

Evaluaciones articulares y clínicas de la rodilla

J. Parier
D. Lucas
D. Poux
Y. Demarais
J. Simonnet

La articulación de la rodilla ha de satisfacer dos requisitos:

— por un lado, ser sólida y estable, ya que además de soportar el peso del cuerpo durante la marcha o la estación bípeda, en algunas ocasiones se halla sometida a cargas mucho mayores, como las que implican el salto (impulso), la halterofilia (levantamiento) o la carrera (aceleración);

— por otro lado, tener una movilidad suficiente para posibilitar la marcha, la puesta en cuclillas, la rotación, etc.

Se compone de dos articulaciones reunidas en una misma cavidad articular.

— La articulación femoropatelar es una articulación troclear. La cara posterior de la rótula, convexa y con una cresta mediana, se articula con la tróclea, que presenta una conformación inversa, vale decir, una garganta mediana excavada y dos superficies laterales. Esta disposición permite modificar la dirección de la acción del cuádriceps y aumentar su brazo de palanca. Sin embargo, cabe señalar que sobre el cartílago rotuliano (que es el más grueso del organismo) se ejerce una gran presión.

— La articulación femorotibial es bicondílea, y en realidad funciona como una articulación troclear. Hace posibles los movimientos de flexión-extensión y, cuando no está bloqueada en extensión máxima, también los de rotación. En los movimientos del fémur y de la tibia se combinan la rodadura y el deslizamiento. Los cóndilos no pueden desarrollar toda su superficie, y es preciso que «patinen» para mantener una buena congruencia articular. Así, al principio de la flexión predomina la rodadura, pero al final predomina el deslizamiento. En estos movimientos combinados es muy importante la función de los ligamentos cruzados.

Evaluación clínica

Inspección

Primeramente se estudia al paciente de pie, descalzo, en posición de «firmes».

De frente, puede observarse

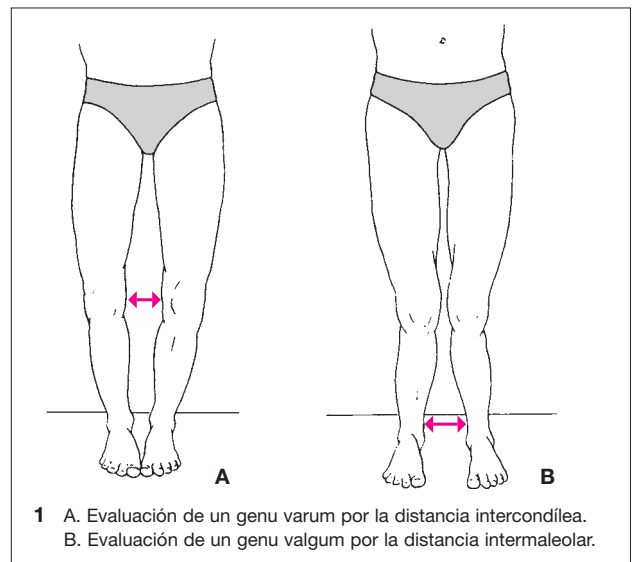
— la presencia de un genu varum o un genu valgum (fig. 1 A, B), cuyas magnitudes se pueden evaluar midiendo la separación intercondílea o la separación intermaleolar, respectivamente;

— la posición de la rótula, que presenta una convergencia o una divergencia;

— mediante la rotación del pie se puede llevar la rótula hasta el plano frontal, y evaluar a grandes rasgos el trastorno de rotación midiendo el ángulo entre el eje del pie y el plano sagital.

De perfil

— se visualiza con claridad la existencia de un recurvatum (fig. 2), que a veces es asimétrico. Puede dar la impresión de un varo exagerado.



En posición acostada

el estado del cuádriceps es fácil de analizar:

— eventual displasia, con inserción demasiado alta del vasto interno, más evidente en contracción;

— amiotrofia global o electiva del vasto interno. Resulta útil medir la circunferencia a nivel suprarrotuliano y a unos 10

Jacques PARIER: Médecin rééducateur.

Dominique POUX: Médecin rééducateur.

Yves DEMARAIS: Rhumatologue.

Jean SIMONNET: Médecin rééducateur.

INSEP, 11, avenue du Tremblay, 75012 Paris.

Dominique LUCAS: Médecin, clinique du genou, clinique des Moussins, Paris.

ó 15 cm por arriba del borde de la rótula, de modo comparativo.

En posición acostada se puede evaluar la magnitud del recurvatum midiendo la distancia entre el talón y el plano de la mesa (en traveses de dedo o en centímetros). Para ello se levanta el miembro inferior por el dedo gordo hasta despegar toda la pierna, o bien se levanta el talón a la vez que se practica un contraapoyo suprarrotuliano.

Observando el estado del fondo de saco subcuadricepsal se tiene una idea acerca de una eventual colección. Debe buscarse un derrame suspendido, manifestación de una plica superior completa sintomática.

Por último, si las hubiera, se registran las cicatrices, señalando su localización, su estado y su elasticidad.

Palpación

Es un tiempo esencial, que se practica según los datos recabados durante el interrogatorio.

Sirve para detectar una eventual anomalía térmica, global o local, en comparación con el lado opuesto.

Derrame

Palpando correctamente se puede descubrir un derrame, con sus variantes de volumen y localización.

Los derrames abundantes se diagnostican fácilmente gracias a la siguiente maniobra: se coloca una palma de la mano por encima de la rótula, y la otra por debajo. Ambas se acercan, dejando libre la rótula, de modo que, al apretarla con el índice, el examinador percibe una presión comparable a la de un cubo de hielo en un vaso (fig. 3).

Cuando hay un derrame mínimo, al practicar una flexión forzada de la rodilla se observa una convexidad laterorrotuliana anterointerna y anteroexterna.

Debe buscarse sistemáticamente un *quiste poplíteo*. Para ello se coloca al paciente en decúbito ventral e hiperextensión, o en decúbito dorsal, pasando una mano por detrás de la rodilla, o bien, por último, en posición de pie. Por lo general este quiste, más o menos tenso o voluminoso, se desarrolla en el sector posterointerno.

Puntos dolorosos

Al practicar la palpación hay que controlar las diferentes estructuras y buscar los puntos dolorosos.

Estructuras tendinosas

Para exponer *el tendón rotuliano* y *el tendón cuadricepsal* a fin de palparlos mejor, se empuja sobre la base de la rótula o sobre la punta. El tendón rotuliano siempre resulta doloroso a nivel de la punta. Cuando se detecta un nódulo, el diagnóstico se orienta hacia una tendinitis.

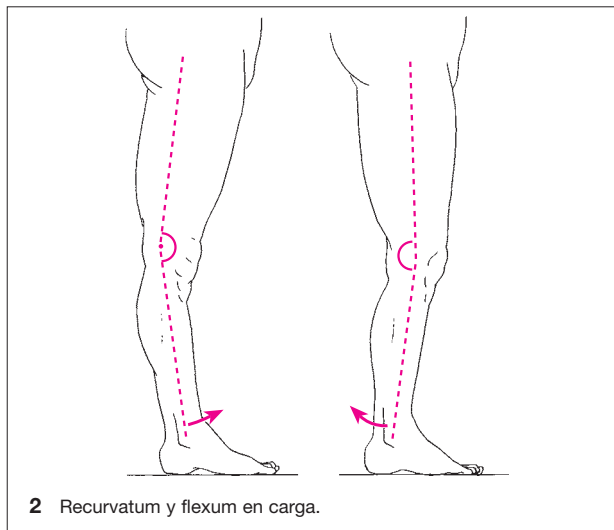
En un paciente joven, la palpación de *la tuberosidad tibial anterior* informa acerca de una eventual enfermedad del crecimiento, por lo cual es interesante practicar un examen comparativo.

La bandeleta de Maissiat se palpa bien en la cara externa del cóndilo. Para palpar mejor el bíceps a partir de la cabeza del peroné debe contraérselo en flexión.

Para individualizar *los tendones de la pata de ganso*, situados por detrás del ligamento lateral interno, es preciso que el paciente efectúe una contracción. En la mujer, esta zona suele ser dolorosa, especialmente si hay sobrecarga ponderal con una zona de celulitis.

