

LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Villalba Criado I., Salvador González E.

OBJETIVO

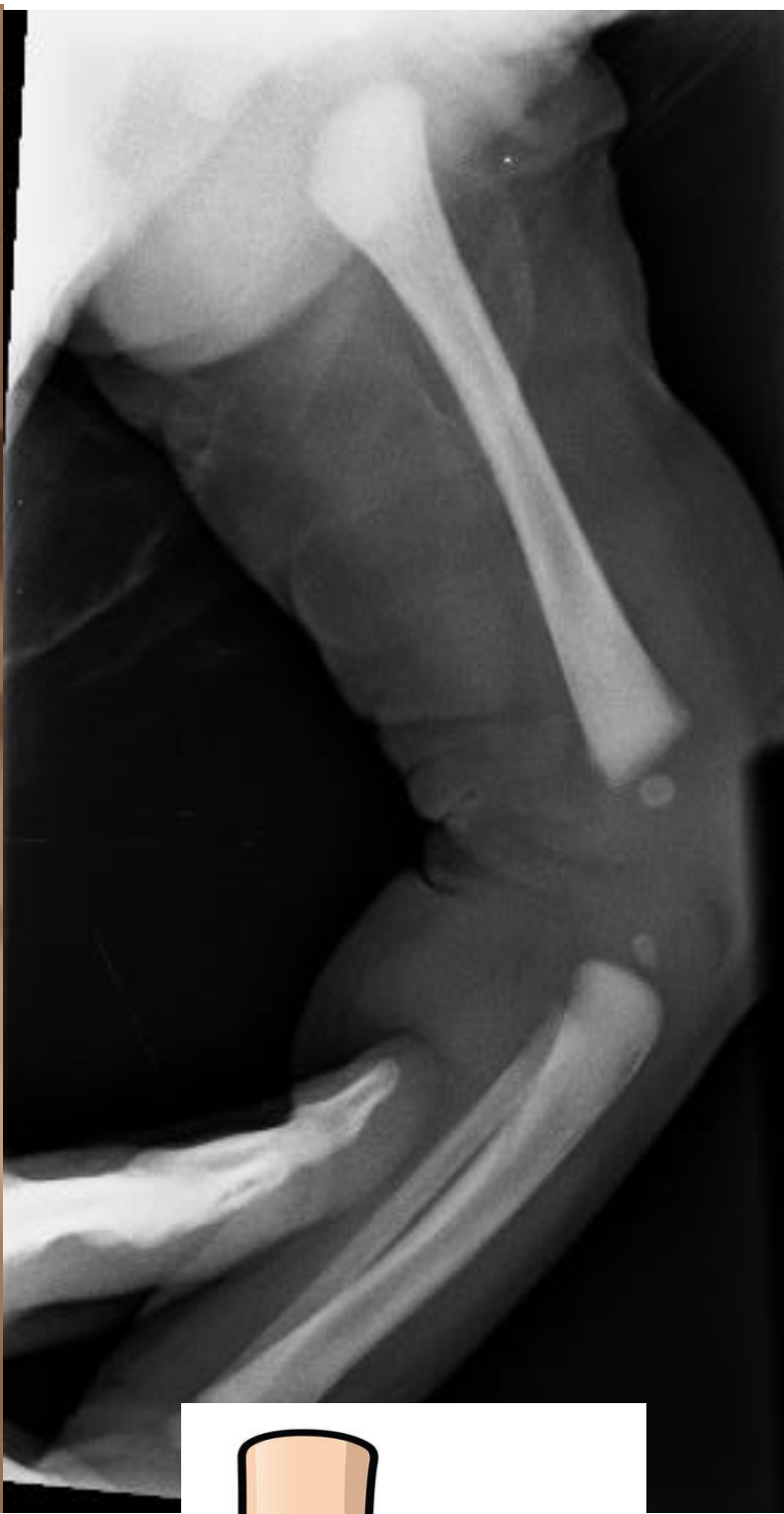
Describir esta inusual patología y analizar el tratamiento y los resultados funcionales a raíz de un caso ocurrido en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de luxación congénita unilateral de rodilla en una recién nacida a término por cesárea por no progresión. Los controles ecográficos gestacionales fueron normales y la paciente no presentaba antecedentes familiares de interés.

Al nacimiento, la rodilla derecha presentaba deformidad en hiperextensión, siendo reductible pasivamente hasta 70º de flexión. Las maniobras de Barlow y Ortolani fueron negativas. No presentaba alteraciones neurológicas ni a otros niveles.

Se realizó una radiografía donde se objetivó una luxación congénita de rodilla tipo 2 de Tarek.



Se trató mediante la colocación de un yeso inguinopédico a 70º de flexión. Además se realizó una ecografía de caderas donde se descartó displasia del desarrollo u otras patologías asociadas.

RESULTADOS

El tratamiento consistió en yesos inguinopédicos seriados durante 6 semanas hasta conseguir más de 90º de flexión. Tras ese periodo, la paciente presentaba flexo-extensión completa, cajón anterior laxo respecto a rodilla contralateral y Lachman positivo, pero sin deformidad ni subluxación en ningún plano. Posteriormente se realizaron revisiones periódicas, presentando al año una rodilla con una función normal.



CONCLUSIONES

La luxación congénita de rodilla es una entidad con una incidencia de 1 caso por cada 100.000 recién nacidos vivos. Asocia frecuentemente otras anomalías musculoesqueléticas como la displasia de cadera, pie zambo, astrágalo vertical congénito y luxación congénita de codo. Debido a la escasa frecuencia de esta patología, no existe en la actualidad un claro consenso sobre el tratamiento óptimo. El tratamiento más aceptado varía en función del rango de flexión pasiva al nacimiento. Si la flexión es entre 30º y 90º se trata conservadoramente mediante yesos inguinopédicos seriados en flexión progresiva hasta superar los 90º, con una duración de entre 2 y 6 semanas. Si el tratamiento conservador no es efectivo o si la flexión pasiva al nacimiento es menor de 30º, se plantea un tratamiento quirúrgico mediante plastia en V-Y o tenotomía cuadriceps pudiendo asociarse a la realización de una artrolysis, dado que la ausencia de tratamiento puede dar como resultado una rigidez de rodilla o inestabilidad crónica de la misma.