fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Otra visión de gonalgia en atención primaria

Ning Ding Yang [1], Piero Rafael Cáceres Zúñiga [2]

1. Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria de Hospital Marina Salud, CS Calpe
2. Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Alicante, CS Calpe.

Contacto: Ning Ding Yang. nindin322@gmail.com

Citar como: Ding Yang N, Cáceres Zúñiga PR. *Otra visión de la gonalgia en atención primaria.* fml. 2021; 26 (2): 6p

Resumen

La rodilla es la articulación con más superficie articular de todo el cuerpo. Dependiendo de las actividades físicas que se realizan, esta articulación puede soportar de 2 a 5 veces el peso de una persona. La gonalgia es una patología con alta frecuencia de consulta[1, 2] en Atención Primaria y su prevalencia se estima en un 10%[3] en personas mayores de 20 años y un 30%[3] en más de 65 años. Con el aumento progresivo del uso de la ecografía clínica como recurso en el ámbito de la Atención Primaria esta técnica está adquiriendo cada vez más importancia. Se trata de una técnica inocua que nos puede aportar mucha información sobre el diagnóstico y nos ayuda con las decisiones terapéuticas en este tipo de patología.

fml. Septiembre 2021; Volumen 26, número 2.
Publicación oficial SVMFiC.
Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:
Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

Introducción

Siendo la ecografía clínica un recurso que permite mejorar la capacidad diagnóstica, es fundamental para su realización una anamnesis detallada teniendo en cuenta el mecanismo de la lesión y una exploración física exhaustiva además de conocer la anatomía de la estructura a estudiar. En la exploración física es importante que el paciente tenga los miembros inferiores al descubierto y siempre comparándolo con la rodilla contralateral.

- Inspección: tanto en deambulación como en decúbito supino. Descartar que no tenga hematomas, tumefacción u otros signos de inflamación.
- Palpación: es importante valorar el aumento de temperatura local, si presenta o no derrame articular, dolor a la palpación.
- Exploración: pruebas de estrés en varo y en valgo para ligamentos laterales, prueba de Lachman y del cajón anterior y posterior para la valoración de los ligamentos cruzados, y pruebas de McMurray, entre otros, para la valoración de los meniscos.

El dolor crónico de rodilla afecta al 25%[4] de los adultos, motivo por el que constituye una patología de alta frecuencia en las consultas de Atención Primaria. Existe tendencia a indicar más radiografías de las que son realmente necesarias. En estos casos sería conveniente la realización de ecografía clínica ya que nos permite una evaluación detallada en tiempo real de trastornos de ligamentos, tendones y nervios. La ecografía tiene la ventaja de ser una técnica inocua y costo-efectiva que permite interactuar con el paciente correlacionando la alteración visible con la exploración física. Además el ultrasonido ha demostrado ser más sensible que la evaluación clínica en la detección de sinovitis y comparable con la resonancia magnética para detectar derrame sinovial, bursitis, calcificaciones en inserciones tendinosas, lesiones del cartílago de carga y quiste de Baker. Las indicaciones de ecografía en una rodilla dolorosa son las siguientes:

- Valoración y diagnóstico de tendinopatías de los aparatos extensores (cuádriceps y rotulianos), de la pata de ganso (músculo sartorio, recto interno y semitendinoso), bíceps femoral, lesiones musculares, derrames, sinovitis, bursitis, quistes o masas poplíteas.
- Guiar procedimientos invasivos como aspiración de derrames articulares o quiste de Baker e infiltraciones intraarticulares.

Descripción del caso

Paciente varón de 67 años, agricultor de profesión, acude por dolor en ambas rodillas, aunque más intenso en la rodilla izquierda de 2 meses de evolución tras sufrir una caída y una rotación de la articulación, cursa sin mejoría clínica tras la administración de AINES, frío local y reposo. Se le realizó una radiografía donde se visualiza signos de artrosis. En la exploración se objetiva dolor en la región lateral de la rodilla izquierda con signos meniscales positivos en interlínea externa.

Técnica ecográfica en la exploración de la rodilla

Se recomienda una exploración sistematizada de la rodilla y en forma comparativa. Para su exploración ecográfica, la rodilla se divide en cuatro cuadrantes anatómicos a lo largo del eje del fémur y la tibia. Éstas son: región anterior, medial, lateral y posterior. Se usa una sonda lineal de 5-10 MHz y se puede realizar en un tiempo estimado de 15-20 min.