Estructuras ligamentarias

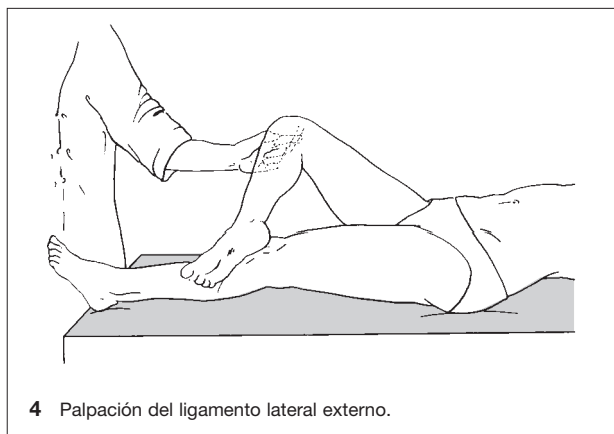
El ligamento lateral externo (LLE) se presenta a la palpación como un lápiz, y es fácil de individualizar en posición de sastré (fig. 4).



2 Recurvatum y flexum en carga.



3 Signo del cubo de hielo.



4 Palpación del ligamento lateral externo.

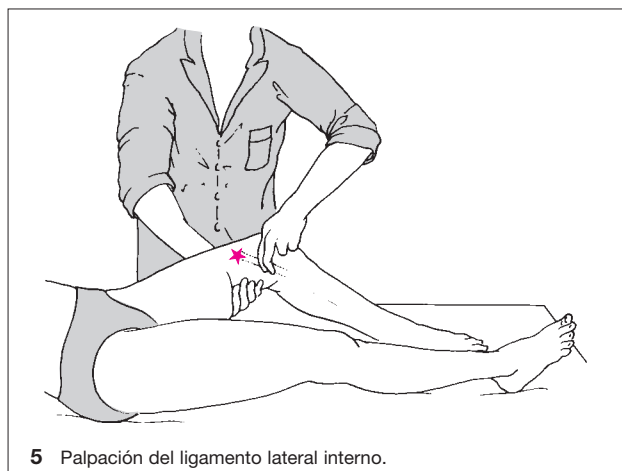
El ligamento lateral interno (LLI), más plano que el externo, se puede palpar sin dificultad en sus segmentos alto y medio (fig. 5).

El alerón interno se palpa subluxando la rótula hacia dentro. Permanece en la parte alta de la cara interna de la rótula.

Rótula

La palpación de la rótula es estática y dinámica a la vez.

El movimiento de báscula se evalúa colocando el pulgar y el índice en los bordes interno y externo de la rótula, respectivamente. La línea imaginaria trazada entre estos dos puntos da una idea de la báscula rotuliana en el plano frontal. Empujando con fuerza sobre el borde interno de la rótula se explora la reductibilidad de la báscula.



5 Palpación del ligamento lateral interno.

Para hacer una correcta palpación de las facetas interna y externa de la rótula hay que provocar respectivamente una subluxación interna y externa (fig. 6).

Cuando se realizan los movimientos de flexión y extensión, el examinador coloca una mano sobre la rótula, a fin de percibir eventuales crepitaciones, resaltos o enganches.

Al palpar la carilla troclear interna se puede tener la sensación de una brida, dolorosa o no, lo que se debe a la existencia de una plica.

El signo de la bayoneta se busca observando si el ángulo entre el eje del fémur y el del tendón rotuliano es demasiado amplio, lo que señala un factor de sobrecarga rotuliana (fig. 7).

Meniscos

Al palpar *la interlínea meniscal externa*, la presión puede despertar dolor. La convexidad anormal a nivel de la interlínea puede corresponder a un quiste meniscal debido a una lesión horizontal del menisco externo.

La palpación de *la interlínea meniscal interna* puede resultar dolorosa, especialmente en la zona posterior, lo que lleva a sospechar una lesión meniscal. Cuando existen quistes, por lo común son posterointernos.

Evaluación articular

Sólo se estudiará la evaluación pasiva, ya que la evaluación activa se trata en otros fascículos.

La rodilla sólo cuenta con dos grados de libertad.

— Los movimientos de flexión-extensión, que se desarrollan en el plano sagital.

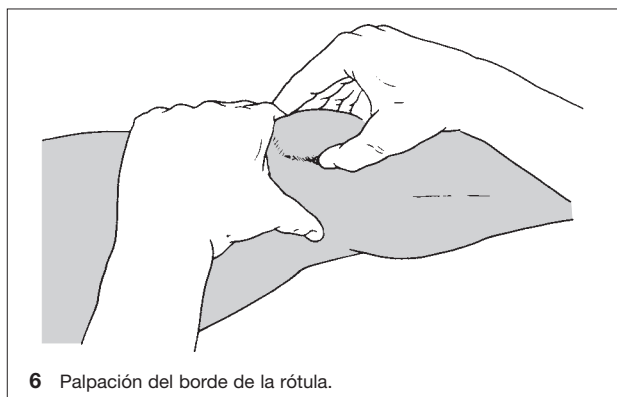
— Los movimientos de rotación, que sólo aparecen con la rodilla flexionada y desbloqueada. En los movimientos de flexión-extensión existe una rotación automática de la tibia sobre el fémur.

Flexión

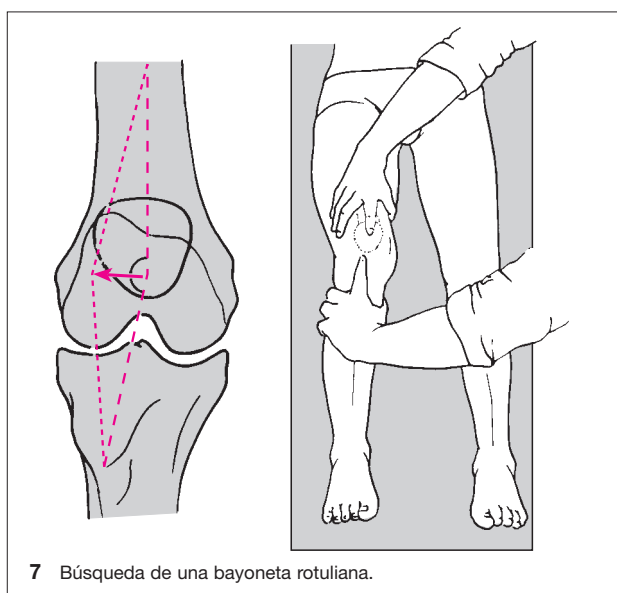
El paciente se coloca en decúbito dorsal, con la cadera flexionada a 90°. La flexión de la rodilla se mide con ayuda de un goniómetro, haciendo coincidir una parte con la cresta tibial y la otra con el eje del muslo.

Cuando la flexión supera los 130°, se puede medir la distancia talón-nalga. Cuando el talón llega a tocar la nalga, hay una flexión de 160°.

En decúbito ventral, la distancia talón-nalga indica principalmente el grado de retracción del músculo recto anterior biarticular. Hay que fijar la pelvis para evitar una hiperlordosis compensatoria a nivel del raquis lumbar.



6 Palpación del borde de la rótula.



7 Búsqueda de una bayoneta rotuliana.

Extensión

Aunque la extensión de la rodilla es igual a 0°, por lo general existe una hiperextensión de unos pocos grados, que se detecta en el examen pasivo despegando el talón del plano de la mesa al tiempo que se fija firmemente la zona supra-rotuliana contra dicho plano.

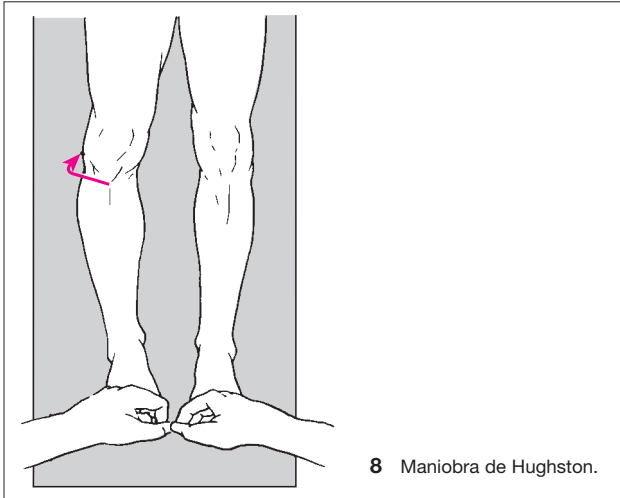
El recurvatum es frecuente en las jóvenes hiperlaxas, y a veces llega a tener una magnitud impresionante (más de 10°). Se lo ha de medir entonces de modo comparativo. Por razones de lógica, la medida de tal recurvatum se expresa en valores negativos (-10°). El aumento unilateral del recurvatum puede entrar en el marco de una inestabilidad posteroexterna por lesión de las formaciones posteroexternas, exacerbada por la maniobra de Hughston (fig. 8).

