

HOSPITAL NTRA. SRA. DE COVADONGA
DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
J. M. LÓPEZ PORRÚA

Luxaciones de rótula

P. LOPEZ FERNANDEZ Y L. RIERA GONZALEZ

RESUMEN:

Los autores presentan 23 pacientes operados de luxación recidivante de rótula. Realizan un estudio de los factores morfológicos y etiopatogénicos de este problema. Realizan una revisión de los resultados obtenidos con distintos tipos de cirugía. Descriptores: Luxación de rótula. Tratamiento quirúrgico.

SUMMARY:

23 patients with dislocation of the patella, recurrent dislocation, are collected. An study about morphologic and etiopathogenic factors is made by the authors. They present results and follow up of diferents surgical techniques.

Key Words: Recurrent dislocation of the patella. Surgical traetment. Etiopathogenic factors.

Introducción

Se trata de un cuadro o entidad poco frecuente en todo Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Además, aunque el término luxación nos lleve casi de inmediato a pensar en un cuadro en que hay un antecedente traumático previo, evidente y de cierta intensidad, en el caso que nos ocupa las cosas no suceden de esta forma; la violencia externa directa o indirecta no es un dato relevante. Pero además, sucede que el episodio de incongruencia articular va a tener lugar en una articulación con unas alteraciones estructurales más o menos marcadas, lo cual va a facilitar el hecho de que, con una ayuda en muchos casos mínima, la rótula se va a salir de su

situación normal. Esto justifica que el cuadro sea denominado también como subluxación o luxación recidivante o luxación congénita de la rótula.

Así las cosas, podemos decir que la rótula se desplaza hacia fuera (Fig. 1), ya que son excepcionales los desplazamientos internos, sin la existencia de una violencia traumática, en la inmensa mayoría de los casos, siendo realmente aquéllos en los que se encuentra entre los antecedentes un traumatismo directo sobre la misma. Son casi siempre episodios de torsión de la rodilla, de sollicitaciones ligamentarias anormales, las que lo van a determinar. En segundo lugar, nos vamos a encontrar con una rótula alta, con una deformidad en valgo

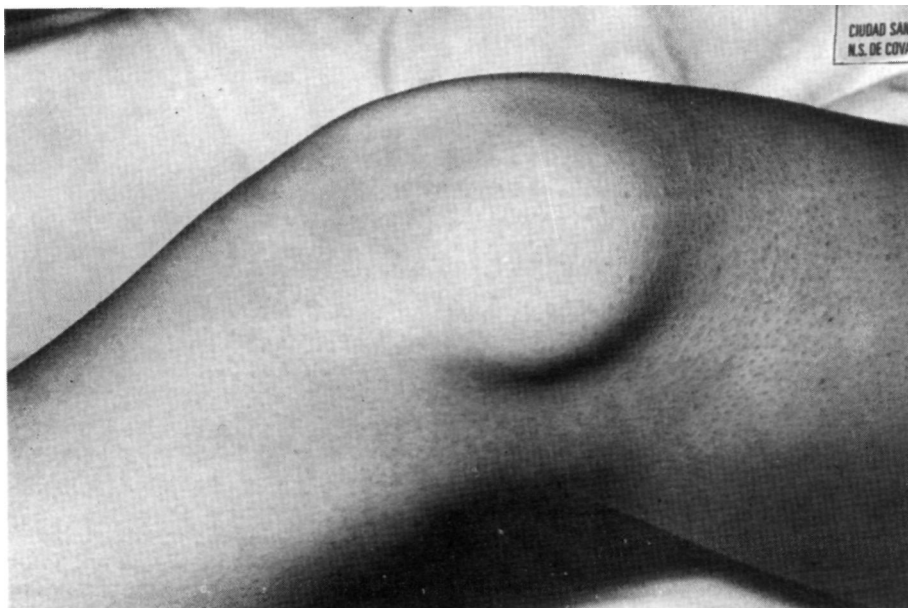


FIG. 1. — Imagen clínica de luxación externa de la rótula.

