Luxación congénita de rodilla. Una serie de cuatro casos

Ismael José Dorta Luis, Carmen Luz Marrero Pérez, Víctor Manuel García Nieto. Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Se expone una serie de cuatro casos de luxación congénita de rodilla, representando una patología poco frecuente, en la que el diagnóstico precoz es, a la vez que sencillo, de gran importancia para el pronóstico. Se asocia mayormente a malas posiciones intrauterinas, aunque también se relaciona con trastornos genéticos. En los casos que se presentan destacan la precocidad en el diagnóstico, así como la posterior evolución favorable de los pacientes. El propósito de esta serie fue agrupar los casos que se han presentado en nuestro hospital, revisando las historias clínicas, tras diagnosticar un caso en la actualidad.

Palabras Clave

Recién nacido, luxación, rodilla, diagnóstico precoz

Congenital knee dislocation. Report of four cases

Abstract

It is reported a series of four cases of congenital knee dislocation, representing a rare disorder. Early diagnosis is very important for prognosis and it is also very simple.
It is mostly associated with intrauterine bad positioning, although it is also related to genetic disorders. In the cases we present it is observable how precocity inthe diagnosis as well as the subsequent benign evolution of the patients stand out. The purpose of this series has been to cluster the cases that had previously occurred in our hospital by reviewing related clinic records, after a recent diagnosis took place.

Key words

Newborn, dislocation, knee, early diagnostic

Introducción

La luxación congénita de rodilla es una entidad poco frecuente que se diagnostica clínicamente durante la exploración neonatal[1]. Su incidencia estimada es de 1/100.000. Es más frecuente en el sexo femenino. Un 30% ocurren en neonatos con antecedentes obstétricos de presentación podálica[2].

En su diagnóstico se objetiva la hiperextensión marcada de la rodilla, a diferencia de la postura habitual flexora. La clínica característica se corresponde con el desplazamiento anterior de la tibia sobre el fémur, distinguiendo tres grados (clasificación de Ferris): tipo I: *recurvatum* grave de la rodilla, tipo II: subluxación de tibia sobre fémur y tipo III: luxación completa de rodilla, en las que no hay saco suprapatelar[2].

El tratamiento precisa de reducción y colocación de férula en la flexión máxima permitida, con cambios progresivos hasta los 90° de flexión (2-6 semanas). Si el tratamiento es tardío o ineficaz, puede generar problemas a largo plazo; dolor, rigidez o inestabilidad articular[2].

Casos clínicos

Caso 1

Recién nacida a término de 39+2 semanas, fruto de la tercera gestación de una madre de 42 años sin antecedentes de interés. Como antecedente obstétrico destaca el parto por cesárea (presentación podálica). Peso 3620 gramos (p 75-90) y longitud 52 cm (p90). En la exploración, se objetivó un *recurvatum* marcado en la rodilla derecha y limitación a la flexión de la articulación (figura 1). A la palpación, se objetivó desplazamiento lateral de rótula. Tras la valoración por Traumatología, se procede a la reducción en flexión de 90º de la rodilla mediante una férula inguinopédica. Actualmente la niña tiene cuatro semanas de vida y presenta una adecuada movilidad articular, sin hiperextensión de la misma.

Caso 2

Recién nacida a término de 40+5 semanas. Peso 3380 gramos (p25-50) y longitud 52 cm (>p90). Nace en presentación cefálica, mediante cesárea por fracaso de la inducción. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por dificultad respiratoria. A la exploración destaca la rodilla en *recurvatum* y una tortícolis congénita, siendo la maniobra Barlow y Ortolani negativa. Se coloca una férula en flexión con seguimiento posterior en las consultas de Traumatología, en las que se cambió la férula a las dos semanas, terminando el tratamiento a las seis semanas. Al alta hospitalaria consigue una flexión completa, manteniéndose una laxitud articular respecto a la articulación contralateral. Durante el seguimiento, se solicitó ecografía de caderas en la que se observó un aumento de la cobertura acetabular en ambas caderas, sin precisar tratamiento activo durante el seguimiento. Actualmente, la niña tiene tres años y ha presentado un desarrollo psicomotor adecuado.

Caso 3

Recién nacido a término de 41+3 semanas. Peso 3650 gramos (p50-75) y longitud 52 cm (p75-90). Nace mediante un parto eutócico. A la manipulación de las caderas se objetivó una hiperlaxitud, con maniobra de Barlow y Ortolani negativa y hematoma en la rodilla con desplazamiento anterior de la tibia. Tras la valoración realizada por el equipo de traumatología se decidió solicitar radiografías de la zona afecta, que fueron normales. En las valoraciones posteriores presentó extremidades en flexión sin apreciarse un defecto en la exploración. Se decidió una actitud expectante. En las consultas posteriores ha mostrado un arco de movilidad normal, con flexión correcta. Actualmente, el niño tiene cuatro años y no presenta alteraciones del desarrollo psicomotor.

Caso 4

RN pretérmino de 34+6 semanas. Peso 2185 gramos (p25-50) y longitud 44 cm (p25-50). Retraso del crecimiento intrauterino tipo III. A la exploración se objetivó a nivel articular una hiperlaxitud en las caderas con una maniobra de Barlow bilateral positiva y *recurvatum* marcado en ambas rodillas. Tras la valoración realizada por Traumatología se decidió control evolutivo en consultas externas. Además, el niño presenta un fenotipo peculiar, consistente en pelo de implantación baja, narinas invertidas, diente incisivo central izquierdo en la encía inferior y quiste gingival a nivel de incisivo central derecho en la arcada inferior. El resultado del cariotipo es 46XX con traslocación que condiciona una monosomía del brazo corto del cromosoma X.

Discusión

La luxación congénita de rodilla es una entidad poco frecuente, debiendo priorizarse el diagnóstico precoz.[1]

Se ha relacionado con determinadas posiciones intraútero y trastornos congénitos o genéticos (síndrome de Down, displasia de caderas, deformidades del pie, luxaciones congénitas del codo, síndrome uña-rótula, síndrome de Rubinstein-Taybi, enanismo distrófico, retraso mental, mielodisplasia, síndrome de Larsen, artrogriposis)[3]. También, se ha relacionado con labio leporino, espina bífida, hidrocefalia y ano imperforado[1,2].

Figura 1. Exploración física inicial. Se aprecia la hiperextensión marcada de la rodilla. Durante el reconocimiento, mantenía esta posición, estando limitada la flexión pasiva de la articulación.

Con los casos que exponemos, queremos mostrar que la actitud conservadora ha sido el tratamiento habitual, tanto con control clínico como con la colocación de una férula en flexión. Solo en un caso fue necesaria la reducción.
En nuestra serie, hemos asociado un caso a la posición intraútero y dos presentaban luxación congénita de caderas, lo que es una asociación frecuente[1-3]. En el último de los casos se encontró una traslocación en el cariotipo que podría estar relacionada.

Solo en uno de los casos se realizaron pruebas radiológicas para su evaluación, que no fueron necesarias en el resto de los casos.

Bibliografía

1. Berenguel Martinez P, Quero Pastor J, Ríos Luna A, Muñoz Martín P, Moreno Brik B, García Martín M. Luxación congénita de rodilla. Acta Pediatr Esp 2007; 65:183-185

2. Ochoa Gómez L, Sánchez Gimeno J, García Barrecheguren E, Marulanda del Valle K, Almonte Adón K, Guerrero Laleona C. Luxación congénita de rodilla: a propósito de dos casos. An Pediatr (Barc) 2015; 82:1-56

3. Segura Llopis F, Soler AG, Fernandez R, Gascó Gómez de Membrillera J. Luxación congénita de rótula. Rev Esp Cir Osteoartic 2001; 36:9-14

4. Mehrafshanab M, Wicartad P, Ramanoudjamea M, Seringeac R, Gloriond C, Rampal V. Congenital dislocation of the knee at birth - Part I: Clinical signs and classification. Orthop Traumatol Surg Res 2016; 102:631-633

5. Rampal V, Mehrafshan M, Ramanoudjame M, Seringe R, Glorion C, Wicart P. Congenital dislocation of the knee at birth - Part 2: Impact of a new classification on treatment strategies, results and prognostic factors. Orthop Traumatol Surg Res 2016; 102:635-638

6. Carranza Bencano A, Jiménez Fernández A. Luxación congénita de rodilla. Med Rehab 1999; 12:29-35

7. Roach JW, Richards BS. Congenital dislocation of the knee in the newborn. J Pediatr Orthop 1989; 8:226-229

8. Pinilla C, Grisales L, Ramírez N, Lemus H, Castro K. Luxación congénita de rodillas: Presentación de un caso. Rev Colomb Radiol 2014; 25:3902-3904

SOCIEDADES CANARIAS DE PEDIATRÍA