

MIEMBRO INFERIOR

ANATOMÍA - SEMIOLOGÍA

**Dra. Mónica Caiza A.
REUMATÓLOGA**

CADERA

ARTICULACIÓN COXOFEMORAL

- Fémur (extremidad superior)
- Coxal o ilíaco
- Cápsula: La de mayor grosor y escasa longitud
- Ligamentos: Iliofemoral, pubofemoral, isquiofemoral, zonular de Weber, intraarticular o redondo.

MOVIMIENTOS DE LA ARTICULACION COXOFEMORAL

■ Flexión

■ Extensión

■ Abducción

■ Adducción

■ Rotaciones

CADERA SEMIOLOGÍA...?

CADERA SEMIOLOGÍA

INSPECCIÓN

- Atrofia muscular

- Actitudes viciosas

- Marcha (claudicación)

PALPACIÓN

- Punto doloroso en región de trocánter (bursitis, fibromialgia)

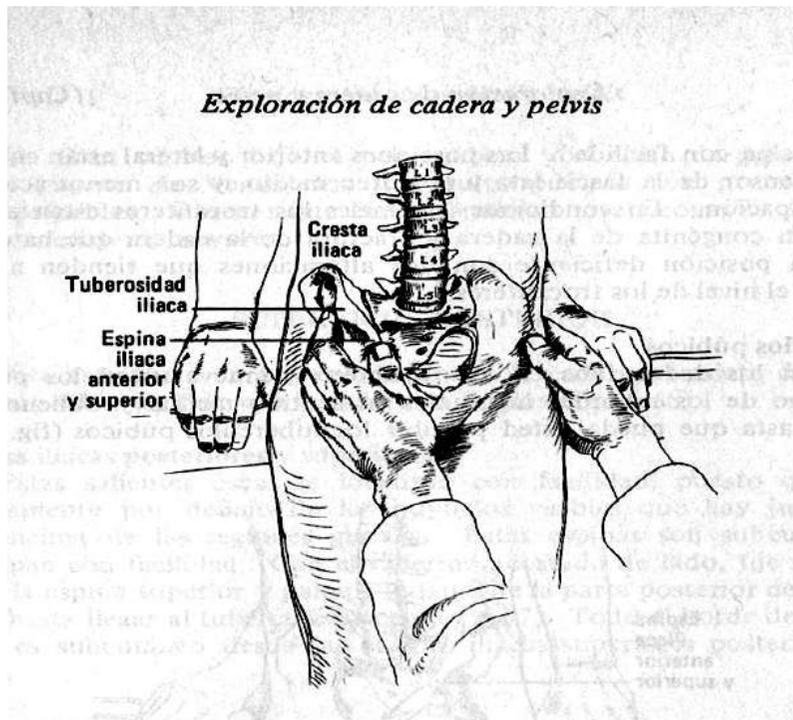


Fig. 6-2. El tubérculo iliaco es el sitio más ancho de la cresta.

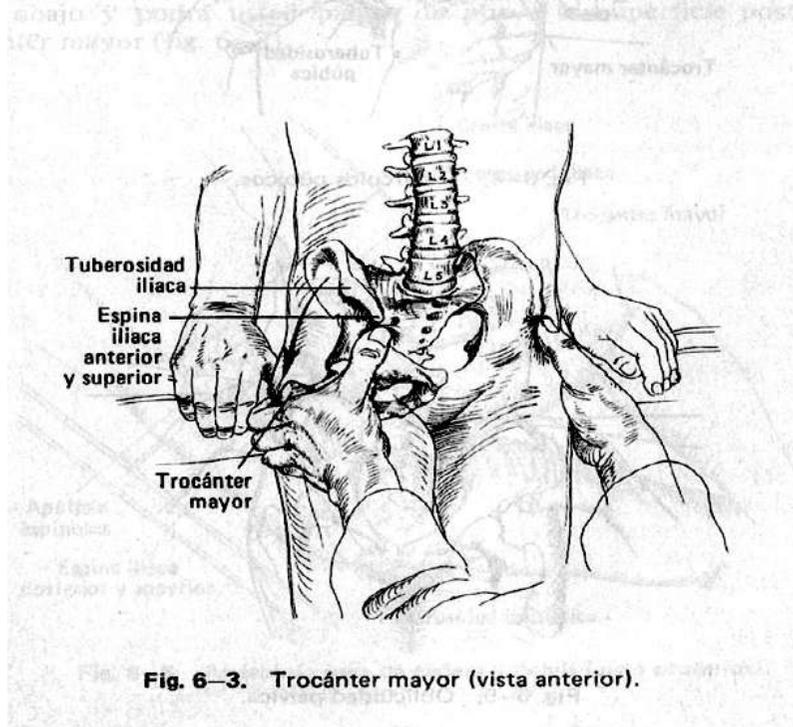


Fig. 6-3. Trocánter mayor (vista anterior).

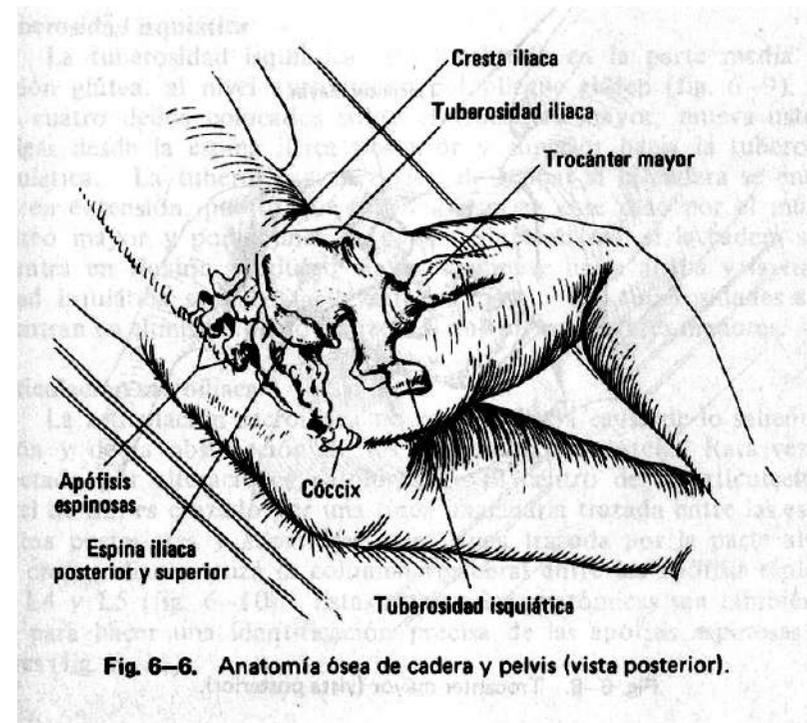


Fig. 6-6. Anatomía ósea de cadera y pelvis (vista posterior).

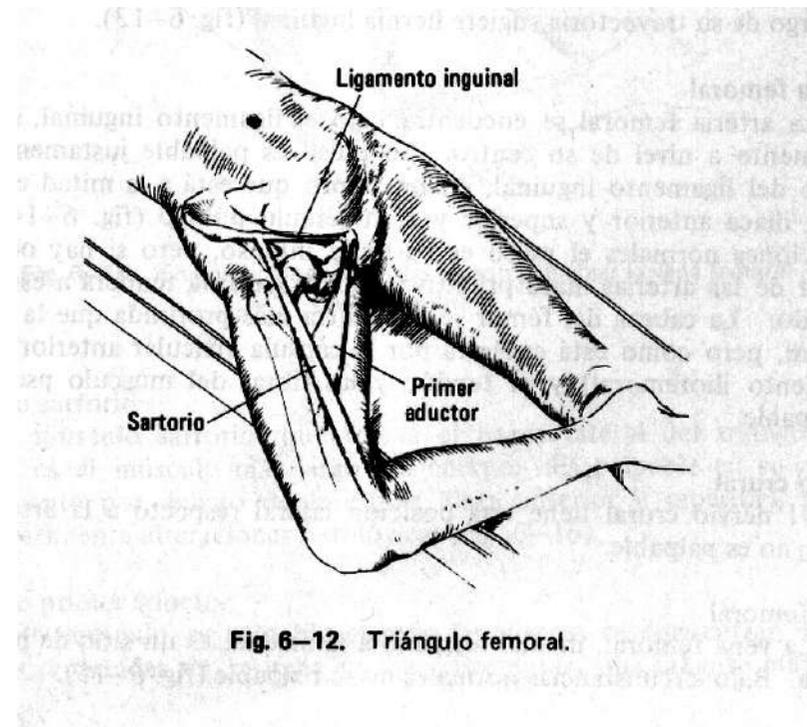


Fig. 6-12. Triángulo femoral.

CADERA

MOVILIZACIÓN

- Flexión (decúbito dorsal)
- Extensión (decúbito ventral)
- Aducción
- Abducción
- Rotación externa
- Rotación interna

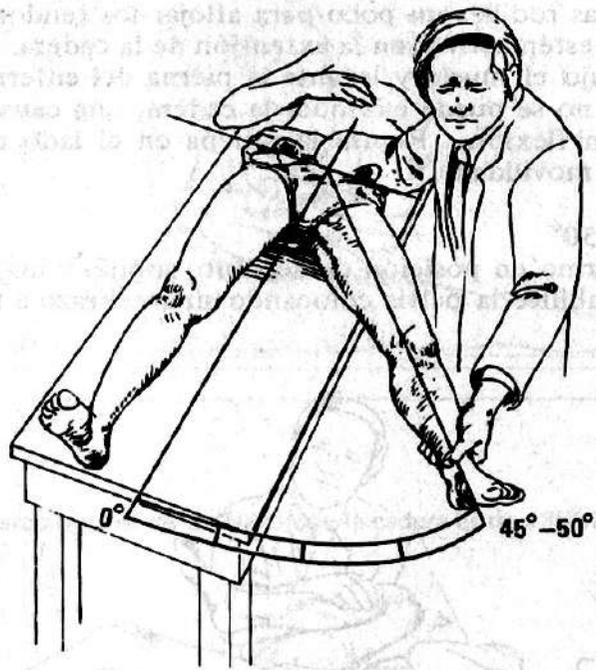


Fig. 6-36. Los arcos normales de abducción de la cadera son 45-50°.

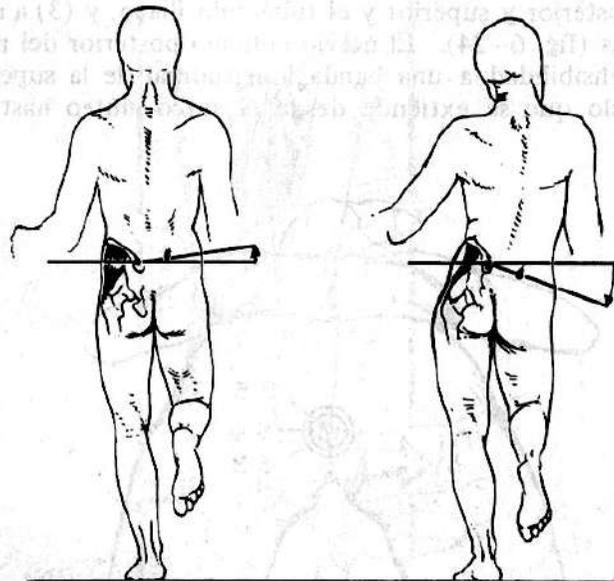


Fig. 6-56. Prueba de Trendelenburg. Izquierda: Negativa. Derecha: Positiva.

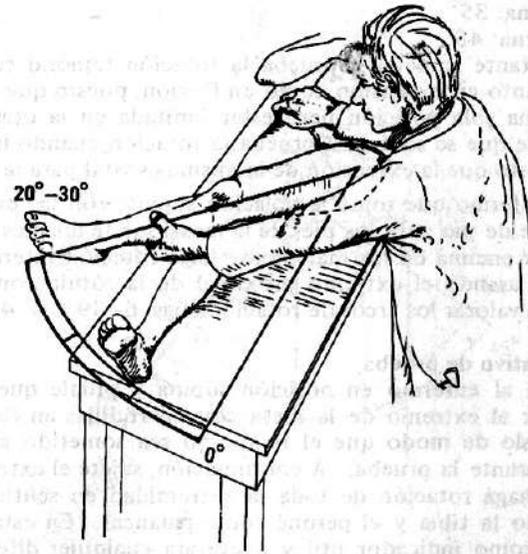


Fig. 6-37. Los arcos normales de la aducción de la cadera son de 20-30°.

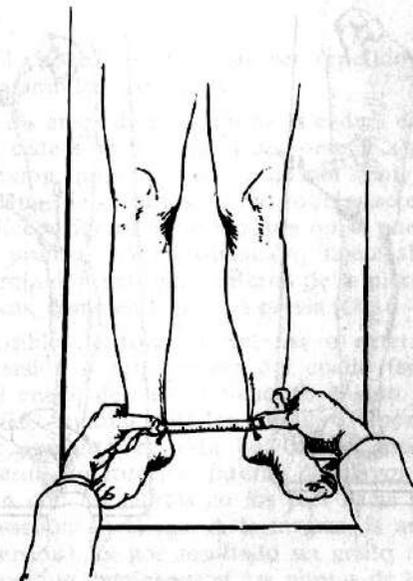


Fig. 6-38. Se puede valorar la abducción de la cadera mediante medición de la separación intramaleolar.

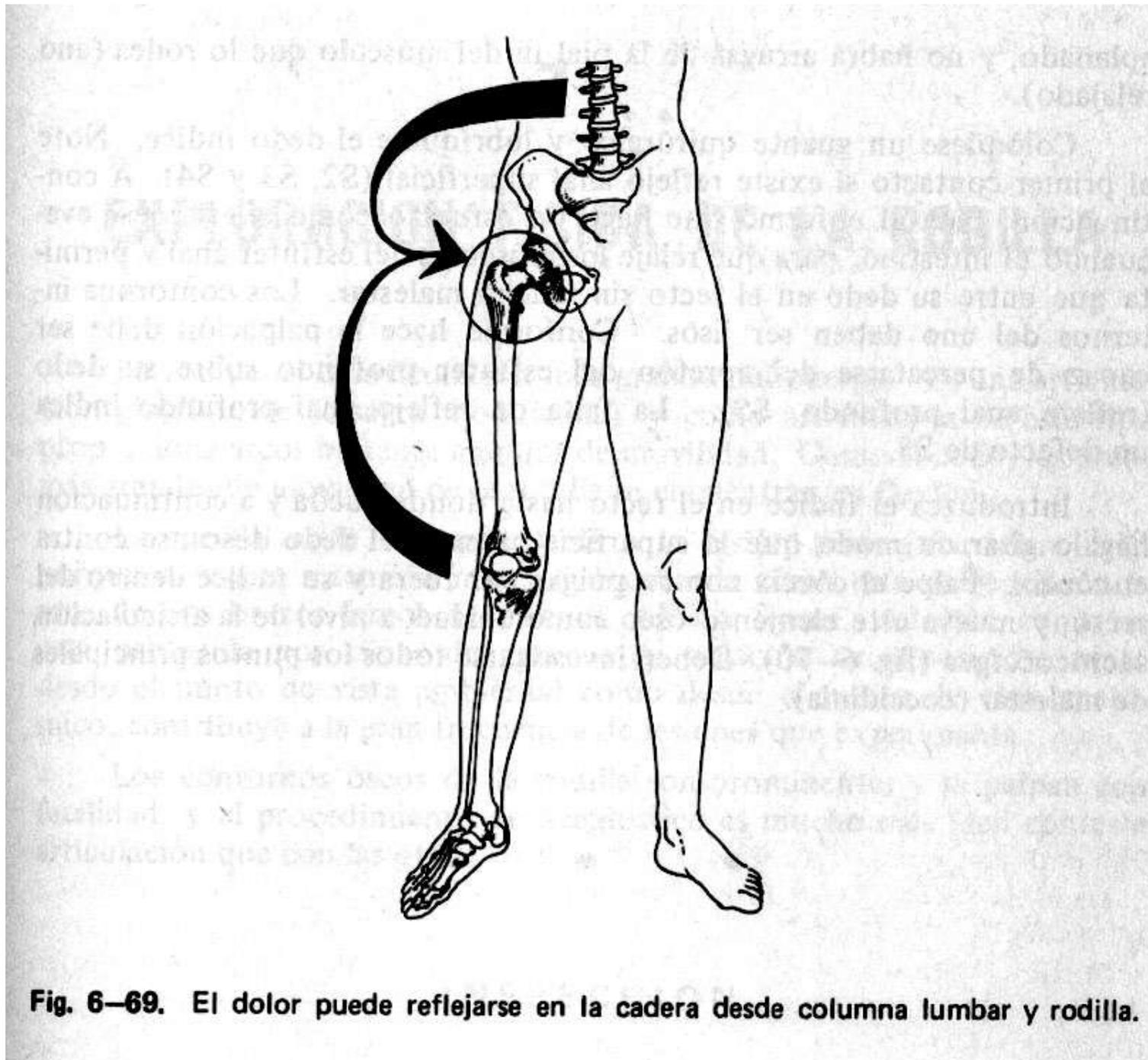


Fig. 6-69. El dolor puede reflejarse en la cadera desde columna lumbar y rodilla.