(ángulo q superior a 15°) y/o genu recurvatum, con una hipoplasia del condilo femoral externo, con una laxitud articular familiar, con una artrogriposis o con una luxación traumática mal tratada inicialmente¹, alteraciones estructurales todas ellas, algunas en el punto límite de la normalidad, que pueden alterar la normal biomecánica de la articulación de la rodilla^{2, 3, 4}.

Solamente haremos una referencia a aquellos casos que se pueden considerar como consecuencia o secuela de una subluxación traumática pura tratada inadecuadamente, en una rodilla de confirmación normal, ya que las otras entidades son bien conocidas por todos. En tales casos, es inevitable que se produzca un desgarro capsular interno y parece que debieran ser sometidos de inmediato a una exploración (la confirmación de tal desgarro se obtiene fácilmente realizando una artrografía gaseosa) y reparación de urgencia para, de esta manera, evitar un debilitamiento de la

cápsula interna, en especial de la inserción del vasto interno a la rótula. Ahora bien, ésta es una posición controvertida y no compartida por todos.

Desde el punto de vista clínico, y dejando un poco de lado las manifestaciones propias del cuadro en su fase aguda o subaguda (según nos llegue con la rótula luxada o refiera un episodio más o menos claro de subluxación o pseudobloqueo), hagamos unas pequeñas matizaciones, en especial para los casos en los que la clínica es un tanto ambigua. Se explorará al paciente en posición erecta y en posición sedente, con las rodillas flexionadas en ángulo recto y pies colgando, para ver la situación de la patela en cuanto al nivel y en su lateralización, al pasar progresivamente hacia la extensión. Importante es el «signo de la aprehensión» o signo de Fairbank⁵, casi patognomónico, por la sensación desagradable que el paciente experimenta al intentar lateralizar la rótula, situación que precede a la subluxación y

que el paciente procura evitar sujetándose el cuádriceps y deteniendo la mano del explorador. En cuanto al episodio en sí de luxación establecida, el caso no ofrece dudas. Algo parecido sucede en aquellos casos en los que el paciente explica claramente el episodio y la maniobra que ha debido efectuar para volver la patela a su sitio. Pero no sucede lo mismo cuando los episodios son de subluxación o pseudobloqueo y que forman parte del interrogatorio clínico al que se debe someter al paciente. La repetición de los episodios, con una intensidad traumática cada vez menor y una mínima repercusión articular, no son claramente explicados por el paciente, o no suficientemente interpretados por el explorador, y ello puede inducir a confusión, haciendo pensar en una posible lesión meniscal interna con sensibilidad compartimental interna, y, en más de un caso, abocar a una artrotomía y una meniscectomía interna innecesaria, que el tiempo confirmará prontamente al producirse nuevos episodios de pseudobloqueo. En general, en las mujeres se debe tener suma cautela en diagnosticar una lesión meniscal interna, dada su rareza, máxime si no realizan prácticas deportivas; no sucede lo mismo en la edad media, en que podrá tener una rotura de tipo degenerativo¹.

Si bien el diagnóstico se basa en las manifestaciones y en la exploración clínica, la investigación radiológica es esencial, no sólo para confirmar la etiología, sino para determinar el tratamiento. Se practicarán:

1. Proyección lateral en extensión completa o hiperextensión, con carga y contracción del cuádriceps.
2. Proyección lateral en 150° de flexión.
3. Proyecciones tangenciales o axiales en variados ángulos.

