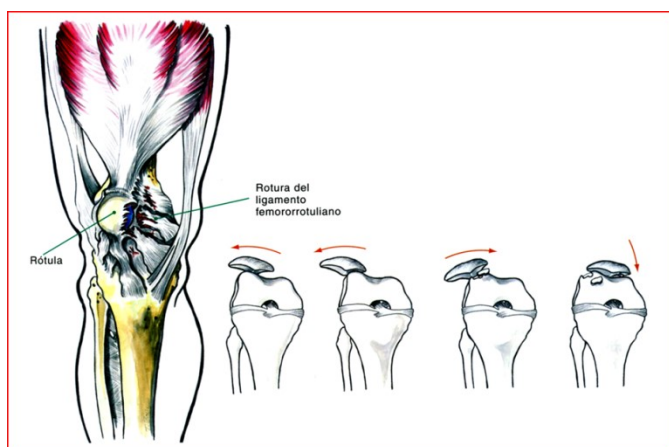
- . Accidente paroxístico doloroso.
- . Se produce en caso de carrera, de un falso paso.
- . Dolor vivo, con flaqueo de rodilla.
- . El derrame sobreviene días después

2 - LA SUBLUXACION EXTERNA DE LA ROTULA:

- . Muy frecuente.
- . Está acompañada de un síndrome rotuliano con episodio de enganche.
- . La exploración radiológica pone en evidencia sobre un cliché a 30° de flexión de rodilla, la subluxación rotuliana.

3. LUXACIÓN DE LA RÓTULA

La rótula sufre luxaciones hacia afuera. En los ligamentos femororrotulianos se desgarran la cara interna y esto desencadena sangrado abundante dentro de la articulación. Cuando la rótula se coloca en su posición, se suele producir una fractura pequeña en el fémur.



TRATAMIENTO

Transplante interno de la tuberosidad anterior.

. Sección de la aleta rotuliana.

RECIPROCIDAD TONICA ISQUIOTIBIALES-CUADRICEPS

Existe una reciprocidad sistemática en el tono muscular entre cuádriceps e isquiotibiales.

ISQUIOTIBIALES HIPOTONICOS → CUADRICEPS HIPERTONICO.



ISQUIOTIBIALES HIPERTONICOS → CUADRICEPS HIPOTONICO.

Todo desequilibrio tónico repercute sobre el equilibrio articular del complejo de la rodilla: es imposible obtener un equilibrio en presiones articulares sin obtener la normalización tónica.

HIPERPRESION INTERNA (DEBILIDAD DEL VASTO EXTERNO)

La contracción del cuádriceps comprime la ROTULA: dolor interno.

HIPERPRESION EXTERNA

(DEBILIDAD DEL VASTO INTERNO)

La contracción del cuádriceps comprime la ROTULA: dolor externo.

LOS SINDROMES ROTULIANOS

SINDROME DE COMPRESION EXTERNA:

Debido a una debilidad del vasto interno.

TEST POSITIVO

Llevamos la rotula hacia el lado externo y le pedimos al paciente una contracción del cuádriceps, se produce entonces un dolor de la ROTULA.



SINDROME DE COMPRESION INTERNA :

Debido a una debilidad del vasto externo.

TEST POSITIVO :

Llevamos la ROTULA hacia el lado interno y pedimos al paciente una contracción del cuádriceps: se produce entonces un dolor en rotula.

BIBLIOGRAFIA

- Ricard F. Tratado de osteopatía. Medos editorial. 2014
- Ricard F, Salle J .Tratado de osteopatía. Madrid: Mándala; 1991.
- Díaz Mancha J. Valoración manual. Barcelona: Elsevier. 2014.
- Frisch H. Método de exploración del aparato locomotor y la postura. Badalona: Paidotribo. 2005.
- Ward R et al. Fundamentos de medicina osteopática. 2ª Ed. Buenos aires. Medica Panamericana. 2006.

- Dvorák V, Dvorák J. Medicina Manual. 2ª Ed. Barcelona: Ediciones Scriba. 1993.
- Greenman P. Principios y práctica de medicina manual. 3ª Ed. Buenos aires: Medica Panamericana. 2005.
- Maguee D. Ortopedia. 2ª Ed. Atampla: Interamericana-Mc Graw-hill. 1994.
- Parsons J, Marcer N. Osteopatía, Modelos de diagnóstico, tratamiento y practica. Madrid: Elsevier España; 2007.
- Hengeveld E, Banks K. Maitland manipulación periférica. 4ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.
- Hammer, W.I. Functional soft tissues examination and treatment by manual methods. 2nd ed. Gaithersburg: Aspen Publicación; 1999.
- Martínez-Franco A F, Domenech-Ratto G, Campos-Aranda M, Ricard F. Incidencia De Las Disfunciones Rotatorias De La Tibia En Las Condrotipias Rotulianas. *En* http://www.europeanjournalosteopathy.com/?journal=osteopatia_cientifica&page=issue&op=view&path%5B%5D=13
- Katchburian M, Bull A, Shih Y, Heatley F, Amis A. Measurement of Patellar Tracking: Assessment and Analysis of the Literature. *Clinical orthopaedics and related research* 2003 Jul; (412): 241-2.
- Lee TQ, Yang BY, Sandusky MD, McMahon PJ. The effects of tibial rotation on the patellofemoral joint: assessment of the changes in in situ strain in the peripatellar retinaculum and the patellofemoral contact pressures and areas. *J Rehabil Res Dev*. 2001 Sep-Oct; 38(5): 463-9.

- Nagamine R, Otani T, White S, McCarthy D, Whiteside L. Patellar tracking measurement in the normal knee. *Journal of Orthopaedic Research*. 13 (1): 115-122.
- Moller BN, Krebs B, Jurik AG. Patellofemoral incongruence in chondromalacia and instability of the patella. *Acta Orthop Scand*. 1986 Jun; 57(3):232-4.
- Insall J. Cirugía de la rodilla. 3ª Ed: Ed Medica Panamericana; 1990.
- Buckup K .Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson; 1998.
- Kapandji I.A. Cuadernos de fisiología articular, cuaderno II. 4ª Ed. Barcelona: Masson; 1990.
- Laurin C, Levesque H, Dussault R, Labelle H, Peides J. The abnormal lateral patellofemoral angle: a diagnostic roentgenographic sign of recurrent patellar subluxation. *J bone Joint Surg Am*. 1978; 60:55-60.
- Merchant A, Mercer R, Jacobsen R, Cool C. Roentgenographic análisis of patellofemoral congruence. *J Bone Joint Surg Am*. 1974; 56:1391-1396.
- Laurin C, Dussault R, Levesque H. The tangencial X-Ray investigation of the patellofemoral joint: X-Ray technique, diagnostic criteria and their interpretation. *Clin Orthop*. 1979; 144:16.
- Aglietti P, Insall J, Cerulli G: Patellar pain and incongruence .I: measurements of incongruence. *Clin. Orthop*: 1983; 176:217-231.