Rotaciones

Se las estudia con el paciente sentado en el borde de la mesa, con la rodilla flexionada a 90°, y de modo comparativo.

La posición de la tuberosidad tibial anterior puede servir de referencia. En la práctica, se mide la posición del eje del pie con respecto a un plano sagital que pasa por la tuberosidad tibial anterior. Interesan más que nada los valores relativos y comparados. Aunque las diferentes personas tienen mayores o menores ángulos de rotación, la rotación externa suele ser la más importante. El aumento unilateral de la rotación externa puede corresponder a una laxitud posteroexterna.

La movilidad rotuliana se estudia con la rodilla en extensión y el cuádriceps relajado. Lo que más interesa investigar



es la movilidad lateral de la rótula que, si es excesiva, expone a una subluxación o una luxación.

Búsqueda de los movimientos anormales o sintomáticos

Se han descrito muchísimas maniobras destinadas a poner de manifiesto las diferentes patologías de la rodilla, y resultaría difícil mencionarlas en su totalidad. Se escogerá por lo tanto algunas de ellas, basándose en la práctica diaria y la experiencia recogida por los autores.

Para que las pruebas sean verdaderamente útiles se las ha de realizar respetando determinadas condiciones.

- El paciente debe estar bien relajado. En ciertos casos es necesario repetir el examen, hacer una punción evacuativa o administrar una medicación analgésica o miorrelajante.
- Debe utilizarse la técnica más adecuada al morfotipo del paciente y del examinador.

Prueba del ligamento cruzado anteroexterno

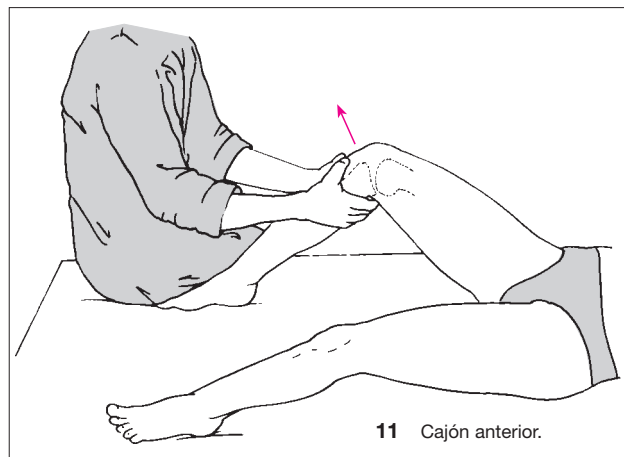
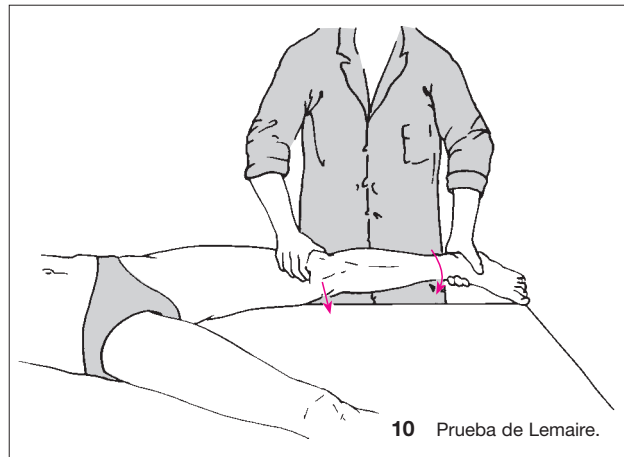
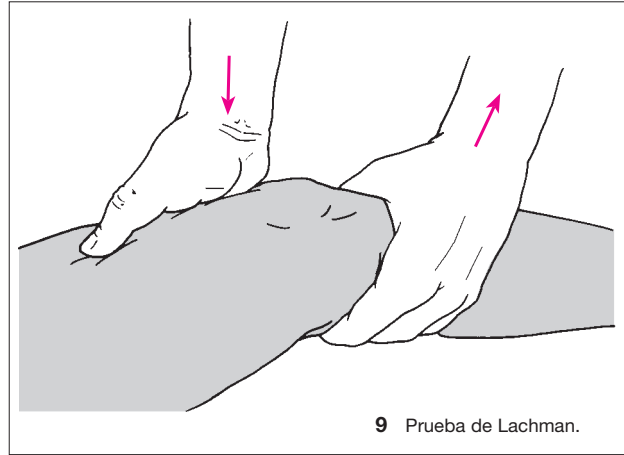
Prueba de Lachman (fig. 9)

Es una prueba simple, que puede practicarse casi siempre. Consiste en intentar un movimiento anteroposterior a 20° de flexión, de manera unitaria o evolutiva. El examinador coloca la mano superior por encima de la rótula, la inferior debajo de la tuberosidad tibial anterior, e imprime un movimiento anteroposterior de «cizalla». Cuando el muslo del paciente es muy grueso hay que practicar una variante de la maniobra: la rodilla del paciente se apoya sobre la del examinador, que está flexionada, y éste efectúa entonces el movimiento de cizalla anteroposterior con las manos. Hay que evaluar y comparar la amplitud del movimiento, que normalmente se detiene de modo seco, al ponerse tenso el ligamento cruzado anterior. Cuando dicho ligamento está parcial o totalmente roto, el movimiento encuentra un límite blando o diferido.

Prueba del resalto (prueba de Lemaire) (fig. 10)

Resulta difícil aplicarla cuando la rodilla presenta una lesión aguda. El paciente se coloca en decúbito dorsal, con el miembro inferior extendido. Valiéndose de una mano, el examinador pone el pie del paciente en valgo rotación interna mientras que con la otra, dispuesta a nivel del platillo tibial externo, empuja hacia adelante en el sentido de la flexión.

Este movimiento induce una subluxación de la tibia, que se reduce hacia los 30° de flexión, con una aceleración y un resalto.



También se puede efectuar esta prueba en valgo rotación externa.

Cajón anterior (fig. 11)

El paciente tiene la rodilla flexionada (entre 60 y 80°), y el pie bloqueado por el peso del examinador. Éste efectúa una tracción hacia adelante a nivel de la extremidad superior de la tibia. La lesión del ligamento cruzado anteroexterno hace que el juego anteroposterior sea mayor que el del lado sano. Se puede practicar esta prueba en rotación interna y en rotación externa, para evaluar las formaciones postero-interna y externa. Con ayuda de un dispositivo especial, también se la puede utilizar en radiología.

Cajón posterior (ligamento cruzado posterior)

El ligamento cruzado posterior se explora mediante la maniobra del cajón posterior. La rodilla del paciente está

flexionada a 60/80°, y su pie, bloqueado por el examinador. Con una mano, éste lleva la extremidad superior de la tibia hacia adelante, para reducir el cajón posterior espontáneo, y con la palma de la otra mano presiona sobre la tuberosidad tibial anterior. Cuando el ligamento cruzado anterior está lesionado se percibe que la tibia se introduce bajo el fémur. Pero si el ligamento cruzado posterior está intacto, tal movimiento es mínimo, y se detiene muy pronto, de modo seco (fig. 12).

Si el paciente se dispone de perfil, con los pies al mismo nivel y las rodillas flexionadas a 60 u 80°, se puede observar un borramiento de la tuberosidad tibial anterior, lo que indica que el platillo tibial ha retrocedido (cajón posterior) (fig. 13).

El cajón posteroexterno se practica con la rodilla flexionada a 80° y el pie en rotación externa (aproximadamente 15°). Si hay una laxitud posteroexterna, el platillo tibial externo gira y retrocede.

