

Luxación congénita de rodilla. A propósito de un caso

P. Berenguel Martínez, J. Quero Pastor, A. Ríos Luna¹, P. Muñoz Martín²,
B. Moreno Brik³, M. García Martín

Unidad de Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). ¹Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Universidad de Almería. Departamento de Neurociencias. Ciencias de la Salud. ²Fisioterapeuta. Unidad de Rehabilitación del Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). ³Centro de Salud Bufalá Cañet. Badalona (Barcelona)

Resumen

La luxación congénita de rodilla es un proceso raro, con una mayor incidencia en el sexo femenino. Se divide en 3 grupos según la clasificación de Ferris: tipo I o *recurvatum* grave de la rodilla, tipo II o subluxación de la tibia sobre el fémur y tipo III o luxación completa.

Se han postulado múltiples causas como posibles etiologías, e incluso existe una relación con la carga genética. Frecuentemente, se asocian otras anomalías musculoesqueléticas, sobre todo el pie zambo y la luxación congénita de cadera. El diagnóstico se realiza al nacer, dada la posición en *recurvatum* de la rodilla, que se confirma radiológicamente. El tratamiento, conservador o quirúrgico, debe instaurarse lo más precozmente posible.

Palabras clave

Rodilla, luxación congénita de rodilla

Abstract

Title: Congenital knee dislocation: a case report and review of the literature

The aim of this paper is to present our experience in the diagnosis, treatment and comorbidities of a patient with congenital knee dislocation. The lesion was defined as type III, according to the Ferris classification, that is, complete dislocation of the knee associated with congenital clubfoot. Treatment was begun within the first 24 hours of life and consisted initially in manual reduction and immobilization with a flexion cast, which was changed as the deformity improved over a period of 85 days. An excellent result was achieved.

The treatment of congenital knee dislocation should begin as soon as possible and associated pathologies should be treated at the same time.

Keywords

Knee, congenital dislocation of the knee

Introducción

La luxación congénita de rodilla (LCR) es un proceso raro, 100 veces menos frecuente que la de cadera y con mayor incidencia en el sexo femenino. Fue en 1822 cuando Chatelaine describió el primer caso de LCR. Se distinguen 3 grupos según la clasificación de Ferris¹, basada en criterios clínicos y radiológicos:

- Tipo I o *recurvatum* grave de la rodilla, que está hiperextendida $>15^\circ$, con un rango de flexión completo y sin alteraciones radiológicas.
- Tipo II o subluxación de la tibia sobre el fémur. La rodilla está hiperextendida $>15^\circ$, con alguna restricción para la flexión y radiológicamente subluxada.
- Tipo III o luxación completa. La rodilla es inestable, radiológicamente está luxada y tiene un rango de movilidad variable.

Se han postulado múltiples causas como posibles etiologías: oligohidramnios, posición de nalgas, contractura del tendón

cuadricipital, malformación del ligamento cruzado anterior (LCA) e incluso alteraciones genéticas²⁻¹⁷.

Entre el 40 y el 100% de los pacientes aquejados de LCR asocian otras anomalías musculoesqueléticas, sobre todo el pie zambo y la luxación congénita de cadera (LCC). El diagnóstico se realiza al nacer, dada la posición en *recurvatum* de la rodilla, que se confirma radiológicamente.

El tratamiento debe instaurarse lo más precozmente posible. Puede ser de tipo conservador, ya sea mediante la aplicación de férulas en flexión progresiva, una tracción esquelética o un arnés de Pavlik. Si con estos métodos no se reduce la lesión, se realiza un tratamiento quirúrgico. El tratamiento se inicia dentro de las primeras 24 horas de vida en la mayoría de los casos, e inicialmente consiste en una reducción manual e inmovilización con yeso en flexión, modificado progresivamente en función de la mejoría de la deformidad. La duración media del tratamiento ortopédico es de 90 días.

La complicación más frecuente es la fractura de tibia y la de fémur.



Figura 1. Luxación congénita de rodilla tipo III de Ferris

Caso clínico

Recién nacido de 6 semanas de vida, fruto de una gestación no controlada, alumbrada en el domicilio, que fue atendido posteriormente en nuestro servicio de urgencias por la deformidad que presentaba en los miembros inferiores a la altura de la rodilla y ambos pies (figura 1).

En la exploración física se detectó una deformidad en la rodilla derecha (la cual se confirmó posteriormente por radiología), que resultó ser una luxación de rodilla de grado III de Ferris. La madre aseguraba que el niño la presentaba desde el mismo momento del parto, junto con unos pies zambos bilaterales.

El resto de la exploración por aparatos no mostró ninguna anomalía.

Se instauró un tratamiento ortopédico mediante manipulación y colocación de un yeso inguinopédico en flexión (figura 2), cuya modificación era progresiva según el rango de movilidad, con una cadencia semanal.

La evolución fue favorable, y el recién nacido no presentó limitación de la movilidad ni requirió cirugía en ningún momento.

