

Tratamiento conservador de los síndromes dolorosos patelofemorales

Dr. Nicolás Zarur Mina,* Dr. Eduardo Caldelas Cuéllar,* Dr. César Dacosta Gómez Bueno,*
Benigno Zenteno Chávez*

Sports Clinic, México, D.F.

RESUMEN. Los síndromes dolorosos patelofemorales pueden ser tratados inicialmente de manera no quirúrgica en la mayoría de los casos. El éxito del tratamiento no quirúrgico depende de la severidad de la patología tanto como del protocolo de tratamiento elegido. Se presentan los principales tipos de tratamiento no quirúrgico para el dolor patelofemoral empleados en Sports Clinic. Se incluye modificación de las actividades habituales, medicación y programa completo de terapia física y rehabilitación.

Palabras clave: rodilla, dolor, patela, tratamiento.

Aunque es cierto que la mayoría de los pacientes mejoran con un tratamiento no quirúrgico en los desórdenes patelofemorales, aún existe poca experiencia en la manera de abordar estas patologías, aún entre ortopedistas experimentados.

Si bien es cierto que la mala alineación patelar es una entidad patológica frecuentemente observada, también es cierto que el dolor "misterioso" en la rodilla es simplemente etiquetado como «condromalacia», lo cual de manera inmediata excluye otros diagnósticos como enfermedades inflamatorias, neuromas, dolores referidos de cadera o de columna etc.

Por lo tanto, de manera inicial, el paciente debe ser completamente examinado para descartar otras patologías, siendo éste el primer paso para el éxito en el tratamiento no quirúrgico.

Muchas condiciones pueden ser añadidas a este tipo de tratamiento, como son el uso de medicamentos antiinflamatorios, programa de fortalecimiento muscular y estiramientos en el domicilio del paciente, terapia física adecuada (movilización selectiva, estiramientos, fortalecimiento muscular), modificación en la actividad habitual y en el menor de los casos el uso juicioso de infiltraciones.

Modificación de la actividad. Esta es la manera más fácil y al mismo tiempo la más difícil de llevar a cabo. Es lógico eliminar aquellas actividades que causan dolor, sin embargo, los pacientes visitan al ortopedista específica-

SUMMARY. Painful patello-femoral syndrome must be initially treated by conservative procedures, as it is expected a good response in those patients who have mild affection of the patello-femoral joint. Fundamentals of conservative treatment which is applied in our Sports Clinic that includes reforming daily activities, drug prescription and a complete rehabilitation and exercise program is discussed.

Key words: patella, knee, pain, therapy.

mente para poder continuar desarrollando dichas actividades. Aún así, en casos seleccionados, es razonable modificar su actividad física, pero en ocasiones el paciente se siente satisfecho con la orden de dejar cierta actividad.

Medicamentos. Empleamos un esquema de tratamiento durante 8 semanas el cual consiste en la administración de ácido acetilsalicílico a dosis decrecientes, con la finalidad de lograr mejoría en el dolor y en el proceso inflamatorio. El esquema de tratamiento es el siguiente:

650 mg cada 6 hrs durante la primera semana, cada 8 hrs la segunda semana, cada 12 hrs las semanas tercera y cuarta, y durante las cuatro últimas semanas una sola toma al día. A este esquema farmacológico se añade un programa de fortalecimiento muscular y estiramientos en casa (sin supervisión directa) encaminado hacia el cuádriceps, especialmente el vasto medial, con la finalidad de lograr, en la medida de lo posible, una adecuada alineación femoropatelar.

En esta etapa de tratamiento, se modifica parcialmente la actividad habitual, sólo en los ejercicios o las actividades que provoquen malestar, como lo son los saltos, la carrera, la flexión forzada de las rodillas, la bipedestación prolongada. Se insiste en la realización de ejercicios isométricos, bicicleta y natación.

Cabe mencionar que en las etapas iniciales, aproximadamente el 80% de los pacientes mejoran con este programa de tratamiento combinado.

Terapia física. Estiramientos. Este es uno de los componentes fundamentales de la terapia física. El fisioterapeuta debe estar familiarizado con esta patología, y se deben realizar estiramientos en todos los grupos musculares que

* Práctica privada.

estén involucrados, como el cuádriceps, la banda iliotibial, el tríceps sural, los glúteos.