Ligamentos laterales

Se los estudia mediante los movimientos de valgo (LLI) y de varo (LLE) en extensión completa y en leve flexión. Si la rodilla está desbloqueada, con este estudio comparativo se detecta una leve laxitud fisiológica (fig. 14). En cambio, si aparece una laxitud en una rodilla completamente extendida, existe una lesión interna o externa.

Maniobras rotulianas

Se las utiliza sobre todo para buscar un signo de inestabilidad o de encajamiento.

Partiendo de una posición de extensión, se va flexionando la rodilla progresivamente, mientras se empuja la rótula hacia fuera. Si el paciente siente una molestia o un dolor, se lo ha de interpretar como un signo de inestabilidad potencial (signo de Smillie) (fig. 15).

Con una maniobra similar se puede percibir un enganche o un resalto durante el encajamiento. Se empieza la prueba con la pierna totalmente extendida. Empujando la rótula hacia arriba por la punta, se imprime a la pierna un movimiento de flexión. Aparece entonces una sensación de dolor o de enganche que el paciente conoce (fig. 16).

Maniobras meniscales

Esquemáticamente, son maniobras de compresión (fig. 17):

- flexión varo y rotación para el menisco interno;
- flexión valgo y rotación para el menisco externo.

El examinador trata de pinzar el menisco entre el cóndilo y el platillo, a fin de despertar la sintomatología dolorosa que el paciente conoce. También la limitación de extensión o de flexión constituye un buen elemento de orientación.

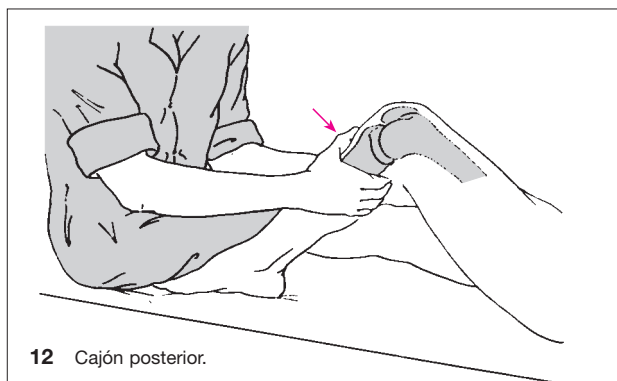
Seguimiento de la evolución

Ritmo de control

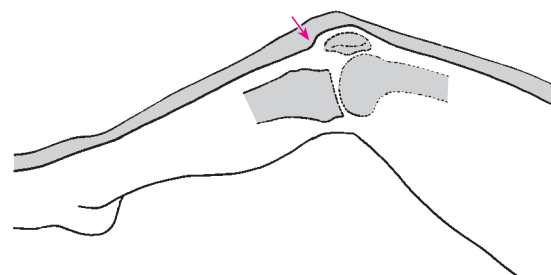
El control varía según la patología, la modalidad terapéutica escogida (tratamiento ortopédico o quirúrgico) y la organización de la reeducación (centro, tratamiento ambulatorio, etc.).

En la primera consulta, que coincide con el comienzo de la reeducación, se hace una evaluación general.

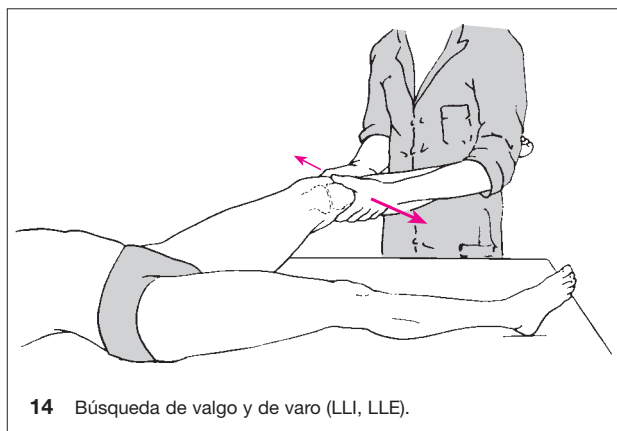
Cuando se trabaja en un centro, los controles son semanales. Cuando se trata de un consultorio privado, el control se



12 Cajón posterior.



13 Retroceso de la tuberosidad tibial anterior (rotura del ligamento cruzado posterior).



14 Búsqueda de valgo y de varo (LLI, LLE).

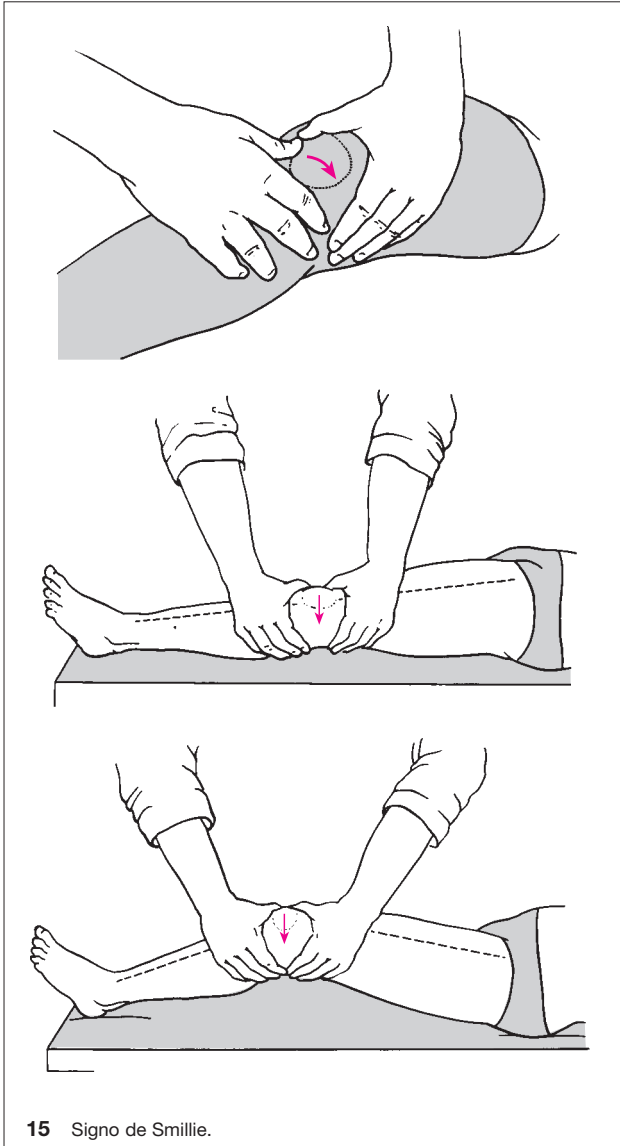
hace al terminar cada serie de sesiones de reeducación (éstas se efectúan a razón de tres a cinco por semana y duran, término medio, de cuatro a seis semanas).

Los controles siguientes dependen de la patología. Es necesario hacer uno al finalizar la segunda serie de sesiones. De ahí en más, los controles a largo plazo se practican cada 6 meses, o hasta una vez por año.

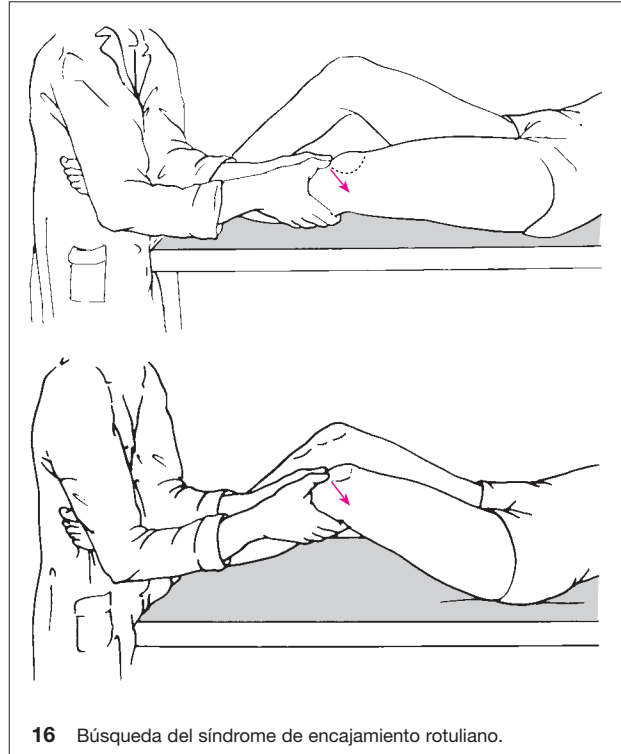
Parámetros de control

- *El dolor* es un elemento esencial, porque dificulta mucho los progresos. Resulta importante definirlo en cuanto a su intensidad, sus circunstancias y su duración. Un dolor que aparece durante el reposo o durante la noche tiene mal pronóstico, más aún si vuelve a presentarse tras un período indolente. Debe considerarse entonces una posible complicación, en especial de tipo algodistrófico.

