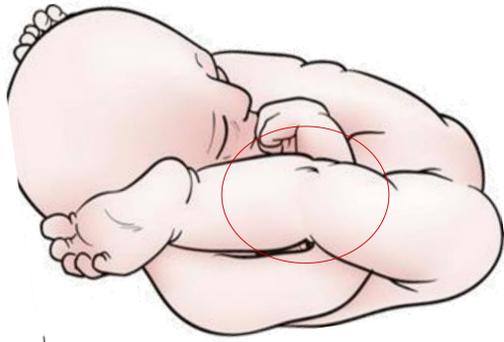


LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA - REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA -

Rita Sousa, Diogo Sousa, João Reis, André Guimarães, Ricardo Branco

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, PORTUGAL

Revisión de la Literatura



La **luxación congénita de rodilla** es una entidad **muy rara**, más frecuente en el **sexo femenino**, caracterizada por una **deformidad en recurvatum genuina presente al nacer**. Su **incidencia** ronda el **1/100.000** nacidos vivos.

Esta enfermedad puede ser **idiopática** o **parte de un síndrome (mielomeningocele, artrogriposis o síndrome de Larsen)** - se necesita un **examen completo después del nacimiento**. Se presume que la luxación congénita de rodilla **se desarrolla en la segunda mitad del embarazo**, por lo que se debe estar atento en la **ecografía prenatal**. Con frecuencia se **asocia con otras anomalías musculoesqueléticas** como la **displasia de cadera, pie zambo, metatarso aducto, astrágalo vertical congénito y luxación congénita del codo**.

Los **componentes estructurales** incluyen **contractura del tendón del cuádriceps, subluxación anterior de tendones de la corva, bolsa suprarrotuliana ausente y ligamento colateral tenso**.

La **clasificación** más común es la de **Tarek** que divide la luxación congénita de rodilla en **3 grados**. La mayoría de los **grados 1 y 2** se pueden tratar de forma **no quirúrgica**, con **yesos en serie**, y algunos recomiendan iniciar el tratamiento **menos de 20 horas después del nacimiento**. **Si con el tratamiento ortopédico no se resuelve**, en casos **diagnosticados después del mes de vida**, y en el **grado III de Tarek** será necesaria la **intervención quirúrgica (liberación quirúrgica de tejidos blandos** - recesión percutánea del cuádriceps, alargamiento del tendón del cuádriceps, liberación de la cápsula articular, transposición posterior de los tendones de la corva, movilización de ligamentos colaterales) **de modo a que se logre 90 grados de flexión de rodilla e evitar** las posibles **secuelas**.

Tanto las **complicaciones** tempranas como las tardías, como la inestabilidad de la rodilla, la rigidez, la anomalía del ligamento cruzado y las discrepancias en la longitud de las extremidades, deben **discutirse con los padres del niño mucho antes de comenzar el tratamiento**.

Grade	Range of passive flexion	Radiology
GI	>90°	Simple recurvatum
GII	30–90°	Subluxation/dislocation
GIII	<30°	Dislocation

Source: Tarek Hassan Abdelaziz, Shady Samir "Congenital dislocation of the knee: a protocol for management based on degree of knee flexion" J Child Orthop (2011) 5:143–149; DOI 10.1007/s11832-011-0333-7

Caso Clínico

Niño, IG 36+6, parto por cesárea (presentación de nalgas), Peso 2.645 gramos y longitud 47 cm

- **Recurvatum marcado en las rodillas con limitación de la flexión activa y pasiva**
- **A la palpación desplazamiento lateral de rótula, caderas sin alteraciones**



Yesos seriados, cambiados a cada semana durante dos meses.

Follow-up

- 1 año: sin limitación de la movilidad de la rodilla, caderas con abducciones amplias y simétricas, todavía sin marcha pero capaz de mantenerse erguido; padres satisfechos con los resultados obtenidos

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA