

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA. A propósito de un caso

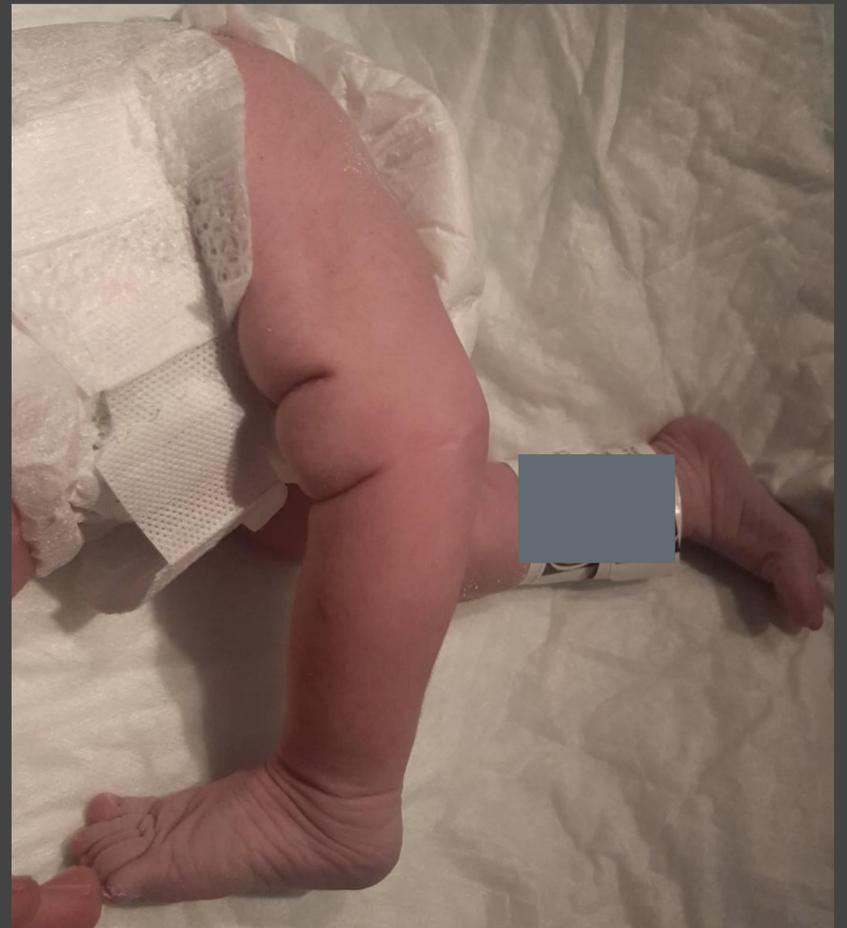
Bureo González J, Comerón Franco R, Godoy Montijano MA
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos

Presentar el diagnóstico y el tratamiento de la luxación congénita de rodilla en un recién nacido.

Material y Metodología

Se presenta el caso de un recién nacido que tras el alumbramiento se aprecia deformidad en miembro inferior izquierdo. A la exploración encontramos rodilla izquierda con recurvatum franco, en hiperextensión, con pliegue suprarrotuliano y aparente subluxación de dicha articulación. Se logra congruencia articular a los 20° de flexión, manteniéndose articulada hasta la flexión completa. Con estos datos, podemos clasificar esta lesión como una luxación congénita de rodilla tipo I de Leveuf. El resto de la exploración resulta normal, presentando buena movilidad de ambas caderas y miembro contralateral, sin otras alteraciones a nivel distal.



Resultados

Por parte de traumatología, se reduce la luxación y se inmoviliza con una férula a 70° de flexión, comparándose posteriormente la normoposición articular de las estructuras anatómicas radiológicamente.

Conclusiones

La luxación congénita de rodilla es una alteración infrecuente que se presenta en recién nacidos y cuya característica diagnóstica principal es la hiperextensión marcada de la rodilla. En su etiología se barajan diversas hipótesis que abarcan desde el consumo de fármacos hasta alteraciones genéticas. Debemos descartar la presencia de otras alteraciones, puesto que el 65% de los pacientes con luxación congénita de rodilla presentan anomalías congénitas asociadas (luxación de cadera y deformidades de los pies, etc.).

Su tratamiento varía en función de la deformidad, siendo catalogada según la clasificación de Leveuf en grado I, más leve y frecuente, donde encontramos la rodilla entre 15 y 20° de hiperextensión; grado II, el extremo superior de la tibia está desplazado hacia adelante respecto a los cóndilos femorales, con contacto entre tibia y fémur e hiperextensión de 25 a 45°; y grado III, donde existe un desplazamiento total del extremo superior de la tibia, que supera los cóndilos femorales sin contacto entre superficies articulares y rodilla en hiperextensión severa. El tratamiento de los tipos I y II se centra en reducir manipulando y en casos leves colocar arnés de Pavlik. En las tipo III o fallo del tratamiento conservador aplicaríamos tratamiento quirúrgico, preferiblemente antes de los 6 meses.