

Una señora con dolor de rodilla

María Dolores Arceo y Esteban Rubinstein

A continuación desarrollamos una modalidad de supervisión que realizamos en la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva con residentes de tercer año. Un médico de planta (MP) permanece en forma pasiva en el consultorio del residente (RT) mientras éste atiende a un paciente. Una vez que el paciente deja el consultorio ambos revisan aspectos de la entrevista y el diálogo es transcrito en ese momento (ver abajo). La consulta debe durar menos de veinte minutos y el diálogo se realiza en quince minutos. Generalmente, el MP finalmente le sugiere al RT un tema clínico para revisar que tenga que ver con lo que ha ocurrido en la consulta.

VIÑETA CLÍNICA DE LA CONSULTA Y DIÁLOGO POSTERIOR

La RT atiende una paciente cuya médica de cabecera está de licencia hasta dentro de dos meses. Es una señora de cincuenta años, operada de cáncer de mama hace cuatro años y seguida por el especialista. Toma 20 mg de tamoxifeno por día. Viene a traer unos análisis de sangre y una Rx de rodilla que le había pedido su médica. El MP permanece todo el tiempo en el consultorio junto a la RT (es presentado a la paciente como un colega que va a observar la entrevista y participa sólo una vez, a pedido de la RT). La consulta dura diecisiete minutos.

MP: —¿Por qué no contás brevemente qué ocurrió en la consulta?

RT: —Toda la primera parte de la consulta hablamos del hemograma, ya que la señora tenía leucopenia, plaquetopenia y reticulocitos elevados. Te hice intervenir porque no sabía qué hacer con eso. Buscamos en un vademécum y encontramos que el tamoxifeno puede causar leucopenia y plaquetopenia, así que pudimos reasegurarla en relación con ese tema y le indicamos una consulta con hematología para corroborar nuestro diagnóstico. Mientras estábamos buscando lo del tamoxifeno vos le preguntaste a la señora si venía por alguna otra cosa y ella dijo que sí, que no sabía si su médica lo había escrito en la historia clínica, pero que ella se lo había contado y que últimamente le dolían las rodillas y por eso la doctora le había pedido una placa. El dolor es más por la mañana, no la limita en sus actividades pero le preocupa que progrese.

MP: —¿Cuál es la intensidad del dolor?

RT: —No se lo pregunté.

MP: —¿En qué circunstancias duele?

RT: —A la mañana, cuando empieza a caminar y cuando sube la escalera... En realidad hubo muchas cosas que no le pregunté: si había hecho algún tratamiento, si alguna vez tuvo alguna lesión..., le pregunté si había estado inflamada, pero ahora veo que subestimé lo de la rodilla.

MP: —¿Pensás que si ella solamente hubiera consultado por eso le habrías dado más importancia a la rodilla?

RT: —Sí. Y yo creo que si fuera mi paciente también le hubiera prestado más atención a cuánto la limitaba el dolor y todo eso.

MP: —Mientras le revisabas la rodilla, ¿en qué pensabas?

RT: —No, ahí estaba pensando en la rodilla.

MP: —Está bien, ¿pero qué buscabas en las maniobras?

RT: —Ver que no hubiese ninguna lesión ligamentaria, o meniscal, no dejar pasar nada relevante.

MP: —¿Qué le dijiste a la señora en relación con su rodilla?

RT: —Que se quede tranquila, que siga haciendo ejercicio, que trate de no hacer cosas que desgastasen la rodilla en cuanto a ejercicios de alto impacto y que esto no tenía por qué progresar, pero yo te reconozco que a mí lo articular no me atrae, no es algo que me movilice, pero a mis pacientes con dolor de rodilla en general las hago consultar a algún especialista; a esta señora ni siquiera.

MP: —¿Evaluaste si la señora estaba de acuerdo con tu apreciación sobre su problema de la rodilla?

RT: —Te podés imaginar que con lo que ya había durado la consulta y mi poco interés en ese problema no tenía ganas de enterarme si la señora estaba de acuerdo.

MP: —O sea, no. En cuanto a la neutropenia y el tamoxifeno, ¿evaluaste su acuerdo?

RT: —No lo evalué directamente, pero creo que la señora vio que lo buscamos, lo leímos y ahí sí creo que la señora se quedó más tranquila.

MP: —¿Qué aprendizaje podés sacar de esta consulta y de lo que charlamos?

RT: —Sobre todo que el problema o la “agenda” que trae la paciente hay que tomarlo en cuenta más allá de revisarla, de dedicarle tres minutos de la consulta; o sea, pensar más en qué es lo que vino a buscar. Es verdad que la señora se hubiera ido más conforme con una solución para su rodilla.

