

Introducción

El síndrome femoropatelar es un proceso multifactorial en el que clínicamente se presenta dolor en la región anterior de la rodilla que se intensifica con la carga de peso y la rodilla en hiperflexión.

Entre los factores predisponentes encontramos antecedentes traumáticos agudos o repetitivos, y una alineación alterada de la cadena cinética del miembro inferior explicada por un desequilibrio entre los estabilizadores estáticos óseos (tróclea, eje y morfología femorotibial y rotuliana) y dinámicos (ángulo cuadricipital y debilidad musculatura extensora y flexora entre otros).

Más allá del examen físico debemos realizar un correcto estudio del eje en el plano coronal (varo-valgo), en el plano axial (rotacional) y sagital (flexo-recurvatum).

En ocasiones, pacientes con un aparente varo en la exploración física, al realizar la bipedestación en rotación neutra, presenta una convergencia de ambas rótulas por una hiperrotación interna femoral y una rotación externa tibial compensatoria. Es lo que se conoce como “pseudo varo” o “falso varo”, y puede en la telemetría falsear un elevado ángulo Q, y orientarnos a una errónea actitud terapéutica.

Objetivo

Describir el caso de un paciente intervenido de osteotomía de adición medial tibial en la rodilla derecha sin resolución de la clínica dolorosa, relacionado con un estudio insuficiente del eje en los tres planos del espacio.

