

# Luxación congénita de rodilla. A propósito de un caso

## *Congenital Knee dislocation. A case report*

<sup>1</sup> Especialista de II grado en Ortopedia y Traumatología.  
<sup>2</sup> Especialista de I grado en Ortopedia y Traumatología.  
Hospital General Docente «Dr. Ernesto Guevara de la Serna»

Delgado Rifá E. <sup>1</sup>  
Quesada Musa J. V. <sup>2</sup>

### RESUMEN

Se hace la presentación de una paciente con una luxación congénita de rodilla no tratada que ha evolucionado naturalmente, y a modo de curiosidad médica y con fines docentes se exponen sus características clínicas y radiológicas. Se describen además los hallazgos encontrados como consecuencia de esta anomalía no corregida en la edad adulta. Se comenta acerca de la importancia del manejo adecuado y oportuno de esta afección.

**Palabras clave:** *Luxación, congénita, rodilla.*

Delgado Rifá E., Quesada Musa J. V.  
Luxación congénita de rodilla. A propósito de un caso  
*Patología del Aparato Locomotor, 2005; 3 (4): 238-241*

### ABSTRACT

We report a female patient with a congenital knee dislocation no treated which development naturally, and a medical curiosity mode and with purpose teaching we show the clinical and radiological characteristic. We also show the discovery finds as consequence of this no correct anomaly in the adult age. We comment about of the importance of the adequate and timely management of this disease.

**Key words:** *Dislocation, congenital, knee.*

Delgado Rifá E., Quesada Musa J. V.  
Congenital Knee dislocation. A case report  
*Patología del Aparato Locomotor, 2005; 3 (4): 238-241*

### Correspondencia:

Juan Vicente Quesada Musa  
Especialista de I grado en Ortopedia y  
Traumatología.  
Hospital General Docente  
«Dr. Ernesto Guevara de la Serna»  
Calixto García, 25  
entre Salvador Cisnero y 10 de Octub.  
Puerto Padre. Las Tunas. CUBA  
e-mail: [jvicente@cucalambe.ltu.sld.cu](mailto:jvicente@cucalambe.ltu.sld.cu)

## INTRODUCCIÓN

La luxación congénita de rodilla es una deformidad muy rara, caracterizada por el desplazamiento anterior y hacia fuera de la tibia con relación al fémur. (1, 2, 3)

Se reconocen tres grados severidad:

1. La hiperextensión congénita de la rodilla (genus recurvatum congénito) como el primero de estos tres grados.
2. La hiperextensión congénita con subluxación anterior de la tibia sobre el fémur, como el segundo estadio.
3. Hiperextensión congénita con luxación anterior de la tibia sobre el fémur como el estadio más severo en el que clínicamente es posible aproximar la pierna a la superficie anterior del fémur. (3)

La luxación congénita de la tibia suele acompañarse con malformaciones esqueléticas en otras partes de la extremidad, se asocia con frecuencia con la luxación congénita de cadera, puede ser manifestación de una artrogriposis múltiple. (2)

Anatomopatológicamente se caracteriza por contractura del mecanismo extensor del cuádriceps, de la cápsula anterior de la articulación de la rodilla, aparecen adherencias intraarticulares, hipoplasia o ausencia de la rotula que comienza a formarse después de corregida la luxación. La bolsa suprarrotuliana es obliterada por las adherencias del tendón, los ligamentos colaterales están desplazados hacia delante, los músculos de la corva están subluxados hacia delante, funcionando como extensores de la rodilla, la banda iliotibial está hipertrofiada pudiendo estar la rotula desplazada hacia fuera, los ligamentos cruzados pueden estar alterados o faltar por completo.

El tratamiento de esta anomalía congénita debe de comenzar desde el nacimiento con manipulaciones y masajes repetidos para permitir la flexión gradual, se requiere a menudo la tenotomía subcutánea de la cintilla ileotibial y puedan aplicarse férulas y sujeciones para mantener la reducción. Se puede hacer la corrección suave con yeso, se pueden emplear también la tracción esquelética. (2, 4, 5)

Para los casos recientes la reducción abierta incluye el alargamiento o la sección del cuádriceps, de la cintilla ileotibial, de la cápsula anterior y del ligamento cruzado posterior, se reconstruyen la cápsula posterior y el ligamento cruzado anterior.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente N. P. S de la tercera edad (62 años), raza blanca que asiste a nuestra consulta en busca de una receta de calzado Ortopédico para corregir un acortamiento de su miembro inferior derecho por una anomalía congénita no precisada por ella de su rodilla derecha.

