

Luxación congénita de rodilla

Congenital knee dislocation

Norgelis Tejeda Méndez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4001-4699>

Lester Jesús Díaz Morín² <https://orcid.org/0000-0002-6011-5219>

Omar Martínez Gilimaes¹ <https://orcid.org/0000-0003-1697-5817>

¹Hospital Docente “Aleida Fernández Chardiet”. Mayabeque, Cuba.

²Hospital Docente “Leopoldito Martínez”. Mayabeque, Cuba.

*Autor para la correspondencia: mendeztejeda7@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La luxación congénita de rodilla presenta muy baja incidencia (0,017 casos por mil nacidos vivos) y 1 por 100 000 casos en relación con la displasia de cadera. Puede presentarse en forma aislada o como parte de algunas entidades teratológicas (síndrome de Down, artrogriposis, mielomeningocele).

Objetivo: Presentar un caso de luxación congénita de rodilla que corrigió la deformidad sin intervención quirúrgica.

Presentación de caso: Se presenta el caso de un recién nacido, atendido en el Hospital Regional de Malabo “Loeri Coumba”, Guinea Ecuatorial, con la rodilla derecha en hiperextensión de 35° (*recurvatum* extremo), y limitación para la flexión, sin ninguna otra patología asociada. Se le diagnosticó una luxación congénita de rodilla tipo III de Ferri. Se redujo en flexión. El yeso inguino-pédico, con rodilla en 90° por seis semanas, modificó la deformidad favorablemente.

Conclusiones: Un diagnóstico oportuno y tratamiento temprano se asocian a un buen pronóstico. El manejo conservador favorece una eficaz recuperación y evita complicaciones de los músculos esqueléticos y psicosociales.

Palabras clave: recién nacido; luxación congénita; rodilla; tratamiento precoz.

ABSTRACT

Introduction: Congenital knee dislocation has very low incidence (0.017 cases per thousand live births) and 1 per 100,000 cases in relation to hip dysplasia. It can occur in isolation or as part of some teratological entities (Down syndrome, arthrogryposis, myelomeningocele).

Objective: To report a case of congenital knee dislocation that corrected the deformity without surgical intervention.

Case report: A newborn was treated, at Loeri Coumba Regional Hospital in Malabo, Equatorial Guinea, due to a 35⁰ hyperextension the right knee (extreme *recurvatum*), and limitation for flexion. There was any other associated pathology. A Ferri type III congenital knee dislocation was diagnosed. Flexion was reduced. The use of an inguino-pedal cast, with the knee in 90° for six weeks, favorably modified the deformity.

Conclusions: A timely diagnosis and early treatment are associated with a good prognosis. Conservative management promotes effective recovery and avoids skeletal muscle and psychosocial complications.

Keywords: newborn; congenital dislocation; knee; early treatment.