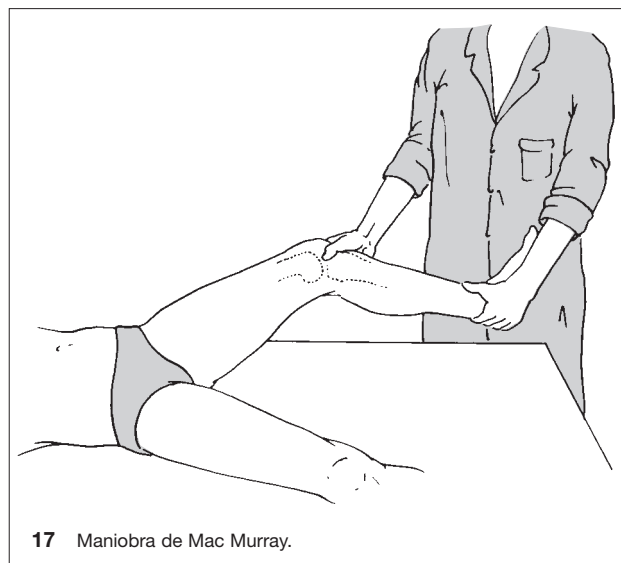
- *La movilidad pasiva* se mide simplemente con ayuda de un goniómetro, anotando el valor del ángulo. También existen otros sistemas más perfeccionados. Cuando la flexión ya está bastante recuperada, se mide la distancia talón-nalga en cen-



15 Signo de Smillie.



16 Búsqueda del síndrome de encajamiento rotuliano.



17 Maniobra de Mac Murray.

tímetros o en traveses de dedo. Es útil evaluar en qué medida el paciente logra ponerse en cuclillas o sentarse sobre los talones, especialmente cuando practica ciertos deportes, como el yudo, o ejerce determinados oficios, como el de colocador de baldosas. La limitación de la extensión es un elemento esencial de la cinética de la rodilla. Sólo se la puede medir de modo comparativo, sobre un plano duro.

- *La movilidad activa* se evalúa esencialmente por la posibilidad de bloquear la rodilla en extensión. La flexión activa siempre resulta muy inferior a la posibilidad de flexión pasiva.

- *La estabilidad objetiva* se controla sistemáticamente, aplicando, según la patología, las pruebas de Lachman, del resalto o de la lateralidad. En la mayor parte de los casos basta con efectuar estas pruebas de manera manual. Para poder juzgar la evolución en las consultas sucesivas suele utilizarse una notación con cruces (una cruz significa una anomalía leve, dos cruces, una anomalía media y tres, una anomalía grave).

Existen aparatos que miden de modo más exacto el cajón anterior o posterior en extensión y los movimientos de lateralidad. Estos exámenes, fiables y precisos, arrojan valores que pueden compararse a lo largo del tiempo. Son imprescindibles para evaluar los resultados quirúrgicos.

- *La estabilidad subjetiva* también debe quedar anotada. Inmediatamente después de un accidente, el paciente suele sentir que la rodilla flaquea, por lo general a nivel anterior,

lo que lleva a pensar en una insuficiencia muscular, en particular del cuádriceps. Este trastorno casi siempre regresa al cabo del primer mes de reeducación. Si algún tiempo después la rodilla sigue flaqueando en rotación o con una subluxación rotuliana, el pronóstico es más desfavorable, ya que se trata de una verdadera inestabilidad. Los trastornos intraarticulares persistentes, que a veces destruyen de modo instantáneo los estabilizadores musculares, pueden ser una trampa peligrosa.

- *La evaluación muscular* debe adecuarse a la progresión de la reeducación. En un primer tiempo sólo se trata de lograr la estimulación muscular y la contracción. Luego se apunta a recuperar el bloqueo de la rodilla en decúbito y durante la marcha. Secundariamente se mide la amiotrofia, por lo común a 10 y 15 cm por encima de la base de la rótula, con el cuádriceps contraído y relajado. Aunque es un indicio impreciso de la fuerza muscular, sirve para evaluar la evolución por comparación con el otro muslo. A distancia del accidente se puede evaluar la fuerza muscular mediante las pruebas isocinéticas. Se controla la potencia muscular según

Cuadro I.– Ficha ARPEGE para la evaluación funcional de la rodilla.

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA RODILLA (Grupo ARPEGE) Historia Clínica _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
 Código _____ Nombre _____ Profesión _____

Deportes practicados		Estabilidades		Dolores y resistencia a la fatiga		Movilidad	
3. Deporte con pivote y contacto 2. Deporte con pivote sin contacto 1. Deporte en apoyo sin pivote 0. Deporte sin apoyo Deporte y modo antes del accidente inicial Accidente inicial • Fecha: • Deporte: Deporte y modo preoperatorio Fecha intervención Resultados postoperatorios		ESTABILIDAD EN LOS DEPORTES • Normal 6 • Aprensión 5 • I. accidentes ocasionales 3 • I. accidentes frecuentes 0 CARRERA Y SALTO • Normal 3 • I. cambio de dirección 2 • Footing posible, salto imposible 1 • Footing imposible 0 MARCHA • Normal 3 • I. ocas. terr. irreg. 2 • I. frec. terr. irreg. 1 • I. terr. plano 0 ESCALERAS • Normal 3 • I. ocas. (rampa sim.) 2 • I. const. (rampa asim.) 1 • Imposible 0 BASTÓN • No 3 • Un bastón exterior 2 • Un bastón interior 1 • Dos bastones 0		RESISTENCIA A LOS DEPORTES • Sin límite de duración 3 • Efectos secundarios 2 • Duración limitada 1 • Dol. e hidrartosis inmediatos 0 HIDRARTOSIS VIDA DIARIA • Nunca 3 • Pasajera 2 • Frecuente 1 • Permanente 0 DOLORES VIDA DIARIA • Ninguno 3 • Moderados ocasionales 2 • Fuertes discontinuos 1 • Permanentes durante la marcha, nocturnos 0 PERÍMETRO DE MARCHA • Ilimitado 3 • Limitado sup. 1500 2 • Limitado inf. 1500 1 • Limitado inferior (imposible ir de compras) 0 DOLORES Y MOLESTIA AL PONERSE DE PIE • Normalmente 3 • Pequeña ayuda con las manos 2 • Ayuda con las manos impresc. 1 • Imposible 0		Flexión normal • < 130 9 • < 110 8 • < 100 7 • < 90 6 • < 75 5 • < 45 4 • Flexum < 9 3 • Flexum 10-19 -1 • Flexum > 20 -2 -3 RESULTADO SUBJETIVO • Muy satisfecho • Contento • Decepcionado • Descontento RESULTADO GLOBAL • Excelente • Bueno • Mediano • Malo	
Fecha	Clase	Estabilidad	D. y RF	Movilidad	Comentarios	Excelente:	mismo nivel, mismo deporte > 988
PREOPERATORIO						Buena:	otro nivel, mismo deporte o mismo nivel, otro deporte > 877
1 AÑO						Mediano:	otro nivel, otro deporte > 767
						Malo:	ningún deporte, resultado insatisfactorio

la velocidad angular (90°, 180°, 240°/s) a nivel del cuádriceps y de los isquiotibiales. En los resultados se incluye un elemento comparativo entre el lado sano y el lado afectado, y una relación entre los isquiotibiales y el cuádriceps.

