

Abordaje fisioterapéutico de meniscoplastia en la tercera edad: A propósito de un caso.

Jordán Medina*

*Fisioterapeuta, Clínica Recovery

Resumen.

Antecedentes. Las lesiones meniscales son provocadas por traumatismos relacionados o no con la actividad deportiva y por trastornos degenerativos en pacientes por encima de los 40 años. Son la segunda lesión más común de la rodilla con una prevalencia del 12% al 14%. En pacientes más jóvenes tienen más probabilidades de sufrir lesiones de menisco traumáticas como desgarros longitudinales o radiales. En personas mayores tienen más probabilidades de tener desgarros degenerativos como escisiones horizontales, desgarros de colgajo o complejos, o maceración o destrucción de meniscal. Los síntomas fundamentales son dolor en línea articular que incrementa con movimientos de flexión y extensión, bloqueo articular e inflamación. A medida que cambia el estilo de vida de las personas y aumenta el número de personas que hacen ejercicio, el impacto de tales lesiones aumentará, por lo tanto, es muy importante para el diagnóstico preciso y el tratamiento quirúrgico de la lesión del menisco y la rehabilitación posoperatoria.

Objetivo. Se presenta el caso de una paciente post operada de meniscoplastia que acude a proceso de rehabilitación, mostrando la evolución y los resultados obtenidos.

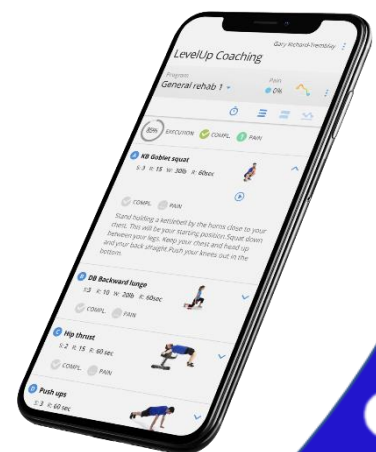
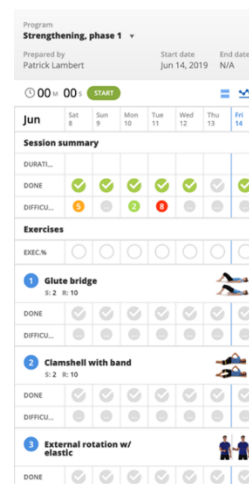
Reporte de caso: Se trata de paciente femenino de 68 años que ha sido atendida en el servicio de rehabilitación durante 29 días en equipo multidisciplinar por parte de medicina física y rehabilitación, un grupo de fisioterapeutas Recovery y un médico especialista en Traumatología y Ortopedia mismo que canalizó al paciente a servicio de Fisioterapia, logrando reincorporar las actividades físico funcionales con enseñanza de ejercicio en casa.

Caso clínico

Se trata de paciente femenino de 68 años de edad que acude a centro de rehabilitación con diagnóstico postquirúrgico de menisectomía artroscópica de rodilla derecha. Acude a centro para rehabilitación 12 días posterior a inmovilización. En la valoración inicial la paciente refirió haber realizado ejercicios recomendados por su ortopedista, mismos que mantuvieron cualidades neuromusculares previos a la intervención. Durante la exploración se valora derrame articular en rodilla derecha, rangos articulares activos de 95° y extensión en -10°, sin presencia de dolor, fuerza global de 4/5 en escala Daniells, sobretensión en banda iliotibial derecha, realiza marcha con muletas y con tolerancia sin las mismas, limitaciones funcionales para subir y bajar escaleras, transferencias de sedente a bípedo. Se programaron 20 sesiones, siendo las primeras 10 sesiones diarias y las 10 restantes en días alternos, enfocados a control y remisión de efusión de rodilla, manteniendo una movilidad activo asistida dentro de los rangos libres de dolor progresando el mismo hasta lograr una movilidad libre de dolor, combinado con estiramientos de globales y analíticos para musculatura flexoextensora de rodilla, así como de cadera, e isometría de rodilla, incorporando gradualmente

ejercicios propioceptivos con reducción de marcha.