Recibido: 02/05/2022

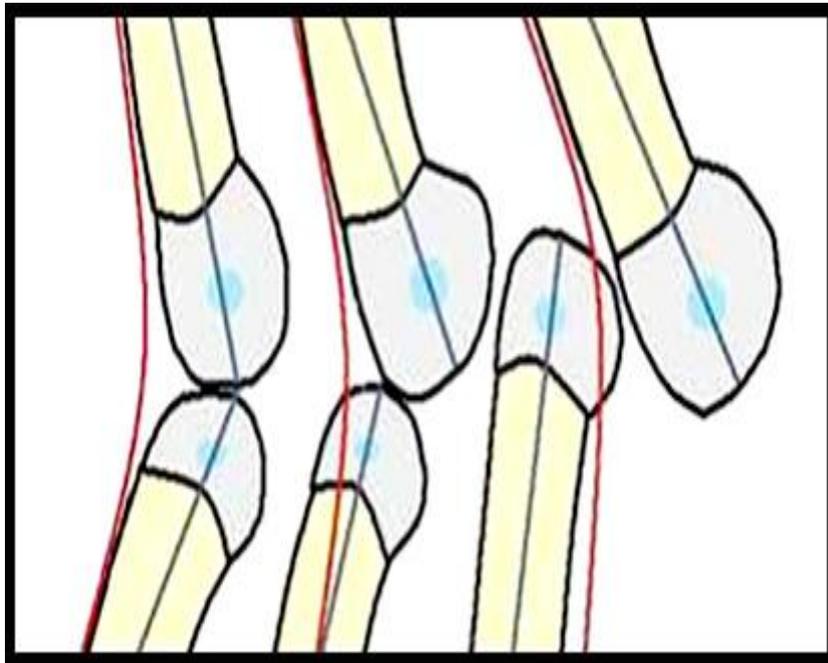
Aceptado: 19/01/2023

Introducción

La luxación congénita de rodilla no se presenta habitualmente. Se estima una incidencia de 0,017 por mil nacidos vivos, y aproximadamente 1 por 100 000 casos de displasia de la cadera.⁽¹⁾ Es más frecuente en el sexo femenino.^(2,3) Produce diversos grados de discapacidad en la rodilla de los niños. Puede presentarse de manera aislada o como parte de algunas entidades teratológicas, como artrogriposis, síndrome de Larsen, de Rubinstein-Taybi, de Down, de Ellis-Van Crevald y uña-rótula.⁽⁴⁾

Se caracteriza por el desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur. Según la clasificación de Ferris, este tipo de luxación se presenta en tres estadios⁽³⁾ (fig. 1):

- Tipo I: Hiperextensión congénita de la rodilla (*genu recurvatum* congénito).
- Tipo II: Hiperextensión congénita con subluxación anterior de la tibia sobre el fémur.
- Tipo III: Hiperextensión congénita con luxación anterior de la tibia sobre el fémur (clínicamente, se puede aproximar la tibia a la superficie anterior del fémur).



Fuente: Modificado de Carranza.⁽⁵⁾

Fig. 1 - Clasificación de Ferris.

Los neonatos poseen una luxación lateral fija e irreductible (luxación permanente). Generalmente, se diagnóstica al momento de nacer o en los primeros días de vida; puede asociarse a *genu recurvatum*, retraso en el inicio de la marcha o un movimiento anormal debido a la contractura en hiperextensión de la rodilla con rotación externa de la tibia. El cuádriceps suele ser más corto, y actúa como extensor y rotador de la tibia, lo cual evita que la rótula se centre en la tróclea femoral, y desencadene en hiperextensión y deformidad en valgo después de empezar a caminar.

Debido a su baja incidencia existe controversia con respecto al tratamiento. Algunos autores apoyan la realineación quirúrgica del aparato extensor de forma temprana; en cambio, otros recomiendan el método conservador, pues aseguran la ineffectividad de la cirugía.⁽⁶⁾

El propósito del presente trabajo fue presentar un caso de luxación congénita de rodilla que corrigió la deformidad sin intervención quirúrgica.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un recién nacido con peso al nacer de 2300 g, sexo femenino, procedente de la ciudad de Malabo, Guinea Ecuatorial. A los cinco días del nacimiento, se atendió en consulta por presentar la rodilla derecha en hiperextensión de 35 grados.

No se observaron alteraciones en el miembro inferior izquierdo como se puede observar en las figuras 2, 3, 4 y 5. Las maniobras de Barlow y Ortolani resultaron bilateralmente negativas. El resto de la exploración pediátrica y traumatológica resultó completamente normal. El tratamiento consistió en manipulaciones, reducción en flexión y aplicación de yeso inguinopédico con rodilla en 90 grados por seis semanas, lo cual modificó la deformidad clínicamente.



Fig. 2 - Diagnóstico clínico.



Fig. 3 - Diagnóstico radiológico.