Evaluación de la función

- El objetivo final de la reeducación es lograr que una función se recupere todo lo posible. Pero los objetivos difieren según los pacientes. Obviamente, no puede compararse una persona de edad y jubilada con un deportista de alto nivel. Sin embargo, algunas etapas funcionales simples valen para todo el mundo, participan en el esquema evolutivo, y se las ha de evaluar.
- Caminar en terreno plano: duración, cojera, etc.
 - Subir y bajar escaleras.
 - Ponerse en cuclillas.
 - Posibilidad de ir hasta el lugar de trabajo, y de trabajar.
 - Acelerar y correr.
 - Reanudar la práctica de un deporte.

Sistemas de valoración

Toda terapéutica médica, y más aún la de tipo quirúrgico, requiere una evaluación cuantitativa. Existen numerosas fichas de evaluación (en 1987, Fiquet encontró no menos de 17). Se han de evaluar tres elementos: el resultado anatómico, la percepción subjetiva y la evaluación funcional.

Estas fichas se utilizan principalmente en la evaluación del tratamiento de las lesiones ligamentarias.

Valoración ARPEGE (cuadro I)

Proviene de la «Association pour la recherche et la promotion de l'étude du genou» (ARPEGE) y es muy utilizada en Francia. Considera cuatro niveles de actividades (deportes de competencia, de esparcimiento, aficionados y vida sedentaria), pero según una modificación reciente, los deportes se clasifican en cuatro categorías según exista o no apoyo, pivote y contacto.

Se realiza una evaluación funcional juzgando la estabilidad, el dolor y la resistencia a la fatiga y la movilidad funcional, y poniéndole una nota a cada clase. De la suma de todas las

Cuadro II.– Ficha de Lysholm y niveles de actividad según Tegner.

Evaluación según la valoración de Lysholm (Tegner)			
<p>Inestabilidad</p> <input type="checkbox"/> Nunca 25 <input type="checkbox"/> Durante el ejercicio, raras veces 20 <input type="checkbox"/> Durante el ejer., con frecuencia 15 <input type="checkbox"/> Ocasional, vida cotidiana 10 <input type="checkbox"/> Frecuente, vida cotidiana 5 <input type="checkbox"/> A cada paso 0	<p>Dolor</p> <input type="checkbox"/> Nunca 25 <input type="checkbox"/> Moder., durante el ejercicio 20 <input type="checkbox"/> Fuerte, durante el ejercicio 15 <input type="checkbox"/> Marcha > 2 km, fuerte 10 <input type="checkbox"/> Marcha < 2 km, fuerte 5 <input type="checkbox"/> Constante 0	<p>Bloqueo</p> <input type="checkbox"/> Nunca 15 <input type="checkbox"/> Enganche sin bloqueo 10 <input type="checkbox"/> Bloqueo ocasional 6 <input type="checkbox"/> Bloqueo frecuente 2 <input type="checkbox"/> Bloqueo agudo dur. examen 5	<p>Hinchazón</p> <input type="checkbox"/> Nunca 10 <input type="checkbox"/> Durante ejercicios intensos 6 <input type="checkbox"/> Durante actividad cotidiana 2 <input type="checkbox"/> Constante 0
<p>Escaleras</p> <input type="checkbox"/> Ninguna molestia 10 <input type="checkbox"/> Leve dificultad 6 <input type="checkbox"/> De a un escalón 2 <input type="checkbox"/> Imposible 0	<p>Cuclillas</p> <input type="checkbox"/> Ninguna molestia 5 <input type="checkbox"/> Leve dificultad 4 <input type="checkbox"/> No más de 90° 2 <input type="checkbox"/> Imposible 0	<p>Cojera</p> <input type="checkbox"/> No 5 <input type="checkbox"/> Moderada u ocasional 3 <input type="checkbox"/> Intensa y constante 0	<p>Bastón</p> <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Siempre 2 <input type="checkbox"/> Estación bípeda imposible 0
LYSHOLM TOTAL:	<input type="checkbox"/> 0 a 64 puntos MALO	<input type="checkbox"/> De 65 a 83 puntos MEDIANO	<input type="checkbox"/> De 84 a 100 puntos BUENO/EXCELENTE
TEGNER:		LYSHOLM + TEGNER:	
Nivel de actividad valoración Lysholm-Tegner			
<p>10 Deporte de competencia - nivel nacional o internacional: fútbol</p> <p>9 Deporte de competencia - nivel inferior: fútbol, hockey sobre hielo, gimnasia</p> <p>8 Deporte de competencia: squash, badminton, atletismo (salto), esquí alpino</p> <p>7 Deporte de competencia: tenis, atletismo (carrera pedestre), motocross, balonmano, baloncesto. Deporte de esparcimiento: fútbol, hockey sobre hielo, squash, atletismo (salto), cross-country</p> <p>6 Deporte de esparcimiento: tenis, badminton, balonmano, baloncesto, esquí alpino, aerobismo a razón de cinco entrenamientos por semana.</p> <p>5 Deporte de competencia: ciclismo Deporte de esparcimiento: aerobismo, a razón de dos entrenamientos por semana en suelo irregular Trabajo pesado: construcción, etc.</p>		<p>4 Deporte de esparcimiento: ciclismo, aerobismo a razón de dos entrenamientos por semana en terreno plano Trabajo de actividad mediana: conductor de camión, trabajo doméstico intenso</p> <p>3 Deporte de competencia o esparcimiento: natación, trabajo liviano, marcha por el bosque posible</p> <p>2 Trabajo liviano, marcha por el bosque imposible</p> <p>1 Trabajo sedentario, marcha en terreno plano posible</p> <p>0 Minusvalía profesional</p>	

notas surge la nota global, que corresponde a un resultado excelente, bueno, mediano o mediocre.

Sistema Lysholm-Tegner (cuadro II)

Lo emplean principalmente los equipos anglosajones. Esta ficha comprende ocho puntos, cuya notación es variable: inestabilidad, dolor, bloqueo, hinchazón, escaleras, cuclillas, cojera, bastón. En 1985, Tegner agregó una escala de actividad deportiva y profesional.

Sistema IKDC (International Knee Documentation Committee) (cuadro III)

Se lo puso a punto en 1992 para tratar de armonizar los criterios de los diferentes equipos medicoquirúrgicos, a la manera del sistema Constant para la patología del hombro. Toma en cuenta ocho parámetros, dos subjetivos y seis objetivos. Es el único que evalúa los parámetros anatómicos, y por ello parece ser el más preciso e indicado para evaluar las diferentes técnicas quirúrgicas.

*
* *

El examen clínico y articular de la rodilla debe ser programado, analítico y comparativo. Gracias al conocimiento de las estructuras anatómicas se puede orientar el diagnóstico, para completarlo luego mediante la evaluación articular goniométrica y la búsqueda de movimientos anormales o sintomáticos, que requiere una cierta experiencia.

Se aplican diversos modos de evaluación, a fin de poder controlar con exactitud una evolución clínica o un resultado quirúrgico.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: PARIER J., LUCAS D., POUX D., DEMARAIS Y. et SIMONNET J. – Bilans articulaires et cliniques du genou. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-008-E-20, 1997, 10 p.

Cuadro III.- Evaluación según el sistema IKDC: ficha descriptiva y ficha de valoración.

Evaluación ligamentaria de la rodilla Sistema IKDC 1992		Evaluación ligamentaria de la rodilla (Sistema IKDC, 1992)																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>APELLIDO: _____ NOMBRE: _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____</p> <p>ESTATURA: _____ PESO: _____</p> <p>FECHA DEL EXAMEN: _____</p> <p>CIRUJANO: _____</p> <p>FECHA DE LA OPERACIÓN: _____ TIPO DE INTERVENCIÓN: _____</p> <p>DEPORTE DE ELECCIÓN: _____ 2º deporte: _____</p> <p>RODILLA LESIONADA: <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA</p> <p>RODILLA CONTRALATERAL: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p>MOVILIDAD: RODILLA LESIONADA: _____ rodilla contralateral: _____</p> <p>TIPO DE ACCID. INICIAL <input type="checkbox"/> DEPORTE <input type="checkbox"/> FECHA ACCIDENTE INICIAL: _____</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> FECHA INTERV. PREVIA: _____</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJO-DEPORTE <input type="checkbox"/> TIPO INTERV. PREVIA: _____</p> <p><input type="checkbox"/> DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> POSTOPERATORIO: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Preaccidente</th> <th>Preoperatorio</th> <th>Postoperatorio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I. intensa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>II. moderada</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III. leve</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IV. sedentaria</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>CIRUGÍA ANTERIOR: _____</p> <p>ARTROSCOPIA (S): FECHA: (1)..... (2)..... (3)..... MENISCECTOMÍA (S): _____</p> <p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>MOVILIZACIÓN: TIPO: _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">COMPROMISO MENISCAL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>INTACTO</th> <th>1/3</th> <th>2/3</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INT.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXT.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">tipo: Laxo _____: Normal _____: Rígido _____</p> <p>Varo _____: Normoaxial _____: Valgo _____</p>	Actividad	Preaccidente	Preoperatorio	Postoperatorio	I. intensa				II. moderada				III. leve				IV. sedentaria					INTACTO	1/3	2/3	Total	INT.					EXT.					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>OCHO PARÁMETROS</th> <th>A. NORMAL</th> <th>B. CASI NORMAL</th> <th>C. ANORMAL</th> <th>D. MUY ANORMAL</th> <th colspan="4">NOTAS DEL GRUPO*</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 IMPRESIÓN DEL PACIENTE RCL RL</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 SÍNTOMAS</td> <td>I. ACTIVIDAD INTENSA</td> <td>II. ACTIVIDAD MODERADA</td> <td>III. ACTIVIDAD LEVE</td> <td>IV. SEDENTARIO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOLORES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EMPASTAMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>APRENSIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VERD. INESTABILIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 MOVILIDAD FLEXUM Δ DÉFICIT DE FLEXIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> < 3° <input type="checkbox"/> 0 a 5°</td> <td><input type="checkbox"/> 3 a 5° <input type="checkbox"/> 6 a 15°</td> <td><input type="checkbox"/> 6 a 10° <input type="checkbox"/> 16 a 25°</td> <td><input type="checkbox"/> > 10° <input type="checkbox"/> > 25°</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 EXAMEN LIGAMENTARIO (manual, instr., radiológico) Δ Lachman (25°)</td> <td><input type="checkbox"/> - 1 a 2 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 3 a 5 mm <input type="checkbox"/> < -1 a -3 mm rígido</td> <td><input type="checkbox"/> 6 a 10 mm <input type="checkbox"/> < -3 mm rígido</td> <td><input type="checkbox"/> > 10 mm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Freno Lachman Blando/Duro</td> <td><input type="checkbox"/> Duro</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Blando</td> <td><input type="checkbox"/> > 10 mm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ CAP</td> <td><input type="checkbox"/> 0 a 2 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 3 a 5 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 6 a 10 mm</td> <td><input type="checkbox"/> > 10 mm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ Subluxación tibial posterior</td> <td><input type="checkbox"/> 0 a 2 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 3 a 5 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 6 a 10 mm</td> <td><input type="checkbox"/> > 10 mm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ Valgo flexión RE</td> <td><input type="checkbox"/> 0 a 2 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 3 a 5 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 6 a 10 mm</td> <td><input type="checkbox"/> > 10 mm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ Varo flexión RI</td> <td><input type="checkbox"/> 0 a 2 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 3 a 5 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 6 a 10 mm</td> <td><input type="checkbox"/> 3/3+++</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ Resalto en RI</td> <td><input type="checkbox"/> ausente</td> <td><input type="checkbox"/> 1/3</td> <td><input type="checkbox"/> 2/3++</td> <td><input type="checkbox"/> 3/3+++</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ Resalto invertido</td> <td><input type="checkbox"/> ausente</td> <td><input type="checkbox"/> 1/3</td> <td><input type="checkbox"/> 2/3++</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 CRUJIDOS</td> <td></td> <td></td> <td>Crujidos con</td> <td>Crujidos con</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ FP</td> <td><input type="checkbox"/> no</td> <td><input type="checkbox"/> moderado</td> <td><input type="checkbox"/> dolor leve</td> <td><input type="checkbox"/> dolor fuerte</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ FTI</td> <td><input type="checkbox"/> no</td> <td><input type="checkbox"/> moderado</td> <td><input type="checkbox"/> dolor leve</td> <td><input type="checkbox"/> dolor fuerte</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δ FTE</td> <td><input type="checkbox"/> no</td> <td><input type="checkbox"/> moderado</td> <td><input type="checkbox"/> dolor leve</td> <td><input type="checkbox"/> dolor fuerte</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 ANOMALÍAS EN EL SITIO DE TOMA DE MATERIAL</td> <td><input type="checkbox"/> no</td> <td><input type="checkbox"/> escasa</td> <td><input type="checkbox"/> moderada</td> <td><input type="checkbox"/> severa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 RADIOGRAFÍAS</td> <td></td> <td></td> <td>Pinzamiento</td> <td>Pinzamiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PINZAMIENTO INTER. FTI</td> <td><input type="checkbox"/> normal</td> <td><input type="checkbox"/> remodelado</td> <td><input type="checkbox"/> < 50 %</td> <td><input type="checkbox"/> > 50 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PINZAMIENTO INTER. FTE</td> <td><input type="checkbox"/> normal</td> <td><input type="checkbox"/> remodelado</td> <td><input type="checkbox"/> < 50 %</td> <td><input type="checkbox"/> > 50 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PINZAMIENTO INTER. FP</td> <td><input type="checkbox"/> normal</td> <td><input type="checkbox"/> remodelado</td> <td><input type="checkbox"/> < 50 %</td> <td><input type="checkbox"/> > 50 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SALTO MONOPODAL</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 90 %</td> <td><input type="checkbox"/> 89 a 76 %</td> <td><input type="checkbox"/> 75 a 50 %</td> <td><input type="checkbox"/> < 50 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NOTA GLOBAL**</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	OCHO PARÁMETROS	A. NORMAL	B. CASI NORMAL	C. ANORMAL	D. MUY ANORMAL	NOTAS DEL GRUPO*									A	B	C	D	1 IMPRESIÓN DEL PACIENTE RCL RL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 SÍNTOMAS	I. ACTIVIDAD INTENSA	II. ACTIVIDAD MODERADA	III. ACTIVIDAD LEVE	IV. SEDENTARIO					DOLORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					EMPASTAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					APRENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VERD. INESTABILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 MOVILIDAD FLEXUM Δ DÉFICIT DE FLEXIÓN	<input type="checkbox"/> < 3° <input type="checkbox"/> 0 a 5°	<input type="checkbox"/> 3 a 5° <input type="checkbox"/> 6 a 15°	<input type="checkbox"/> 6 a 10° <input type="checkbox"/> 16 a 25°	<input type="checkbox"/> > 10° <input type="checkbox"/> > 25°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 EXAMEN LIGAMENTARIO (manual, instr., radiológico) Δ Lachman (25°)	<input type="checkbox"/> - 1 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm <input type="checkbox"/> < -1 a -3 mm rígido	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm <input type="checkbox"/> < -3 mm rígido	<input type="checkbox"/> > 10 mm					Freno Lachman Blando/Duro	<input type="checkbox"/> Duro		<input type="checkbox"/> Blando	<input type="checkbox"/> > 10 mm					Δ CAP	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> > 10 mm					Δ Subluxación tibial posterior	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> > 10 mm					Δ Valgo flexión RE	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> > 10 mm					Δ Varo flexión RI	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> 3/3+++					Δ Resalto en RI	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 2/3++	<input type="checkbox"/> 3/3+++					Δ Resalto invertido	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 2/3++		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 CRUJIDOS			Crujidos con	Crujidos con					Δ FP	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> dolor fuerte					Δ FTI	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> dolor fuerte					Δ FTE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> dolor fuerte					6 ANOMALÍAS EN EL SITIO DE TOMA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> escasa	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> severa					7 RADIOGRAFÍAS			Pinzamiento	Pinzamiento					PINZAMIENTO INTER. FTI	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> remodelado	<input type="checkbox"/> < 50 %	<input type="checkbox"/> > 50 %					PINZAMIENTO INTER. FTE	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> remodelado	<input type="checkbox"/> < 50 %	<input type="checkbox"/> > 50 %					PINZAMIENTO INTER. FP	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> remodelado	<input type="checkbox"/> < 50 %	<input type="checkbox"/> > 50 %					SALTO MONOPODAL	<input type="checkbox"/> ≥ 90 %	<input type="checkbox"/> 89 a 76 %	<input type="checkbox"/> 75 a 50 %	<input type="checkbox"/> < 50 %					NOTA GLOBAL**					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad	Preaccidente	Preoperatorio	Postoperatorio																																																																																																																																																																																																																																																																																													
I. intensa																																																																																																																																																																																																																																																																																																
II. moderada																																																																																																																																																																																																																																																																																																
III. leve																																																																																																																																																																																																																																																																																																
IV. sedentaria																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	INTACTO	1/3	2/3	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																												
INT.																																																																																																																																																																																																																																																																																																
EXT.																																																																																																																																																																																																																																																																																																
OCHO PARÁMETROS	A. NORMAL	B. CASI NORMAL	C. ANORMAL	D. MUY ANORMAL	NOTAS DEL GRUPO*																																																																																																																																																																																																																																																																																											
					A	B	C	D																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1 IMPRESIÓN DEL PACIENTE RCL RL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
2 SÍNTOMAS	I. ACTIVIDAD INTENSA	II. ACTIVIDAD MODERADA	III. ACTIVIDAD LEVE	IV. SEDENTARIO																																																																																																																																																																																																																																																																																												
DOLORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																												
EMPASTAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																												
APRENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																												
VERD. INESTABILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
3 MOVILIDAD FLEXUM Δ DÉFICIT DE FLEXIÓN	<input type="checkbox"/> < 3° <input type="checkbox"/> 0 a 5°	<input type="checkbox"/> 3 a 5° <input type="checkbox"/> 6 a 15°	<input type="checkbox"/> 6 a 10° <input type="checkbox"/> 16 a 25°	<input type="checkbox"/> > 10° <input type="checkbox"/> > 25°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
4 EXAMEN LIGAMENTARIO (manual, instr., radiológico) Δ Lachman (25°)	<input type="checkbox"/> - 1 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm <input type="checkbox"/> < -1 a -3 mm rígido	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm <input type="checkbox"/> < -3 mm rígido	<input type="checkbox"/> > 10 mm																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Freno Lachman Blando/Duro	<input type="checkbox"/> Duro		<input type="checkbox"/> Blando	<input type="checkbox"/> > 10 mm																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ CAP	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> > 10 mm																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ Subluxación tibial posterior	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> > 10 mm																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ Valgo flexión RE	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> > 10 mm																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ Varo flexión RI	<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> 3/3+++																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ Resalto en RI	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 2/3++	<input type="checkbox"/> 3/3+++																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ Resalto invertido	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 2/3++		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
5 CRUJIDOS			Crujidos con	Crujidos con																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ FP	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> dolor fuerte																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ FTI	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> dolor fuerte																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Δ FTE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> dolor fuerte																																																																																																																																																																																																																																																																																												
6 ANOMALÍAS EN EL SITIO DE TOMA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> escasa	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> severa																																																																																																																																																																																																																																																																																												
7 RADIOGRAFÍAS			Pinzamiento	Pinzamiento																																																																																																																																																																																																																																																																																												
PINZAMIENTO INTER. FTI	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> remodelado	<input type="checkbox"/> < 50 %	<input type="checkbox"/> > 50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																												
PINZAMIENTO INTER. FTE	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> remodelado	<input type="checkbox"/> < 50 %	<input type="checkbox"/> > 50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																												
PINZAMIENTO INTER. FP	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> remodelado	<input type="checkbox"/> < 50 %	<input type="checkbox"/> > 50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																												
SALTO MONOPODAL	<input type="checkbox"/> ≥ 90 %	<input type="checkbox"/> 89 a 76 %	<input type="checkbox"/> 75 a 50 %	<input type="checkbox"/> < 50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																												
NOTA GLOBAL**					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								

