Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):26

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1630 - Rodillazo desgarrador

M.G. García López[a], S. Cinza Sanjurjo[b], A. Sánchez Corredoira[a], P. Antelo Pais[c], L.F. Bernárdez McCudden[d], L. Romero Iglesias[d], P. Calvo Gómez[a], I.C. García de la Cruz Sampedro[d], C. Durán Álvarez[a] y M.J. Otero Gómez[i]

[a]Médico Residente; [e]Médico de Familia. Centro de Salud de Noia. Santiago de Compostela.[b]Médico de Familia; [d]Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Porto do Son. Santiago de Compostela.[c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años que refiere gonalgia unilateral, de 15 días de evolución que inicia una mañana tras noche de fiesta sin recordar mecanismo de la lesión. El dolor permite conservar deambulación con leve inestabilidad de la rodilla en carga y limitación parcial para la extensión activa.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, marcha conservada aunque con cierto arrastre de todo el miembro inferior. Signo hachazo y edema duro en región suprapatelar interna, asociado a equimosis y hematoma periarticular evolucionado. Mínimo calor respecto a rodilla contralateral. No dolor a la presión de cabeza de peroné. Flexo-extensión activa conservada pero dolorosa. Prueba de Lachman y cajón posterior negativos, rodilla estable ante la sobrecarga en varo/valgo. No aumento de sensibilidad a la palpación de interlínea articular con McMurray negativo. Dolor selectivo a la palpación profunda en región suprapatelar con dificultad para extensión contrarresistencia de la rodilla. El paciente no cumple criterios de Ottawa por lo que descartamos realizar radiografía simple, pero sí realizamos ecografía que muestra imagen anecoica compatible con hematoma de fibras musculares, sin poder descartar rotura parcial de tendón de cuádriceps. Procedemos a inmovilizar rodilla y derivar a urgencias para valoración por servicio de traumatología, que realizan radiografía simple, ecografía y resonancia nuclear magnética que confirman nuestro hallazgo e indican cirugía.

Juicio clínico: Rotura parcial tendón cuádriceps femoral.

Diagnóstico diferencial: Rotura tendón cuádriceps/contusión tendón cuádriceps/desgarro fibrilar vastos recto.

Comentario final: En atención primaria en general cobra gran importancia la exploración física, más destacable si cabe en las lesiones osteomusculares en la cual nos basamos para la orientación de pruebas complementarias

Bibliografía

1 Bauer SJ, Hollander JE, Fuchs SH, et al. A clinical decisión rule in the evaluation of acute knee injuries. J Emerg Med. 1995;13:611-5,

Palabras clave: Cuádriceps. Rotura. Exploración. Radiografía.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.