

LUXACIÓN BILATERAL CONGÉNITA DE CADERAS Y RODILLAS

COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA



Bonilla F, Poveda J, Darás A, Salom M, Martínez I, Blasco MA

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Ortopedia Infantil
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

INTRODUCCIÓN

La luxación congénita de rodilla (LCR) es una patología infrecuente (incidencia de 1/100000 nacimientos) que consiste en un espectro de alteraciones que provocan hiperextensión de rodilla con diferentes grados de desplazamiento tibial anterior. Puede estar asociada hasta en un 50% de los casos con luxación congénita de cadera (LCC) unilateral o bilateral, presentación de nalgas, pie zambo y síndromes como artrogriposis, mielodisplasia o Larsen que conferirán un peor pronóstico.

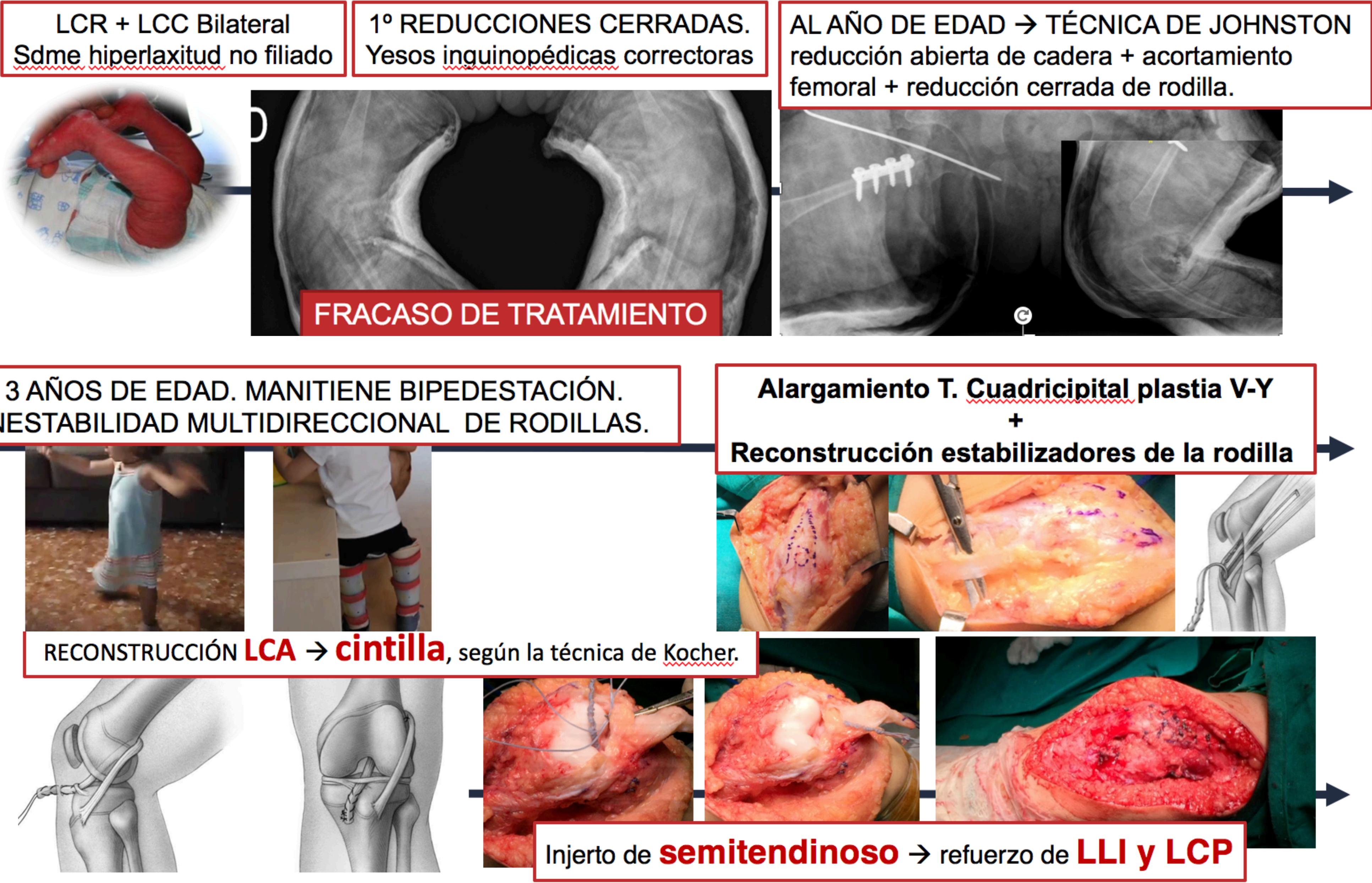
OBJETIVO

Presentar un caso complejo de Luxación congénita de rodilla bilateral asociado a luxación congénita de ambas caderas y las dificultades que surgieron en la aplicación del tratamiento.



MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 4 años que presenta una luxación congénita de rodillas y caderas. Antecedentes: parto eutócico, estudio genético normal, síndrome de hiperlaxitud no filiado. Tratada desde el primer día de vida con férulas inguinopédicas para reducción progresiva de rodillas y arnés de Pavlik para el tratamiento de las caderas. Tras no lograr la reducción cerrada de rodillas ni caderas, se realiza al año de vida reducción abierta de cadera derecha con acortamiento femoral y reducción cerrada de rodilla, siguiendo la técnica de Johnston. Cinco meses después, se aborda la cadera y rodilla izquierda con la misma técnica. A los 3 años de vida, las caderas permanecen estables, pero persiste la inestabilidad multidireccional en las rodillas por lo que se realiza una intervención quirúrgica de ambas rodillas mediante plastia V-Y de alargamiento del tendón cuadricipital más reconstrucción estabilizadores de la rodilla respetando las fisis de crecimiento.



