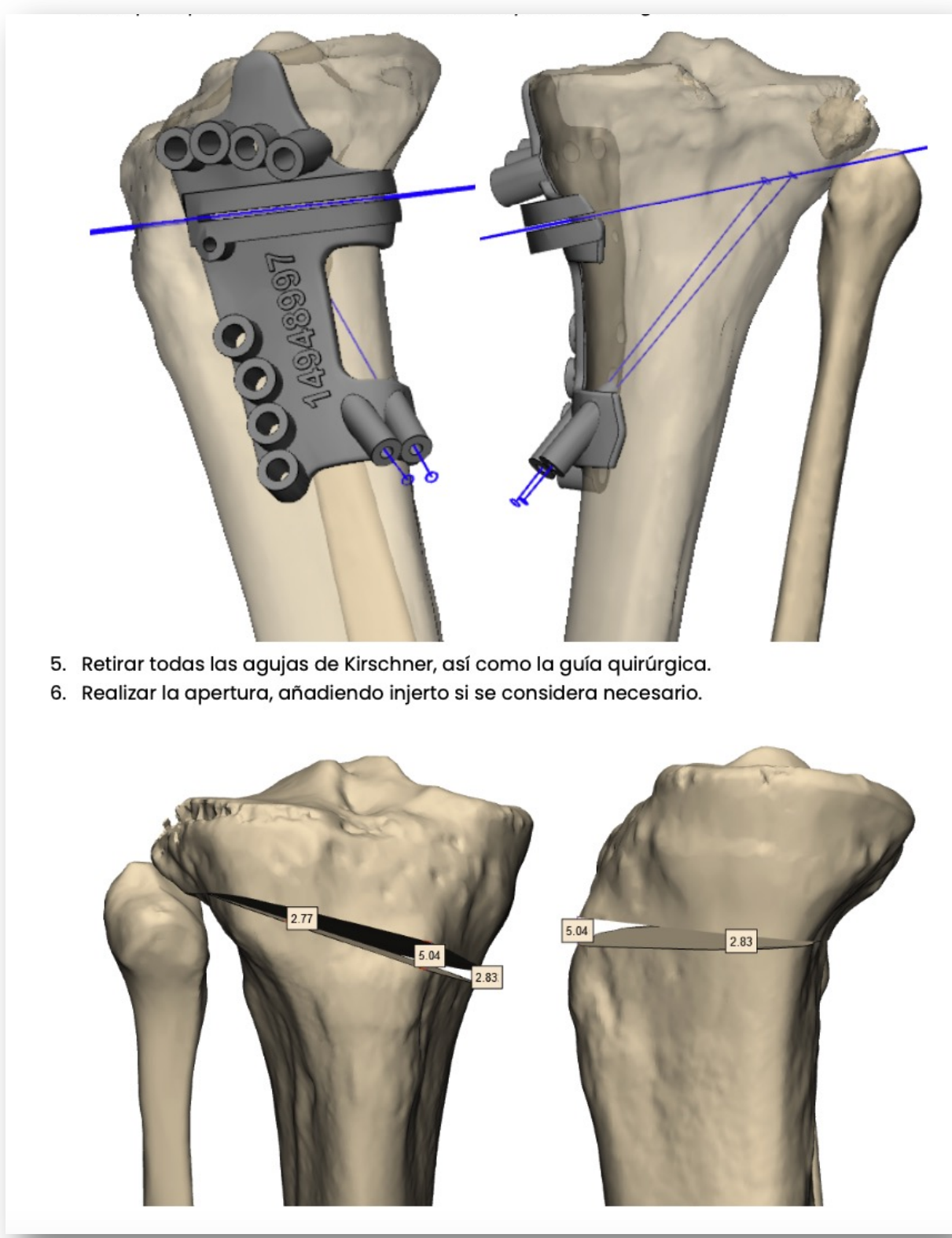
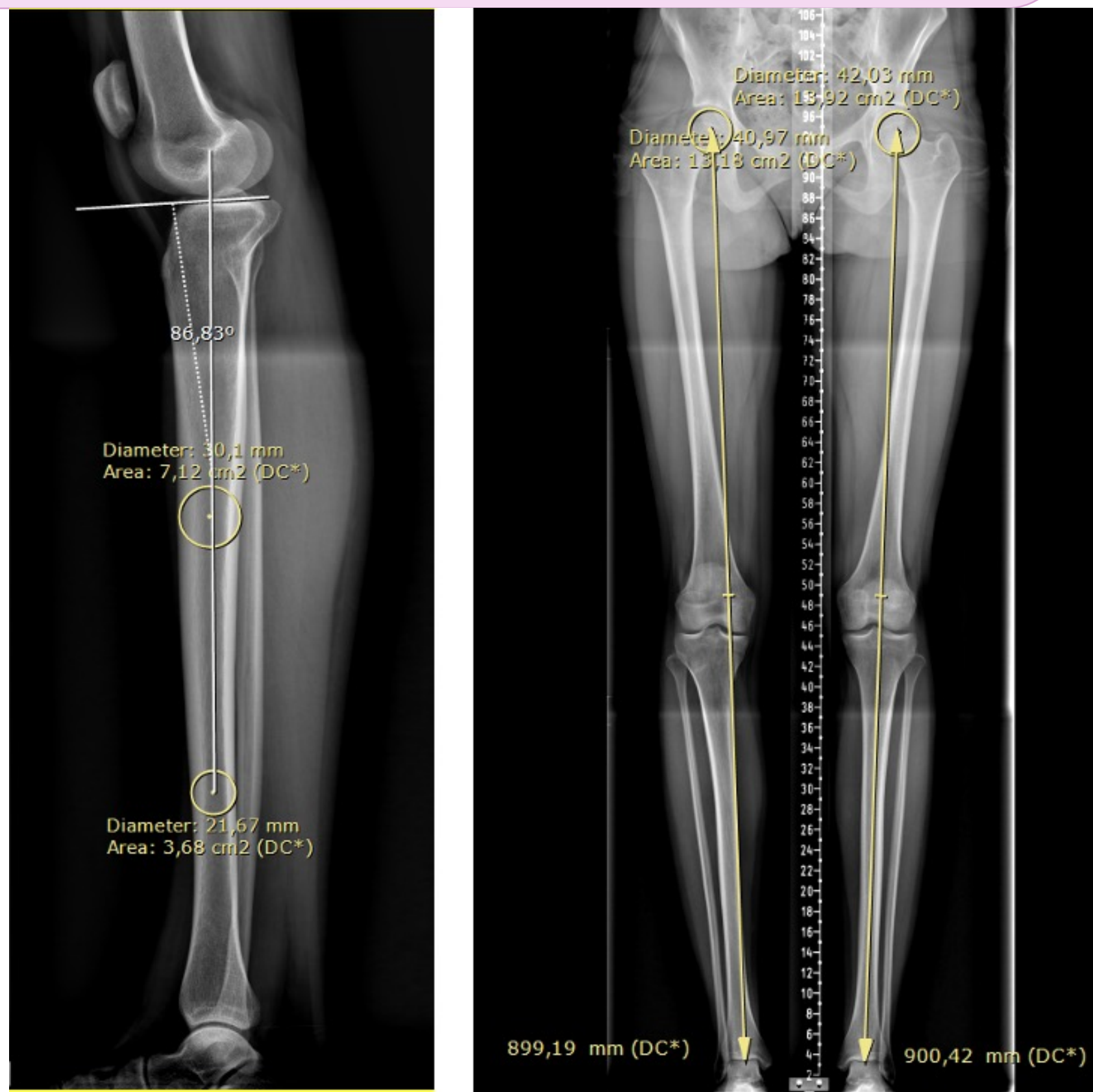