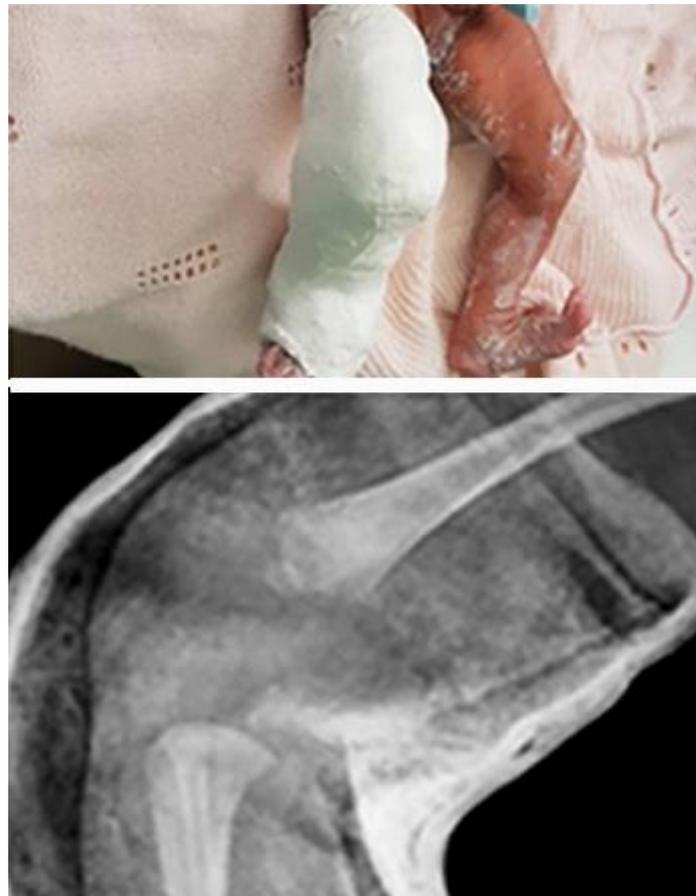


Fig. 4 - Reducción e inmovilización inguinopédica con control radiográfico.



Fig. 5 - Evolución favorable después del tratamiento.

Discusión

Aunque constituye una patología infrecuente, su diagnóstico resulta sencillo en las primeras horas de vida. Solo con el examen físico se puede apreciar la hiperextensión de la rodilla. Posteriormente, la radiología confirmará el diagnóstico y valorará si existe alguna alteración ósea.⁽²⁾ Singer fue el primero en describirla clínicamente en 1856 y luego Conn en 1925. Desde entonces no se encuentran muchos casos reportados en la literatura acerca de esta peculiar patología, presente desde el nacimiento.

Existe una amplia distribución entre las edades afectadas, pero prevalece la edad pediátrica y dentro de esta la etapa de lactante.^(5,7) En 2003, en Valencia, España, se describió un caso del sexo femenino, que se inmovilizó con yeso y evolucionó satisfactoriamente gracias a la fisioterapia y la rehabilitación.⁽⁴⁾ En Cuba se reportó por primera vez un caso en 2005: fue una mujer de 62 años con luxación congénita de rodilla que evolucionó naturalmente, sin el seguimiento adecuado.⁽⁸⁾

Un estudio del Hospital Clínico Universitario de Valencia en 2001 presentó cinco pacientes, con un total de seis luxaciones congénitas de rodilla, en 22 años. Se demostró que estas se hallaban asociadas al síndrome de *Down* y otras malformaciones (artrogriposis, síndrome de Larsen, entre otros).⁽⁷⁾

Las publicaciones sobre el tema son escasas, debido a la baja incidencia de la patología y su evolución con tratamiento precoz. El último caso notificado fue

en 2018, en el hospital de San Francisco de Quito, Ecuador, y se destaca el tratamiento conservador con una evolución favorable. Desde entonces no se registraron casos hasta 2020, caso que refiere el presente artículo.

