

OPCIONES DE TRATAMIENTO EN LA LUXACIÓN DE RÓTULA

Garrido Díaz, Y; Vera Porras EM., Illán Franco, S; Franco Rodríguez D.; Muelas OrAz, JA.

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones de rótula representan el 3% de todas las lesiones de rodilla. Mayormente ocurren en mujeres jóvenes entre 10 y 17 años, alcanzando una incidencia de 29/100000 habitantes, mientras que en la población general es de 5,8/100000 habitantes.

Es frecuente la recidiva, con posibilidad de sufrir episodios de luxación recurrente hasta en un 50% de los casos en aquellos que han presentado 2 o más luxaciones, siendo aún más común, en pacientes con lesión del ligamento femoropatelar medial (LFPM).

Los factores de riesgo más importantes asociados a la luxación de rótula son, presentar episodio traumático agudo, síndrome Ehlers-Danlos, displasia troclear, anteversión femoral, rótula alta, entre otros.

Los mecanismos de producción pueden ser por contusión directa sobre rodilla o entorsis de rodilla extendida con pie en rotación externa.

Su diagnóstico se basa en la clínica y pruebas complementarias como radiografía simple en AP y axial, así como TC y RMN para el estudio de las lesiones asociadas.

El tratamiento varía según el número de episodios y presencia de cuerpos extraños o fragmentos osteocondrales, pudiendo optarse por tratamiento ortopédico o quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 17 años que acude a urgencias tras entorsis de rodilla derecha mientras jugaba al fútbol. A la exploración física presenta dolor en cara interna de rodilla, deformidad con rótula lateral, peloteo rotuliano positivo e impotencia funcional con incapacidad para la flexión de rodilla.

Se procede ante la sospecha de luxación de rótula, a reducción cerrada e inmovilización con férula suropédica en extensión, y se solicita radiografía de rodilla que muestra pequeña fractura-avulsión del ligamento femoropatelar medial. Para el estudio más detallado de la lesión se solicita TAC dinámico, que informa de rotura parcial de la inserción patelar del tendón rotuliano.

Se decide intervención quirúrgica bajo anestesia raquídea y control escópico, con resección de fragmento óseo (no articular) y reinserción de ligamento femoropatelar medial y alerón con dos arpones de titanio de 3,5 mm. Se comprueba estabilidad y se procede a inmovilización con férula suropédica.

Durante el seguimiento en consultas, se retira férula y se procede a colocación de ortesis articulada en flexión de 0-30º durante 10 días, 0-60º otros 10 días y por último 0-90º los últimos 10 días. El paciente presenta buena recuperación.

RESULTADOS

En el manejo de las luxaciones de rótula es necesario realizar un estudio individual, teniendo en cuenta los factores de riesgo que predisponen a la recidiva el número de luxaciones rotulianas previas, la presencia de lesiones osteocondrales y/o cuerpos libres, así como la presencia de lesión en el LFPM, que se ha catalogado como el principal estabilizador pasivo de la rótula. En términos generales, se opta por tratamiento conservador en pacientes que presenten primer episodio de luxación aguda sin factores de riesgo asociados y sin presencia de fragmentos osteocondrales.

Se realiza con férula suropédica u ortesis en extensión durante 3 semanas, permitiendo la carga.

En relación con el tratamiento quirúrgico, las indicaciones relativas incluyen la edad menor de 25 años, falta de madurez esquelética y displasia troclear, mientras que una indicación absoluta es la presencia de fragmentos osteocondrales, que, a su vez, es más frecuente en pacientes con alteraciones en la anatomía femoropatelar.

Dentro del tratamiento quirúrgico lo más aceptado es realizar un enfoque personalizado, tratando los factores de riesgo de inestabilidad que cada paciente presente. La reconstrucción del LFPM es un acto habitual obteniéndose los mejores resultados postoperatorios.

Otros actos quirúrgicos realizado en la patología de la luxación de la rótula son, la distalización y medialización de la TTA, trocleoplastia, corrección de la alineación del aparato extensor, realinación distal, etc.

CONCLUSIONES

- Se opta por tratamiento ortopédico para la luxación rotuliana primaria sin lesiones osteocondrales ni cuerpos libres.
- En caso de tratamiento quirúrgico se debe abordar la patomorfología para conseguir resultados más óptimos.