# Genu recurvatum e inestabilidad de rodilla: a propósito de un caso

PILAR SEÑOR REVUELTO<sup>1</sup>, JORDI COLOMINA MORALES<sup>2</sup>, CESAR SALAMANCA ONTIVEROS<sup>1</sup>, JACOB GONZÁLEZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>; FEDERICO GARCIA DE LUIS<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida <sup>2</sup>Hospital Universitario Santa Maria de Lleida

## OBJETIVOS:

El genu recurvatum consiste en la hiperextensión de la tibia sobre el fémur. Se considera fisiológico cuando es menor de 15º bilateral y simétrico. En casos patológicos, se manifiesta como dolor asociado a inestabilidad, dismetría o disminución del rango de movilidad. Las causas asociadas al recurvatum pueden ser congénitas o tras traumatismos, accidente cerebrovascular, inmovilización prolongada, ... Además, debemos distinguir si la deformidad proviene de alteraciones óseas, por laxitud de partes blandas o ambas; para poder corregir la alteración. Nuestro objetivo es presentar a una paciente de 19 años con una deformidad de rodilla biplanar y su resolución gracias a las nuevas tecnologías.



## MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una paciente de 19 años que acude a consulta por dolor e inestabilidad de rodilla. Como antecedente presentó una fractura tipo epifisiolisis tibial proximal hace 5 años tratada conservadoramente, de manera satisfactoria.

A la exploración destaca un marcado recurvatum con respecto a la contralateral. En la radiografía objetivamos una desviación en varo de la pierna derecha de 4º y un tibial slope de menos 3º; mientras que la contralateral no presenta varo y tiene un tibial slope de 4º.

Con una RMN comprobamos la indemnidad de las estructuras ligamentosas. Así, se planifica una cirugía mediante una osteotomía tibial de apertura que corrija el varo y el recurvatum, mediante un sistema con guía personalizada guiado por TC.

## RESULTADOS:

Realizamos un primer tiempo artroscópico donde no se objetivaron lesiones asociadas. Posteriormente se realizó a través de un abordaje medial una osteotomía tibial con la guía en 3D y la colocación de una placa bloqueada.

Estuvo en descarga durante 3 semanas, con carga progresiva con muletas y rehabilitación.

A los 2.5 meses realizamos una telemetría donde se observa una corrección del varo y un tibial slope de 4º, clínicamente un balance articular completo.

Actualmente la paciente deambula sin dolor, y únicamente se aprecia una disminución de la musculatura en tratamiento con rehabilitación.



## CONCLUSIONES:

En conclusión, hemos de decir que la implantación de nuevas tecnologías en nuestro medio nos abre las puertas de realizar intervenciones complejas con resultados muy satisfactorios, los cuales hace unos años hubieran sido más dificultosos de conseguir.