Buscaremos en ella el estado biomecánico de la articulación femoro-rotuliana en extensión máxima, la localización de la rótula (Fig. 2) y el perfil de los cóndilos

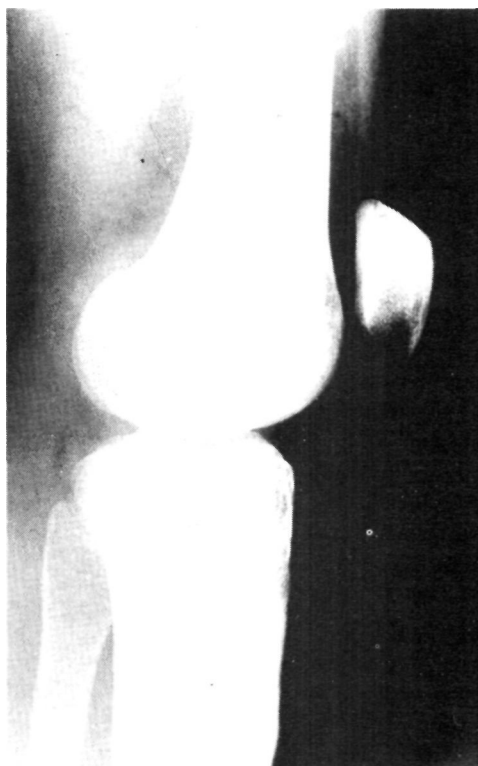


FIG. 2.— Radiografía lateral en extensión, donde se observa la situación de alta de la rótula.

femorales, la existencia de una fractura osteocondral tangencial rotuliana interna (Fig. 3) o del lado opuesto del cóndilo femoral externo (se sospechará su existencia si en el episodio agudo se puncionó un hemartros con gotas de grasa), una lateralización externa rotuliana (Fig. 4), un pico o espolón extracondíleo (Fig. 5) característico cuando han existido varios episodios de luxaciones o subluxaciones. Digamos que la presencia de una fractura es una indicación para la intervención. La misma es un acompañante tan común de la luxación recidivante, que al verla en una radiografía axial su presencia nos llevará a pensar, a confirmar casi siempre, aquélla. Es rara como entidad independiente y se manifiesta clínicamente por síntomas retrorrotulia-

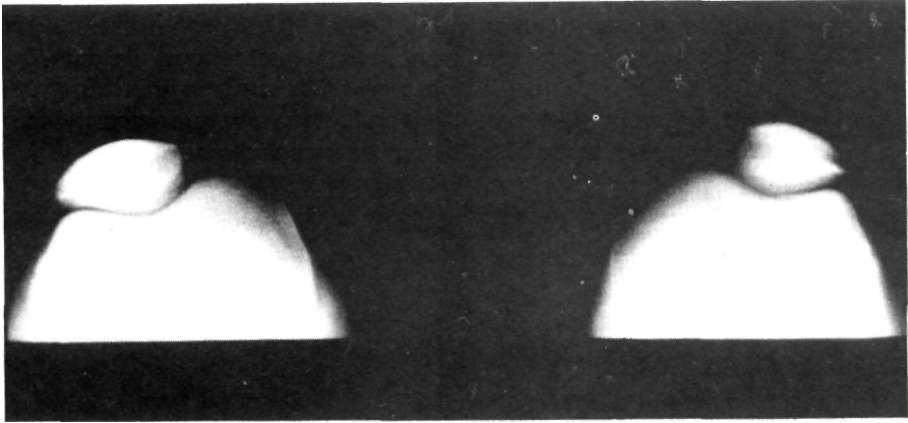


FIG. 3. — Radiografía axial de la rótula, donde se aprecia fractura osteocondral de la rótula.



FIG. 4. — Radiografía anteroposterior de rodilla, donde se demuestra la lateralización externa de la rótula.

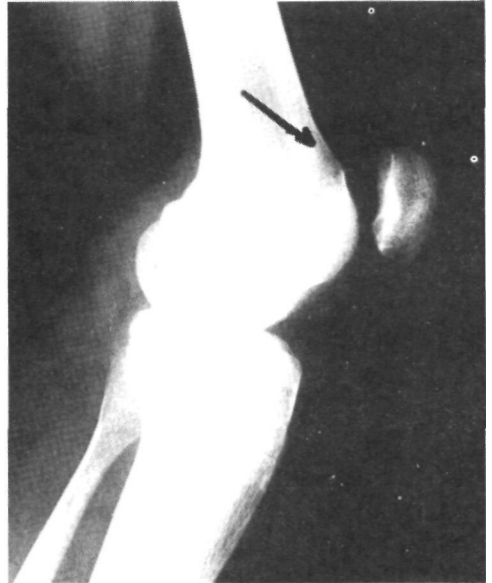


FIG. 5. — Radiografía lateral de la rodilla, en que se visualiza el espolón extracondíleo característico cuando han existido varios episodios de luxación o subluxación.