Grupo: * la nota más baja dentro de un grupo determina la nota del grupo. ** La nota más baja de un grupo determina la nota global para las laxitudes recientes o semirrecientes. Para las laxitudes crónicas, comparar las evaluaciones pre y postoperatorias. Aunque se registran todos los parámetros, en la nota global sólo se toman en cuenta los cuatro primeros. Δ: Diferencia entre rodilla lesionada y rodilla sana o supuestamente normal. RL: rodilla lesionada; RCL: rodilla contralateral; RI: rotación interna; RE: rotación externa. FP: femoropatelar; FTE: femorotibial externo; FTI: femorotibial interno; CAP: cajón anteroposterior.

Bibliografía

- | | | |
|--|--|--|
| <p>[1] Anderson AF, Snyder RB, Federspiel CF, Lipscomb AB. Instrumented evaluation of knee laxity: A comparison of five arthrometers. <i>Am J Sports Med</i> 1992; 20: 135-140</p> <p>[2] Anderson C, Gillquist J. Instrumented testing for evaluation of sagittal knee laxity. <i>Clin Orthop</i> 1990; 256: 178-184</p> <p>[3] Aubriot JH. Évaluation fonctionnelle des résultats de la chirurgie du genou. Cahiers d'enseignements de la SOFCOT. Paris: Expansion Scientifique Française, 1987: 219-232</p> <p>[4] Bach BR, Warren RF, Flynn WM, Kroll M, Wickiewicz TL. Arthrometric evaluation of knees that have a torn anterior cruciate ligament. <i>J Bone Joint Surg</i> 1990; 72A: 1299-1306</p> <p>[5] Chatrenet Y. Évaluation du flexum et du recurvatum du genou par la méthode dite centimétrique. <i>Ann Kinesither</i> 1994; 21: 417-418</p> <p>[6] Christel P, Dijan P, Darman Z, Witvoët J. Étude des résultats de l'intervention de Marshall; Mac Intosh selon trois systèmes d'évaluation. <i>Rev Chir Orthop</i> 1993; 79: 473-483</p> | <p>[7] Coureur D. Postures « physiologiques » du genou. <i>Kinesither Sci</i> 1992; n 312: 7-13</p> <p>[8] Cronier P, Talha H, Lorimer G, Guntz M. Comment palper facilement le ligament latéral externe du genou. <i>Presse Med</i> 1987; 16: 2128</p> <p>[9] Danowski R, Chanussot JC. Traumatologie du sport. Paris: Masson, 1993</p> <p>[10] Fiquet A. Analyse et comparaison des fiches d'évaluation fonctionnelle actuellement utilisées pour les genoux ménisco-ligamentaires. [Thèse], université Claude Bernard, Lyon I, 1989</p> <p>[11] Fithian DC, Mishra DK, Balen PF, Stone ML, Daniel DM. Instrumented measurement of patellar mobility. <i>Am J Sports Med</i> 1995; 23: 607-615</p> <p>[12] Kipnis JM, McConville QR, Richmond J. Assessment of the international knee documentation committee standard knee ligament evaluation form. Trans 18th annual meeting of the AOSSM, San Diego, 1992</p> <p>[13] Lemaire, M. Ruptures anciennes du ligament croisé antérieur du genou. <i>J Chir</i> 1967; 93: 311-320</p> <p>[14] Lemaire, M. Instabilité chronique du genou. <i>J Chir</i> 1975; 110: 281-291</p> | <p>[15] Lerat JL. Les laxités ligamentaires anciennes post traumatiques du genou. Résultats de 358 interventions. [Thèse]. Lyon, 1972</p> <p>[16] Lucas, D. Les tests de Lachman. <i>Med Sport</i> 1996; n 3: 9-10</p> <p>[17] Michaux M. L'examen des affections traumatiques du genou. Les « trucs » et les « pièges ». <i>Ann Kinesither</i> 1984; 11: 271-278</p> <p>[18] Moyer B, Tarquini C, Brunet E et al. Les nouveaux tests dans l'examen programmé du genou (clinique). <i>Cinesologie</i> 1981; 20 (n 81): 309-317</p> <p>[19] Stickland A. Examination of the knee joint. <i>Physiotherapy</i> 1984; 70: 144-150</p> <p>[20] Van Nederveelde T. Évaluation des résultats fonctionnels de la ligamentoplastie selon MacIntosh après rupture du LCA. Application à une série de 48 cas par comparaison de 3 systèmes de cotation. [Thèse], Caen, 1987</p> |
|--|--|--|