Modalidades. Estas incluyen compresas calientes, ultrasonido, laser cuando se encuentran puntos dolorosos específicos, crioterapia y ocasionalmente hidroterapia cuando se requiere. Estos pueden ser de gran ayuda debido a que la articulación de la rodilla es de localización relativamente superficial, y la mejoría del dolor proveniente de los tejidos inflamados es de gran ayuda en el curso de la terapia.

Fortalecimiento muscular. Es conocido que un cuádriceps fuerte disminuye el dolor patelofemoral. Debido a que las fibras oblicuas del vasto medial son el principal estabilizador medial dinámico de la patela, los ejercicios de fortalecimiento se deben encaminar a dicho músculo.

Los ejercicios pueden ser de cadena cerrada o de cadena abierta. En el primero de los casos el paciente tiene el pie colocado sobre el piso o sobre algún otro objeto (como en el press de pierna), en el segundo caso el pie permanece libre (como en las extensiones o el curl de pierna). A pesar de que los ejercicios de cadena abierta no simulan las actividades reales, de manera que no condicionan estrés fisiológico en el cartilago articular patelofemoral, especialmente con la rodilla en extensión, permiten el fortalecimiento del cuádriceps con mínimo estrés en la patela. Estos se realizan al inicio del programa de terapia física.

Los ejercicios de cadena cerrada simulan algunas actividades básicas de la vida cotidiana como el sentarse e incorporarse de una silla o el subir y bajar escaleras. Con éstos, se trabajan grupos musculares específicos y se realizan en la segunda etapa del programa de rehabilitación.

Habitualmente se requieren de 15 hasta treinta sesiones de terapia física para lograr remisión de la sintomatología, esto dependiendo de la severidad de la sintomatología inicial y de la actividad previa del paciente (de 3 a 6 semanas), pero el dolor patelofemoral disminuye en el 90% o más de los pacientes.

Posterior al programa de terapia física supervisado de manera individualizada por un fisioterapeuta, se continúa con un programa permanente de fortalecimiento muscular en casa, el cual consiste básicamente en estiramientos, ejercicios isométricos,

ejercicios de cadena abierta y de cadena cerrada, bicicleta y pliométricos, para concluir con crioterapia y masaje con hielo.

Inyecciones. Estas tienen un valor limitado en el tratamiento de la mala alineación patelofemoral. Sin embargo, pueden ser usadas a manera de diagnóstico diferencial. Por ejemplo, una inyección de anestésico local en la porción distal de la banda iliotibial, puede ayudar a identificar un problema de tendinitis contra uno de dolor patelofemoral. Una inyección intraarticular ayuda a determinar si el dolor se origina en ésta o es extraarticular.

Calzado y ortesis. Una mecánica anormal del pie puede causar o exacerbar el dolor en la rodilla, aún en presencia de una anatomía normal. Por lo anterior se debe revisar el calzado especialmente en el paciente deportista, y cambiarlo o modificarlo si es necesario.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que tienen dolor patelofemoral en etapas iniciales originado por mala alineación rotuliana pueden ser manejados con métodos no quirúrgicos. Excepto en los pacientes con las formas más severas de mala alineación patelofemoral, en los cuales se indica el tratamiento quirúrgico, vale la pena iniciar con métodos conservadores de tratamiento, en los cuales está comprobado que existen resultados satisfactorios cuando se realizan de manera adecuada, y son supervisados por personal que tiene conocimiento de estas patologías.

Bibliografía

1. Aglietti P, Insall JH, Cerulli G. Patellar pain and incongruence. *Clin Orthop* 1983; 122: 217-224.
2. Grelsamer RP. The nonsurgical treatment of patellofemoral disorders. *Op Tech Sports Med* 1999; 7: 65-68.
3. Liebler WA. Treatment of patellar lesions for instability, a perplexing problem. *Orthop Rev* 1974; 6: 25-37.
4. Merchant AC. Calsification of patellofemoral disorders. *Arthroscopy* 1988; 4: 235-240.
5. Merchant AC. Patellofemoral disorders. Biomechanics, diagnosis and non operative treatment, in McGinty JB (ed): *Operative Arthroscopy*, NY, Raven Press 1991: 261-275.
6. Withman PA, Melvin M, Nicholas JA. Common problems seen in a sports injury clinic. *J Sports Med* 1981; 9: 105-110.

