

Luxación congénita irreductible de rodilla. Caso clínico

Congenital dyslocation of the knee. Case report.

M. CANDEL*, A.BARRA**, A. CHAPA*, J. GASCÓ**.

* SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y **SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Resumen. La luxación congénita de rodilla es un patología muy poco habitual, estimándose una incidencia de 0.017 por mil nacidos vivos, o aproximadamente un 1 por ciento de la incidencia de la displasia de desarrollo de la cadera (DDC). Debido a su baja incidencia existe controversia respecto al tratamiento definitivo. Presentamos el caso de una luxación congénita de rodilla tratada satisfactoriamente mediante tratamiento ortopédico.

Summary. The congenital dislocation of the knee is a rare unfrequent pathology, to be precise the incidence is around 0.017 per thousand live births, or approximately 1% over the incidence of congenital hip dysplasia. Due to such a low incidence, there exist controversial approaches the absolute treatment. This paper presents the particular case of a congenital dislocation of the knee, which has been successfully treated by means of orthopaedic treatment.

Correspondencia:

M^a Carmen Candel Romero
Servicio de Rehabilitación
Hospital Clínico Universitario
de Valencia
Av. Blasco Ibáñez n^o17
46010 Valencia.

Introducción. Las deformidades congénitas en hiperextensión de la rodilla incluyen un amplio espectro de patologías que se pueden reducir a tres entidades: hiperextensión simple, subluxación y luxación completa (1). La incidencia de esta patología, en la mayoría de las series consultadas, es de 0.017 casos por mil nacidos vivos; y es por esta baja incidencia por la que diferentes autores suelen referenciarla respecto de la incidencia de otras patologías más frecuentes tales como la displasia de desarrollo de la cadera (DDC) o deformidades en los pies. Otro tipo de patología con frecuente asociación a la luxación congénita de rodilla (LCR) es la artrogriposis, la espina bífida, y síndromes de laxitud articular (2). De acuerdo con Laurence (3) y Curtis Fisher (4) se puede clasificar la LCR en tres grados. El grado I representa una hiperextensión de

la rodilla presente al nacimiento sin desplazamiento de las superficies articulares (los ejes de ambos huesos largos contactan el uno al otro dentro de su propia superficie articular). El grado II representa una subluxación existiendo un deslizamiento de la epífisis tibial sobre la cara anterior del fémur a nivel condilar y sobre cartílago articular. El grado III representa una luxación completa de ambas superficies articulares colocándose la epífisis tibial proximal a los cóndilos femorales.

En nuestro hospital habían sido recogidos y publicados con anterioridad (5) 6 casos de luxación congénita de rodilla.

Caso clínico. Paciente mujer que desde el momento del nacimiento presenta un genu recurvatum de rodilla derecha. Como antecedentes destacan: madre de 36 años sin patologías de interés; peso al nacimiento

3.880 gr, Apgar al nacimiento 9/10. Tiene una hermana de 5 años sana.

A la exploración clínica se aprecia un genu recurvatum irreductible de 30° de hiperextensión, pliegue anterior suprapatelar y palpación de los cóndilos femorales posteriormente y tibia anteriormente. No se palpa rótula y la cadera y pie ipsilaterales son de características normales.

A la exploración radiográfica se evidencia una falta completa de alineación fémoro-tibial sin acortamiento (Fig. 1). La exploración ecográfica dinámica de las caderas fue normal.

Se decide tratamiento con yeso de inmovilización cruropedio en 20° de flexión que hubo que cambiar en varias ocasiones por deterioro. A la semana del diagnóstico se inicia tratamiento con ortesis de termoplástico articulada y a los 15 días, al evidenciar una mejoría clínica con flexión de 30°, se remite al servicio de Rehabilitación (Fig. 2). En dicho servicio, tras valorar a la paciente, se inicia movilización pasiva de rodilla mediante ejercicios para ganar arco flexor, instruyendo a la madre para la realización de los mismos en su domicilio 5 ó 6 veces diarias, y bajo la supervisión semanal del fisioterapeuta. A los 3 meses de tratamiento se consigue una flexión de 105° con extensión completa sin recurvatum, momento en el que se decide retirar la ortesis. Tras el último control clínico, a los 15 meses del diagnóstico, la movilidad es completa y la articulación es estable (Fig. 3).

Discusión. El primer caso de LCR recogido en la bibliografía se debe a Chaussier en 1812 y Chatelaine en 1822 (6). Pero no es hasta Larsen et al (7) cuando se realiza la primera descripción exhaustiva de un paciente con esta deformidad, si bien este es el único caso en la literatura revisada en la que se aprecia una asociación con una deformidad cleidocraneal y facial importantes.

La incidencia de LCR no es del todo conocida aunque la mayoría de los autores estiman una prevalencia de 1.7 por millón de

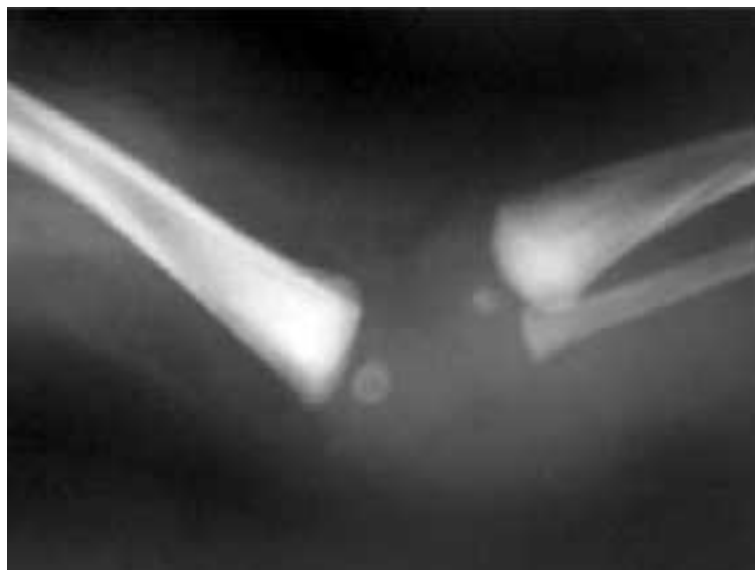


Figura 1. Estudio radiográfico inicial.



Figura 2. Situación clínica de la paciente al retirar el yeso y colocar la ortesis.

habitantes (8); otros autores la estiman en un caso de LCR por cada 90 casos de DDC (9,10).

Según Bell et al (11) la etiología de la LCR se puede reducir a un desequilibrio muscular que sería el factor común entre aquellas LCR asociadas con lesiones neuromusculares y aquellas asociadas con síndromes de laxitud pero con musculatura aparentemente normal.

Desequilibrio muscular primario. En lesiones congénitas neuromusculares tales



Figura 3. Situación clínica a los 15 meses.

sición fetal de nalgas con las rodillas hiperextendidas, si la musculatura isquiotibial se subluxa anterior al eje flexor de la rodilla, éstos dejan de tener una función flexora primaria para pasar a tener una función extensora secundaria.

Se pueden considerar dos tipos de tratamiento: conservador y quirúrgico. El tratamiento conservador consiste en movilizaciones pasivas y ortesis seriadas. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos en los que han fracasado las medidas conservadoras. La deformidad esencial que precisa corrección mediante el tratamiento quirúrgico es el acortamiento cuadricepsal que debe ser elongado hasta el doble de su longitud inicial en la mayoría de los casos. ■

como el mielomeningocele o la artrogriposis (12,13) la laxitud de los flexores de la rodilla en presencia de unos potentes extensores antes del nacimiento, conduce a un crecimiento muscular diferencial con acortamiento de la musculatura extensora más potente (cuádriceps).

Desequilibrio muscular secundario. La mayoría de los autores (4) denotan un efecto paradójico de la musculatura flexora de rodilla actuando como extensores secundarios en el caso de la LCR. En la po-

Bibliografía

1. **Finder JG.** Congenital hyperextension of de knee. *J Bone Joint Surg* 1964; 46B:783.
2. **Morrissy RT, Weinstein SL.** The lower extremity. En: Morrissy RT, Weinstein SL, editores. *Lovell and Winter's pediatric orthopaedics*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p.1095-98.
3. **Laurence M.** Genu recurvatum congenitum. *J Bone Joint Surg* 1967; 49B:121-34.
4. **Curtis B, Fisher R.** Heritable congenital tibiofemoral subluxation. *J Bone Joint Surg* 1970; 52A:1104-14.
5. **Laguía M, Argüelles F, Gascó J, Ruiz de la Cuesta F.** "Genu recurvatum" congénito. *Rev Esp Cir Osteoar* 1975;10:177-86.
6. **Drehmann G.** Die congenitalen luxationen des kniegeelenkes. *Z Orthop Chir* 1900; 7:459-521.
7. **Larsen, Loren J, Schottstaedt E, Bost F.** Multiple congenital dislocations associated with characteristic facial abnormality. *J Pediatr* 1950; 37:574-81.
8. **Rosen S.** Dignosis and treatment of congenital dislocation of the hip joint in the newborn. *J Bone Joint Surg* 1962; 44B:284.
9. **Steindler A.** Diseases and disordens of the knee. *Abt's Pediatrics* 1924;5:420-24.
10. **Kopits E.** Beitrage zur pathologie und therapie der angeborenen kniegeelenkssubluxationen. *Arch Orthop Unfall-Chir* 1925; 23:593-609.
11. **Bell M, Adquins M, Sharrard W.** Irreducible congenital dislocation of de knee. *J Bone Joint Surg* 1987; 69B:403-7.
12. **Brown L, Robson M, Sharrard W.** The pathophysiology of arthrogryposis multiplex congenita neurologica. *J Bone Joint Surg* 1980;62B:291-6.
13. **Sharrard W.** Posterior iliopsoas transplantation in the treatment of paralytic dislocation of the hip: *J Bone Joint Surg* 1980; 46B:426-44.