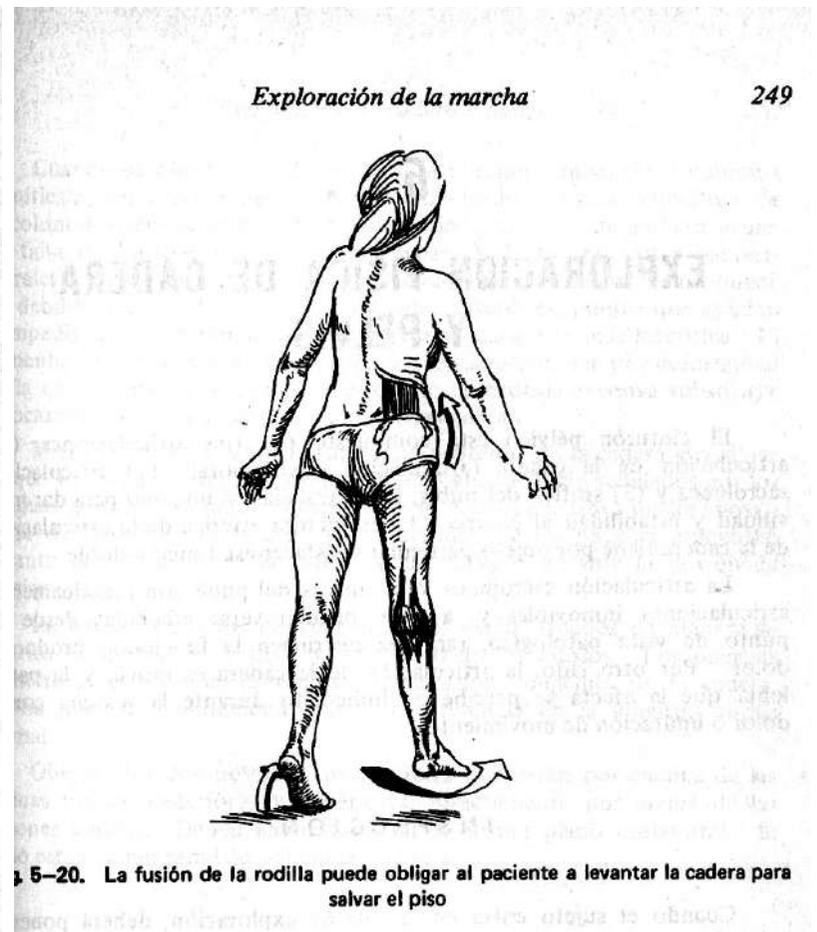
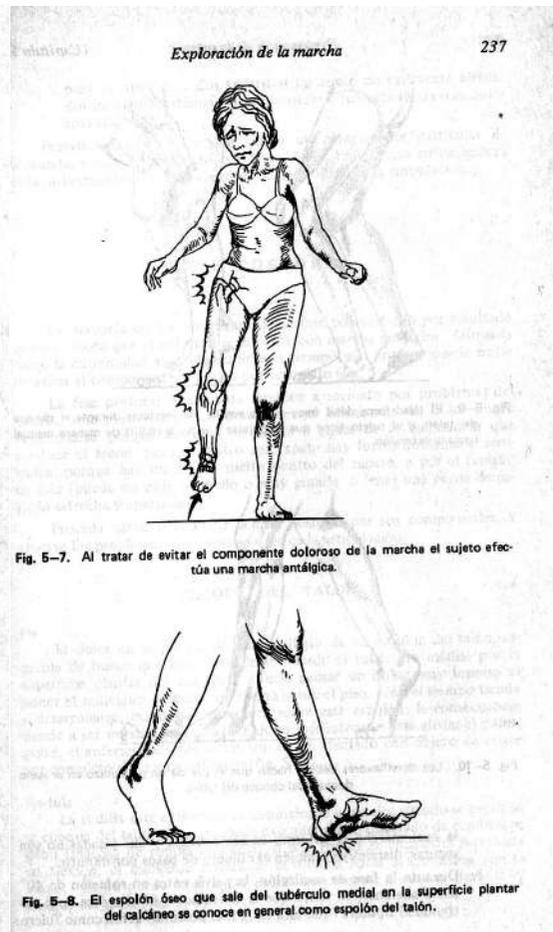
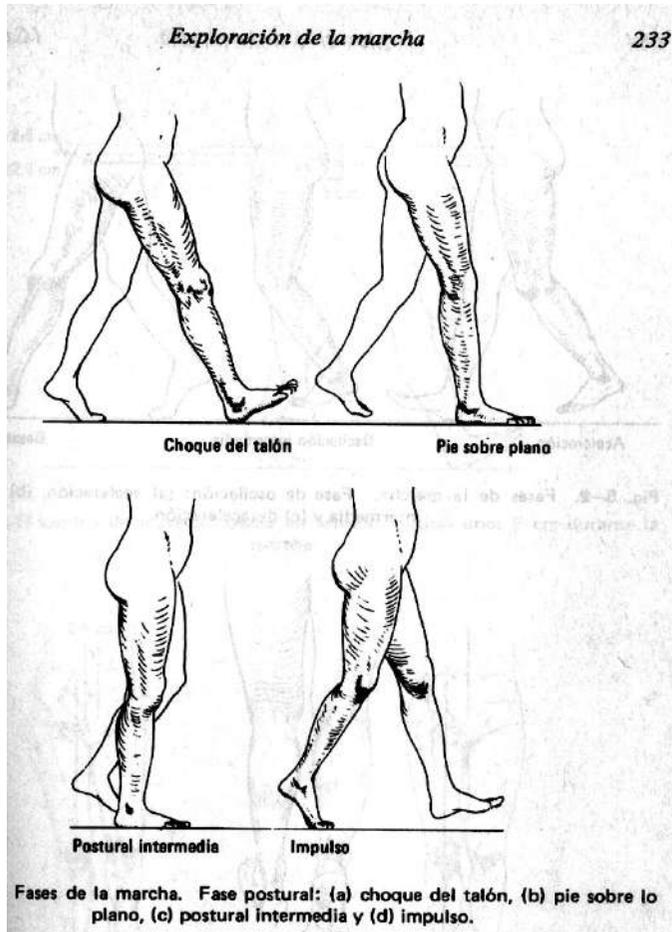
EXPLORACION DE LA MARCHA

■ Claudicación (fusión articular)

■ Inestabilidad

■ Marcha antálgica

EXPLORACION DE LA MARCHA



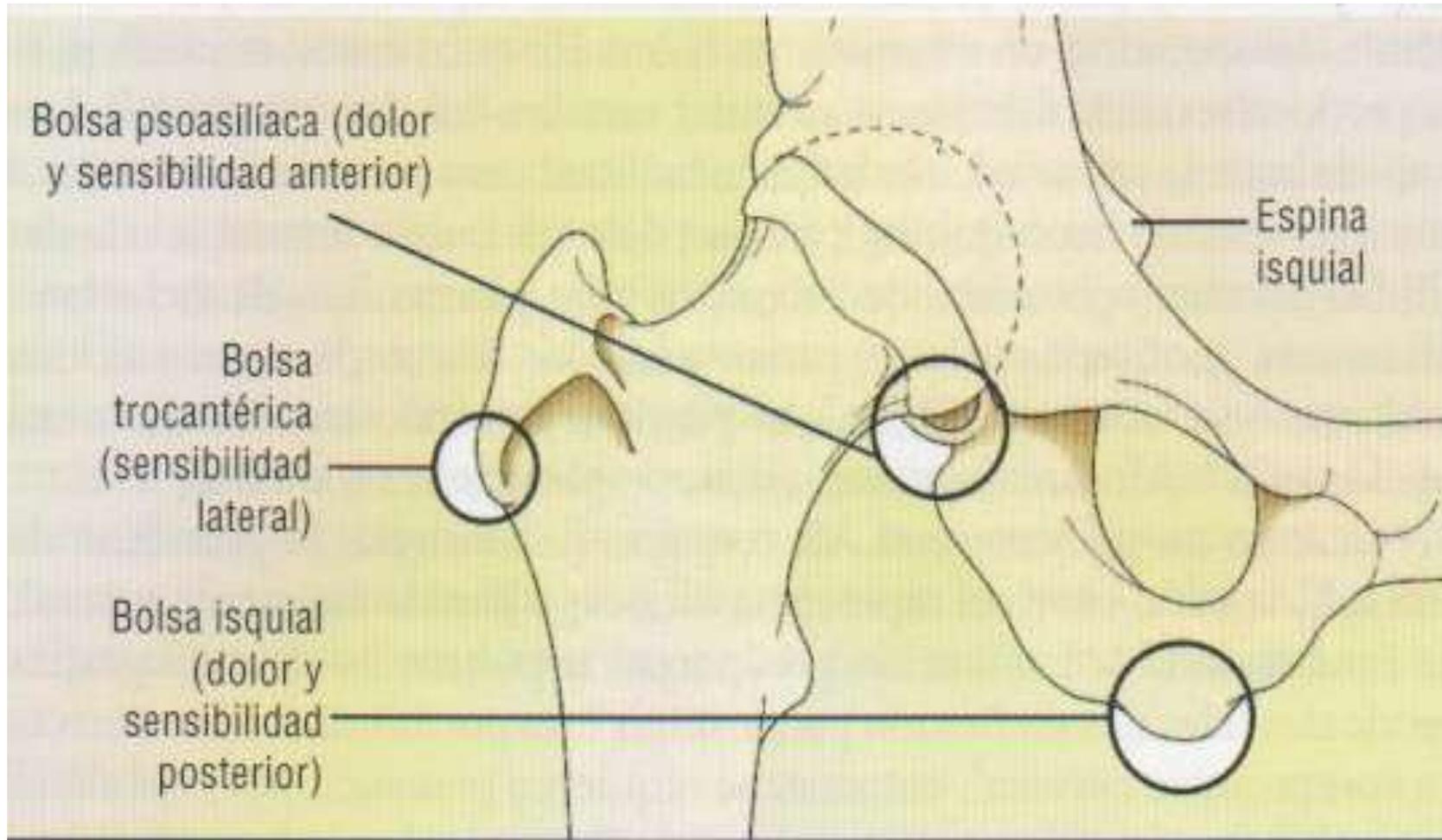
CADERA PATOLOGIA REGIONAL

- **FRACTURAS**
- **TUMORES PRIMARIOS Y MTS**
- **OSTEONECROSIS**
- **SINOVITIS**
- **TUBERCULOSIS**

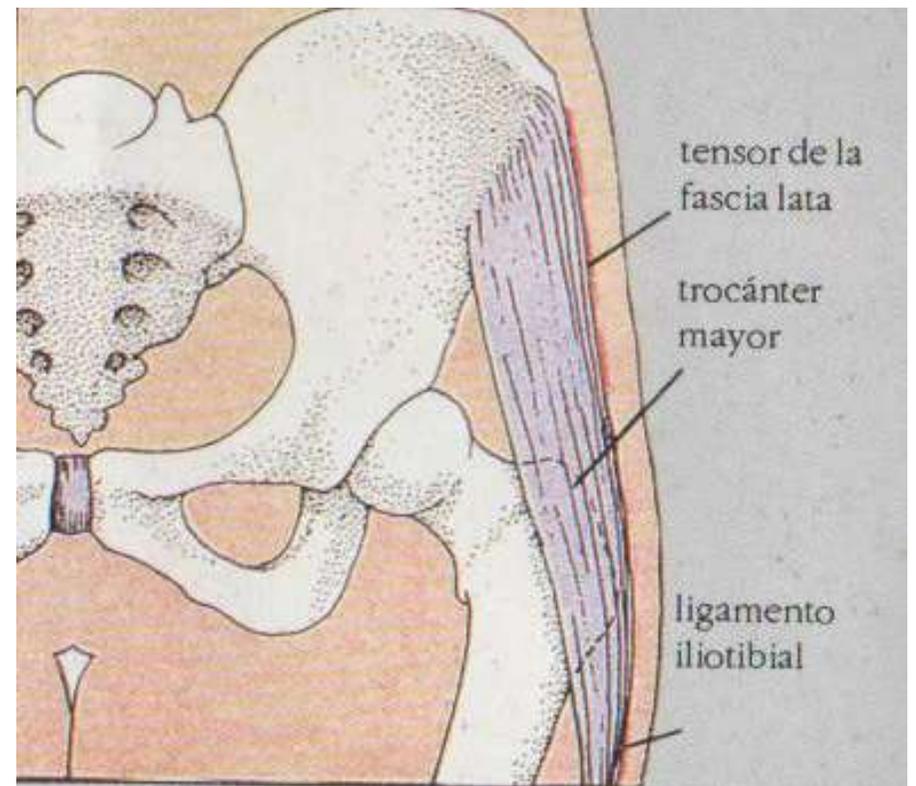
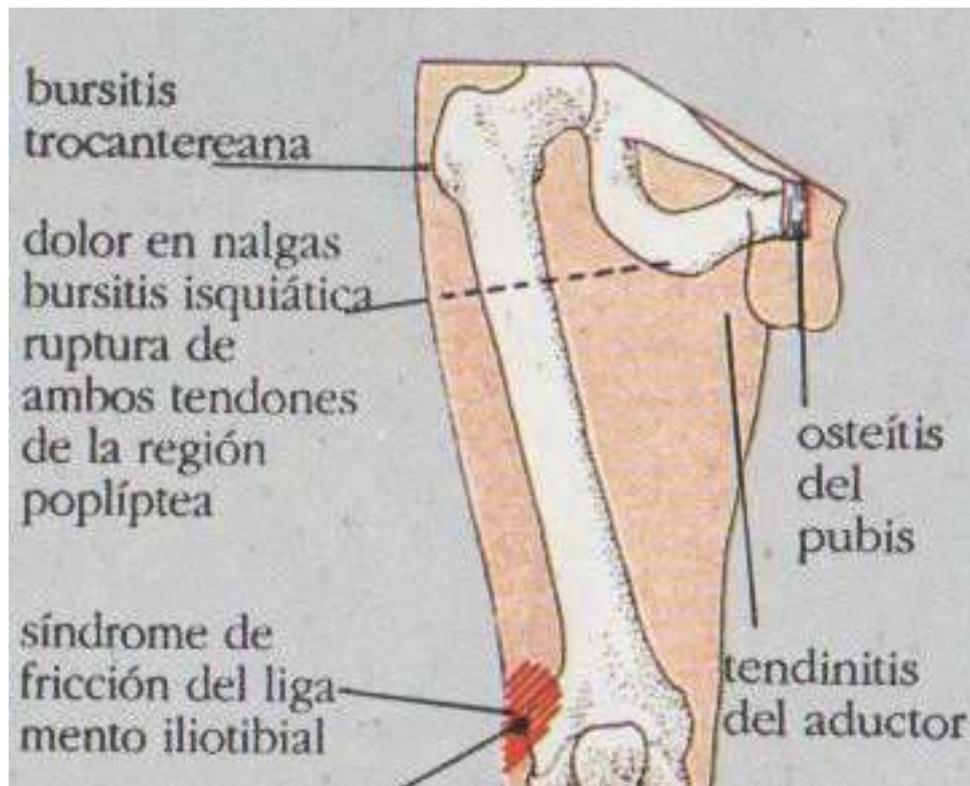
CADERA PATOLOGIA REGIONAL

- BURSITIS TROCANTEREA
- INFLAMACIÓN DE TENDONES Y FASCIAS
- HERNIAS
- DOLOR REFERIDO

CADERA PATOLOGIA REGIONAL



CADERA PATOLOGIA REGIONAL



REGIÓN INGUINAL

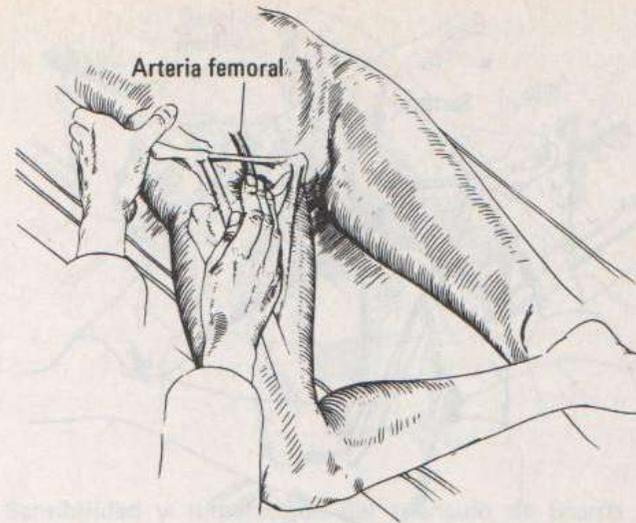


Fig. 6-14. Palpación del pulso de la arteria femoral.

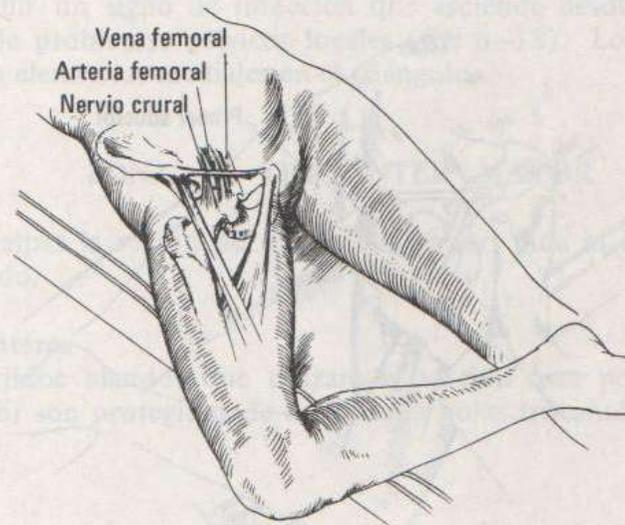


Fig. 6-15. En condiciones normales no son palpables la vena femoral y el nervio crural.

ARTICULACION SACROILÍACA

- Carillas articulares
- Fibrocartílago intrarticular
- Cápsula articular
- Ligamentos intrarticulares

ARTICULACION SACROILÍACA

■ INSPECCION ?