En el examen físico Ortopédico encontramos:

- Acortamiento de 8 cm des su MID.
- Deformidad en hiperextensión de la rodilla derecha.
- Engrosamiento y vacío articular.
- Limitación de la movilidad articular, con una flexión aproximada de 45°.
- Desviación lateral del segmento dorso lumbar del raquis hacia el lado derecho.
- Asimetría del cinturón pélvico.

En el examen radiográfico encontramos:

- Luxación de la articulación de la rodilla con desplazamiento anterior de la tibia con relación al fémur.
- Hipoplasia de la rotula.
- Contornos óseos anormales, ausencia de las espinas tibiales.
- Curva escoliótica lumbar derecha, con marcados cambios degenerativos secundarios.
- Pelvis oblicua fija.

Según refiere la paciente al nacer le colocaron un vendaje de adosamiento con el miembro sano los primeros días, luego sus padre no la llevaron más a consulta, así ha hecho su vida. A los 21 años de edad se le propuso la posibilidad de tratamiento quirúrgico, lo cual fue rechazado por la paciente y desde entonces usa calzado ortopédico para compensar la discrepancia de sus miembros inferiores.

## DISCUSIÓN

El mayor interés de esta publicación radica en su aporte docente al abordar una anomalía congénita muy rara con una incidencia muy baja y con escasas referencias bibliográficas, considerando además interesante en este caso en el que podemos ver las consecuencias de un mal manejo terapéutico de esta afección, lo cual hemos vistos en otros reportes.

García, 2001 reporta una incidencia estima de la luxación congénita de rodilla de 1 por 100 000 casos aproximadamente un 80% menos frecuente que la luxación congénita de cadera.

En esta paciente se muestran con claridad los signos propios radiológicos propios de esta entidad como se muestra en la Figura 1, es curioso resaltar a forma de comentario la ausencia de las espinas tibiales donde tienen su inserción los ligamentos cruzados de la rodilla. Así mismo los contornos óseos anormales, lógicamente por la falta de la congruencia articular y el apoyo mecánico del fémur sobre la tibia. Sabemos que en esta afección estos ligamentos pueden estar atenuados o faltar por completo, algunos autores postularon la teoría que en esta afección el defecto básico es la ausencia o hipoplasia de estos ligamentos, sin embargo otros investigadores piensan que esto es secundario a la luxación. (6, 7)

En la Figura 2 se muestran los signos radiológicos surgidos como consecuencias aparecidas en los pacientes con una luxación congénita de rodilla no tratada, donde es notorio resaltar la enorme curva escoliótica lumbar compensatoria del acortamiento de su miembro afectado; así



Fig. 1. Rx de la luxación congénita de rodilla.

