

DISFUNCIONES OSTEOPATICAS DE RODILLA

I - DISFUNCIÓN DE CAJÓN ANTERIOR DE LA TIBIA:

Lesión del ligamento cruzado antero-externo.

A - MECANISMO LESIONAL:

- Movimiento de flexión y rotación interna forzada.
- Generalmente el mecanismo por el que se produce es rotación del tronco con la tibia fijada al piso.

B - SÍNTOMAS:

- Dolor a la extensión de rodilla.

C - DIAGNÓSTICO:

- Palpación: Tibia anterior en comparación con el otro lado. Dolor en el platillo tibial.
- Movilidad: Cajón anterior positivo con restricción del posterior.
- Test Muscular: Debilidad del cuádriceps.



Lesión del ligamento cruzado póstero-interno.



REPERCUSIONES DE UNA DISFUNCION EN CAJON ANTERIOR DE LA TIBIA

- Compresión de los cuernos posteriores de los meniscos.
- Tensión de los ligamentos lateral interno y del LCAE.
- Tensión de los tendones cuadricipital y rotuliano.

II - LESIÓN DE CAJÓN POSTERIOR DE LA TIBIA:

A - MECANISMO LESIONAL:

- Choque directo. Ejemplo: caída sobre las rodillas.
- Ruptura del ligamento cruzado posterior.

B - SÍNTOMAS:

- Dolor a la flexión de la rodilla a nivel del hueco poplíteo. Hiper presión femoropatelar.

C - DIAGNÓSTICO:

- Palpación: Dolor posterior a nivel del hueco poplíteo.
- Test de movilidad: Cajón posterior positivo y restricción del anterior. Disminución de flexión de rodilla.
- Test muscular: Debilidad del cuádriceps
- **TEST LIGAMENTOS CRUZADOS:**

Cruzado anterior < ----- > en rotación externa.

Cruzado posterior < ----- > en rotación interna

REPERCUSIONES DE UNA DISFUNCION EN CAJON POSTERIOR DE LA TIBIA

Compresión de los cuernos anteriores de los meniscos.

Hiperpresión de la rótula.

Tensión del LCPI y del ligamento lateral externo.

TÉCNICAS PARA LAS DISFUNCIONES DE CAJÓN DE LA TIBIA

- Corrección de un cajón anterior.
- Corrección de un cajón posterior.

III - DISFUNCIÓN EN LATERALIDAD:

Hay dos tipos de disfunciones:

- Lesiones femorotibiales en lateralidad externa-varo.
- Lesiones femorotibiales en lateralidad interna-valgo.

A - DISFUNCIONES FEMOROTIBIALES EN LATERALIDAD EXTERNA: VARO



1) MECANISMO LESIONAL:

- La fuerza es aplicada hacia fuera desde la parte interna de la rodilla, estando el pie y la cadera fijos. Para que se produzca esta lesión es necesario que el TFL y el sartorio estén hipotónicos.
- Suele estar asociada con mucha frecuencia a una lesión posterior de la cabeza del peroné.



2) SÍNTOMAS:

- Dolor en la parte externa de la rodilla a nivel del ligamento lateral externo.
- Dolor en la rótula.
- Hiperpresión rotuliana del lado opuesto a la lateralidad.
- Dolor durante la flexo-extensión de rodilla.

3) DIAGNÓSTICO:

- Palpación: bostezo en la parte externa de la articulación.
- Test de movilidad: apertura en aducción. Restricción en abducción.
- Test muscular: hay debilidad del TFL y sartorio.

B - DISFUNCIONES FEMOROTIBIALES EN LATERALIDAD INTERNA: VALGO

1) MECANISMO LESIONAL:

- Los deslizamientos laterales fisiológicos aumentan después de un traumatismo. Se produce por un choque directo sobre el fémur estando la tibia fija, o por una fuerza externa aplicada a la tibia estando el fémur fijo.
- Para que pueda darse esta lesión hace falta que el TFL esté hipertónico.

2) SÍNTOMAS:

- Dolor en la parte interna de la rodilla a nivel del ligamento lateral interno.
- Dolor durante la flexo- extensión de la rodilla.
- Dolor rotuliano, hiperpresión en el lado externo de la rótula.

3) DIAGNÓSTICO:

- Palpación: encontramos lateralidad con desplazamiento de la tibia en relación al fémur. Hay un escalón en bayoneta.
- Test de movilidad: Apertura en abducción. Restricción en aducción.
- Test muscular: espasmo del TFL y recto interno. Realizar la palpación de los ligamentos laterales e interlínea articular.



- Test en lateralidad: con el paciente en decúbito se coloca el miembro inferior del paciente entre las rodillas del osteópata o entre el brazo y el tórax (permite la tracción axial).

Se aprecian los movimientos de lateralidad con la rodilla en posición neutra combinando las manos y utilizando el cizallamiento.

IV - DISFUNCIÓN TIBIAL EN ROTACIÓN INTERNA:

A - MECANISMO LESIONAL:

- Traumatismo en torsión hacia el piso partiendo del tronco. La tibia queda entre dos fuerzas. Se fija por los músculos de la pata de ganso y poplíteo.
- Generalmente asociada a lesiones de lateralidad externa o varo.

B - SÍNTOMAS:

- Dolor del ligamento lateral externo.
- El pie gira en rotación interna con relación a la rótula.
- Dolor en la parte interna de la rótula.