■ PALPACION:

Puntos dolorosos

■ MOVILIZACION (escasa)

■ MANIOBRAS

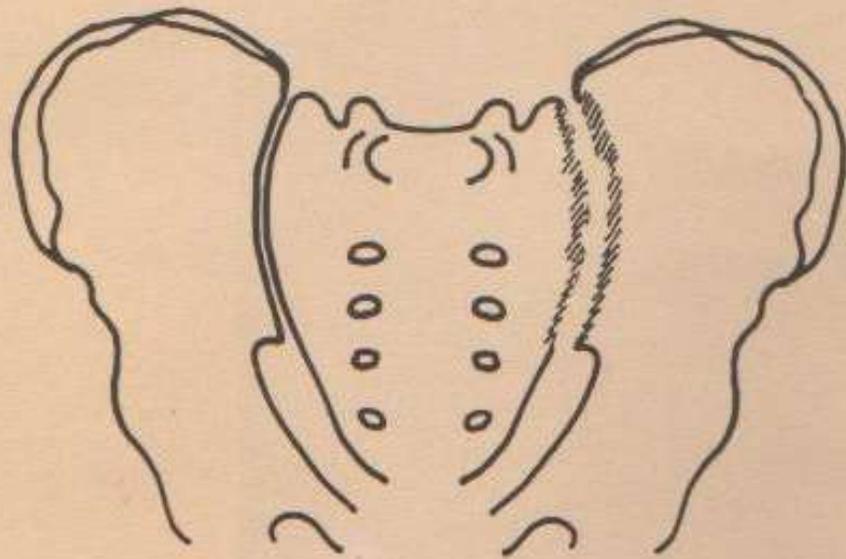
- Separación de Espinas Iliacas
- Acercamiento de espinas Iliacas

ARTICULACION SACROILIACA

PATOLOGIA REGIONAL

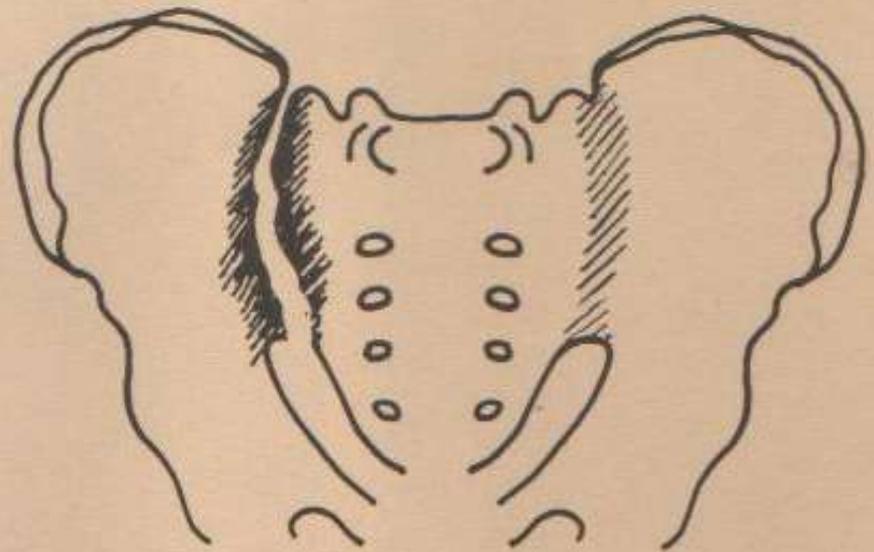
- Tumores
- Abscesos
- Sacroileítis

Espóndilo Artropatías Seronegativas



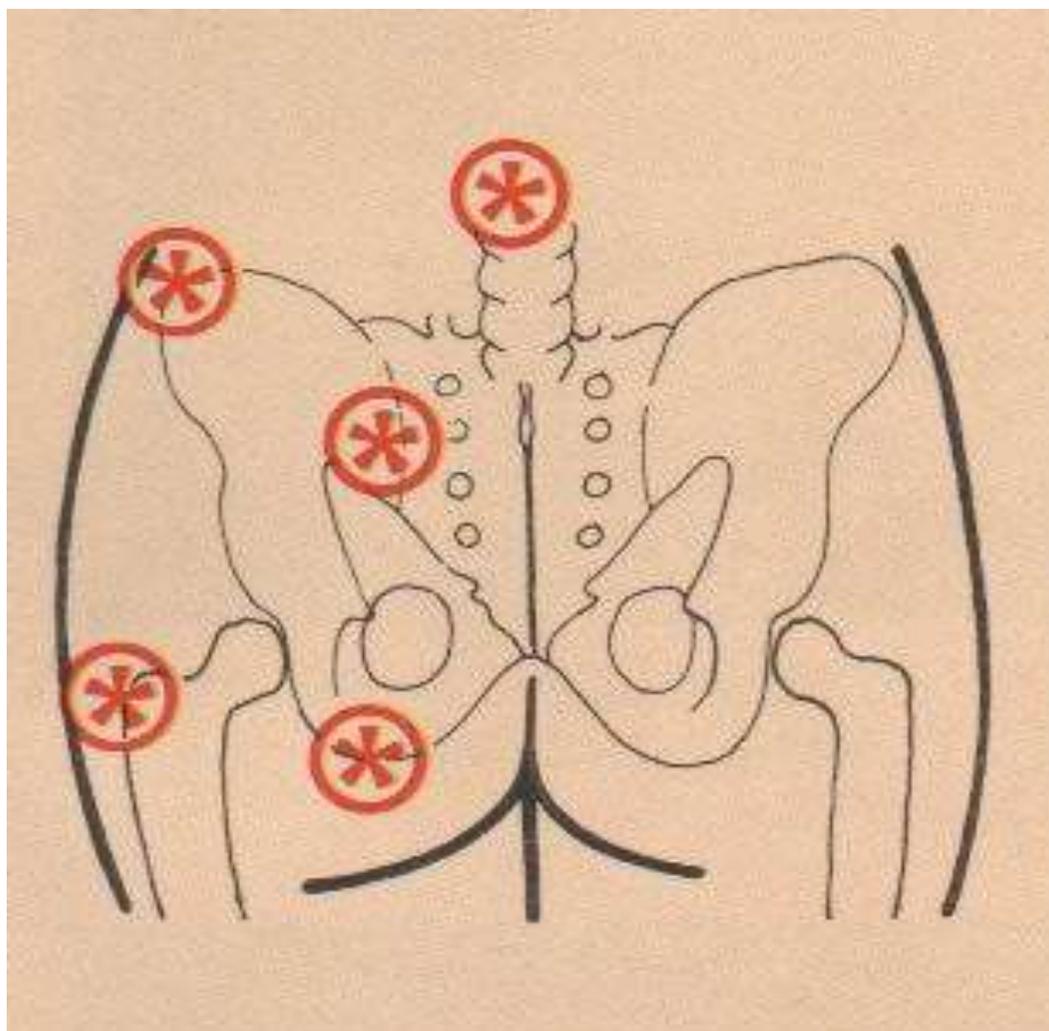
Grado 0

Grado I



Grado II

Grado III



Puntos dolorosos más frecuentes en las entesopatías de las EASN.

RODILLA ANATOMÍA

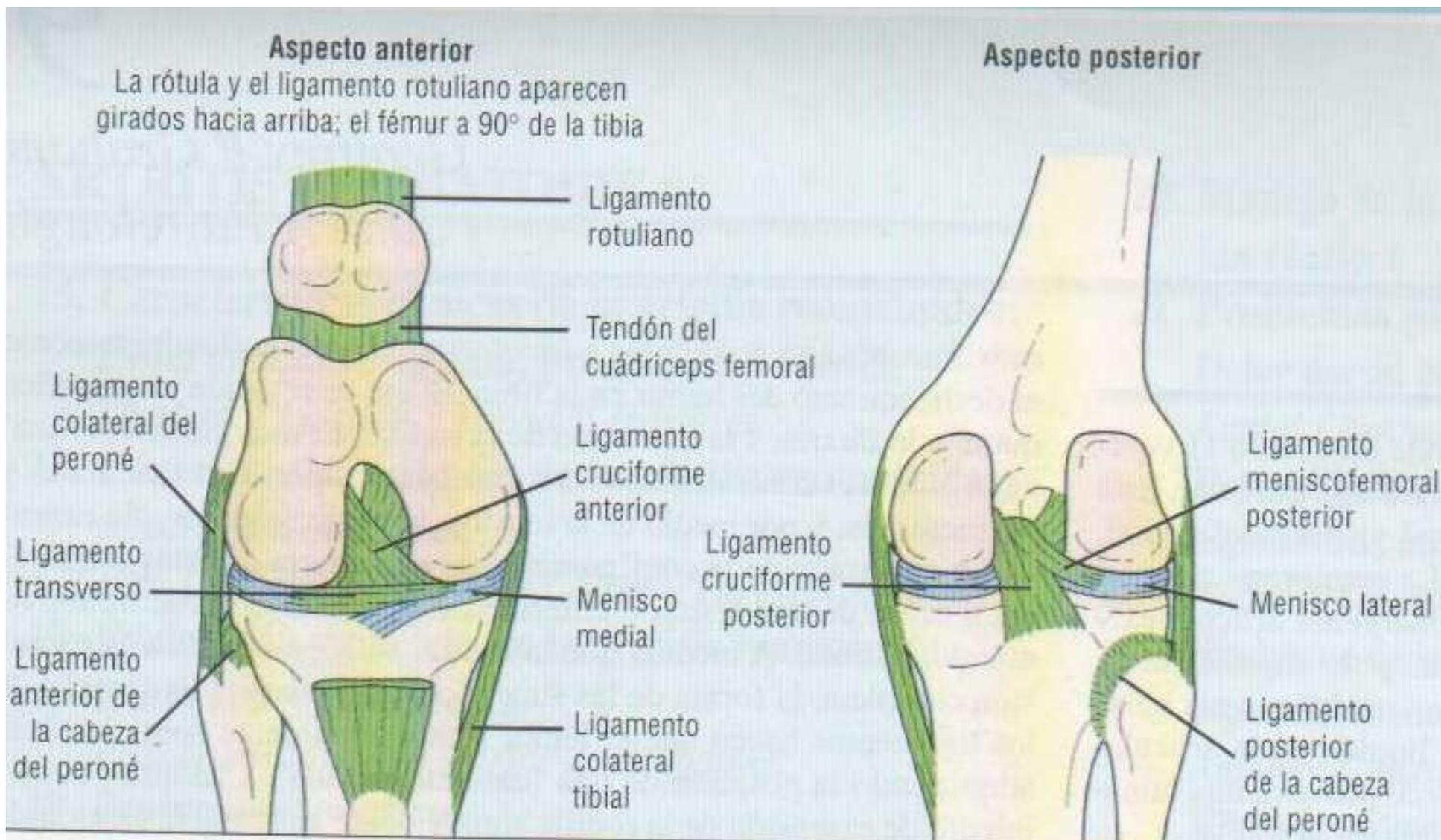
■ FÉMUR

■ TIBIA

■ ROTULA

■ MENISCOS INTRAARTICULARES

LIGAMENTOS DE RODILLA



MUSCULOS FLEXORES

- **Sartorio**
- **Recto interno**
- **Semitendinoso**
- **Semimembranoso**
- **Biceps**
- **Poplíteo**

RODILLA SEMIOLOGÍA

■ INSPECCIÓN

■ PALPACIÓN

MOVILIZACIÓN (Activa-Pasiva)

■ FLEXIÓN

■ EXTENSIÓN

RODILLA SEMIOLOGÍA

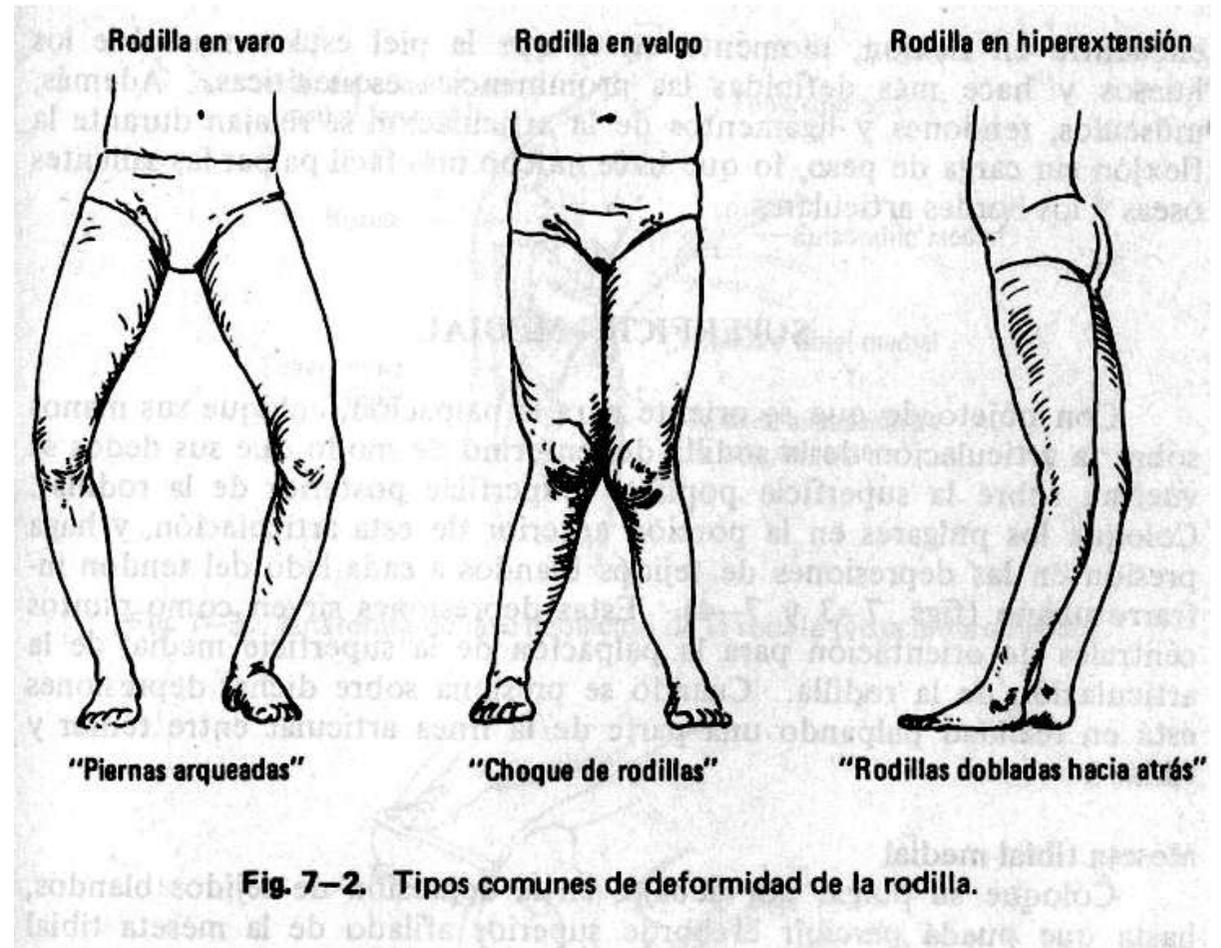
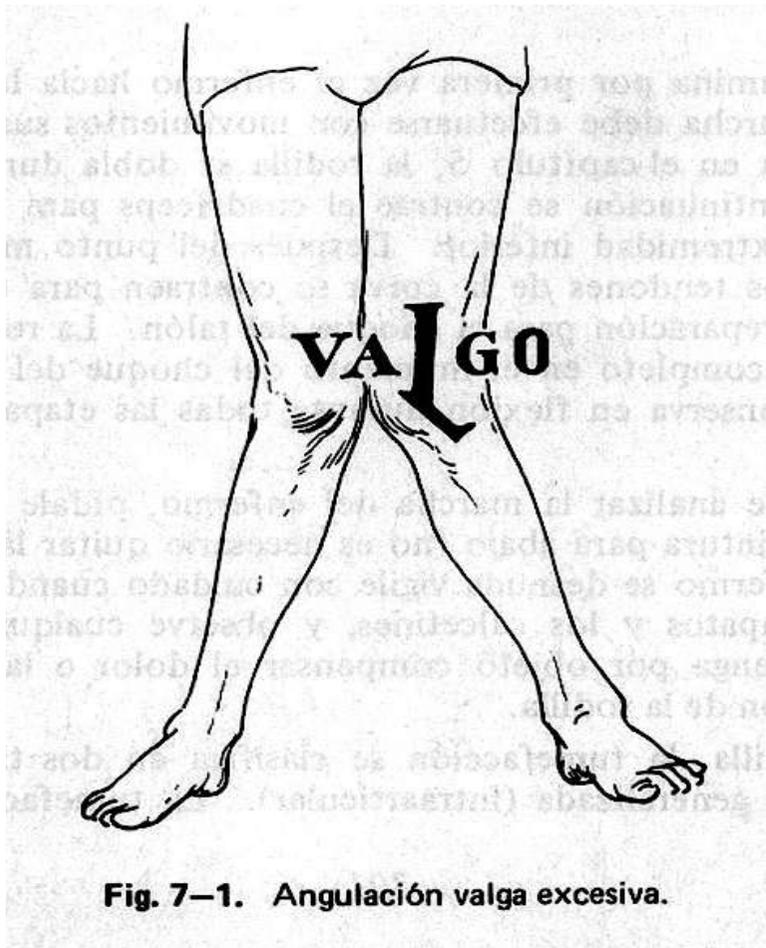
MANIOBRAS

■ **LIGAMENTOS CRUZADOS**

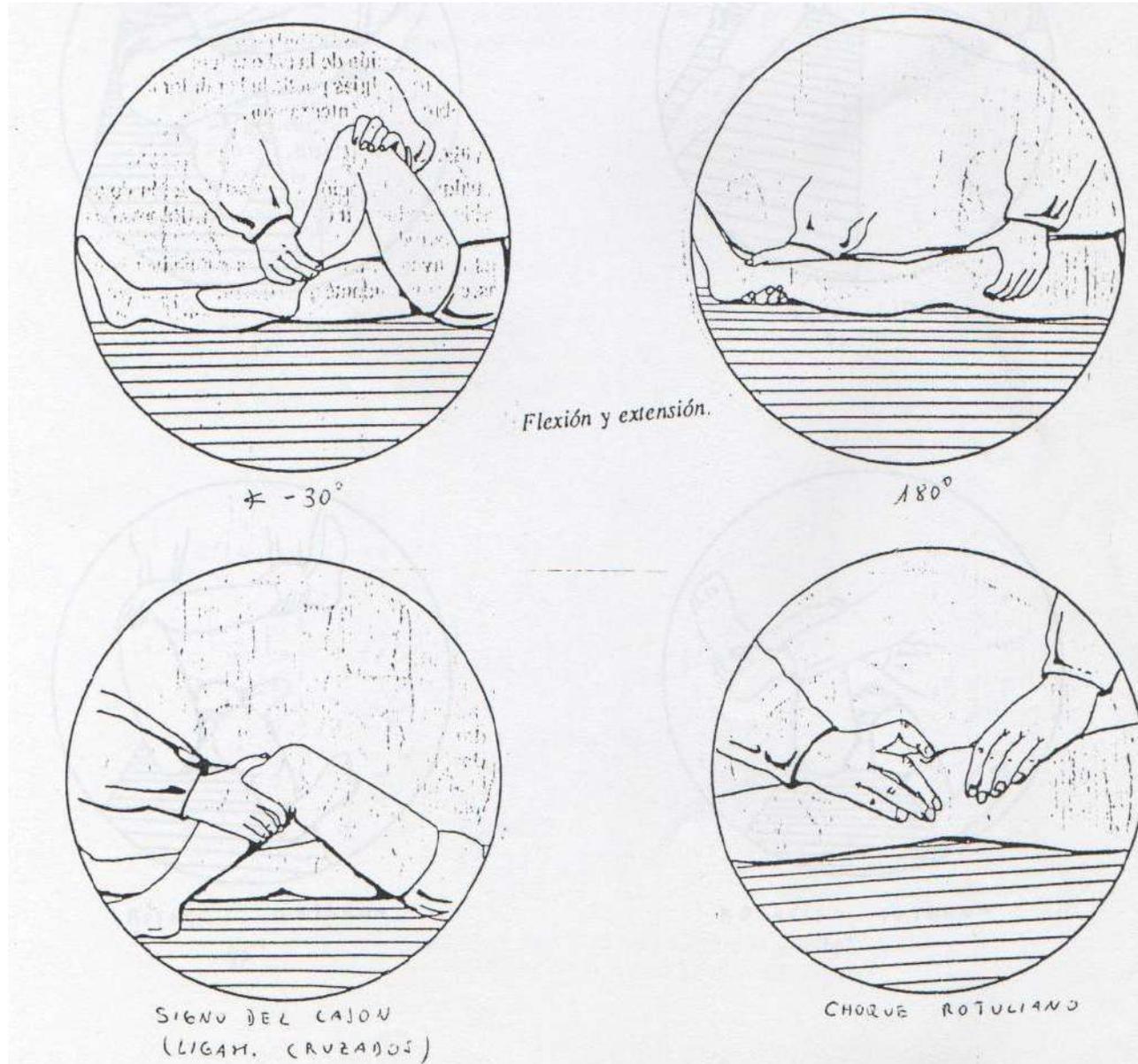
■ **LIGAMENTOS LATERALES**

■ **FUERZA DE CUADRICEPS**

DEFORMIDAD



MOVILIDAD PASIVA Y MANIOBRAS



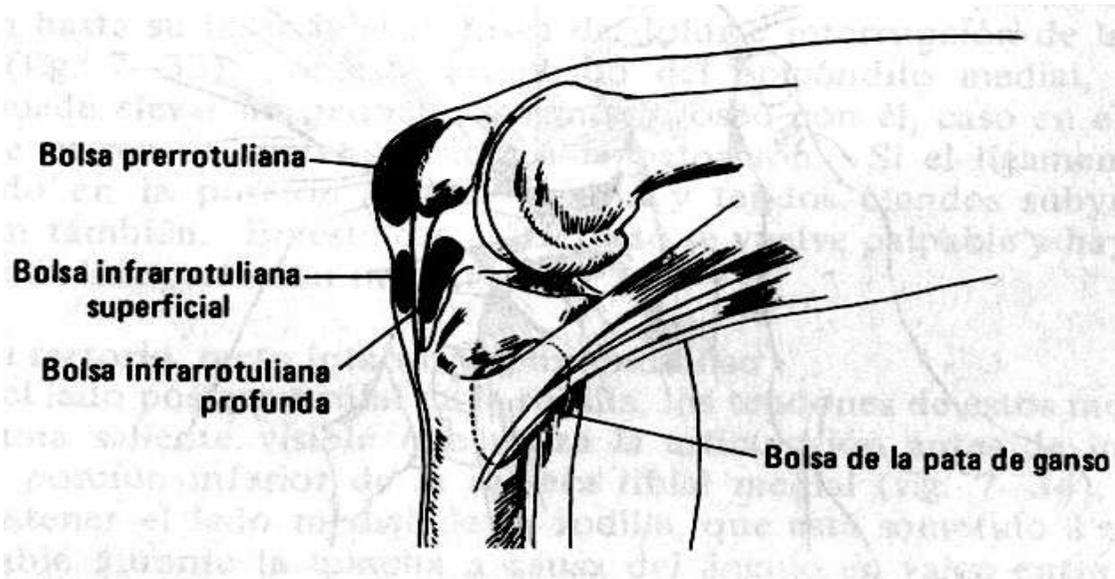


Fig. 7-30. Bolsas de importancia en la región de la rodilla.