Adicionalmente la paciente contó con un programa de ejercicio individualizado por medio de una plataforma en su teléfono inteligente, misma que ayudaba a reportar y brondar seguimiento a los fisioterapeutas sobre el entrenamiento realizado en casa, así como una constante comunicación sobre la precepción de dificultad y complicaciones en cada ejercicio. Dichos datos fueron retomados en terapia para garantía de ejercicio terapéutico libre de dolor.



Para la estrategia de progresión de entrenamiento se utilizó la escala de percepción de esfuerzo percibido en el entrenamiento de fuerza, balance y equilibrio, en la segunda terapia incremento intensidad de ejercicio terapéutico con ejercicio isotónico por medio de resistencia de bandas elásticas al complejo articular de rodilla, y de cadera a la cuarta sesión.

Durante el avance de las sesiones paciente comenta haber realizado uso de escaleras durante los últimos días con presencia de dolor y aumento de volumen, por lo que refirió con a consulta con su ortopedista, mismo que realizó extracción de líquido sinovial, la paciente refirió dolor 9/10 posterior a la intervención, por lo que las siguientes sesiones se enfocaron en manejo analgésico y movilización activo asistida a tolerancia, al bajar el dolor se enfocó plan de entrenamiento en gestos funcionales de bajar y subir escalón, bajo intervenciones de reacondicionamiento articular en rodilla. A la novena sesión paciente deja de utilizar muleta en casa y en centro de rehabilitación.

La segunda etapa de sesiones (10 sesiones en días alternos) en la segunda sesión paciente comenta que se realizó infiltración y extracción de líquido por parte de su ortopedista durante revisión médica, sin mayor complicación. El ejercicio enfocado a trabajo de fuerza fue progresando acorde a los signos y síntomas de la paciente, logrando a la sesión 15 una ausencia completa de dolor tanto al reposo como a la actividad.

Durante últimas sesiones se logra progresar la resistencia de ligas theraband así como las repeticiones en los ejercicios a realizar en casa. En la última semana del proceso de rehabilitación paciente comenta que ha podido retomar ejercicio físico que realizaba previo a la intervención quirúrgica. Se realiza revaloración por parte del médico de centro de rehabilitación donde a la exploración se determina ROM y fuerza completos, efusión mínima de 1 cm con respecto a la rodilla contralateral, con una marcha no claudicante e independiente. Por lo que se realiza el alta médica con indicaciones de continuar con trabajo de fuerza en casa, marcha y ejercicios cíclicos bajo dosis respuesta.

Cabe mencionar, que el equipo de fisioterapeutas mantuvo comunicación para generar pláticas educacionales sobre hábitos de estilo saludable, y los efectos positivos en la articulación de la rodilla durante todo el programa terapéutico.

Conclusiones: La intervención fisioterapéutica realizada cumplió con los objetivos terapéuticos, médicos y personales de la paciente, la invitación del equipo de Recovery a visitar a su ortopedista fue clave para el control de síntomas y la garantía de la fisioterapia libre de dolor, al igual que el seguimiento con plataformas de ejercicio terapéutico para tener un plan completo rehabilitación y seguimiento de ejercicio posterior al alta médica.

Bibliografías

1. Álvarez López, Alejandro, & García Lorenzo, Yenima. (2015). Técnicas quirúrgicas para las lesiones de menisco. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 29(2) Recuperado en 12 de agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-215X2015000200007&lng=es&tling=es.
2. Cui, JC, Wu, WT, Xin, L., Chen, ZW y Lei, PF (2021). Eficacia del tratamiento artroscópico para la lesión concurrente del cuerno posterior del menisco medial y del cuerno anterior del menisco lateral: un estudio retrospectivo de un solo centro. *Cirugía ortopédica*, 13 (1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/os.12820>
3. Logerstedt DS, Scalzitti DA, Bennell KL, Hinman RS, Silvers-Granelli H, Ebert J, Hambly K, Carey JL, Snyder-Mackler L, Axe MJ, McDonough CM. Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions Revision 2018. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018 Feb;48(2):A1-A50. doi: 10.2519/jospt.2018.0301. PMID: 29385940.

