

LUXACIÓN CONGÉNITA BILATERAL DE RODILLA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Simón Sánchez FJ, López Soto V, López Molina I.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

INTRODUCCIÓN:

La luxación congénita de rodilla (LCR) es una patología muy poco frecuente que afecta a 1 de cada 100.000 nacidos vivos. Es más frecuente en mujeres. La LCR se asocia a causas extrínsecas (oligohidramnios, presentación de nalgas), o intrínsecas (malformaciones del ligamento cruzado anterior, síndrome de Turner, síndrome de Larsen ...). Puede asociarse a otras anomalías congénitas musculoesqueléticas como luxación congénita de cadera (45%), deformidades del pie (30%), etc.

OBJETIVOS:

Revisar el diagnóstico y tratamiento de la LCR a propósito de un caso.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Se describe el caso de una recién nacida que presenta hiperextensión bilateral de rodilla de 70° y pie equinovaro izquierdo. Exploración de caderas sin alteraciones. Como antecedentes perinatales, embarazo con presentación cefálica, parto a término. Peso al nacimiento 4,060 kg. Fenotipo especial con sospecha de síndrome polimalformativo (macrosomía, fisura palatina, comunicación interauricular e interventricular).

CONCLUSIONES:

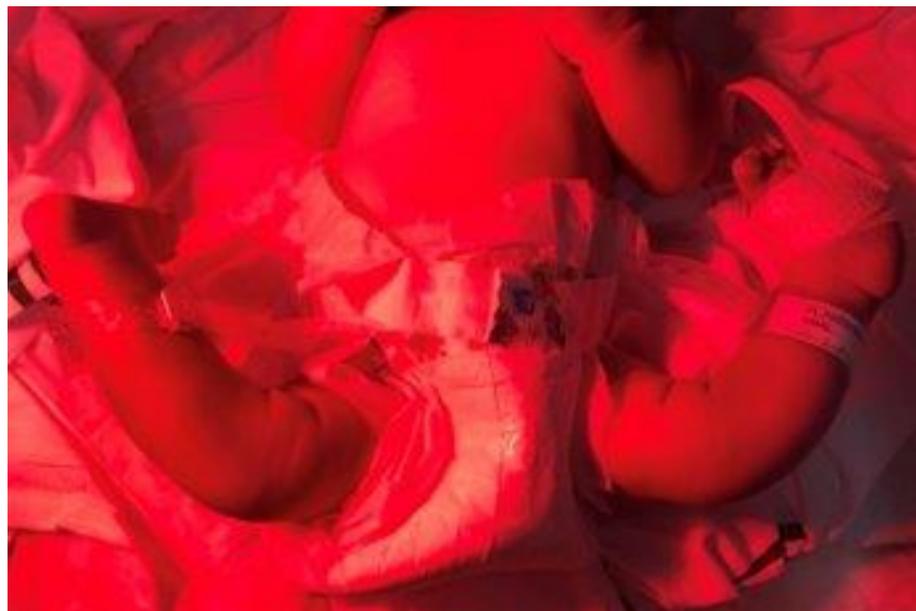
El diagnóstico de la LCR se realiza al nacer, observando una posición en recurvatum de la rodilla, la radiografía simple ayuda a confirmar el diagnóstico.

Existen tres grados de severidad según Laurence y Fisher; grado I: hiperextensión sin desplazamiento de las superficies articulares, grado II: subluxación con desplazamiento hacia anterior de la epífisis tibial con respecto al fémur, grado III: luxación completa de la tibia sobre el fémur. Tarek establece el rango de flexión pasiva de la rodilla como el mejor indicador de severidad, siendo las tipo I >90° de flexión pasiva (recurvatum simple), las tipo II 30-90° de flexión pasiva (subluxación) y las tipo III <30° de flexión pasiva (luxación).

El tratamiento debe iniciarse de forma precoz (primeras 24h), siendo el conservador de primera elección, mediante manipulación con yesos seriados en flexión, realizando una corrección progresiva. Cuando el tratamiento ortopédico no resulta satisfactorio, el alargamiento del tendón cuadriceps y la capsulotomía anterior han demostrado buenos resultados.

RESULTADOS:

Tras iniciar el tratamiento ortopédico en las primeras 12 horas postparto, y mediante yesos seriados, presenta evolución clínica satisfactoria, alcanzando una flexión de 120° de ambas rodillas a las 2 semanas. El pie equinovaro congénito izquierdo fue tratado mediante el método Ponseti y tenotomía percutánea del Aquiles, obteniendo un resultado satisfactorio.



BIBLIOGRAFÍA:

-Congenital dislocation of the knee at birth – Part I: Clinical signs and classification. Part 2: Impact of a new classification on treatment strategies, results and prognostic factors M. Mehrfashan, P. Wicart, M. Ramanoudjame, R. Seringe, C. Glorion, V. Rampal. (2016).