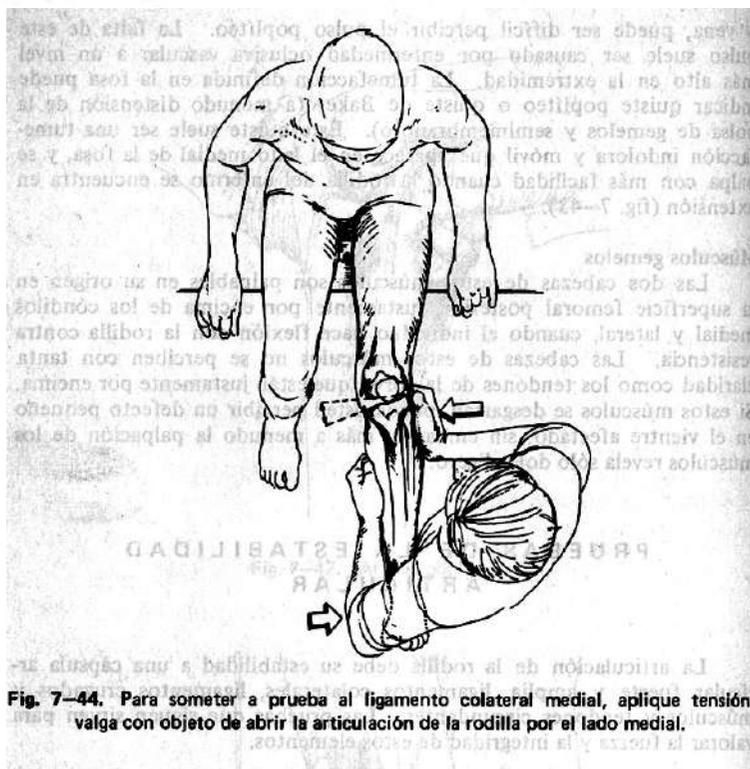


Fig. 7-44. Para someter a prueba al ligamento colateral medial, aplique tensión valga con objeto de abrir la articulación de la rodilla por el lado medial.

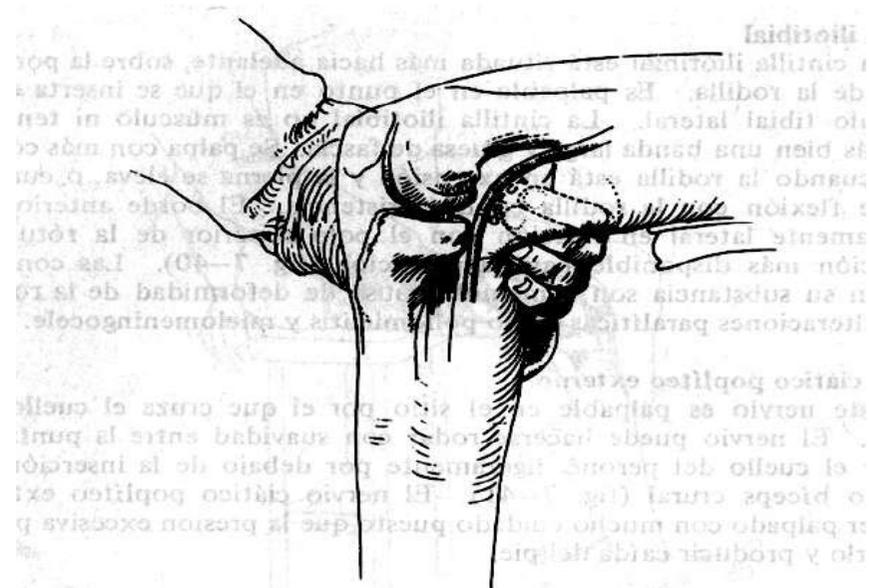


Fig. 7-42. Arteria poplítea.

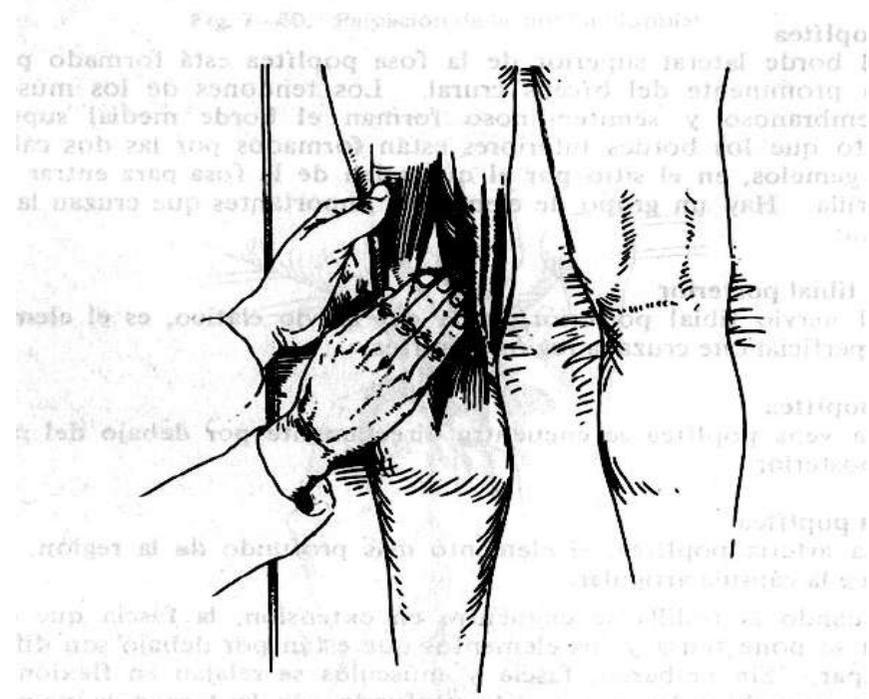


Fig. 7-43. Palpación de la fosa poplítea en caso de quiste de Baker.

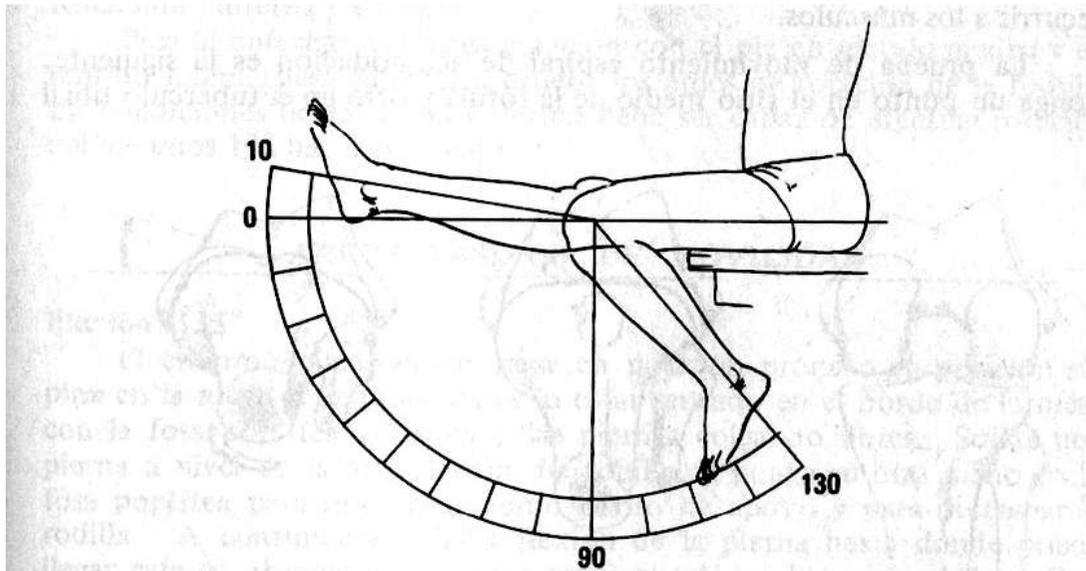


Fig. 7-49. Arcos de movilidad de la rodilla en flexión y extensión.

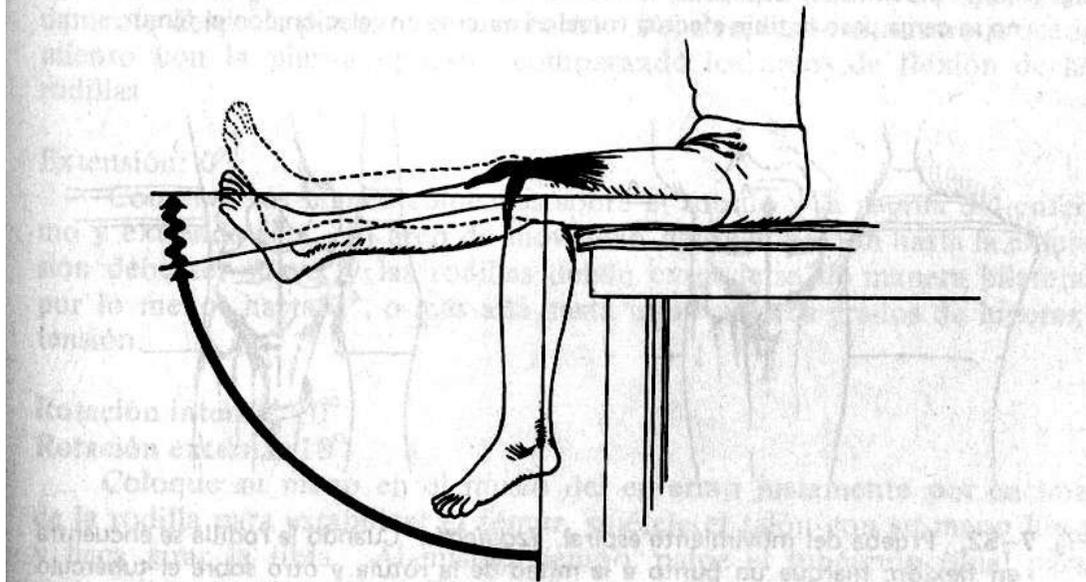


Fig. 7-50. Defecto de la extensión, cuando los últimos 10° de extensión aproximadamente se efectúan con movimientos entrecortados y con dificultad.

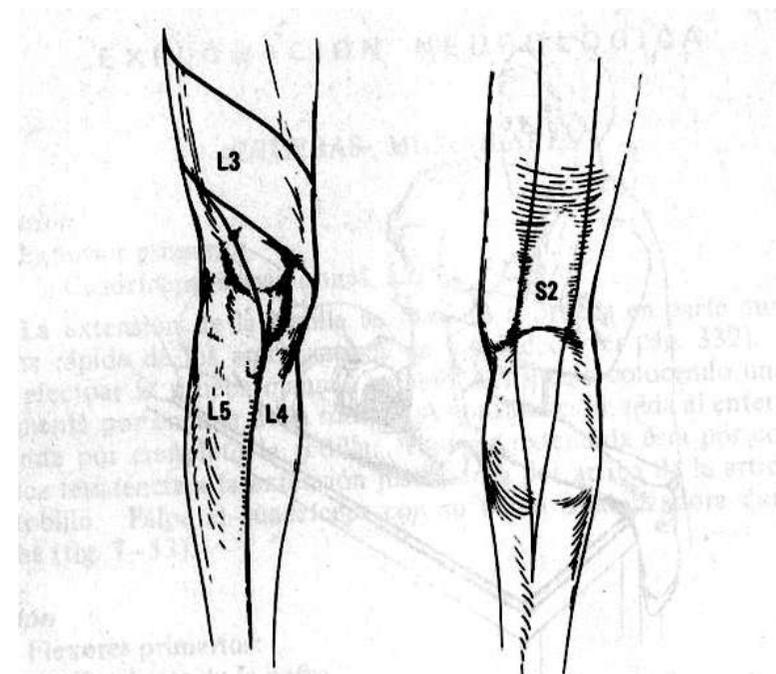


Fig. 7-55. Distribución sensitiva de la rodilla. *Izquierda.* Anterior. *Derecha.* Posterior.

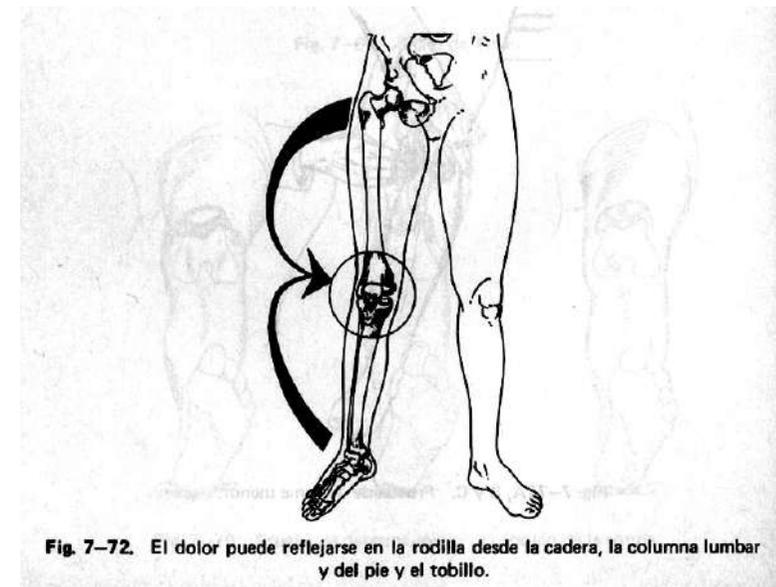
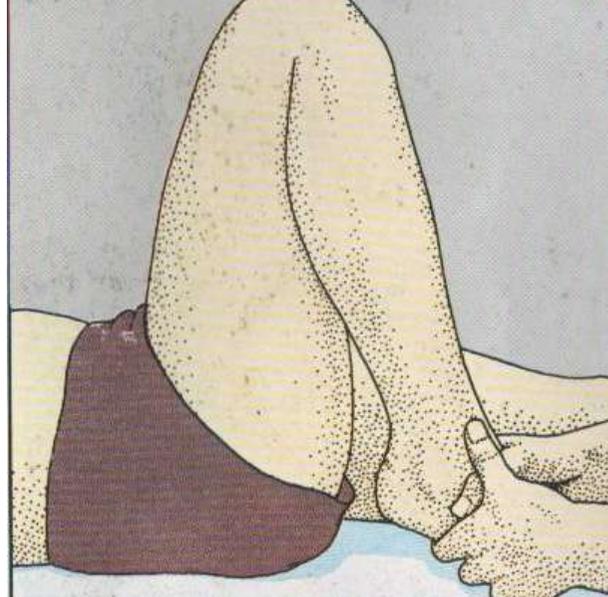


Fig. 7-72. El dolor puede reflejarse en la rodilla desde la cadera, la columna lumbar y del pie y el tobillo.

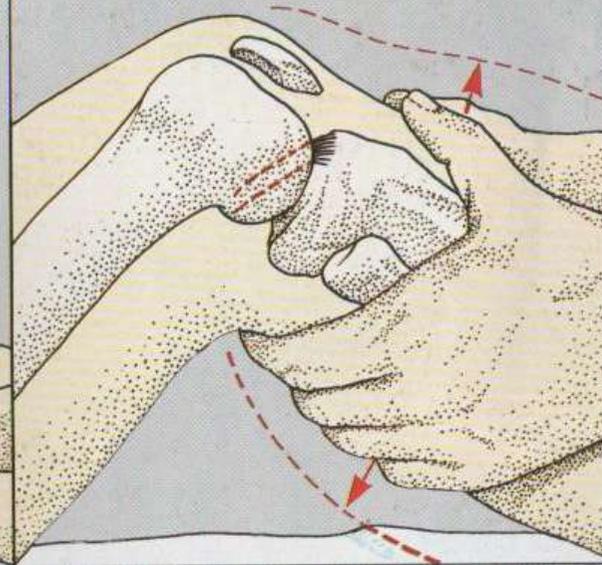
RODILLA PATOLOGIA REGIONAL

- **CONDROMALACIA ROTULIANA**
- **LESIONES MENISCALES**
- **ESGUINCES**
- **BURSITIS DE PATA DE GANSO**
- **OSTEOARTRITIS**
- **ARTRITIS**
- **TRASTORNOS MECÁNICOS**
- **QUISTE DE BAKER**
- **FRACTURAS**
- **TUMORES PRIMARIOS Y MTS**
- **OSTEONECROSIS**

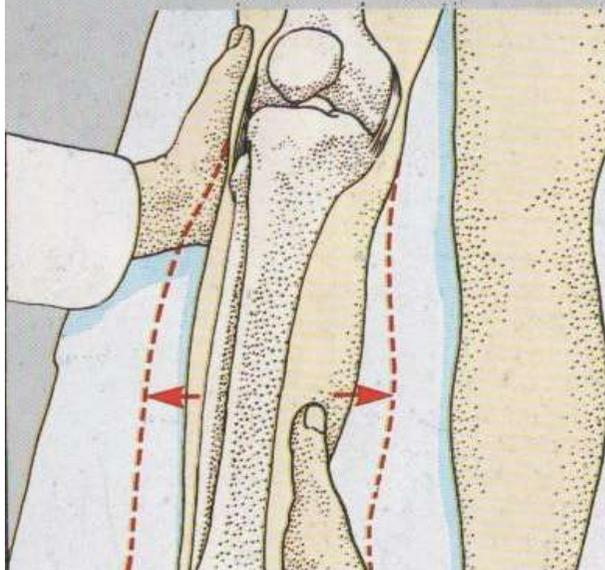
5. Evalúe el rango de flexión de la rodilla. En flexión completa el talón casi debería alcanzar la nalga.