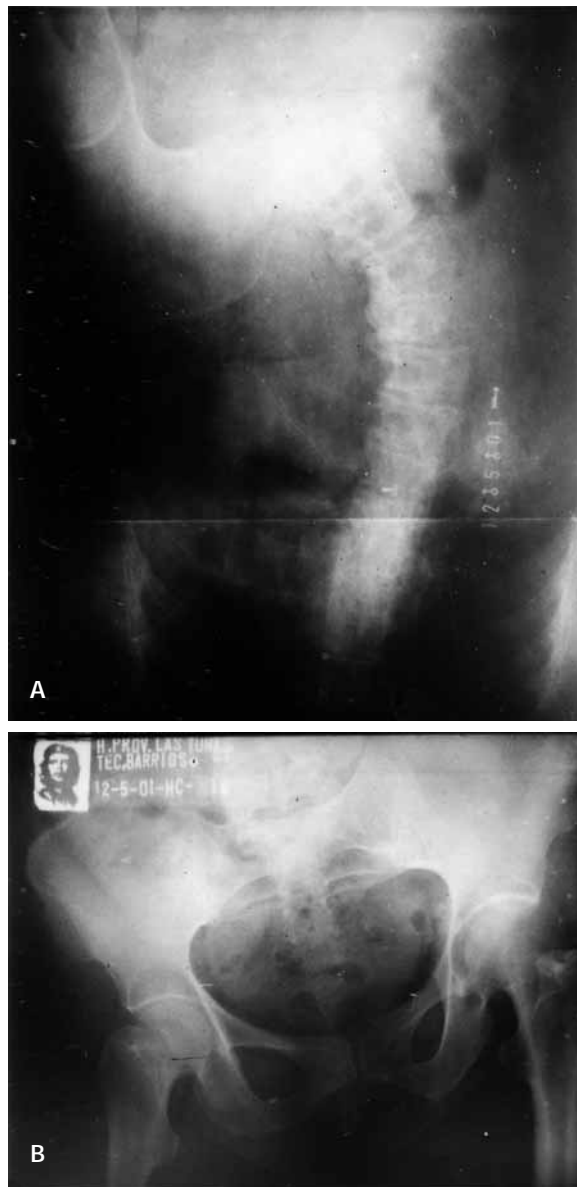


Fig. 2. Muestra los cambios radiográficos de columna vertebral y la pelvis ósea.

como los cambios degenerativos secundario a expensa de la concavidad de la curva.

Así mismo observamos como este acortamiento del miembro unido a la cintilla iliotibial y esta escoliosis homolateral han provocado una inclinación pelviana asociada que por el largo tiempo de evolución de estas alteraciones óseas de adaptación se han convertido en deformidades fijas o permanentes.

Otro dato curioso de interés docente a resaltar en esta paciente es la no presentación de ninguna otra lesión músculo esquelética asocia-

da, sus caderas son completamente normales y se trata de una afección unilateral, por lo que pensamos que esta paciente hubiera resuelto ante el tratamiento conservador oportunamente desde el crecimiento ya que los mismos son signos de buen pronóstico.

La mayoría de los autores revisados coinciden que los resultados serán mejores y eficaces cuanto antes se inicie el tratamiento, considerando la dependencia de otros factores como: (2, 4, 5, 8)

- Grado de severidad de la lesión.
- Ausencias de otras afecciones asociadas o síndromes generalizados.
- Localización uni o bilateral de la afección.
- La experiencia del médico de asistencia en el manejo de esta afección.

Así mismo García y colaboradores de la sociedad valenciana de rehabilitación y medicina física, 2001 destacan la importancia de la colaboración entre la rehabilitación y cirujanos ortopédicos, en el manejo de esta deformidad. (5)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 TUREK S. Ortopedia Principios y Aplicaciones. La Habana: Editorial Científico Técnica. 1982; T-1: 340.
- 2 FERGUSON A B. Cirugía Ortopédica en la infancia y adolescencia. Barcelona. *Ed Jims*. 1968; 94-5.
- 3 EDMONSON A, CRENSHAW A H. Cirugía Ortopédica. La Habana: Editorial Científico Técnica. 1981; T-3: 1810-15.
- 4 BARRERA A, FERNÁNDEZ P F. Luxación congénita de rodilla. *Revista de la Sociedad Médica del Hospital San Juan de Dios*. 1991; 12(12): 57-60.
- 5 GARCÍA-MANZANEZ M D, CASTILLO V, CORTÉS, LABORDA S, MINGOT M. luxación Congénita de Rodilla. A propósito de dos casos. *Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina Física*. España. 2001.
- 6 MARIANO P P, Santriello P, LANNONE S, CONDILLO V, ADRIANI E. comparison of surgical treatment for knee dislocation. *Am J Knee Surgical* (unite states). 1999; 12(4): 214-21.
- 7 RICHTER M, LOBENHOFFER P, TSCHERNE H. Knee dislocation. Long Term results after operative treatment. 1999; 70(11): 1294-301
- 8 SCHAEFER R A, BELLAFION V A, Corzatttd. Irreducible dislocation of knee. *Mil Med* (unite states). 1999; 164(11): 827-9.