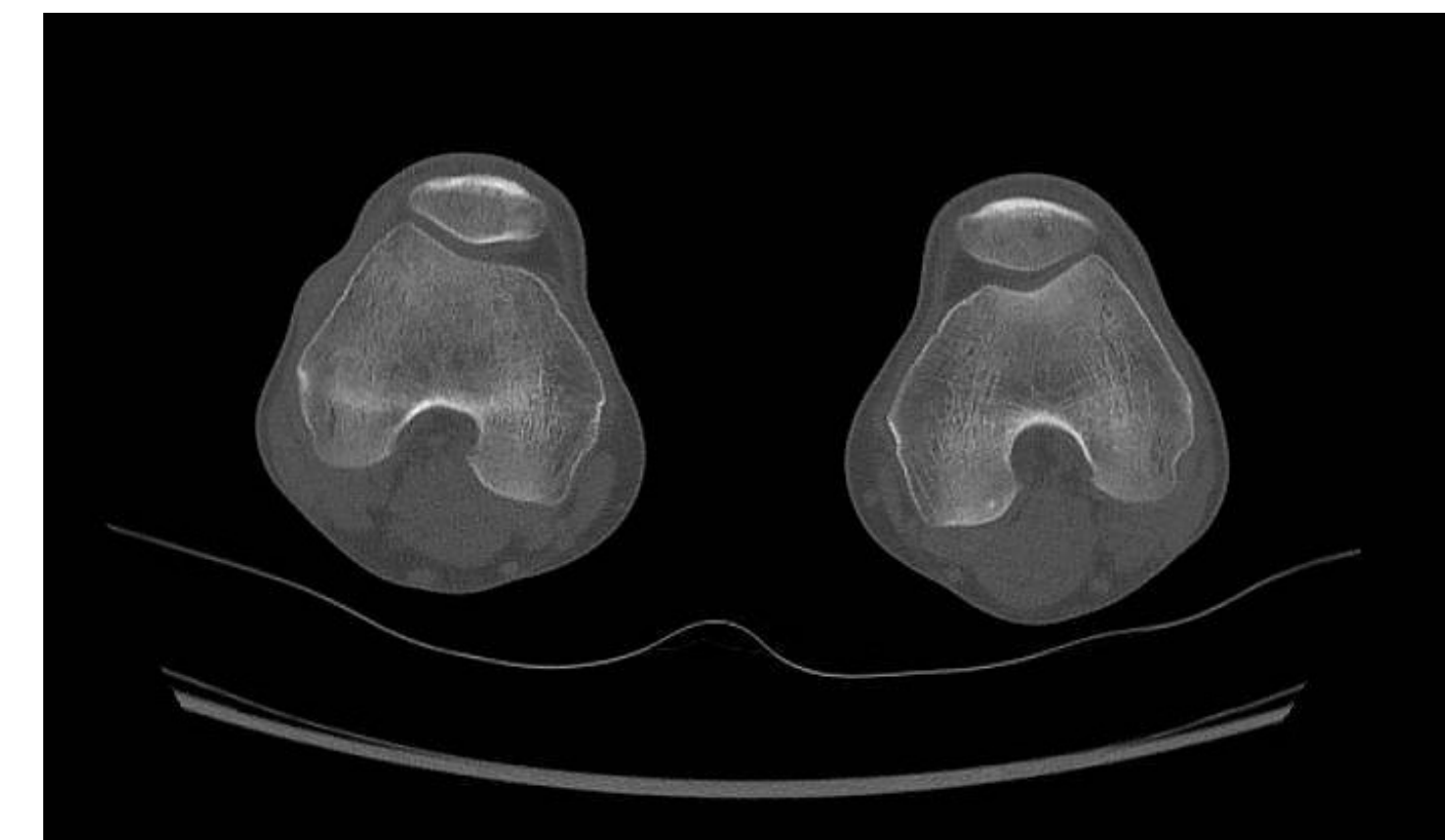


Material y métodos

Se realiza la descripción del caso de un paciente varón de 28 años que acude a nuestra consulta con antecedentes de osteotomía de adición medial tibial con posterior retirada del material y persistencia de la gonalgia anterior.

En la exploración se aprecia un normoeje en rodilla derecha y un varo de unos 12º en la contralateral. El resto de la exploración es normal, con dolor a la palpación en región anterior de la rodilla y signo de Zohlen positivo.

Al pedir al paciente que realice la bipedestación con las piernas juntas, apreciamos convergencia medial patelar sugestiva de una malalineación torsional del eje, por lo que solicitamos un TAC para su estudio.



Resultados

El resultado del estudio fue un ángulo de anteversión (eje del cuello femoral y línea tangente del borde posterior de los cóndilos femorales) del cuello femoral derecho de 31º (normal 10-15º) y ángulo de torsión tibial (borde posterior de la meseta tibial y línea a través del punto central de tibia y peroné) derecho de 42º (normal 20-25º).

Se realiza RMN para descartar la presencia de lesiones u artrosis avanzada a nivel de la articulación femoropatelar. Finalmente se propuso al paciente realizar un osteotomía desrotadora infratuberositaria, al descubrir un ángulo Q normal de 14º.

Conclusiones

El síndrome de dolor anterior de rodilla Constituye uno de los principales motivos de consulta, en especial en pacientes jóvenes, mujeres y deportistas.

El diagnóstico se realiza por exclusión de otras causas potenciales de dolor como gonartrosis o lesión meniscal, y es principalmente clínico.

En estos pacientes resulta primordial estudiar el eje en los tres planos del espacio, ya que si únicamente valorásemos el plano coronal, y con ambos pies en rotación externa, podría parecer que el paciente presenta un ángulo Q aumentado, cuando en realidad no lo tiene, o atribuir la causa del dolor a otro proceso que no está causando la clínica del paciente.

Bibliografía

1. Davids JR, Davis BR, Jameson LC, David EW, James WH. “Surgical management of persistent intoeing gait due to increased internal tibial torsion in children”. *J Pediatr Orthop*. 2014; 34(4): 467-73.
2. Glaviano NR, Kew M, Hart JM, Saliba S. “Demographic and epidemiological trends in patellofemoral pain”. *Int J Sports Phys Ther*. 2015;10(3):281-290.
3. Crossley KM, Stefanik JJ, Selfe J, et al. 2016 “Patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Pain Research Retreat, Manchester. Part 1: terminology, definitions, clinical examination, natural history, patellofemoral osteoarthritis and patient-reported outcome measures”. *Br J Sports Med*. 2016;50(14):839-843.
4. Thomas MJ, Wood L, Selfe J, Peat G. “Anterior knee pain in younger adults as a precursor to subsequent patellofemoral osteoarthritis: a systematic review”. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:201.