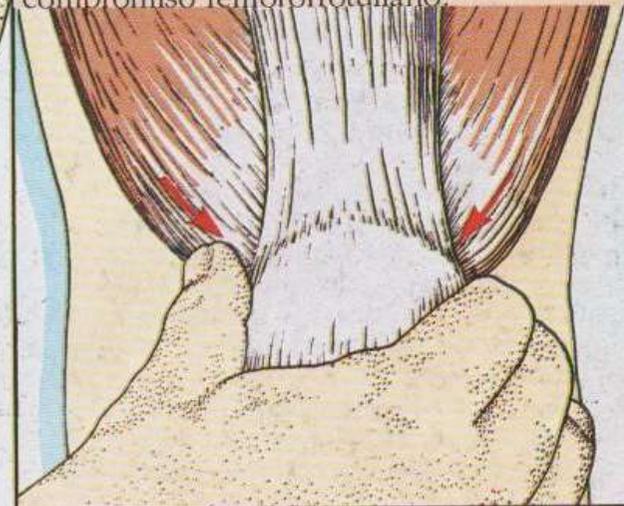
6. Evalúe la laxitud de los ligamentos cruzados ...



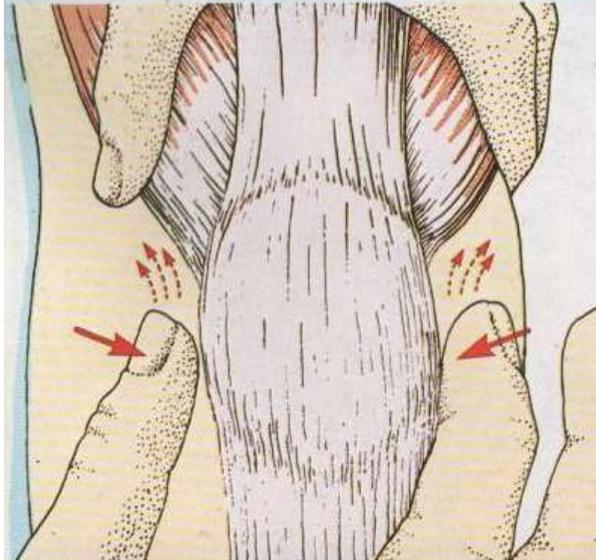
7. ... y los ligamentos colaterales; la inestabilidad indica una gran pérdida de cartílago o lesión de estos ligamentos.



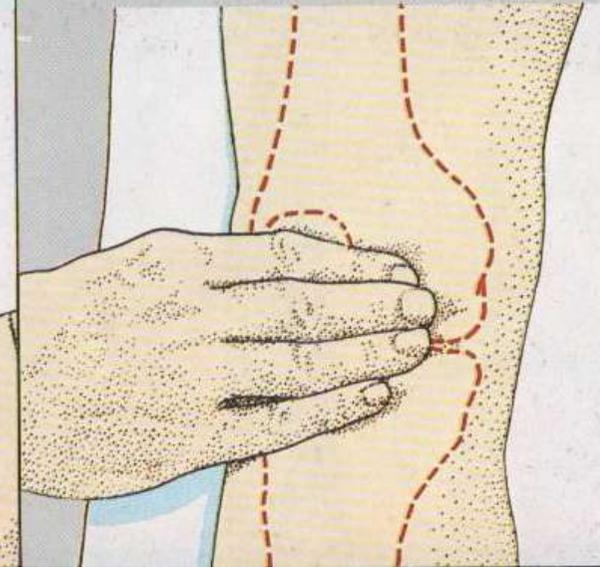
8. Evalúe el compromiso femoropatelar. Interrogue al paciente sobre la tensión del cuádriceps con las rodillas estiradas mientras usted contiene el borde superior de la rótula. Un dolor agudo indica compromiso femorrotuliano.



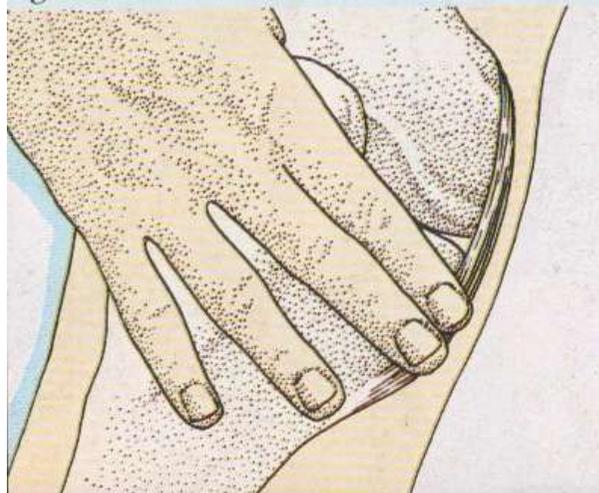
9. Evalúe un posible derrame. Aparece una bolsa suprapatelar por encima de la rodilla y se rellenan las muescas en el borde la rótula. Sienta la fluctuación.



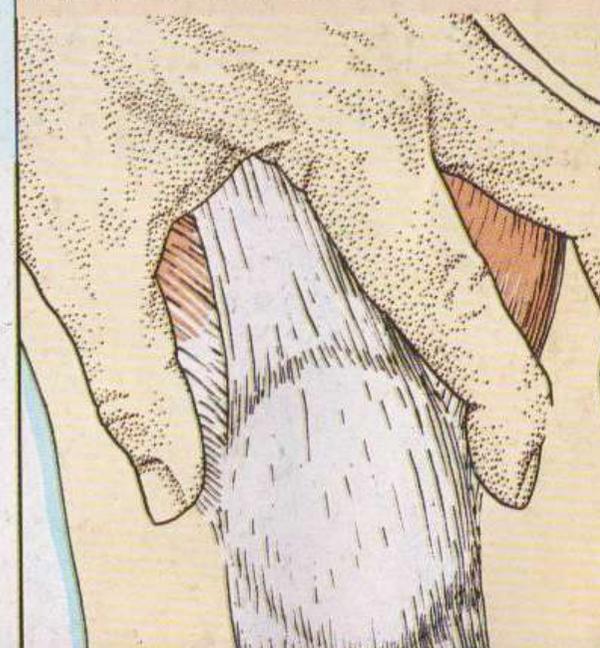
10. Perciba la sinovitis. Palpe el cóndilo femoral medialmente a la rótula. En la sinovitis los dedos sienten más un empastamiento que la dureza del hueso.

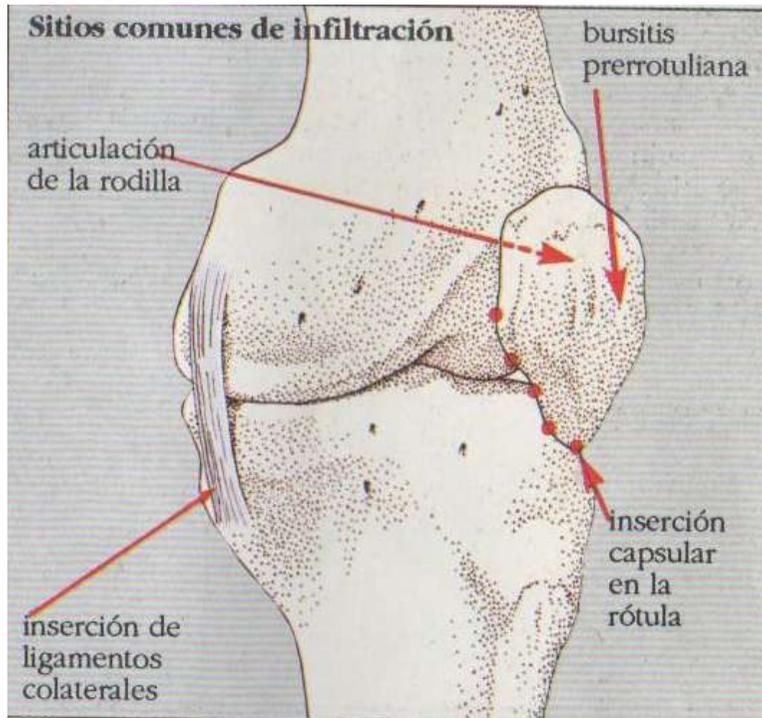


11. Finalmente, palpe los puntos sensibles -pueden responder a las infiltraciones con esteroides. Palpe la inserción de los ligamentos laterales, más comúnmente la inserción inferior del ligamento lateral interno.

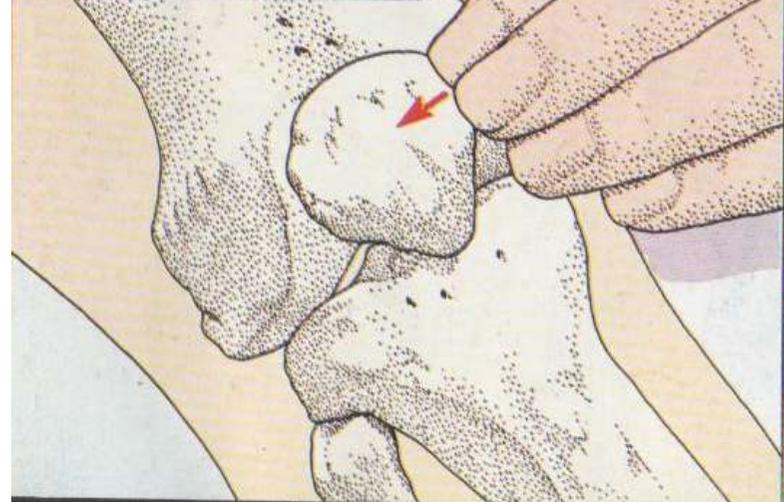


... y también de los bordes de la rótula.

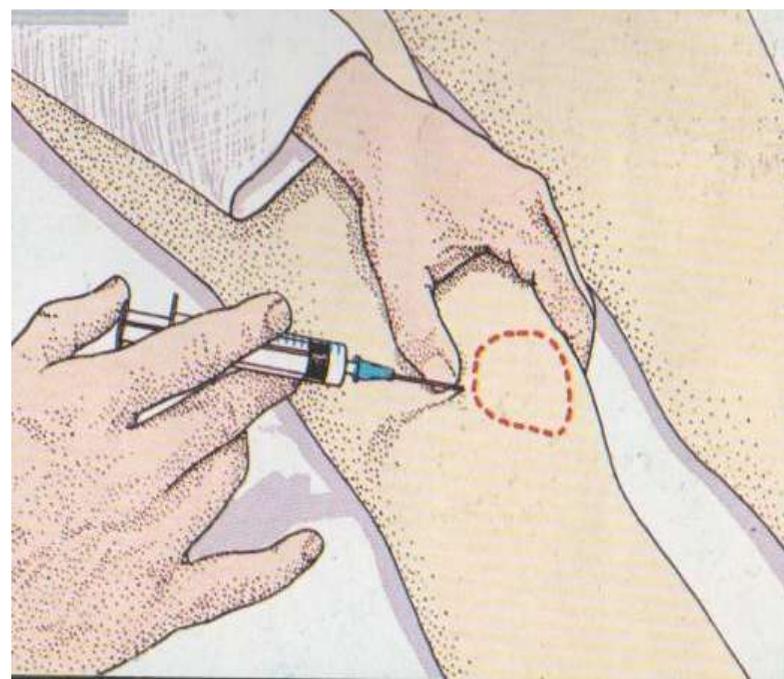
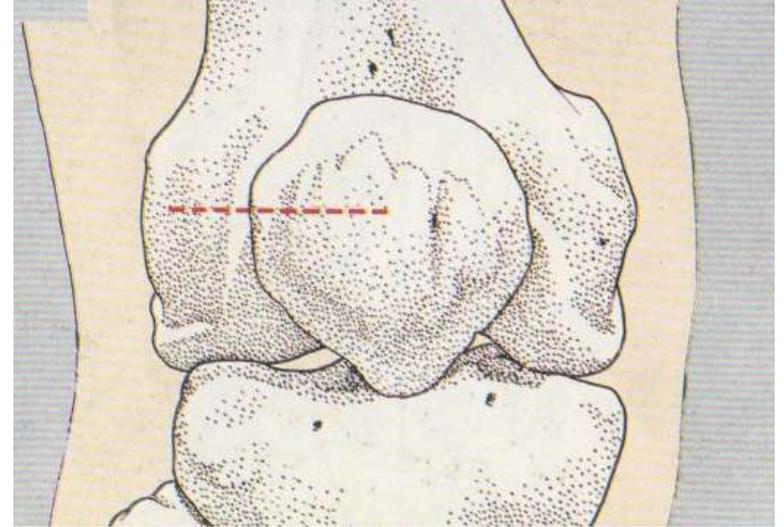




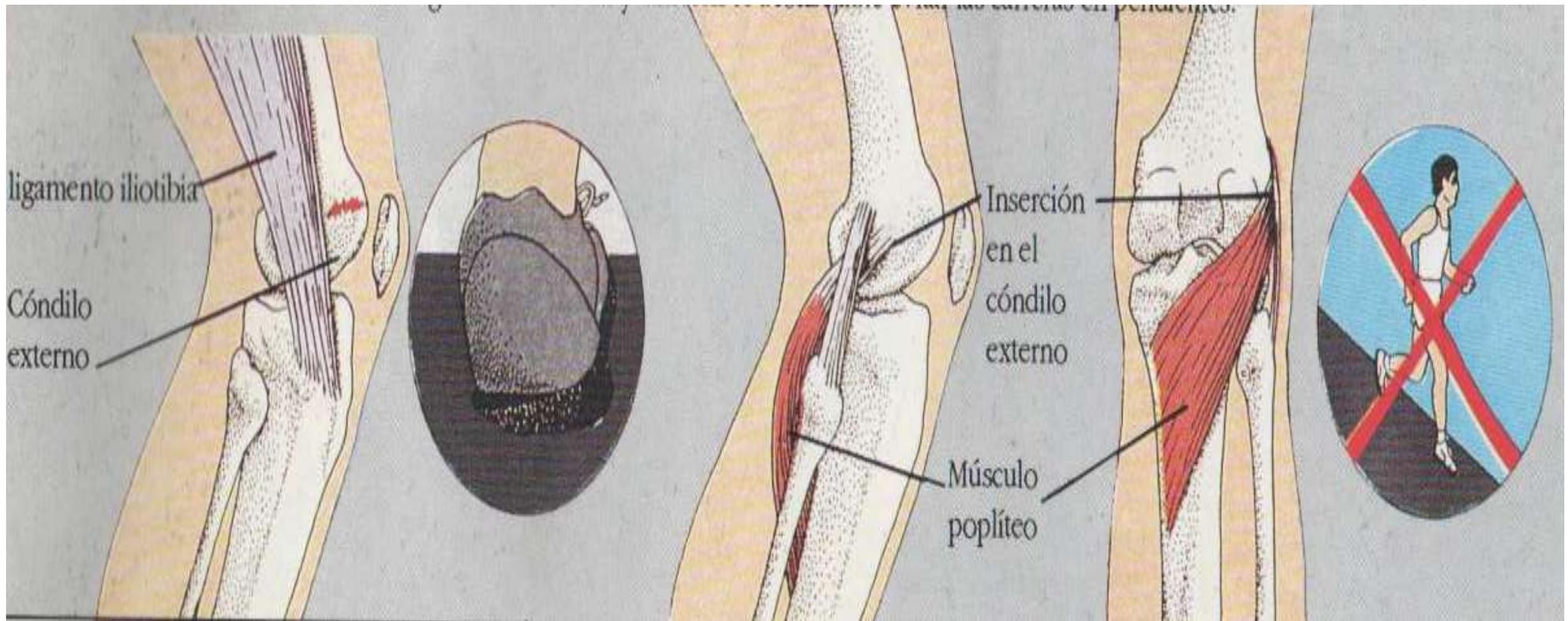
1. Infiltraciones en la articulación de la rodilla.
 Indicaciones habituales: sinovitis crónica como en la artritis reumatoidea, aparición de una osteoartritis post-traumática, quiste de Baker doloroso, ruptura de un quiste de Baker. Con el paciente acostado y la rodilla estirada, desplace la rótula lateralmente.



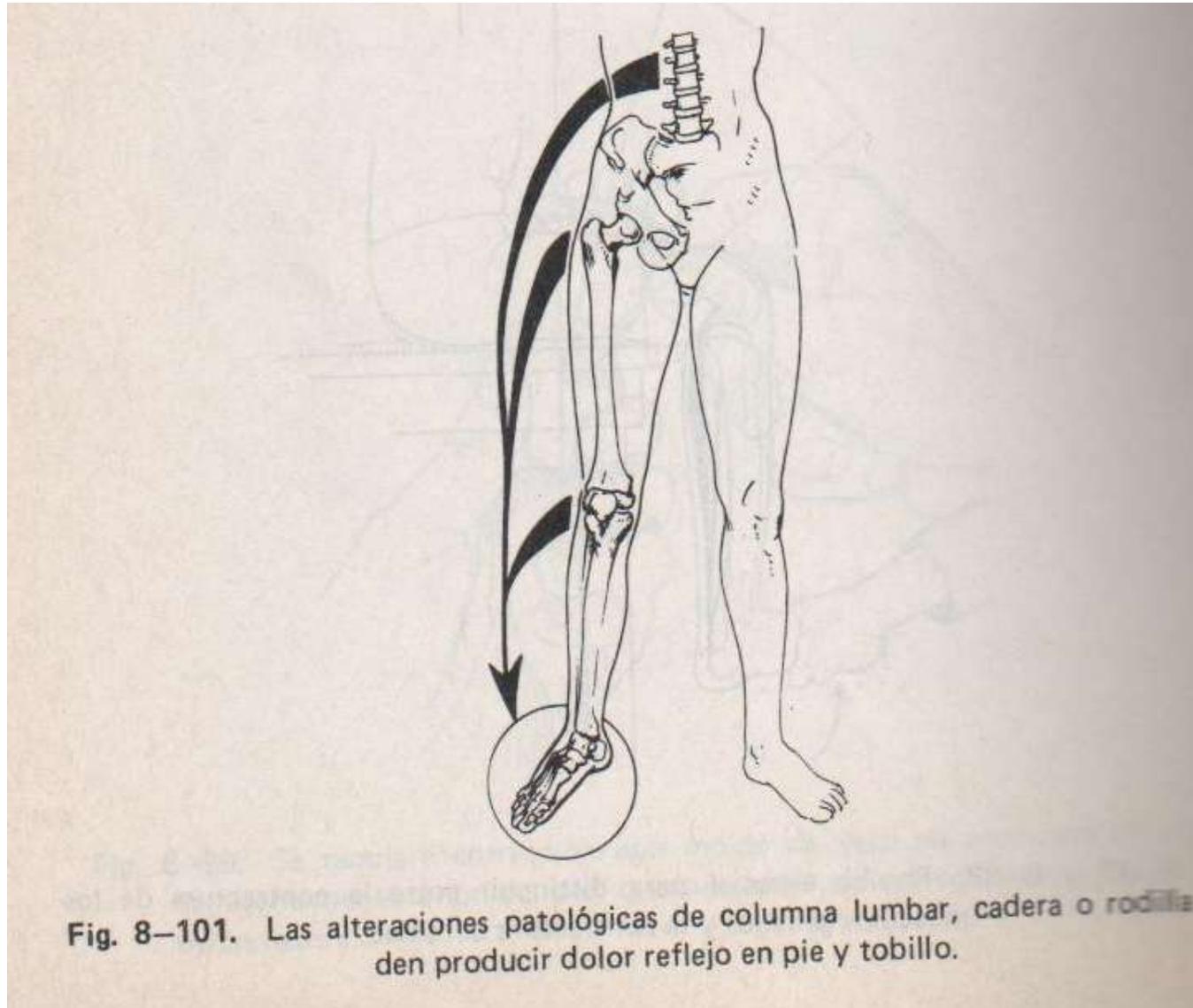
2. Esta maniobra determina que usted pueda sentir más fácilmente la almohadilla ubicada entre la rótula y el fémur, en la unión del tercio medio y superior de la rótula sobre el lado externo.



