

## TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

<sup>1</sup>Dr. Fernando Culqui Carvajal. <sup>1</sup>Dr. Francisco Cevallos Castro. <sup>2</sup>Dra. Tatiana Paz Sarabia

<sup>1</sup>R3 Posgrado de Ortopedia y Traumatología – Universidad San Francisco de Quito.  
<sup>2</sup>Médico General – Universidad Central del Ecuador.

### RESUMEN:

La luxación congénita de rodilla (LCR) es una de las alteraciones anatómicas muy poco frecuente, que su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos obtenidos al nacimiento y corroborados con exámenes radiológicos. La evolución y complicaciones que puede acarrear esta patología dependerá del grado de severidad y del momento de la instauración del tratamiento, ya que un tratamiento oportuno conducirá a una movilidad adecuada y un desarrollo sicomotor apropiado.

Presentamos un caso observado en nuestro hospital con seguimiento por cinco meses, en donde un diagnóstico y manejo terapéutico precoz, brindo una buena evolución clínica.

**Palabras clave:** Rodilla, Luxación congénita de rodilla, Recién nacido.

### ABSTRACT

Congenital dislocation of the knee (CSF) is one of the very rare anatomical alterations, that its diagnosis is based on the clinical findings obtained at birth and corroborated with radiological examinations. The evolution and complications that can lead to this pathology will depend on the degree of severity and timing of treatment, since timely treatment will lead to adequate mobility and proper psychomotor development.

We present a case observed in our hospital with a five-month follow-up, where a diagnosis and early therapeutic management, leading to a good clinical evolution.

**Key words:** Knee, Congenital dislocation of the knee, Newborn.

### INTRODUCCIÓN.

La luxación congénita de rodilla (LCR) es una alteración anatómica con una incidencia de 1 por cada 100.000 nacidos vivos, de 80 a 100 veces menor que las displasias de cadera<sup>1</sup>. Más común en mujeres y puede ser uni o bilateral.<sup>2</sup> La etiología de la LCR es aún desconocida pero puede relacionarse con factores extrínsecos como presión intrauterina anormal y posición de nalgas en el momento del parto con una incidencia del 3 al 4%.<sup>3,4</sup> Entre las causas intrínsecas pueden destacarse las anomalías genéticas y desbalances neuromusculares.<sup>2,4,5</sup>

La característica anatómica más habitual de presentación es el desplazamiento anterior de la tibia en relación al fémur con la subsecuente dislocación rotuliana, generando según su complejidad diversos grados de discapacidad en la rodilla de los niños.<sup>6</sup>

La clasificación anatómo – radiológica de Laurence y Curtis Fisher nos ayuda a clasificar a la LCR en tres grados. El grado I representa una hiperextensión de la rodilla, presente al nacimiento sin desplazamiento de las superficies articulares (los ejes de ambos huesos largos contactan el uno al otro dentro de su propia superficie articular). El grado II representa una subluxación existiendo un desliza-

miento de la epífisis tibial sobre la cara anterior del fémur a nivel condilar y sobre el cartilago articular. El grado III representa una luxación completa de ambas superficies articulares colocándose la epífisis tibial proximal por delante de los cóndilos femorales.<sup>1,4,6</sup>

Existe una gran controversia en relación al tratamiento más adecuado, principalmente en la Tipo III que se caracterizan por ser irreductibles. Algunos autores apoyan el realineamiento mediante tratamiento conservador, mientras otros recomiendan el tratamiento quirúrgico del aparato extensor de forma temprano.

El tratamiento conservador debe instaurarse de forma precoz, y el objetivo es conseguir una flexión de 90°.

El propósito del artículo se centra en hacer una breve revisión del tratamiento conservador temprano y su comparación con el manejo quirúrgico existente, en un menor de 1 mes.

### CASO CLÍNICO

Se nos comunica de Neonatología la valoración de Recién nacida mujer producto de gestación sin patología, con parto eutócico a término, peso al nacimiento de 2800 g, APGAR 8 -9, llanto fuerte. En la exploración en las primeras horas de vida, se objetiva rodilla izquierda en recurvatum extremo con limitación para la flexión, siendo el resto de la exploración normal (fig. 1).

Correspondencia: Dr. Fernando Culqui Carvajal.  
Universidad San Francisco de Quito.  
0987360551, / fernandoculqui@hotmail.es  
Rev. Ecuat. Pediatr. 2016; 17 (2); 33-34



Figura I. Exploración física de recién nacida con recurvatum extremo de tibia sobre fémur

Se realiza estudio radiológico en donde se observó una luxación tipo III según la clasificación de Laurence y Curtis Fisher (Figura 2).



Figura II. Estudio radiológico. Clasificación Laurence y Curtis Fisher Tipo III

Se realizó la inmovilización mediante yeso inguinopédico que se cambió la segunda semana, obteniéndose una flexión de 90° y se procedió a la retirada del mismo a la sexta semana de vida, se mantiene en observación periódica en nuestro servicio. (Figura 3)



Figura III. Tratamiento conservador con yeso inguinopédico obtención de 90° a las 2 semanas.

La recuperación se logró satisfactoriamente, al momento paciente tiene 5 meses de edad, y se aprecia movilidad completa de la rodilla afectada, no se ha hallado al momento alguna anomalía asociada.

