

---

## CASO CLINICO

---

### *Luxación congénita de rodilla, a propósito de un caso*

*Congenital dislocation of the Knee, a case report*

**Drs.: Rolando Azurduy Ance.\*, Rodrigo Peña Orozco\*\*, Diego Salinas Emcinas\*\*\*, Rossy Quimbert Montes\*\*\***

#### Resumen

La luxación congénita de rodilla es una entidad de muy baja incidencia (0.017 casos por mil nacidos vivos) y 1 por 100.000 casos en relación con la displasia de cadera y que puede presentarse en forma aislada o como parte de algunas entidades teratológicas (síndrome de Down, artrogriposis, mielomeningocele, etc.). Describimos a un neonato, de sexo femenino, que presenta una rodilla izquierda en hiperextensión, asociado a genu valgo, pie plano valgo y displasia de cadera del mismo lado. De inicio, el manejo fue conservador, pero frente al fracaso terapéutico tuvo que ser intervenido quirúrgicamente para lograr la rehabilitación del paciente. Concluimos que la intervención quirúrgica debe ser precoz y oportuna en esta afección.

#### Palabras clave:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (3): 181-4: luxación, congénita, rodilla.

#### Introducción

La luxación congénita de rodilla (LCR) es una entidad de presentación poco habitual, estimándose una incidencia de 0.017 por mil nacidos vivos, y aproximadamente un 1 por 100.000 casos de displasia de la cadera (DC)<sup>1</sup>.

La luxación congénita de la rodilla al ser una entidad poco frecuente produce diversos grados de discapacidad en la rodilla de los niños. Puede presentarse de manera aislada o como parte de algunas entidades teratológicas, como: artrogriposis, sín-

#### Abstract

Congenital dislocation of the knee is a very rare disease (0.017 cases/1000 live newborns and 1/100.000 in relation to hip dysplasia). Usually is an isolated finding, but some times it is associated to other entities (Down syndrome, arthrogriposis, myelomeningocele, etc). We describe a female newborn who presented at birth hyperextend left knee, genu valgo, flat foot and hip dysplasia of the same side. She was treated conservatively with no improvement, so she underwent surgery and later rehabilitation. We conclude that surgery should be early and the first line of treatment of this condition.

#### Key words:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (3): 181-4: dislocation, congenital, knee.

drome de Larsen, de Rubinstein-Taybi, de Down, de Ellis-Van Crevald y uña-rótula<sup>2-3</sup>. Los neonatos suelen poseer una luxación lateral fija e irreductible (luxación permanente) y ser diagnosticados al momento de nacer o en los primeros días de vida, además puede asociarse a genu recurvatum, retraso en el inicio de la marcha o una marcha anormal debido a la contractura en hiper-extensión de la rodilla con rotación externa de la tibia. El cuádriceps suele ser más corto y actúa como extensor y rotador de la tibia. Esto evita que la rótula se centre normalmente

\* Medico de Planta Ortopedia infantil, Hospital del Niño, Dr. Ovidio Aliaga Uría

\*\* Residente de Traumatología, Hospital de Clínicas, La Paz - Bolivia

\*\*\* Residente de Pediatría, Hospital del Niño, Dr. Ovidio Aliaga Aria, La Paz - Bolivia

Correspondencia: Dr. Rolando Azurduy, correo electrónico: razurduy@hotmail.com

Conflicto de intereses: el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

Artículo recibido el 1/10/12 y que fue aceptado para su publicación el 23/11/12.

en la tróclea femoral que desencadena en hiper-extensión y deformidad en valgo en pacientes después del inicio de la marcha.

De acuerdo con Laurence y Curtis Fisher se puede clasificar la LCR en tres grados. El grado I representa una hiper-extensión 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 el cartílago articular. El grado III representa una luxación completa de ambas superficies articulares colocándose la epífisis tibial proximal por delante de los cóndilos femorales<sup>4</sup>.

Debido a su baja incidencia existe cierta controversia con respecto al tratamiento de la luxación rotuliana irreductible. Mientras algunos autores apoyan la realineación quirúrgica del aparato extensor en forma temprana, otros recomiendan sólo la observación, afirmando que los resultados quirúrgicos suelen ser malos.

El propósito del presente artículo es hacer una breve revisión de esta patología y postular el tratamiento quirúrgico temprano en una lactante menor de 1 mes y 27 días de vida, mediante elongación percutánea del cuádriceps y bandeleta lateral, asociado a la colocación de yeso.

### Caso clínico

Paciente neonato, de 10 días de vida, de sexo femenino, procedente y residente de ciudad de La Paz - Bolivia. Antecedentes perinatales: producto del primer embarazo, con controles prenatales supervisados en forma periódica, que culmina en cesárea por situación transversa. Examen físico: desde el nacimiento, se observa buen estado general, sin alteraciones teratológicas, llanto enérgico, adecuado reflejo de succión. Rodilla izquierda en hiper-extensión de 35° asociado a genu valgo, pie plano valgo y displasia de cadera del mismo lado, ver figura # 1.