nos, sensibilidad localizada en el lado interno, hemartros con grasa y bloqueo que origina un cuerpo libre en los casos antiguos, siendo raro en el primer incidente. Todo lo dicho hasta ahora resalta la importancia de la radiografía axial en los casos sospechosos de luxación recidivante

para confirmar o descartar dicha fractura asociada.

Pasando al apartado del tratamiento, la decisión a tomar va a diferir según se trate de un caso agudo, reciente, primario, o contrariamente se trate de uno recidivante, más o menos antiguo. Con anteriori-

dad señalamos la divergencia que existe en cuanto al proceder conservador o quirúrgico del especialista que vea el caso en su fase aguda. La presencia de una rótula luxada, de un hemartros con grasa y marcada sensibilidad en el comportamiento interno, la existencia de una fractura osteocondral tangencial interna rotuliana o del cóndilo externo, es para algunos indicación absoluta de cirugía reparadora de urgencia¹, encaminada de manera fundamental a la reparación de la brecha existente en el comportamiento interno y a la extirpación-reparación de la posible fractura osteocondral, y evitar de esta forma una hiper movilidad lateral rotuliana por cicatrización laxa y un cuerpo libre y una incongruencia articular. Conservadoramente se procederá a evacuar la rodilla, si el derrame lo requiere; a inmovilizar la articulación con una calza de yeso, a la potenciación del cuádriceps y a la subsiguiente recuperación funcional, una vez retirada la inmovilización. Nosotros somos partidarios, en principio, de actuar quirúrgicamente.

Cuando el caso es antiguo, cuando los episodios de luxación o subluxación se repiten con una frecuencia variable, la terapéutica sólo puede ser quirúrgica, si se quiere solucionar el problema. Pero no sólo para evitar nuevos episodios de incongruencia articular, sino para prevenir a la larga una artrosis femoropatelar. Cada episodio de luxación o subluxación deja su impronta a nivel de la encrucijada femoropatelar, que conducirá en una primera fase a una condropatía, a una condromalacia y luego a una artrosis femoro-rotuliana.

Pero a pesar de que el tratamiento es el tratamiento de la causa y hacia la búsqueda de la misma irán dirigidas nuestras investigaciones, hay un segundo factor a tener en cuenta: la edad del paciente, el estado del desarrollo esquelético, y es que, con arreglo a estas circunstancias, actua-

remos sólo sobre las partes blandas o sobre éstas y la estructura ósea. De no ser así, si obviamos la finalización del crecimiento óseo, es seguro que nos encontramos con consecuencias desagradables, en forma de epifisiodesis, genu recurvatum, etc.

Material y métodos

Durante los 10 años de vida de este Departamento, han sido intervenidos 23 casos, siendo dos casos bilaterales. En todos ellos el paciente había sufrido más de un episodio de luxación, y siempre fueron luxaciones externas, más o menos marcadas, salvo en un caso en que hubo un verdadero traumatismo, se produjeron por entorsis de la articulación en grado variable. Apenas hemos encontrado alguna diferencia en cuanto al sexo (como señalan la mayor parte de los autores, es cuadro más frecuente en mujeres), ya que 10 eran hombres y 13 mujeres (Cuadro 1). En 2 pacientes del sexo masculino había un cuadro de alteración adiposo-genital y otro sufría una artrogriposis. En el lado izquierdo hubo 13 casos y 10 en el derecho (Cuadro 1); no nos parece un dato que precise más matizaciones.