## DISCUSIÓN

La luxación congénita de rodilla es una patología rara con una incidencia de 0.017 casos por cada 1000 nacidos vivos, su diagnóstico es sencillo en las primeras horas de vida, que se puede confirmar con un estudio radiológico y valorar el compromiso tanto óseo como muscular esquelético que puede existir.<sup>1,3,4,7</sup>

El tratamiento realizado de forma prioritario en las primeras 24 a 48 horas de vida, mejora el pronóstico, y su técnica de reducción es sencilla, la que se basa en una reducción cerrada y colocación de una férula inguinopédica con una flexión máxima permitida que serán progresivas dependiendo de la evolución. Al alcanzar los 90° de flexión, a las 6 semanas se retira el yeso y se envía a fisioterapia para iniciar movilidad de extremidad.<sup>1,4,5,7,8</sup>

En nuestro caso se obtuvo una excelente reducción de la LCR consiguiendo la flexión de 90° con la primera manipulación y manteniendo por 6 semanas la inmovilización, que es el tiempo necesario para permitir la cicatrización del tendón cuadriceps elongado, se debe hacer un seguimiento posterior con ecografía y radiografía y descartar las principales patologías concomitantes como luxación congénita de cadera (45%), deformidades del pie (31%) y luxación congénita de codo (10%). Algunos autores reportan que el apósito de Pavlik por dos a tres semanas evitando una hiperflexión de las caderas dan resultados satisfactorios.<sup>1,4,5,7,10</sup>

El tratamiento quirúrgico está indicada al no obtener los 90° de flexión hasta la cuarta semana, entre las técnicas más utilizadas tenemos la plastias V - Y del tendón cuadriceps con liberación de estructuras ligamentarias. Otras de las técnicas utilizadas es la resección percutánea del cuádriceps que es más noble en evitar adhesiones y pérdidas sanguíneas, al compararle en el V-Y pero no es efectiva en casos severos.<sup>3,4,9,10</sup>

Según el grado de angulación y de severidad se puede tomar una decisión terapéutica adecuada así en las grado I un tratamiento mediante yesos seriados es el apropiado, Grado II en neonatos hasta un mes de edad, inicialmente se trata mediante yesos y se reevalúa la movilidad tras cuatro manipulaciones: si > 90° se mantiene el tratamiento conservador, mientras que recomiendan una Resección Percutánea si es < 90° y el grado III y recidivas por su complejidad un tratamiento quirúrgico con un V-Y es lo más adecuado.

En nuestro caso un diagnóstico apropiado acompañado de un tratamiento oportuno otorgó una recuperación eficaz llevando a una movilidad adecuada, evitando complicaciones serias tanto muscular esqueléticas y sicosociales. En lesiones severas un enfoque multidisciplinario que incluya médicos pediatras, ortopedistas y familiares ayudará a tomar la decisión más adecuada por el bien del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abdelaziz TH, Samir S. Congenital dislocation of the knee: a protocol for management based on degree of knee flexion. *J Child Orthop*. 2011 Apr;5(2):143-9.
2. Ochoa Gómez L, Sánchez Gimeno J, García Barrecheguren E, Marulanda Del Valle K, Almonte Adón K, Guerrero Laleona C. [Congenital dislocation of the knee: report of 2 cases]. *An Pediatr Barc Spain* 2003. 2015 Jan;82(1):e139-142.
3. Arvinus C, Luque R, Diaz-Ceacero C, Marco F. [Congenital knee dislocation: case report]. *Acta Ortop Mex*. 2016 Jun;30(3):147-9.
4. Cheng C-C, Ko J-Y. Early reduction for congenital dislocation of the knee within twenty-four hours of birth. *Chang Gung Med J*. 2010 Jun;33(3):266-73.
5. Rampal V, Mehrafshan M, Ramanoudjame M, Seringe R, Glorion C, Wicart P. Congenital dislocation of the knee at birth - Part 2: Impact of a new classification on treatment strategies, results and prognostic factors. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*. 2016 Sep;102(5):635-8.
6. Mehrafshan M, Wicart P, Ramanoudjame M, Seringe R, Glorion C, Rampal V. Congenital dislocation of the knee at birth - Part I: Clinical signs and classification. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*. 2016 Sep;102(5):631-3.
7. Madadi F, Tahririan MA, Karami M, Madadi F. Complicated Congenital Dislocation of the Knee: A Case Report. *Arch Bone Jt Surg*. 2016 Oct;4(4):396-8.
8. Dobbs MB, Boehm S, Grange DK, Gurnett CA. Case report: Congenital knee dislocation in a patient with larsen syndrome and a novel filamin B mutation. *Clin Orthop*. 2008 Jun;466(6):1503-9.
9. Tercier S, Shah H, Joseph B. Quadricepsplasty for congenital dislocation of the knee and congenital quadriceps contracture. *J Child Orthop*. 2012 Oct;6(5):397-410.
10. Sud A, Chaudhry A, Mehtani A, Tiwari A, Sharma D. Functional outcome following quadriceps tendon lengthening in congenital dislocation of the knee, with special reference to extensor weakness. *Strateg Trauma Limb Reconstr Online*. 2009 Dec;4(3):123-7.