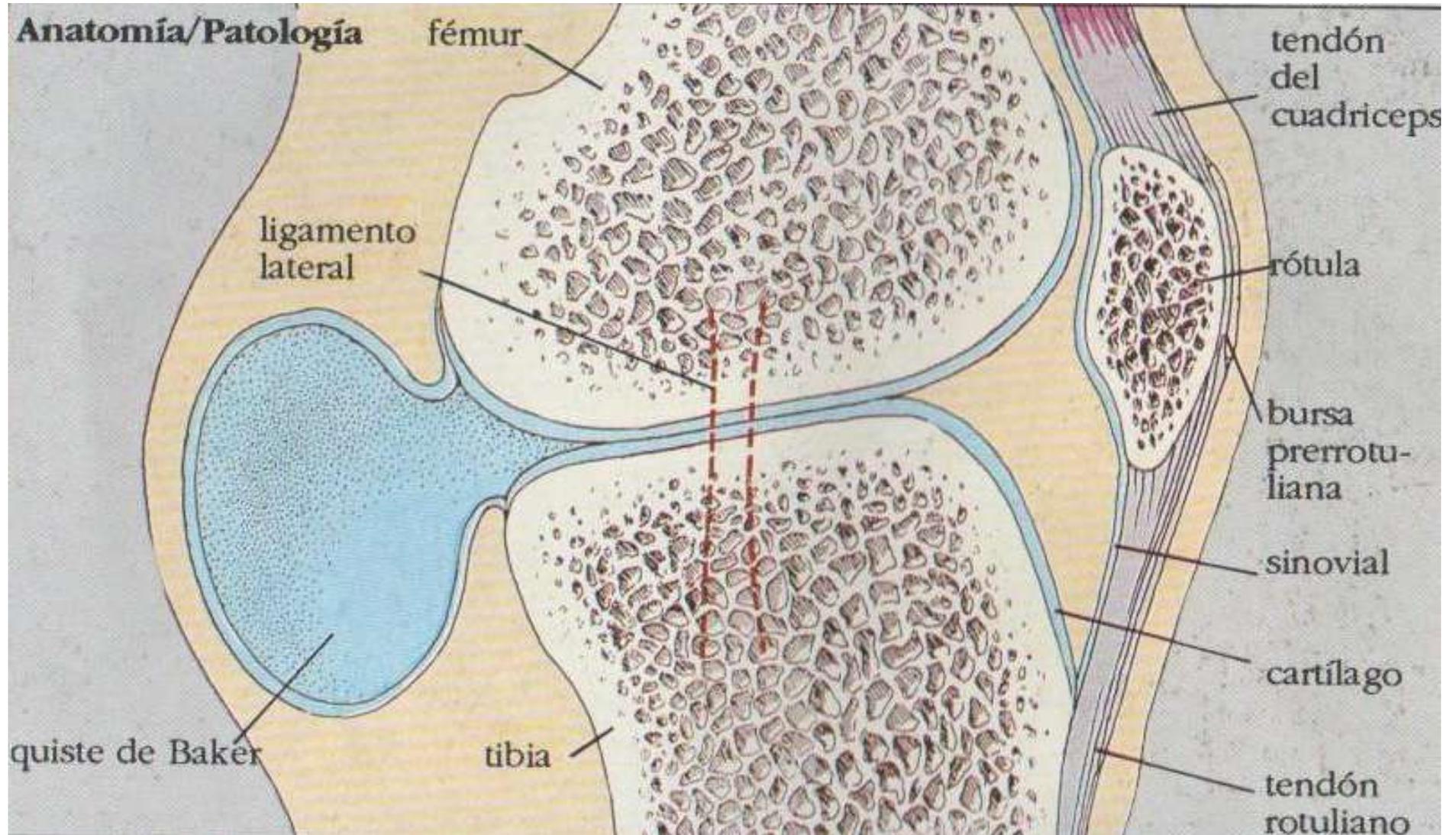
DOLOR LATERAL DE RODILLA



RODILLA ZONAS RELACIONADAS



QUISTE DE BAKER (POPLITEO)



TOBILLO Y PIE ANATOMIA

HUESOS

- Tibia
- Peroné
- Astrágalo
- Calcáneo
- Escafoides
- Cuboides
- Cuñas (1 - 2 - 3)
- Metatarsos - Falanges

INSERCIONES TENDINOSAS DEL TOBILLO

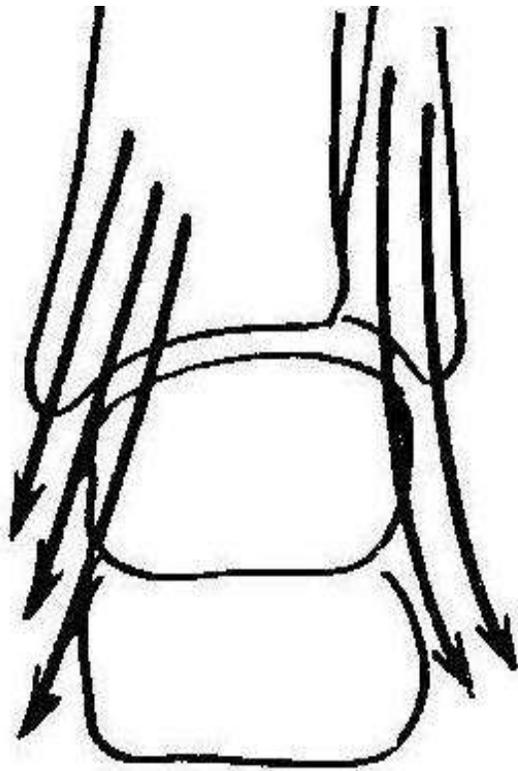


FIG. 194. Esquema que muestra la disposición retromaleolar de los peroneos (externos) y de los flexores común y propio y del tibial posterior por el canal retromaleolar interno.

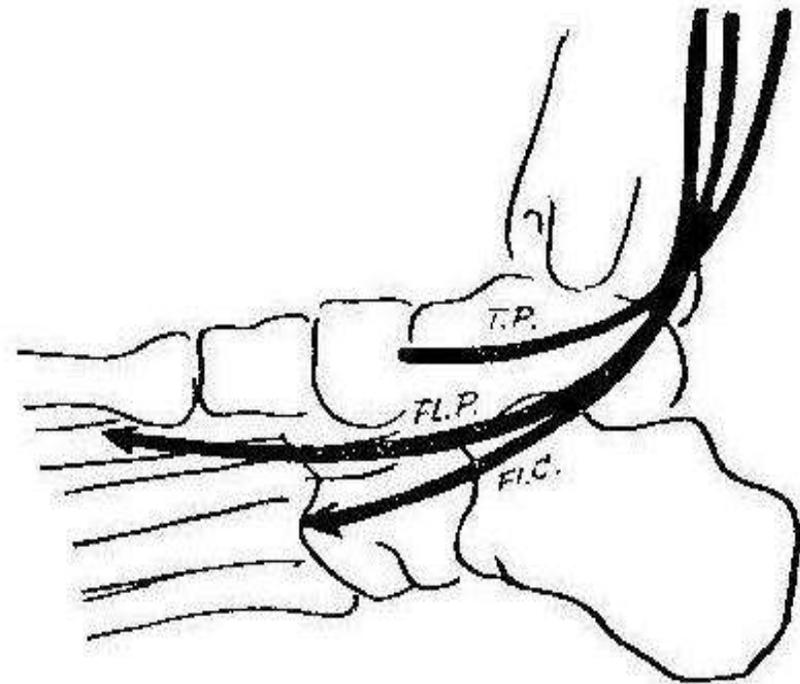


FIG. 195. Esquema que muestra la disposición de los tendones del tibial posterior (T.P.), del flexor común (F.L.C.) y del flexor propio (F.L.P.) en el canal retromaleolar interno y en la planta.

ARTICULACIONES

■ Tibioastragalina

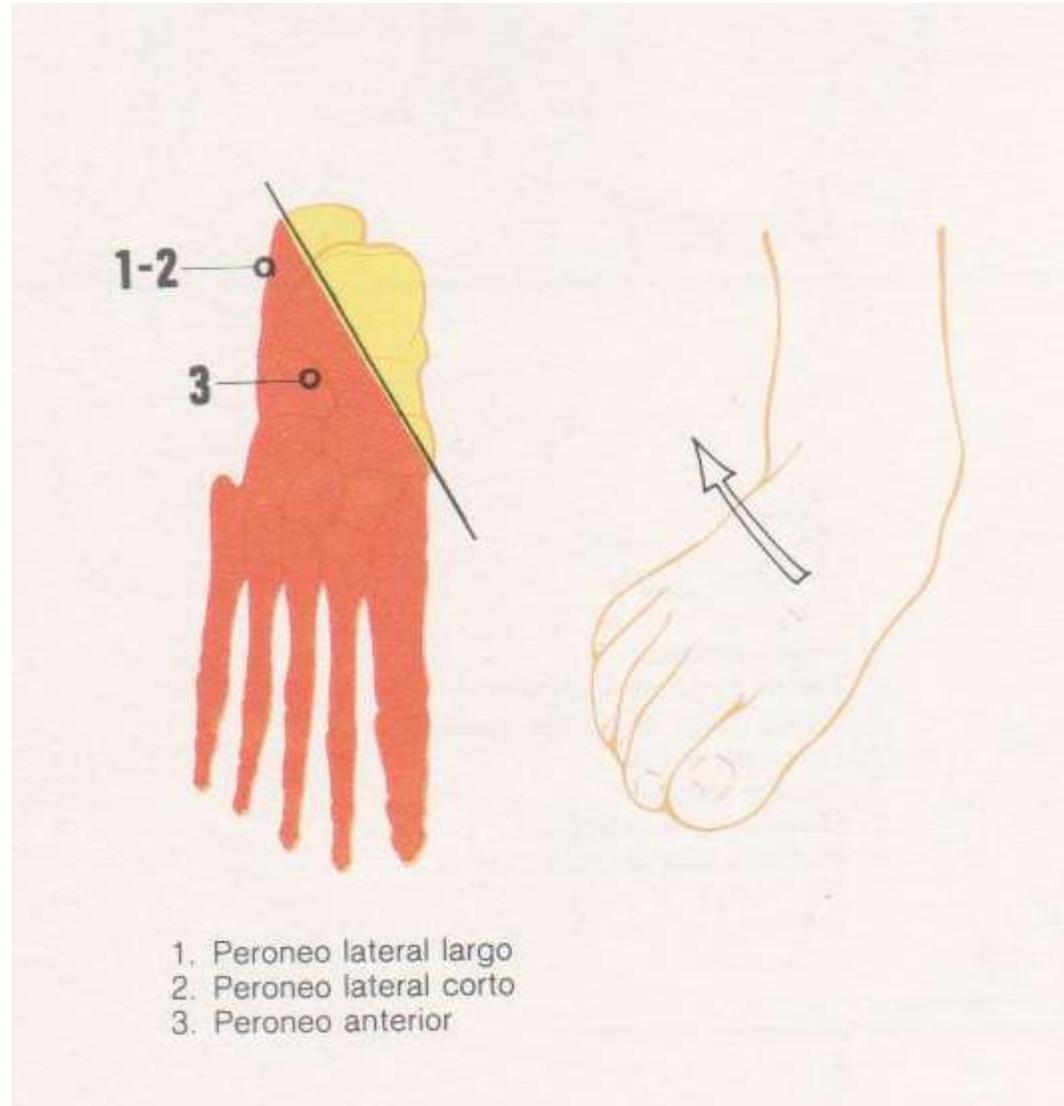
■ Mediotarsiana (Chopart)

■ Tarsometatarsiana

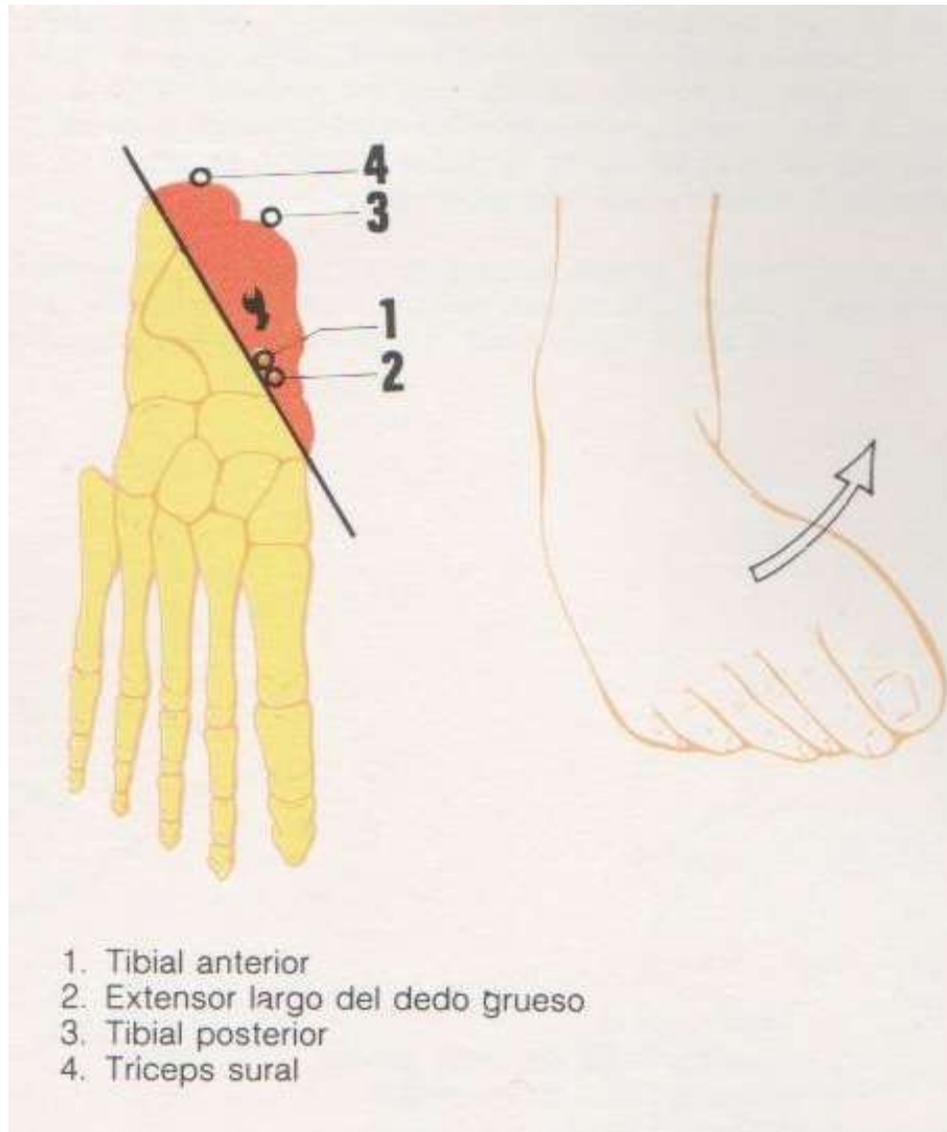
■ Metatarsofalángicas

■ Interfalángicas

PRONACION DEL PIE



SUPINACIÓN DEL PIE



TOBILLO Y PIE SEMIOLOGIA

INSPECCIOÓN

Tumefacción

- Difusa (artritis)
- Localizada (tenosinovitis)

■ Enrojecimiento

■ Nódulos

■ Tofos

■ Deformidad (valgo, varo)

MOVILIZACION

Flexo extensión

- Activa
- Pasiva

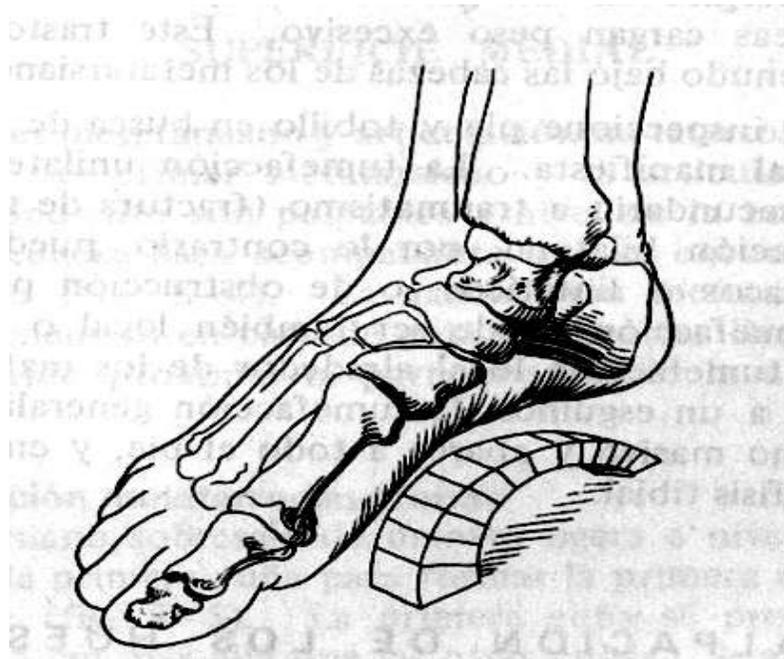


Fig. 8-1. Arco longitudinal del pie.