Con arreglo a la edad del paciente en relación con su desarrollo esquelético, 4 casos fueron de la 1.ª década, 7 en la 1.ª mitad de la 2.ª década, y 12 en la fase de maduración esquelética (Cuadro 1).

Para el diagnóstico de la etiología o factores predisponentes, nos hemos basado no solamente en la clínica, sino también en la radiología, utilizando las proyecciones anteriormente descritas, que, que por otra parte, nos ayudaron a determinar el tratamiento. Con la proyección antero-posterior valoramos las deformidades angulares, así como la existencia de hipoplasia en el cóndilo femoral externo. En la proyección lateral practicada a 30° de flexión medimos la relación de la rótula con los cóndilos femorales, utilizando el método de Insall y Salvati⁶; igualmente, en esta proyección se observará, en caso de luxación recidivante, un espolón en la región supracondílea inmediata al trayecto de la luxación (Fig. 5).

En las proyecciones tangenciales buscaremos fundamentalmente la existencia de fracturas osteocondrales, tanto de la rótula como del cóndilo femoral (Fig. 3).

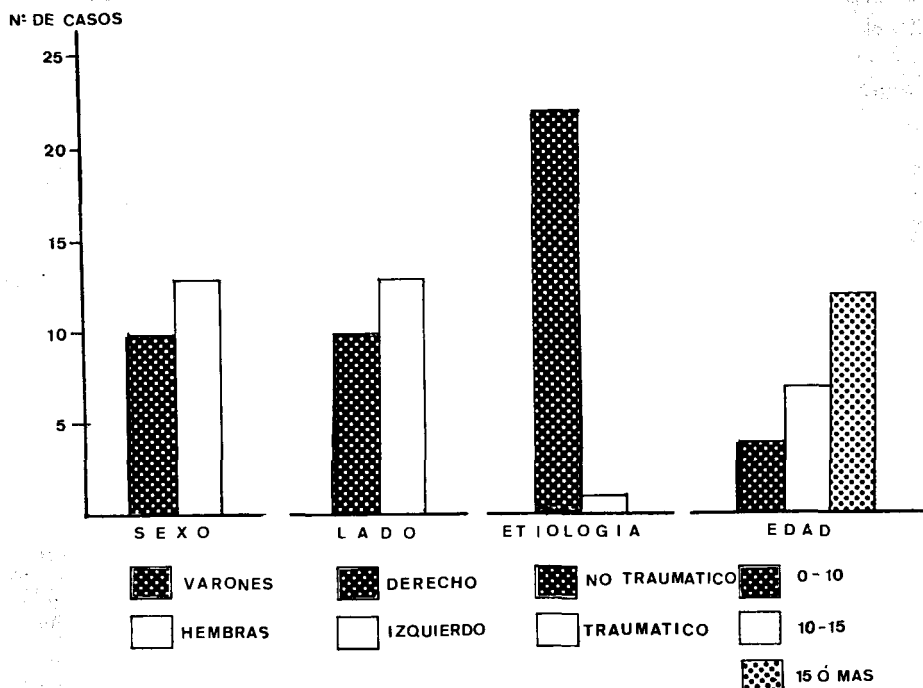
Con arreglo a estos parámetros, hemos con-

- Rótula alta en 12 casos (52,17%).
- Genu recurvatum en 3 casos (13,04%).
- Genu valgo en 4 casos (17,39%).

En el resto de los casos encontramos:

- Laxitud articular familiar, 2 casos (8,69%).
- Artrogriposis, 1 caso (4,34%).
- Traumático (sin ningún factor predisponente), 1 caso (4,34%).

En cuanto al tratamiento quirúrgico seguido, constatar que sólo el caso de la artrogriposis precisó la intervención en varias ocasiones para tratar de solucionar sus diversos problemas estructurales, y en 4



CUADRO I (C-I)

casos se practicó la artrotomía con la idea de que el paciente sufría una lesión meniscal.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron:

- Krogus-Lecene⁷, 12 casos (52,27%).
- Campbell⁸, 2 casos (8,69%).
- Campbell-Goldthwait⁹, 4 casos (17,39%).
- Insall¹⁰, 1 caso (4,34%).
- Ficat¹¹, 1 caso (4,34%).
- Capsulotomía externa-plicatura interna-pelado rotuliano, 3 casos (13,04%).