Región anterior: Se coloca al paciente en decúbito supino con la rodilla en flexión a 30º colocando la sonda sobre la región supratoruliana en longitudinal y desplazando la sonda en sentido

cráneo-caudal para visualizar las siguientes estructuras:

- Tendón cuadricipital: está formado por confluencia de los músculos vasto medial, lateral, crural y recto anterior. Con la contracción voluntaria del músculo cuádriceps se observará un aumento del líquido en el receso suprapatelar en forma de imagen hipo o anecoico sin captación de la señal de Doppler, móvil y compresible. Será patológico si se visualiza una imagen hipoecogénica mayor de 4 mm.

Imagen 1: Corte longitudinal del tendón cuadricipital

Imagen 2: Corte longitudinal del receso suprapatelar

- Grasa de Hoffa: se encuentra en un plano más profundo en relación al tendón rotuliano se observa como una imagen heterogénea y lobulada por su contenido graso. Podría indicar patología si se observa una desestructuración o un incremento en la ecogenicidad.

Imagen 3: corte longitudinal del tendón rotuliano. 1: Rótula; 2: Tendón rotuliano; 3: Grasa de Hoffan

Imagen 4: Corte longitudinal de la rótula. Imagen hiperecoica que corresponde con la superficie ósea de la rótula

Colocando la rodilla en flexión máxima y colocando la sonda en transversal sobre la superficial rotuliana podemos encontrar:

- Cartílago de carga: es importante valorar el grosor y los bordes del cartílago comparándolo con la rodilla contralateral. En caso de artrosis su grosor y borde se observan reducidos e irregulares.

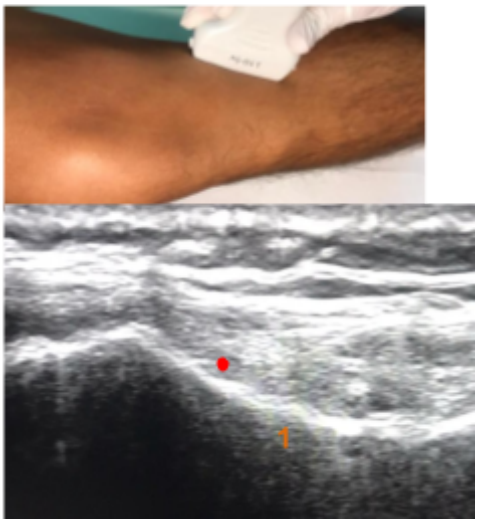
Imagen 5: Corte transversal. 1: Imagen hipoecoica que corresponde con tendón cuadricipital en corte transversal rodeada por estructura grasa en forma de imagen hipercoica. 2: Cartílago de carga.

Región medial: Colocamos al paciente en decúbito supino con el miembro inferior en flexión de 30º y rotación externa. Hay que colocar la sonda longitudinalmente al eje mayor de la rodilla moviendo el transductor desde la porción proximal del cóndilo femoral hasta la metáfisis de la tibia para visualizar las siguientes estructuras:

- Ligamento colateral interno.
- Cuerno anterior del menisco medial: se observa una imagen triangular hiperecoica con el vértice apuntando hacia el centro de la articulación. En condiciones patológicas se observa calcificación del menisco o protusión del colateral.
- La pata de ganso o *pez anserino*: la podemos visualizar manteniendo en la posición anterior y desplazando la sonda oblicuamente. Formado por músculos sartorio, recto interno y semitendinoso. Un engrosamiento del mismo con imagen anecoica podría indicar tendinitis u otras tendinopatías.

Imagen 6: Corte longitudinal de la interlínea interna.

Imagen 7: Corte longitudinal de la pata de ganso. 1: Inserción de la pata de ganso formado por músculos sartorio, recto interno y semitendinoso con la visualización de arteria geniculada.



Región lateral: Colocamos al paciente en decúbito supino con el miembro inferior en flexión de 30º y rotación interna. La sonda se colocará en longitudinal sobre el peroné y se va desplazando hacia la tibia para observar las siguientes estructuras.

- Banda iliotibial.

- Ligamento colateral externo.
- Tendón del bíceps femoral.
- De forma dinámica también se valorará la cintilla o tracto iliotibial que se inserta sobre el tubérculo de Gerdy.

Girando la sonda transversalmente sobre el mismo punto podemos visualizar:

- Tendón poplíteo.
- Cuerno anterior del menisco lateral.

Imagen 8: corte longitudinal para visualizar tendón poplitea.