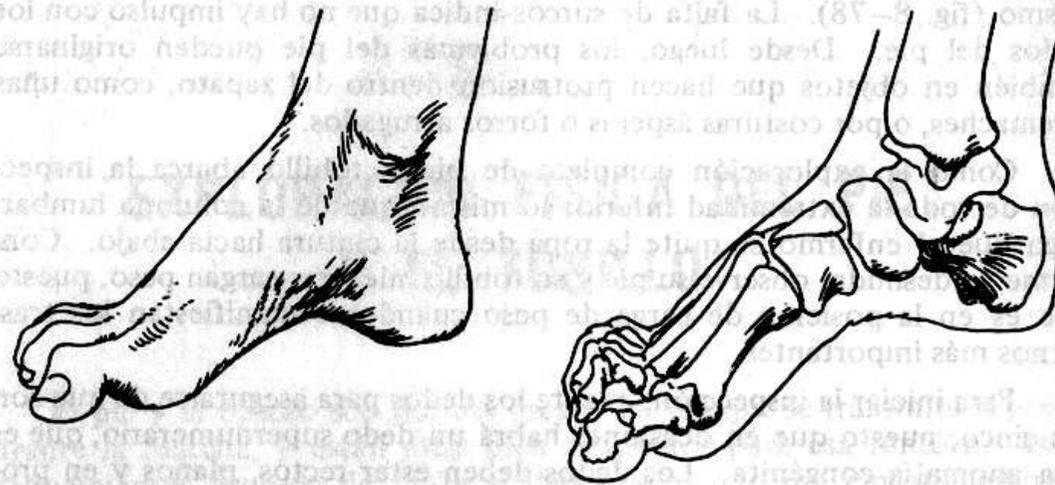


Fig. 8-2. Arco demasiado alto (pie cavo).

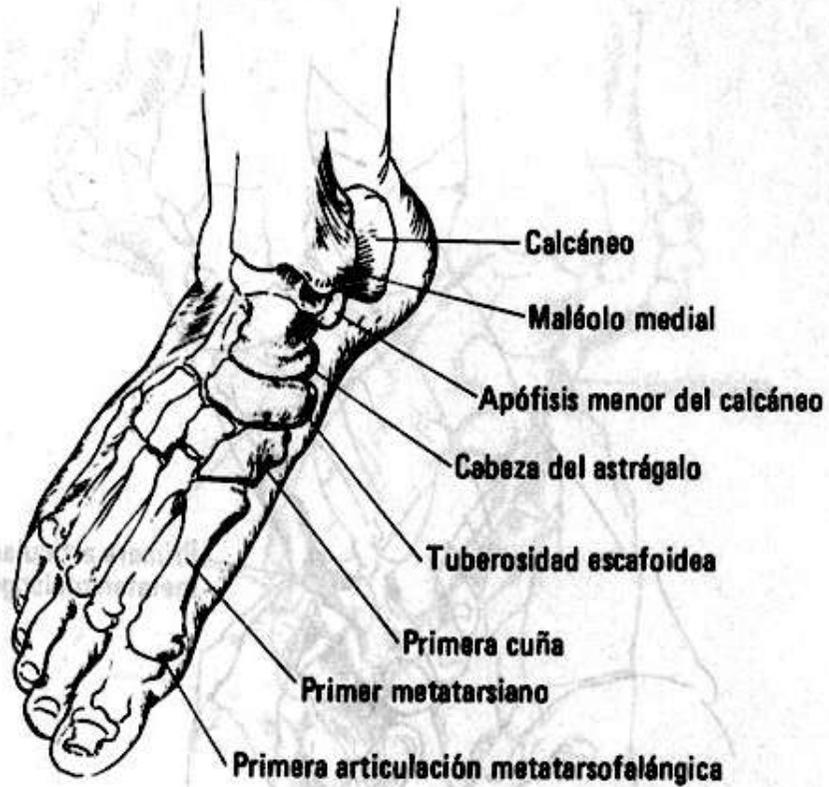


Fig. 8-3. Anatomía ósea de pie y tobillo (vista medial).

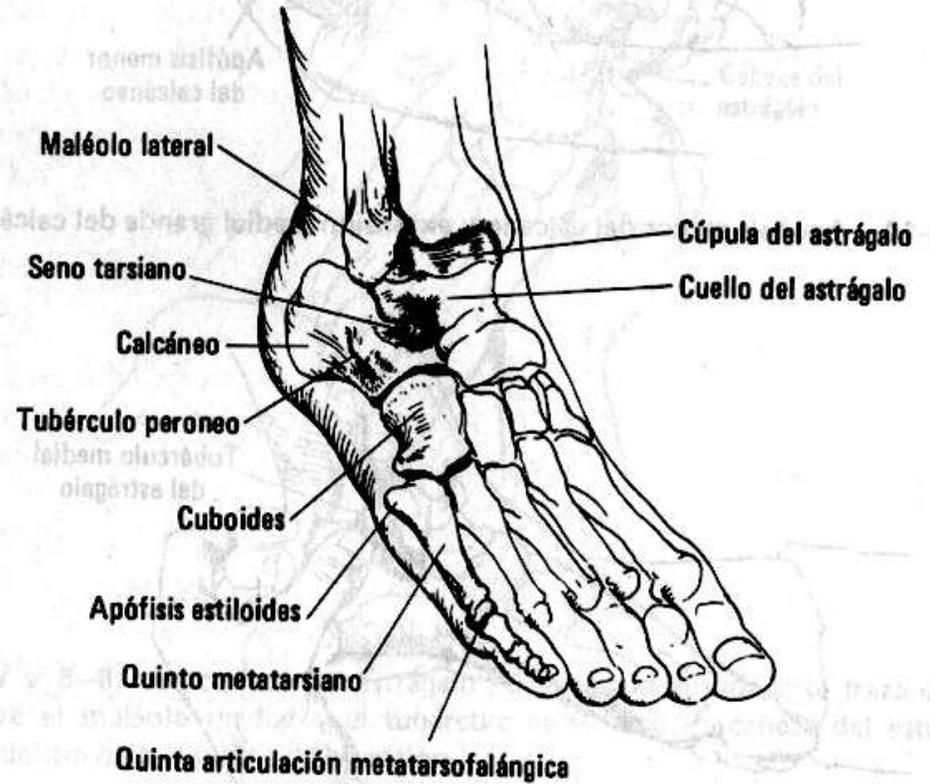


Fig. 8-12. Anatomía ósea de pie y tobillo (vista lateral).

Maléolo lateral



Fig. 8-18. Maléolo lateral.

Maléolo lateral Maléolo medial

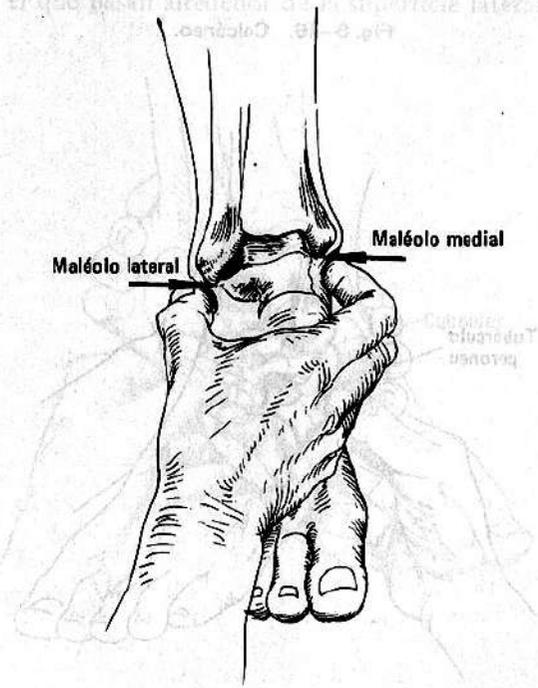


Fig. 8-19. El maléolo lateral se extiende más en sentido distal que en sentido medial.

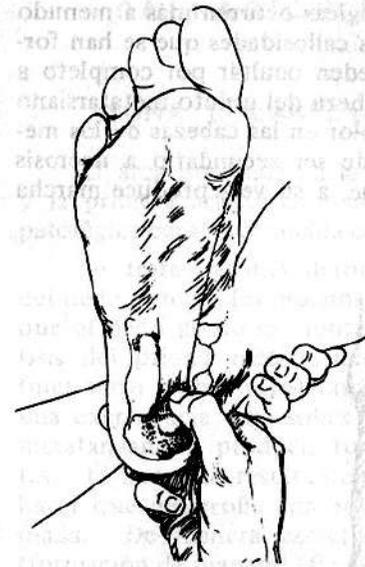


Fig. 8-24. Tubérculo medial.

Huesos sesamoideos

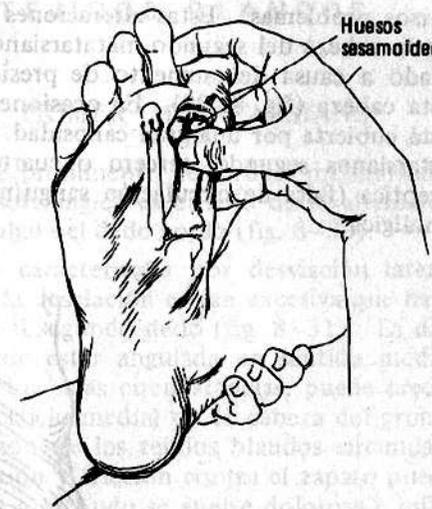


Fig. 8-25. Huesos sesamoideos dentro del tendón del flexor corto del dedo gordo.



Figs. 8-26 y 8-27. Las cabezas de los metatarsianos deben ser palpadas con el pulgar en la superficie plantar y el dedo índice en la superficie dorsal. Palpe cada cabeza de manera individual.



Fig. 8-28. El arco transverso del pie está localizado inmediatamente por detrás de las cabezas de los metatarsianos.

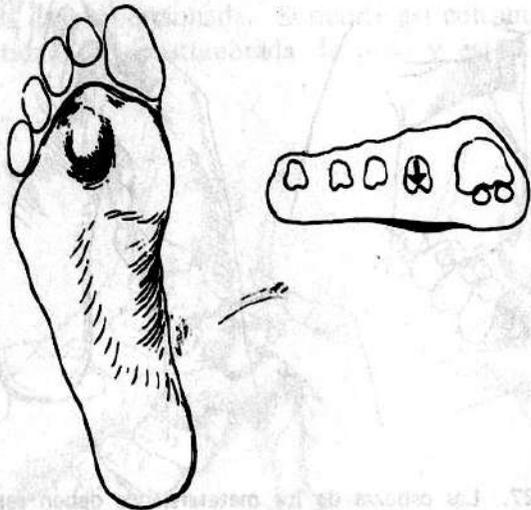


Fig. 8-29. *Izquierda:* A menudo se desarrollan callosidades bajo las cabezas de los metatarsianos. *Derecha:* Caída de la cabeza del segundo metatarsiano con formación plantar acompañante de callo.



Fig. 8-31. Dedo gordo en valgo. La "L" de valgo se refiere a la desviación lateral de la falange.

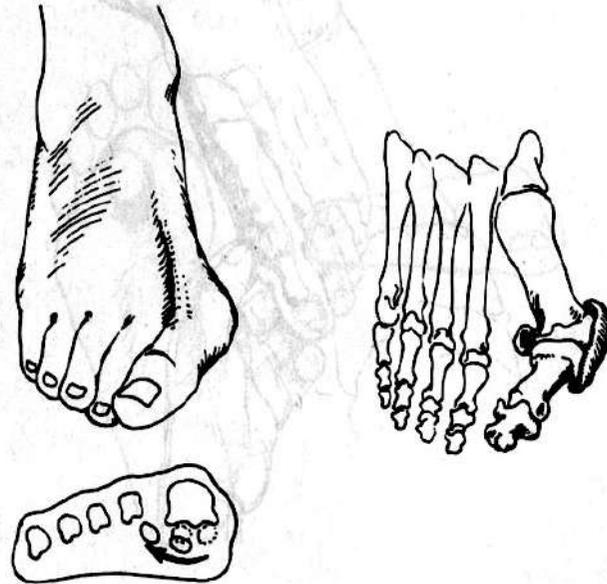
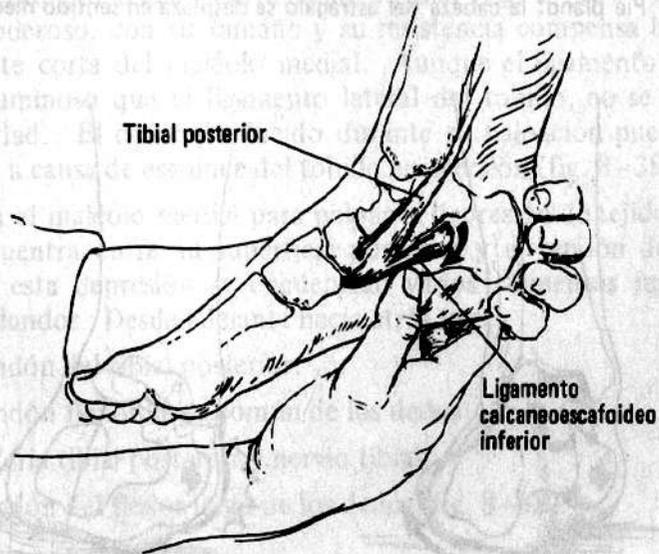
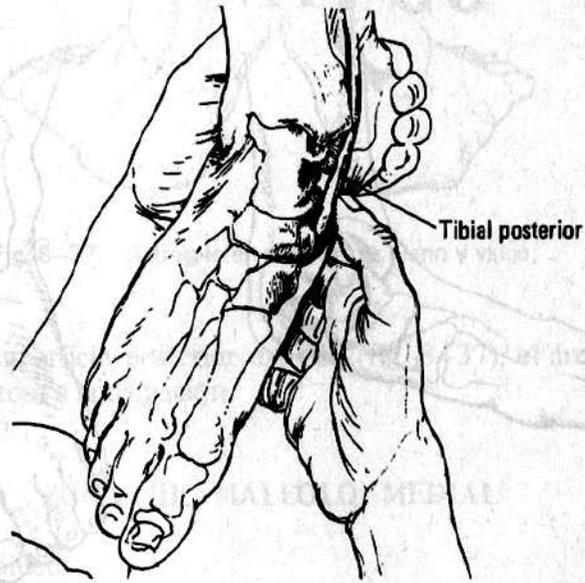


Fig. 8-32. Dedo gordo en valgo con formación de juaneta.



Figs. 8-33 y 8-34. El espacio que hay entre el escafoides y la apófisis menor del astrágalo es llenado por el tendón del tibial posterior y el ligamento calcaneoescafoideo inferior.

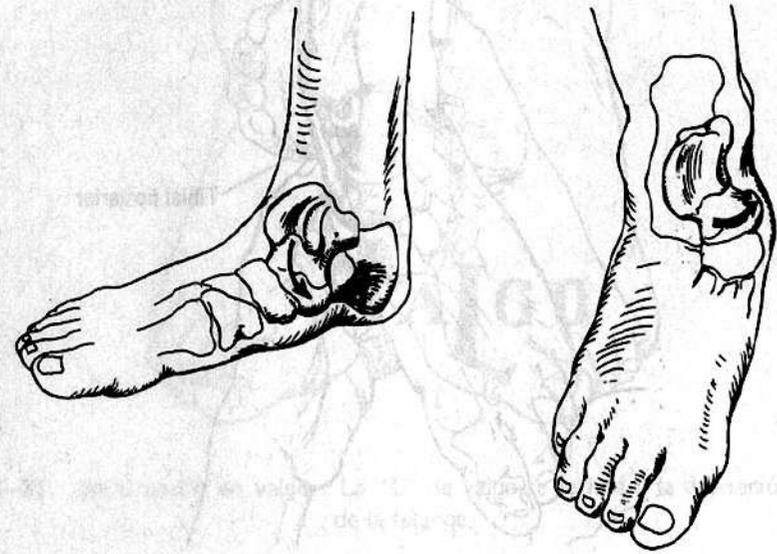


Fig. 8-35. Pie plano: la cabeza del astrágalo se desplaza en sentido medial y plantar.

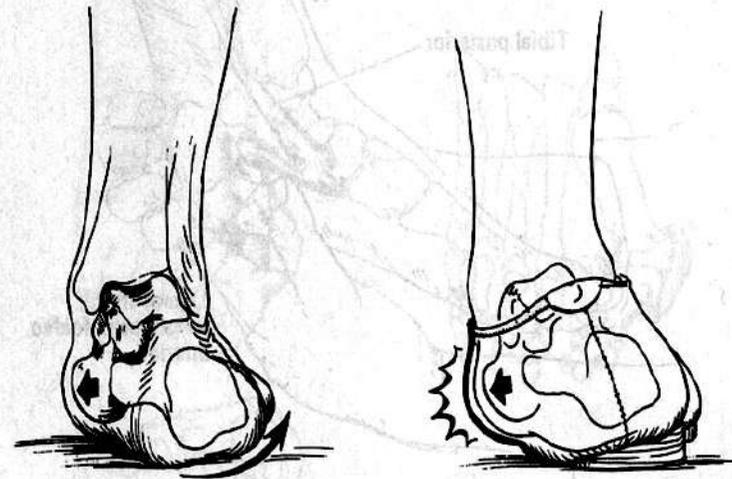


Fig. 8-36. *Izquierda:* Prominencia medial de la cabeza del astrágalo en caso de pie plano. *Derecha:* Desarrollo de callosidad en la cabeza del astrágalo relacionada con el uso del zapato.

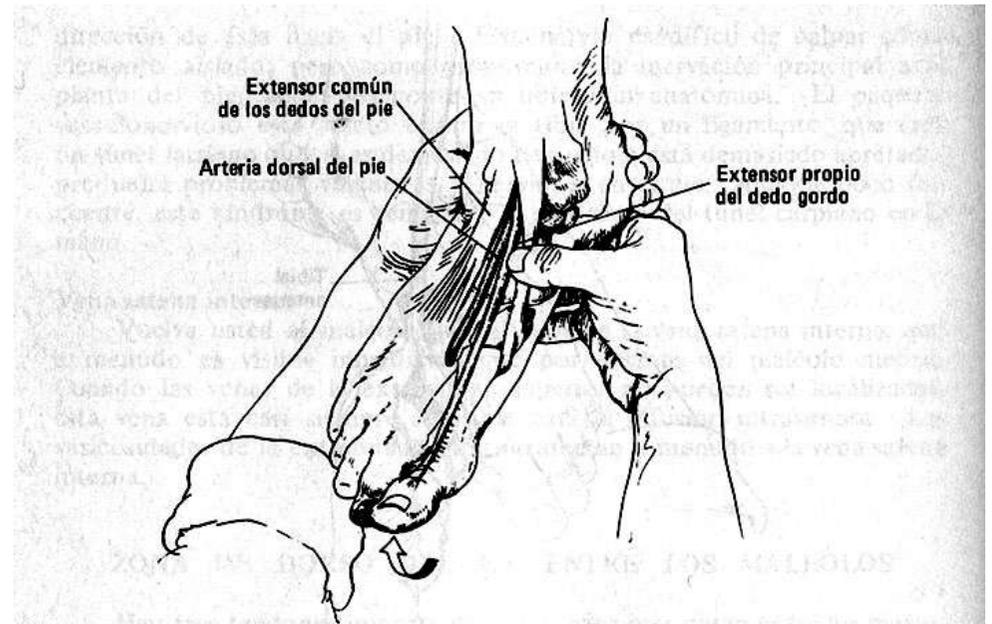


Fig. 8-42. Palpación del tendón del músculo extensor largo del dedo gordo del pie.