DEVOLUCIÓN (COMENTARIO DE CIERRE) DEL MP A LA RT LUEGO DEL DIÁLOGO

Bien. Esta señora probablemente tenga un síndrome de dolor patelofemoral o una artrosis patelofemoral (teníamos sólo una Rx de ambas rodillas de frente que era normal y no teníamos el perfil). No queda claro en la consulta cuánto le molesta esto en su vida cotidiana, pero vemos (por lo que dijiste recién) que no le diste mucha importancia al tema. Me parece interesante que pensemos que los médicos de familia muchas veces debemos dedicarnos a tranquilizar (reasegurar) a pacientes preocupados o angustiados porque creen que tienen algo grave pero, por otra parte, también tenemos una tendencia a minimizar los problemas menores o triviales y perdemos eficacia al no ofrecer un plan de acción sencillo que podría mejorar el síntoma. Muchas veces esto nos ocurre porque no escuchamos lo que busca el paciente y otras porque, si bien sabemos que el paciente no tiene algo grave, no sabemos qué ofrecerle. En este caso, podrían indicarse ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps o un *taping* (ver más adelante), no sé, también se podría consultar con un especialista. Faltó evaluar cuán interesada estaría la paciente en hacer este tipo de cosas. La sugerencia, entonces, es que pienses en lo que charlamos y me gustaría que busques bibliografía y hagas una breve revisión del síndrome de dolor patelofemoral.

BREVE REVISIÓN DEL SÍNDROME DE DOLOR PATELOFEMORAL

El síndrome de dolor patelofemoral (SDPF) es una entidad frecuente en adolescentes y adultos activos. Se puede definir como un dolor difuso, en la zona anterior de la rodilla, retro y peripatelar, de instalación gradual, a menudo acompañado de sensación de inestabilidad y crepitación y que puede comprometer a una o a ambas rodillas. El dolor suele desencadenarse o aumentar con la actividad física, en especial al subir o bajar escaleras, al correr, al andar en bicicleta o al incorporarse luego de permanecer sentado por un tiempo prolongado ("signo del teatro").

La articulación de la rodilla está compuesta por tres compartimientos: tibiofemoral lateral y medial y patelofemoral. Su estabilidad está dada por los ligamentos cruzados, los meniscos y la cápsula articular, con sus ligamentos asociados. La superficie articular de la rótula presenta diferentes áreas de contacto con el fémur y la grasa infrarrotuliana que varían según las diferentes posiciones de la articulación de la rodilla. El dolor en la cara anterior de la

rodilla puede deberse a afecciones de la rótula o de las bursas relacionadas (parapatelar) entre las cuales se destacan las siguientes entidades: SDPF, inestabilidad patelar, condromalacia y artrosis (osteoartritis) patelofemoral. Las causas de dolor peripatelar son: enfermedad de Osgood-Schlatter y bursitis prepatelar, infrapatelar y anserina.

Existen dos teorías que intentan explicar la etiología del SDPF: a) Por sobreuso y sobrecarga: la flexión excesiva de la rodilla aumenta la presión que ejerce la rótula sobre el fémur. La sobrecarga de peso también parecería tener un papel en la génesis del SDPF y b) Por disfunción muscular y problemas biomecánicos: se postula que la mala alineación patelofemoral podría conducir a una trayectoria anormal de la patela con respecto a la tróclea femoral. Dicha mala alineación podría ser inducida por un aumento dinámico y/o estático del valgo debido a la ausencia de un control muscular adecuado, a una excesiva pronación del pie o a la presencia de pie plano. Todas estas causas producirían una rotación interna compensatoria de la tibia o del fémur (anteversión femoral), alterando el mecanismo articular patelofemoral.

El diagnóstico del SDPF se realiza básicamente mediante el interrogatorio (ver arriba en el primer recuadro "características clínicas"). En el examen físico puede haber crepitación patelofemoral a la flexoextensión de la rodilla. El dolor patelar puede documentarse mediante dos maniobras: a) Con la pierna extendida, en posición supina y la rodilla relajada, se desplaza la rótula con suavidad hacia abajo y se la mantiene con firmeza en esa posición mientras se le solicita al paciente que contraiga el cuádriceps. La presencia de dolor sugiere un origen patelar. La positividad de esta maniobra debe comprobarse con la ausencia de dolor en la rodilla no afectada y b) Se le pide al paciente que mantenga la rodilla afectada en flexión extrema durante un minuto. La aparición gradual de dolor anterior indica una probable lesión patelar. El resto de la semiología de la rodilla (maniobras meniscales, ligamentarias, etc.) suelen ser negativas. En la evaluación inicial del SDPF no es necesario solicitar estudios complementarios. De hecho, la Rx es normal. Si el médico decide pedir Rx (sobre todo para reaseguro del paciente) se recomienda solicitar una placa de ambas rodillas de pie, de frente y perfil, de manera de evaluar la posible presencia de artrosis tibiofemoral (se evidencia en el frente) o patelofemoral (se evidencia en el perfil).