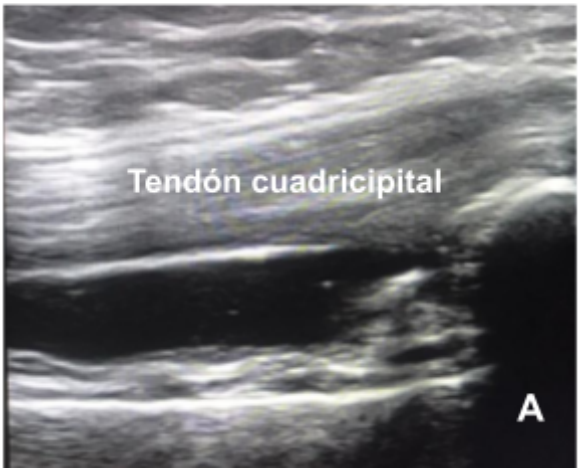
Región posterior: Colocamos el paciente en decúbito prono y posicionamos la sonda en transversal sobre la región medial del pliegue poplíteo moviendo el transductor de medial a lateral y visualizar las siguientes estructuras:

- Arterial y vena poplítea: descartar alteraciones vasculares como la trombosis venosa profunda.
- Porción proximal del gemelo.
- Quiste de Baker: descartar la presencia de quiste de Baker que muchas veces puede provocar gonalgias.

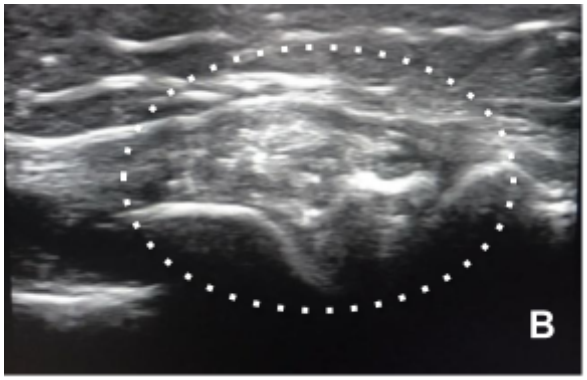
Volviendo a nuestro caso clínico, tras realizar la anamnesis y la exploración física procedemos a realizar la ecografía de la rodilla y objetivamos imágenes compatibles con posible meniscopatía y derrame articular, por lo que ampliamos estudio con RMN y valoración por traumatología.

Imagen 9: Corte transversal en huevo poplíteo. Imagen correspondiente a estructura vascular (arteria y vena) del hueco poplíteo sin (1) y con (2) doppler color.

Imagen 10: A: Imagen anecoica en región subcuadricipital que podría corresponderse a derrame articular. B: Se objetiva una protrusión del menisco lateral que podría indicar meniscopatía.



Continuación imagen 10; imagen 10 B:



Conclusión

El uso de la ecografía es una práctica cada vez más frecuente en Atención Primaria al ser una técnica inocua, costo- efectiva que permite una valoración en tiempo real de estructuras anatómicas de la rodilla. Además, ha demostrado ser más sensible comparado con la RMN en la evaluación clínica de estructuras articulares como son los tendones, los ligamentos, las bursas, etc. Es sumamente importante realizar una buena anamnesis y exploración física previa a la realización de la técnica para poder orientar el diagnóstico y plan de trabajo.

Bibliografía

1. Fiter J, Gómez Vaquero C, Romera M. Dolor en la rodilla. FMC 1997; 4 (5): 301-311.

2. Antón J, Serrano A. Dolor en extremidad inferior (cadera, rodilla, tobillo). En: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de actuaciónen atención primaria, 1ª ed. Barcelona. semFyC, 1998; 638-643.

3. Miguel Mendieta E. Artrosis. En: Formación Interactiva en Reumatología (FIRE). Fascículo 1: Artrosis. IUDE, 2001; 3-48.

4. Covey CJ, Shmerling RH. Approach to the adult with unspecified knee pain. UpToDate. 2021

5. M Hall, M., & Rajasekaran, S. (2020). Musculoskeletal ultrasound of the knee. UpToDate.

6. Beggs, I., Bueno, A., Cohen, M., Court-payen, M., Grainger, A., Martinoli, C., Mcnally, E., & Connor, P. J. O. (n.d.). Musculoskeletal Ultrasound Technical Guidelines I. Shoulder. European Society of MusculoSkeletal Radiology.

7. Hermosa Hernán, J. C., & Pascual González, R. (2016). Rodilla. Actualización En Medicina de Familia, 12(10), 596–609.

8. Villarroel Rodríguez JN, Pastor Rodríguez-Moñino A, Martínez García-Olalla C, Pérez Soria MI, Prado García-Moreno JA, Gonzalo González S. ¿Qué hay debajo de la gonalgia en la población general? Atención Primaria. 2001;28(10):690–3.

9. Gómez Ocaña JM, Revilla Pascual E, Fernández-Cuesta Valcarce MÁ, El-Asmar Osman A. Las 50 principales consultas en medicina de familia, un abordaje práctico basado en la evidencia. 2011. 481 p.