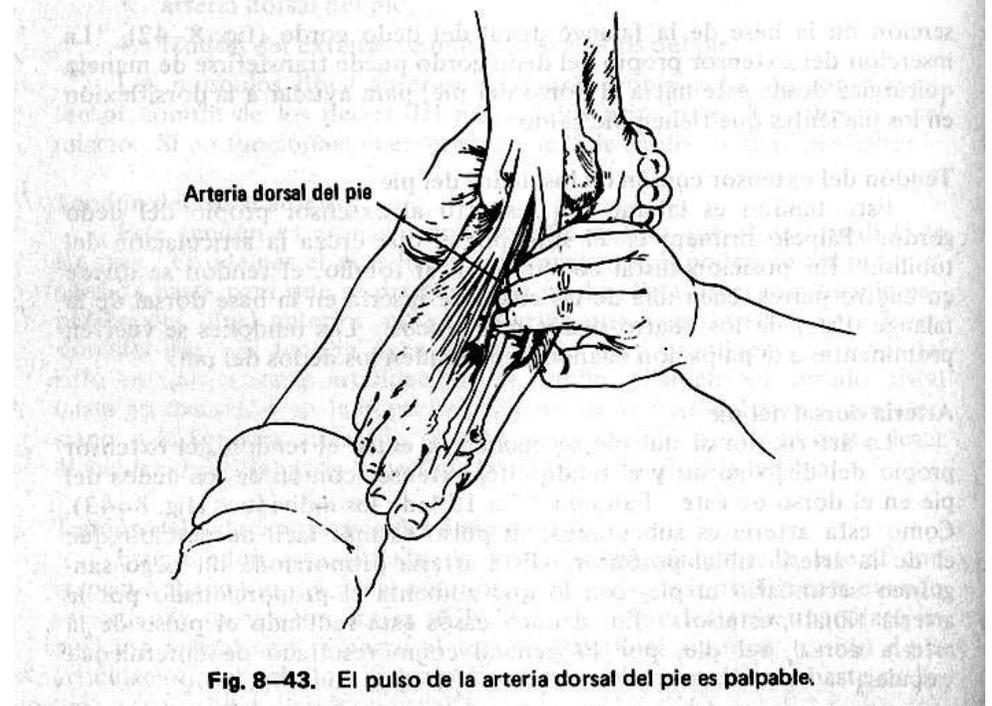


Fig. 8-43. El pulso de la arteria dorsal del pie es palpable.

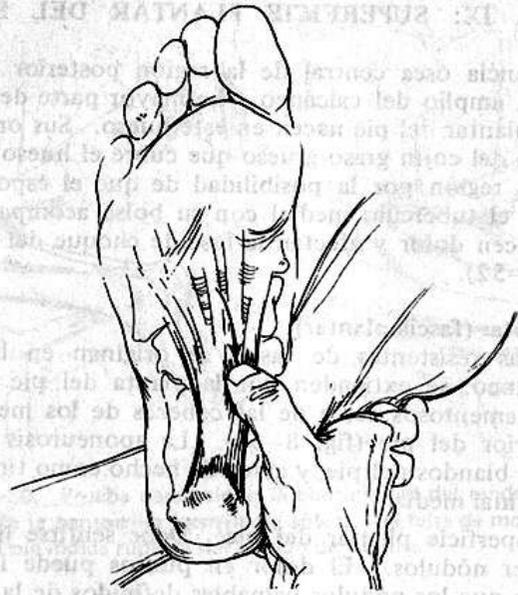


Fig. 8-53. Aponeurosis plantar.

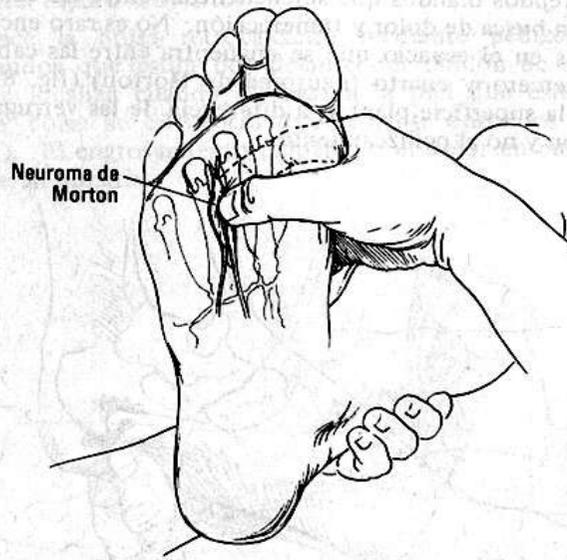


Fig. 8-54. Neuroma de Morton: neuroma doloroso que suele estar localizado entre las cabezas del tercero y del cuarto metatarsiano.

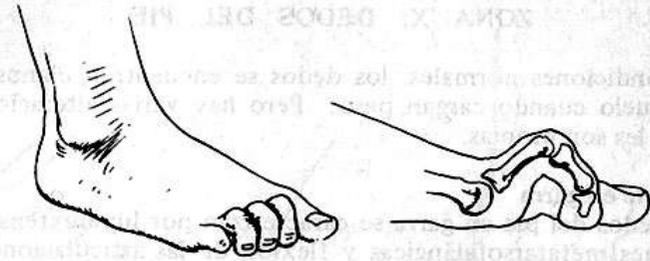


Fig. 8-55. Dedos en garra.

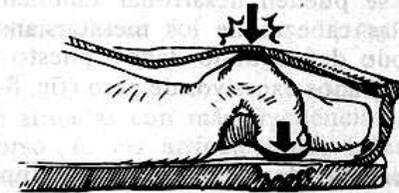


Fig. 8-56. Arriba: Formación de una callosidad a causa de dedos en garra. Abajo: Formación de callosidad por dedo en martillo.



Fig. 8-57. Dedos en martillo.

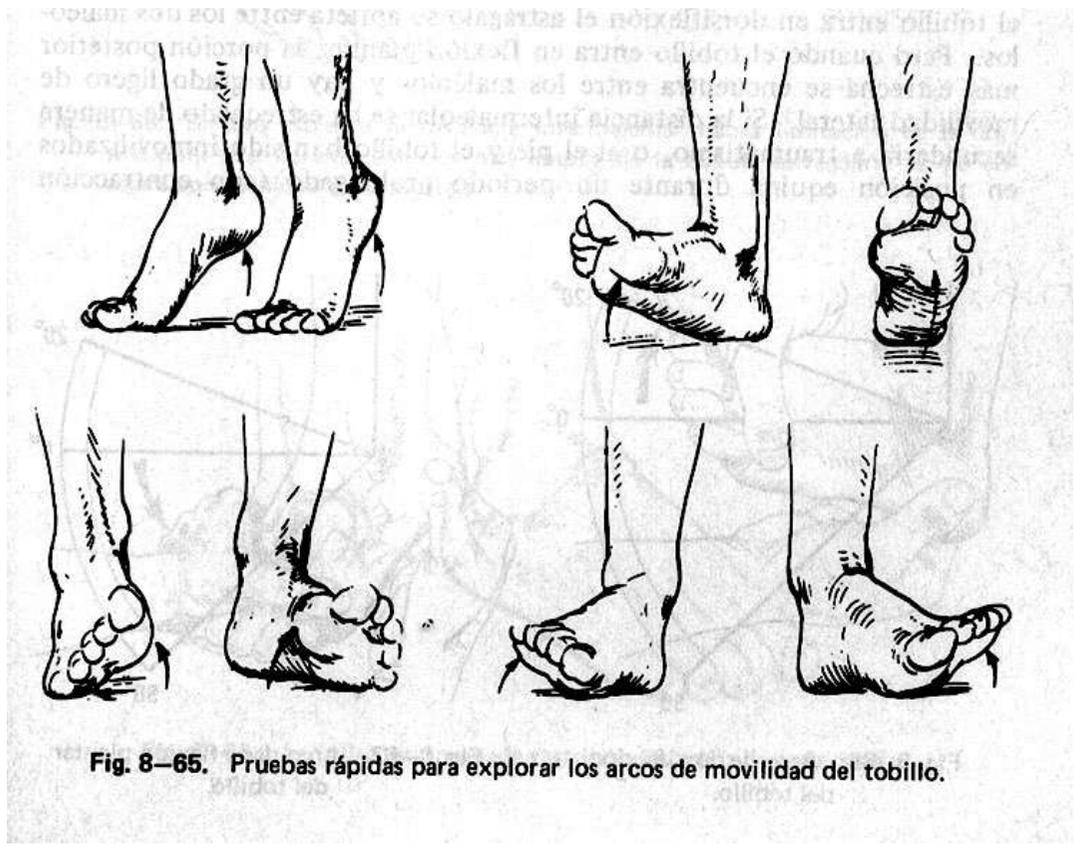


Fig. 8-65. Pruebas rápidas para explorar los arcos de movilidad del tobillo.

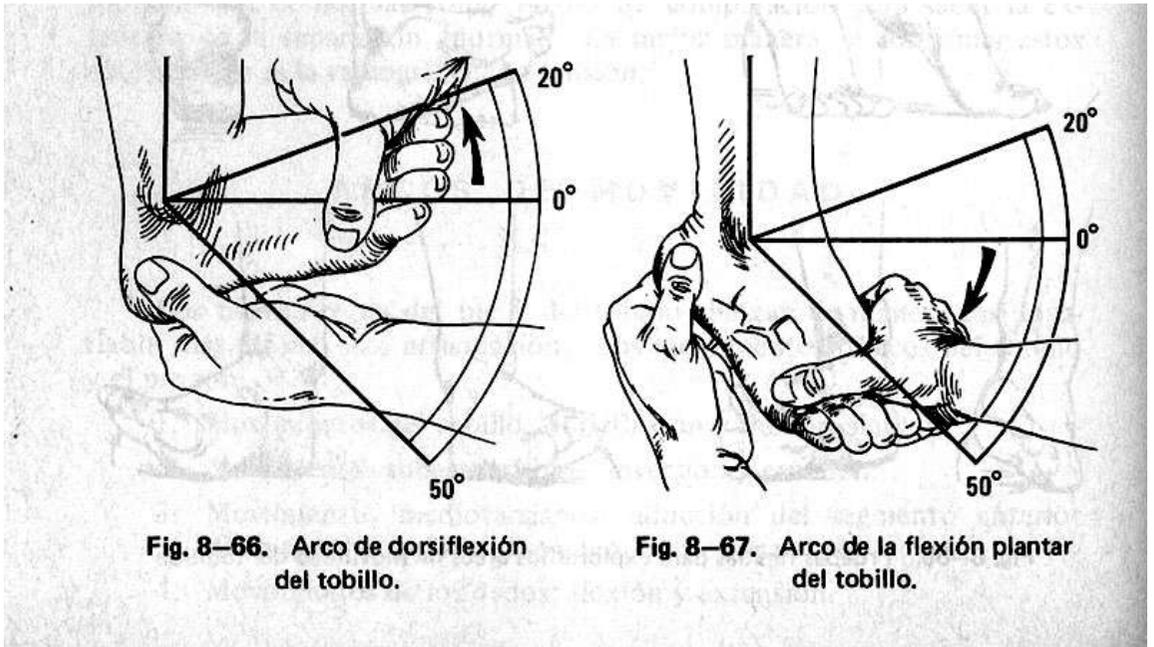


Fig. 8-66. Arco de dorsiflexión del tobillo.

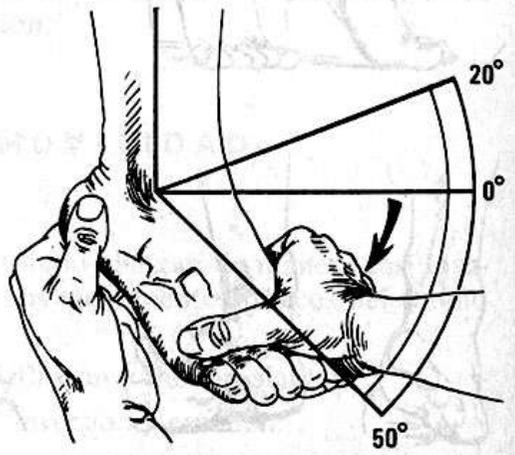


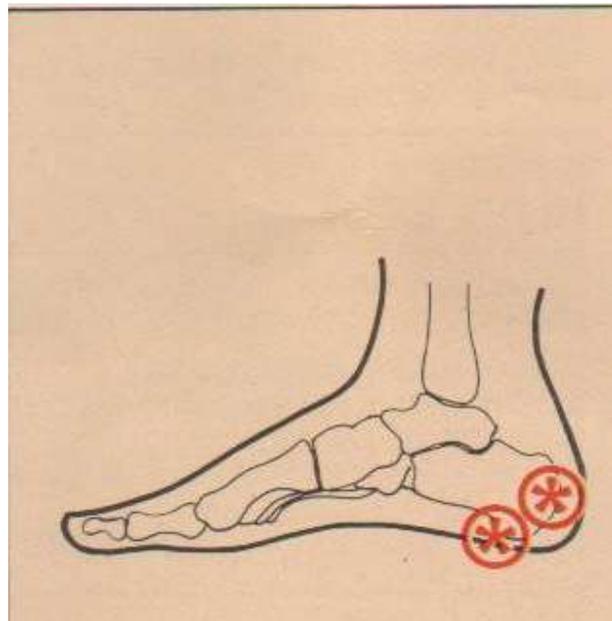
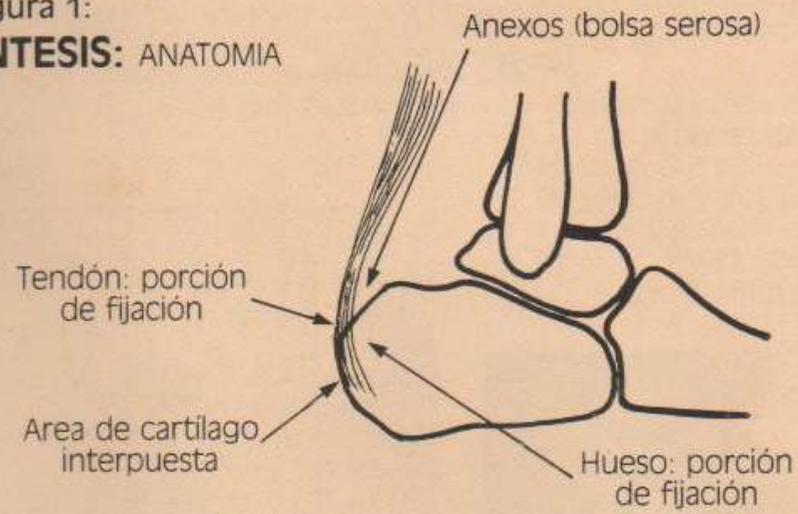
Fig. 8-67. Arco de la flexión plantar del tobillo.

TOBILLO Y PIE PATOLOGIA

- GOTA
- ARTRITIS
- NEOPLASIAS
- ENF. VASCULAR PERIFERICA
- PIE PLANO
- ESGUINCES
- NEUROMA DE MORTON
- HALLUX VALGUS/RIGIDUS
- METATARSALGIA
- ESPOLON CALCANEO
- FASCITIS PLANTAR
- DACTILITIS

Figura 1:

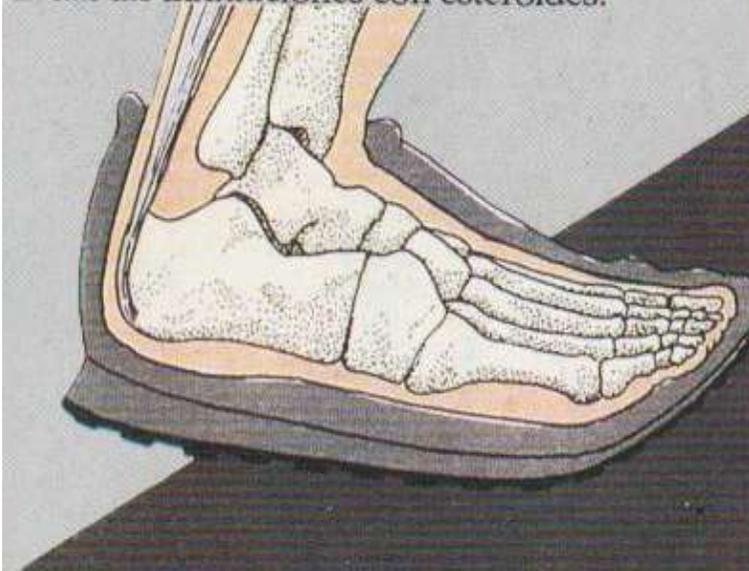
ENTESIS: ANATOMIA



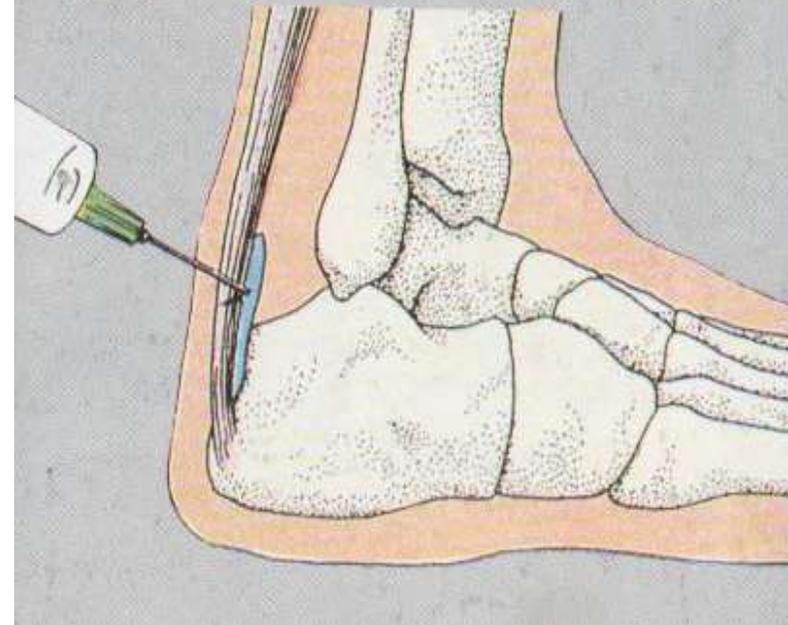
Puntos dolorosos más frecuentes en las entesopatias de las EASN.

DOLOR EN TALON

Dolor en el talón 1. Tendinitis aquileana. Provoca dolor a la palpación superficial y tumefacción del tendón de Aquiles unos centímetros por encima de su inserción. La carrera en pendiente hacia arriba y la planta del pie demasiado rígida son causas frecuentemente corregibles. Puede ser de utilidad colocar una almohadilla de talón Sorbothane. Evitar las infiltraciones con esteroides.



Dolor en el talón 2. Bursitis retrocalcánea. Los síntomas son similares a la tendinitis Aquileana aunque el dolor a la palpación se ubica frente al tendón. El tratamiento es similar al de la tendinitis aquileana, salvo que las infiltraciones con esteroides son útiles y seguras para los síntomas persistentes.



DOLOR EN TALON (FASCITIS PLANTAR)