El SDPF es una entidad muy frecuente cuyo diagnóstico es eminentemente clínico y que es muy sencillo si el médico conoce el cuadro clínico y se orienta hacia él cuando el paciente relata los síntomas.

Existen escasos estudios publicados (y todos de bastante mala calidad metodológica) acerca del tratamiento del SDPF. Las herramientas terapéuticas que se le pueden ofrecer al paciente son:

a) Ejercicios: inicialmente, el médico debería indicar la reducción de la actividad forzada de la rodilla, al menos relativamente, y enseñarle al paciente ejercicios para fortalecer el cuádriceps como los que se muestran en las figuras.



Colocarse como muestra la figura y contraer el cuádriceps de la pierna extendida durante 20 segundos y después relajarlo. Repetir este ejercicio 5 a 10 veces, cuatro veces por día.



Colocarse como muestra la figura. Elevar la pierna varios centímetros, mantenerla elevada durante 10 segundos y bajarla al piso lentamente. Repetir este ejercicio 5 a 10 veces, cuatro veces por día.

También puede indicarse natación o actividades aeróbicas de bajo impacto. Se les debe avisar a los pacientes que la mejoría de los síntomas es gradual, e incluso puede no evidenciarse hasta pasadas seis semanas de comenzados los ejercicios. Según el caso, también pueden indicarse sesiones de fisioterapia con el objeto de fortalecer los cuádriceps y realizar ejercicios de estiramiento.

b) Hielo y farmacoterapia: tanto el hielo, aplicado durante diez a veinte minutos luego de la actividad física, como la aspirina (o cualquier antiinflamatorio no esteroideo) están recomendados en el SDPF; sin embargo ninguno de los estudios realizados mostró evidencias concluyentes a su favor.

c) Rodilleras o vendas elásticas: están indicadas en los

pacientes con subluxación lateral de la rótula (aunque su uso en el SDPF es controvertido).

d) Taping: *tape* en inglés significa “tela adhesiva”. El *taping* es una técnica muy sencilla que puede indicar el médico y que luego el paciente puede repetir en su casa. La técnica consiste en traccionar ligeramente la rótula hacia arriba y hacia afuera y fijar por debajo una tela adhesiva de 4 cm de ancho que dé dos vueltas a la circunferencia de la pierna. De esta forma la rótula queda como “agarrada” y se evita la fricción que es la causante del dolor y la inflamación. La tela adhesiva se cambia cada tres días y se mantiene durante 10. Los pocos estudios realizados están mostrando resultados alentadores, no sólo en el SDPF sino también en el dolor por artrosis patelofemoral.

e) Plantillas: algunos autores consideran que la evaluación de los pies y el eventual uso de plantillas puede mejorar los síntomas.

f) Cirugía: la cirugía debe considerarse un último recurso en el tratamiento del SDPF.

COMENTARIO FINAL

Hemos intentado describir algunos aspectos del trabajo de supervisión de residentes que realizamos en Medicina Familiar. El RT y el MP reflexionan sobre la consulta y luego trabajan sobre un tema clínico concreto. En este caso, el objetivo abordado fue tener más en cuenta los temas que le preocupan a la paciente (la agenda de la paciente) e indagar acerca del acuerdo con lo que propone el médico. Por otra parte, la revisión de una entidad clínica concreta como el SDPF es una herramienta útil tanto para el MP como para el RT que los ayuda a resolver problemas sencillos en el consultorio. Hemos visto que el SDPF es una entidad de diagnóstico sencillo, cuyo manejo es accesible para el médico de atención primaria: reposo relativo, enseñar ejercicios para fortalecer el cuádriceps, colocar un *taping* e indicar hielo y analgésicos luego de la actividad física. La consulta al kinesiólogo o a un especialista de patología del pie para indicar plantillas que mejoren la pisada también pueden ser alternativas válidas. Luego de seis semanas de tratamiento sin mejoría se recomienda indicar estudios radiográficos y consultar con un especialista.

BIBLIOGRAFÍA

- Crossley K, Bennell K, Green S y col. A systematic review of physical interventions for patellofemoral pain syndrome. *Clin J Sport Med* 2001; 11(2): 103-10.
- Hinman RS, Crossley KM, McConnell J y col. Efficacy of knee tape in the management of osteoarthritis of the knee: blinded randomised

controlled trial. *BMJ* 2003; 327(7407): 135.

- Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain: Part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory tests. *Am Fam Physician* 2003; 68(5): 907-12.

- Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of

patients presenting with knee pain: Part II. Differential diagnosis. *Am Fam Physician* 2003; 68(5): 917-22.

- Juhn MS. Patellofemoral pain syndrome: a review and guidelines for treatment. *Am Fam Physician*. 1999; 60(7): 2012-22. Erratum in: *Am Fam Physician* 2000; 61(4): 960, 965.