Discusión

Desde que Chatelaine describiera en 1822 por primera vez esta entidad, se han recogido más de 400 casos nuevos en la literatura médica¹⁻¹⁰. Su incidencia es 100 veces menor que la de la LCC, con una mayor incidencia en el sexo femenino. Se han propuesto muchas causas para esta patología. Katz et al.² describieron una serie de causas intrínsecas y extrínsecas. Dentro de las extrínsecas se encuentran una mala posición fetal, como la presentación de nalgas, y la contractura cuadrípital, e incluso hay un caso descrito en la literatura médica de LCR secundaria a amniocentesis de repetición en un embarazo de riesgo¹⁵. Las causas intrínsecas pueden ser el síndrome de Larsen y la artrogriposis que, junto con otros trastornos neuromus-



Figura 2. Control radiológico. Primero de los yesos progresivos

culares, podrían provocar un desequilibrio entre la musculatura flexora y la extensora del muslo y la rodilla a favor de la segunda, lo que provocaría una hipertensión de la rodilla. Otros autores, como Johnson⁹, abogan por que la LCR se considere un síndrome y no una patología aislada que únicamente afecta a la rodilla. Sin embargo, otros autores, como Haga¹⁰, no la incluyen en su serie, lo que sin duda repercute en el resultado final. Laurence¹⁸ establece 3 factores pronóstico en la evolución de la LCR: retraso en el inicio del tratamiento, presencia de deformidades asociadas y laxitud articular.

En cuanto al inicio del tratamiento, hay varios protocolos, y la mayoría, con alguna variación, son parecidos al de Ko et al.³ Si el diagnóstico se realiza en niños de menos de 48 horas de vida, se procederá a la reducción inmediata, y si ésta no se consigue, los yesos serán seriados hasta ir alcanzando progresivamente la flexión de rodilla. Haga¹⁰, en los casos en que la LCR se presenta de forma aislada, espera 1 mes por si se produce una reducción espontánea. Si el paciente ha sido diagnosticado después de las primeras 48 horas, o bien los yesos seriados han sido infructuosos, se colocará una tracción durante unas 2 semanas, como complemento al estiramiento pasivo que sufre la articulación de la rodilla, lo que incrementa el ángulo de tracción conforme la flexión de la articulación se va consiguiendo. Ferris¹ refiere en su serie que el tratamiento conservador puede ser satisfactorio cuando comienza antes de la sexta semana tras el nacimiento. Mayer¹⁹ recoge un 81% de excelentes resultados en niños tratados dentro de los 3 primeros meses de vida; en cambio, si el proceso terapéutico comienza entre el tercer y el sexto mes, el porcentaje de resultados satisfactorios desciende al 31%. Si no se trata, las secuelas que se derivan de ello serían muy importantes: dolor, rigidez o inestabilidad de la rodilla. Respecto al momento de instaurar el tratamiento quirúrgico, las actitudes son muy di-

versas. Ferris¹ comenta que el resultado podía ser todavía satisfactorio cuando la cirugía se lleva a cabo dentro de los 15 meses de vida. En cambio, Curtis y Fisher¹² no recomiendan la cirugía en niños mayores de 2 años. ■

Bibliografía

1. Ferris B, Aichroth P. The treatment of congenital knee dislocation: A review of nineteen cases. *Clin Orthop.* 1987; 216: 135-140.
2. Katz MP, Grogono BJS, Soper KC. The etiology and treatment of congenital dislocation of the knee. *Br J Bone Joint Surg.* 1967; 40: 112.
3. Ko JY, Shih CH, Wenger D. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1999; 19: 252-259.
4. Bensahel H, Dal Monte A, Hjelmstedt A, Bjerkreim I, Wientroub S, Matasovic T, et al. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1989; 9: 174-177.
5. Ooishi T, Sugioka Y, Matsumoto S. Congenital dislocation of the knee. Its pathologic features and treatment. *Clin Orthop.* 1993; 287: 187-192.
6. Nogi J, MacEwen D. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1982; 2: 509-513.
7. Azevedo Lage J, Guarniero R, Pessoa de Barros TE, Pires de Camargo O. Intrauterine diagnosis of congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1986; 6: 110-111.
8. Munk S. Early operation of the dislocated knee in Larsen's syndrome. A report of 2 cases. *Acta Orthop Scand.* 1988; 5: 582-584.
9. Johnson E, Audell R, Oppenheim W. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1987; 7: 194-200.
10. Haga N, Nakamura S, Sakaguchi R, Yanagisako Y, Taniguchi K, Iwaya T. Congenital dislocation of the knee reduced spontaneously or with minimal treatment. *J Pediatr Orthop.* 1997; 17: 59-62.
11. Sijmons RH, Van Essen AJ, Visser JD, Ipreburg M, Nelck GF, Vos-Bender ML, et al. Congenital knee dislocation in a 49, XXXXY boy. *J Med Genet.* 1995; 32: 309-311.
12. Curtis BH, Fisher RL. Congenital hiperextension with anterior subluxation of the knee. Surgical treatment and long-term observations. *Am J Bone Joint Surg.* 1969; 51: 255-269.
13. Jacobsen K, Vopalecky F. Congenital dislocation of the knee. *Acta Orthop Scand.* 1985; 56: 1-7.
14. Roach W, Richards S. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1988; 8: 226-229.
15. Vedantam R, Douglas DL. Congenital dislocation of the knee as a consequence of persistent amniotic fluid leakage. *BJCP.* 1994; 48: 6.
16. Muhammad K, Koman A, Mooney JF, Smith BP. Congenital dislocation of the knee: overview of management options. *J South Orthop Assoc.* 1999; 8: 93-97.
17. Austwick DH, Dandy DJ. Early operation for congenital subluxation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1983; 3: 85-87.
18. Laurence M. Genu recurvatum congenitum. *Br J Bone Joint Surg.* 1967; 49: 121-134.
19. Mayer L. Congenital anterior subluxation of the tibia. *Am J Orthop Surg.* 1918; 16: 521-528.