La radiografía evidencia una falta de alineación fémoro-tibial grado II de la clasificación de Laurence y Curtis Fisher y que esta asociado a genu valgo y displasia de cadera del mismo lado, sin acortamiento; ver figura # 2.

**Figura # 1. Obsérvese la deformidad en hiper-extensión de la rodilla**



**Figura # 2. Radiografía de la deformidad en hiper-extensión con valgo y rotación externa**



Tratamiento: inicialmente el tratamiento se realizó con manipulaciones en flexión y aplicación de yeso inguino-pédico por tres semanas que no modificó la deformidad; inmediatamente se procedió al tratamiento quirúrgico mediante la elongación percutánea del cuádriceps y de la bandeleta lateral e inmovilizar en flexión de 45° con aparato de yeso, verificando la

perfusión adecuada; tres semanas después, se logra flexión de 110° (figura # 3). Posterior al uso de yeso pelvipédico por 6 semanas se retira el mismo y se coloca arnés de Pavlik para completar tratamiento.

## Discusión

La primera descripción clínica fue realizada por Singer en 1856 y luego por Conn en 1925. Desde entonces son pocos los casos reportados en la literatura acerca de esta peculiar patología.

Esta patología se presenta desde el nacimiento. Existe una amplia distribución entre las edades afectadas, prevaleciendo la edad pediátrica y dentro de esta la etapa de lactante<sup>1-4</sup>. Llama la atención el reporte de un caso en Cuba el año 2005, donde hace mención a una mujer de 62 años de edad, con luxación congénita de rodilla que ha evolucionado naturalmente, donde se resalta un seguimiento inapropiado<sup>2</sup>. Otro informe del año 2003, en Valencia - España, describe un caso de sexo femenino, de manejo inmediato con la aplicación de yeso e inmovilización con evolución satisfactoria complementando con fisioterapia y rehabilitación<sup>3</sup>. A su vez un trabajo del año 2001, del Hospital Clínico Universitario de Valencia, describen 5 pacientes, con un total de 6 luxaciones congénitas de rodilla, en 22 años, donde se advirtió asociación con el síndrome de Down y otras malformaciones y síndromes (artrogriposis, síndrome de Larsen, etc.)<sup>4</sup>.

Hoy en día, el tratamiento aun no consensuado sugiere dos corrientes; el conservador y el tratamiento quirúrgico precoz. En nuestro caso se inició con ma-

nipulaciones en flexión sin resultado favorable, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico inmediato mediante la elongación percutánea de tendón cuádriceps y la bandeleta lateral de la rodilla izquierda e inmovilización con espica de yeso, con lo que logramos la rehabilitación.

La LCR es una patología de presentación poco frecuente, pero reviste gran importancia el diagnóstico oportuno al momento de nacimiento o prenatalmente; ya que si pasa desapercibida en grados poco notorios evoluciona con alteraciones locomotoras importantes. Por tanto recomendamos que de acuerdo al grado de presentación primero se realice manipulaciones e inmovilización con aparato de yeso desde el decimo día de vida con cambios de yeso semanales, para conseguir mayor flexión, habitualmente hasta los 90 grados de flexión en las primeras 6 semanas y se continua con el mismo régimen hasta que la rodilla se estabilice, lo que suele ocurrir entre los 6 y 8 meses. Si no se puede reducir inmediatamente se debe pasar al método quirúrgico que supone liberación de las estructuras capsulo -ligamentarias que consisten principalmente en alargamiento del tendón del cuádriceps y otras anomalías encontradas. El seguimiento debe continuar hasta que la marcha sea independiente. Los resultados óptimos están en relación al momento del diagnóstico y su tratamiento oportuno.

## Referencias

1. Candel M, Barra A, Chapa A, Gascó J. Luxación congénita irreductible de rodilla. Caso clínico. Rev Esp Cirug osteoarticular 2003; 38: 42 – 4.

**Figura # 3. Paciente después del tratamiento**



2. Delgado E, Quesada JV. Luxación congénita de rodilla. A propósito de un caso. *Patología del Aparato Locomotor* 2005; 3: 238 – 41.
3. Segura F, Soler AG, Fernandez R, Gascó J. *Rev Espa Cirug osteoarticular* 2005; 36: 9 – 14.
4. Carranza A, Jiménez A. luxación congénita de rodilla. *Medicina de Rehabilitación* 1999; 12: 29 – 33.
5. Katz MP, Grogono JS, Soper KC. The etiology and treatment of congenital dislocation of the knee, *J Bone Joint surg (br)* 1967; 49:112-20.
6. Johnson E, Audell R, Oppenheim WL. Congenital dislocation of the Knee. *J Pediatr Orthop* 1987; 7:194-200.
7. Ooishi T, Sugioka Y, Matsumoto S, Fujii T. congenital dislocation of the knee: its pathologic features and treatment. *Clin Orthop Rel Res* 1993; 287:187-92.
8. Mehrafshan M, Rampal V, Seringe R, Wicart P. Congenital dislocation of the Knee: mid-term outcome and prognosis. *J Child Orthop* 2010; 4: S22.