RESULTADOS

Tras la reducción abierta de caderas y el acortamiento femoral, la niña a los 3 años de edad logra la deambulaci3n independiente con férulas en extensi3n de ambas rodillas. A los 4 años de edad tras la reconstrucci3n de los estabilizadores de rodilla consigue mantener la bipedestaci3n sin ayudas.



CONCLUSIÓN

En todos los casos de LCR el tratamiento debe comenzar cuanto antes. Se planteará la intervenci3n quirúrgica si la reducci3n cerrada no es eficaz. Se debe descartar siempre otras patologías, como síndromes de hiperlaxitud o artrogriposis. En caso de presentar LCC asociada se recomienda iniciar el tratamiento a nivel de la rodilla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdelaziz TH, Samir S. Congenital dislocation of the knee: a protocol for management based on degree of knee flexion. J Child Orthop. abril de 2011;5(2):143-9.
2. Johnston CE. Simultaneous Open Reduction of Ipsilateral Congenital Dislocation of the Hip and Knee Assisted by Femoral Diaphyseal Shortening. J Pediatr Orthop. 2011;31(7):732-40.
3. Kocher MS, Garg S, Micheli LJ. Physeal Sparing Reconstruction of the Anterior Cruciate Ligament in Skeletally Immature Prepubescent Children and Adolescents: Surgical Technique. JBJS Essent Surg Tech. 1 de septiembre de 2006;os-88(1_suppl_2):283-93.
4. Paley D, Guardo F. Lengthening Reconstruction Surgery for Congenital Femoral Deficiency. En: Kocaoğlu M, Tsuchiya H, Eralp L, editores. Advanced Techniques in Limb Reconstruction Surgery [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015 [citado 22 de abril de 2019]. p. 245-99. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-55026-3_13
5. Arvinus C, Luque R, Díaz-Ceacero C, Marco F. Luxaci3n congénita de rodilla: a propósito de un caso. Acta Ortopédica Mexicana 2016; 30(3): May-Jun: 147-9.