Actualmente, se sugieren dos corrientes de tratamiento: la conservadora y la intervención quirúrgica precoz; aunque la mayoría de los autores prefieren la inmovilización en las primeras 24 a 48 horas de vida para mejorar el pronóstico. Un resultado satisfactorio se obtiene cuando se aplica el tratamiento antes de la sexta semana, pues, al iniciarlo de forma precoz, el potencial de remodelación ósea y cartilaginosa resulta mayor.^(2,9,10)

La luxación congénita de rodilla requiere un diagnóstico oportuno, pues si pasa desapercibida al nacimiento evoluciona con alteraciones locomotoras importantes. Se recomienda que, de acuerdo con el grado de presentación, se realicen manipulaciones e inmovilización con aparatos enyesados desde las primeras horas de vida (72 horas), con cambios de yeso semanales para conseguir mayor flexión, habitualmente hasta los 90 grados en las primeras seis semanas, y se continúe con el mismo régimen hasta que la rodilla se estabilice, lo cual suele ocurrir entre las seis y ocho semanas.

Si no se puede reducir la deformidad inmediatamente, se debe recurrir al método quirúrgico que libera las estructuras cápsulo-ligamentarias a partir del alargamiento del tendón cuádriceps y otras anomalías. Los resultados óptimos dependen del momento del diagnóstico y su tratamiento oportuno.

Conclusiones

Un diagnóstico oportuno y tratamiento temprano, se asocian con un buen pronóstico. Mediante el manejo conservador se recupera la estabilidad, y se evitan las complicaciones músculoesqueléticas y psicosociales.

Referencias bibliográficas

1. Shah N, Limpaphayom N, Dobbs M. A minimally invasive treatment protocol for the congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop*. 2009;29(7):720-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/bpo.0b013e3181b7694d>
2. Ochoa L, Sanchez J, García E, Marulanda K, Almonte K, Guerrero C. Luxación congénita de rodilla: a propósito de 2 casos. *An Pediatr*. 2015;82(1):e139-142. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.03.006>

3. Mesa ME, Cienfuegos A, Holgado MI. Tratamiento conservador de la luxación congénita de rodilla. Nuestra experiencia. Rev Soc Andal Traumatol. Ortop. 2012 [acceso 26/11/2021];29(1):95-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7979512>
4. Segura F, Soler AG, Fernández R, Gascó J. Luxación congénita de rótula. Rev. Esp Cir Osteoart. 2001 [acceso 26/11/2021];36(205):9-14. Disponible en: http://www.cirugia-osteoarticular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/293_Art.9.pdf
5. Carranza A, Jiménez A. Luxación congénita de rodilla. Med Rehabil. 1999;12:29-35.
6. Sánchez A, Zarza A, Mansilla R. Evaluación y tratamiento de la luxación congénita de rodilla. Rev Soc Andal Traumatol. Ortop. 2018 [acceso 26/11/2021];35(4):8-17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6826242>
7. Candel M, Barra A, Chapa A, Gascó J. Luxación congénita irreductible de rodilla. Caso clínico. Rev Esp Cirug Osteoart. 2003 [acceso 26/11/2021];38(213):42-4. Disponible en: http://www.cirugia-osteoarticular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/254_Art.42.pdf
8. Delgado E, Quesada JV. Luxación congénita de rodilla. A propósito de un caso. Patol Apar Locom. 2005 [acceso 26/11/2021];3(4):239-41. Disponible en: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol03-n4-art3-luxacion-rodilla.PDF>
9. Youssef A. Limited open quadriceps release for treatment of congenital dislocation of the knee. J Pediatr Orthop 2017;37(3):192-8. <https://doi.org/10.1097/bpo.0000000000000612>
10. Kumar J, Dhammi IK, Jain AK. Neglected surgically intervened bilateral congenital dislocation of knee in an adolescent. Indian J Orthop 2014;48(1):96-9. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5413.125524>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.