C - DIAGNÓSTICO:

- Palpación: platillo tibial externo más saliente que el interno. Dolor en el compartimiento interno.
- Cresta tibial desviada hacia adentro.
- Test de movilidad: restricción y dolor a la extensión y rotación externa.
- Test muscular: hipertonía del poplíteo, semimembranoso y semitendinoso. Debilidad de los isquiotibiales (bíceps femoral).



REPERCUSIONES DE UNA DISFUNCION EN ROTACION INTERNA DE LA TIBIA SOBRE LA RODILLA

Restricción de extensión.

Compresión del cuerno anterior del menisco interno y del cuerno posterior del menisco externo.

Tensión del LLE.

Hiperpresión interna de la ROTULA.

V -DISFUNCIÓN TIBIAL EN ROTACIÓN EXTERNA:

A - MECANISMO LESIONAL:

- Puede ser traumático o postural, y se produce por debilidad del poplíteo. Se fija por hipertonía de TFL y bíceps crural.
- Generalmente se presenta cabeza del peroné alta y posterior.

B -SÍNTOMAS:

- Dolor del ligamento lateral interno.
- Rotación externa del pie.
- Hiperpresión rotuliana externa

REPERCUSIONES DE UNA DISFUNCION EN ROTACION EXTERNA DE LA TIBIA SOBRE LA RODILLA

. Restricción de flexión.

. Compresión del cuerno anterior del menisco externo.

. Tensión del LLI.

. Hiperpresión externa de la ROTULA.

C - DIAGNÓSTICO:

1. Palpación: platillo tibial interno más saliente y cresta tibial desviada hacia fuera.
2. Test de movilidad: restricción a la flexión y a la rotación interna.
3. Test muscular: poplíteo e isquiotibiales débiles.
4. Test para rotación interna o rotación externa de tibia o fémur.
 - Empalmar la rótula y colocar el pie en rotación interna o rotación externa, se observa en que dirección la tibia queda alineada con el eje de la rótula.
 - Palpar ambos trocánteres para eliminar las rotaciones femorales.
 - Palpación anterior de los platillos tibiales, observar el lado más saliente.
 - Apreciat el movimiento rotatorio de la tibia, con triple flexión del miembro inferior.
5. Comparar los dos lados.



40º ROTACIÓN EXTERNA

30º ROTACIÓN INTERNA

VI - DISFUNCIONES DE LA CABEZA DE PERONÉ:

- Se deben evaluar las dos articulaciones peroneo-tibial (superior e inferior), ya que son indisociables.
- La cabeza del peroné está situada a 2 ó 3 cm por debajo de la interlínea del platillo tibial.
- La articulación peroneo-tibial superior es una artrodia que en deslizamiento permite a la cabeza peroneo ir:

ARRIBA - ADENTRO - ATRÁSABAJO - AFUERA - ADELANTE.

- Lesiones de posterioridad de cabeza de peroné: 80%
- Lesiones de anterioridad de cabeza de peroné: 20%.



A - DISFUNCIÓN EN POSTERIORIDAD:

Generalmente asociada a lesiones ascendentes o descendentes. Se debe evaluar además de rodilla, cadera y pie.

1) MECANISMO LESIONAL: La lesión peroneo-tibial es necesario tratarla ya que el peroné es un hueso clave que actúa como polea de transmisión de fuerzas ascendentes y descendentes



- Traumático: por fuerza de abducción o flexión dorsal de tobillo que empuja hacia arriba, adentro y atrás la cabeza peroné.
- Cualquier lesión del peroné se refleja en tobillo y en rodilla.
- Se asocia una hipertonía del bíceps.

2) SÍNTOMAS:

- Calambres en pantorrilla.
- Dolor en la región externa de la rodilla, en el **LIGAMENTO LATERAL EXTERNO**.
- Inestabilidad de tobillo.

3) DIAGNÓSTICO:

- Palpación: cabeza de peroné alta y posterior
- Test de movilidad: restricción al deslizamiento posteroanterior. Va mejor hacia posterior que hacia anterior. En la flexión plantar no desciende el peroné.
- Test muscular: hipertonía del bíceps crural e hipotonía del peroneo lateral largo.
- TEST DE MOVILIDAD:

Paciente: en DECÚBITO. El osteópata: con una mano induce flexión dorsal y plantar del pie, con la otra toma entre índice y pulgar la cabeza del peroné.

Durante la flexión dorsal la cabeza de peroné debe subir, y en la plantar debe bajar.

Colocar la rodilla del paciente en flexión. El osteópata con pulgar e índice toma la cabeza el peroné y busca movilidad anteroposterior respetando la oblicuidad del plano articular.

B - DISFUNCIÓN ANTERIOR:

1) MECANISMO LESIONAL:

- Se produce por una fuerza en inversión del tobillo.
- Se asocia a una hipertonía del peroneo largo e hipotonía del bíceps.

2) SÍNTOMAS:

- Dolor en región externa de rodilla en el ligamento lateral externo.

3) DIAGNÓSTICO:

- Palpación: cabeza de peroné anteriorizada y sensible.
- Test de movilidad: restricción al movimiento posterior y superior.
- Test muscular: hipotonía del bíceps crural.



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.



DISFUNCIONES OSTEOPATICAS DE RODILLA

- 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.