Resultados

Hemos revisado a todos los enfermos operados y para su valoración hemos tenido en cuenta:

- La existencia de nuevos episodios de luxación o subluxación.
- La movilidad de la rodilla.
- Centraje de la rótula.
- La artropatía rotuliana.

De acuerdo a estos parámetros, hemos dividido los resultados obtenidos en buenos, aceptables y malos.

BUENOS: En aquellos en los que no ha ocurrido ningún nuevo caso de luxación o subluxación, la movilidad de la rodilla es normal o limitada sólo en los últimos grados, la existencia de un centraje de la rótula y la remisión o ausencia de clínica de artropatía.

ACEPTABLES: Ausencia de nuevos episodios de luxación o subluxación, movilidad de la rodilla con una flexión no superior a 110°, rótula centrada o ligeramente lateralizada y ausencia o remisión de clínica de artropatía rotuliana.

MALOS: Aquellos casos en que hubo nuevos episodios de luxación o subluxación rotuliana, la flexión de la rodilla es

inferior a 110° , el centrado de la rótula o bien no ha variado o lo ha hecho mínimamente y la clínica de la artropatía rotuliana o no se ha modificado, en caso de que existiera anteriormente, o ha desaparecido.

La existencia individual de uno de estos 4 parámetros será suficiente para considerarlo un mal resultado.

De acuerdo a esta valoración, hemos encontrado:

- Buen resultado: 16 casos (69,56%).
- Aceptable resultado: 7 casos (30,43%).
- Malos resultados: 0 casos (0,00%).

Conclusiones

La luxación rotuliana acontece en individuos cuyas rodillas presentan alteraciones estructurales previas. Su estudio clínico y radiológico es fundamental con vistas a efectuar un tratamiento quirúrgico correcto, con objeto de evitar las recidivas a corto plazo y obviar la afectación a nivel de la encrucijada femoropatelar a largo plazo. Tratamiento quirúrgico que por otro lado no presenta grandes dificultades técnicas y cuyos resultados son muy satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

1. SMILLIE, I. S.: Enfermedades de la articulación de la rodilla. Ed. Jims., 1981, págs. 78-79.
2. MAQUET, P.: Biomechanics of the Knee. Springer Verlag, Heidelberg, Berlin, New York, 1976.
3. FICAT, P.: Le déséquilibre rotulien. Masson edit., París, 1970.
4. BLAIMONT, P.; VAN ELEGEM, P., y ALAMEN KLEIN, P.: Contributions à l'étude des contraintes patellaires. Premières Journées d'enseignement de la SOBCOT, Bruselas, 1983.

5. FAIRBANK, Sir H. A. T.: Internal derangement of the knee in children and adolescent. Proceedings of the royal society 1937. 3, 11..
6. INSALL, J., y SALVATE: Patella Position in the normal knee joint. Radiology, 1971. 101, 101.
7. KROGIUS, A., LECCENE: citado en el tratado de técnica quirúrgica, tomo 8, págs. 335-338, por Merle D'Aubigne y Mazas F. Edit. Toray Masson, 1969.
8. CAMPBELL: Cirugía Ortopédica, tomo 1, 6.^a edición. Edit. Panamericana. 1981. Pág. 406.
9. GOLDTHWAIT, J. E.: Permanent dislocation of the patella. The report of a case of twenty year's duration, success fully treated by transplantation of the patellar tendon, with the tubercle of the tibia. Ann Surg. 1899. 29-62.
10. INSALL, J.: Cirugía de la rodilla. Edit. Panamericana. 1986. Págs. 261-264.
11. FICAT, P.; BAILLEUX, A.; FICAT, C.: Rev. Chir. Orthop. 1975. 61: 39-59.