

ORIGINAL BREVE

Luxación congénita de rodilla: a propósito de 2 casos



L. Ochoa Gómez<sup>a,\*</sup>, J. Sánchez Gimeno<sup>b</sup>, E. García Barrecheguren<sup>c</sup>,  
K. Marulanda del Valle<sup>d</sup>, K. Almonte Adón<sup>d</sup> y C. Guerrero Laleona<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España

<sup>b</sup> Pediatra, Centro de Salud de Híjar, Híjar, Teruel, España

<sup>c</sup> Servicio de Traumatología, Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España

<sup>d</sup> Residente de medicina de familia y comunitaria, Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España

Recibido el 12 de enero de 2014; aceptado el 11 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 22 de abril de 2014

**PALABRAS CLAVE**

Rodilla;  
Luxación congénita  
de rodilla;  
Recién nacido

**Resumen** La luxación congénita de rodilla (LCR) es una patología muy poco frecuente cuyo diagnóstico se realiza al nacimiento por los hallazgos clínicos, confirmándose radiológicamente. Se ha relacionado con diversas etiologías, desde malas posiciones fetales intraútero hasta trastornos genéticos. El pronóstico dependerá del inicio precoz del tratamiento y de la asociación de otras anomalías congénitas. Presentamos 2 nuevos casos de LCR observados en nuestro hospital en el período de un mes, diagnosticados en los primeros momentos tras el nacimiento, ambos con buena evolución clínica.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Knee;  
Congenital  
dislocation of the  
knee;  
Newborn

**Congenital dislocation of the knee: Report of 2 cases**

**Abstract** Congenital dislocation of the knee is a rare disease. The diagnosis is made at birth by clinical findings, and confirmed radiologically. It has been associated with various etiologies from intrauterine fetal malpositions to genetic disorders. The prognosis depends on early treatment and whether there are other congenital anomalies. We report two new cases of congenital dislocation of the knee, observed in our hospital during the period of a month, diagnosed immediately after birth, and both with a good clinical outcome.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [laura.ochoa@wanadoo.es](mailto:laura.ochoa@wanadoo.es) (L. Ochoa Gómez).



**Figura 1** Foto de exploración inicial del caso 1 en el que se aprecia ausencia de saco suprarotuliano.

**Introducción**

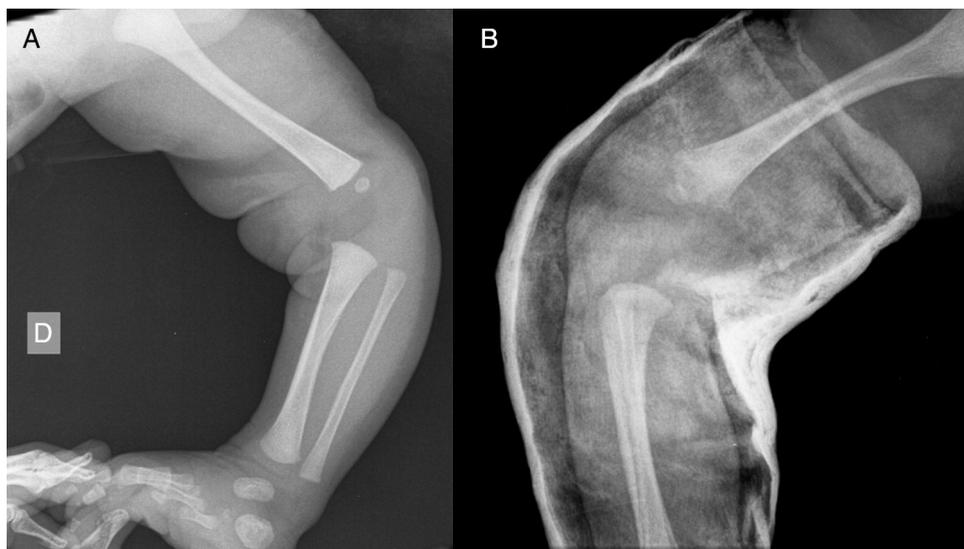
La LCR tiene una incidencia estimada de 1 por 100.000 casos, unas 100 veces menos frecuente que la luxación congénita de cadera, siendo algo más frecuente en el sexo femenino<sup>1-3</sup>. Entre un 30-40% de los pacientes con LCR se presentan en posición de nalgas en el momento del parto, mientras que en la población general esta presentación de parto, tiene una incidencia del 3-4%<sup>4</sup>.

Se caracteriza por el desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur<sup>2</sup>. Según criterios clínicos y radiológicos, se pueden distinguir 3 tipos, siguiendo la clasificación de Ferris<sup>5</sup>: tipo I o recurvatum grave de la rodilla, tipo II o

subluxación de la tibia sobre el fémur, y el tipo III o luxación completa de rodilla.

En las luxaciones completas de rodilla se observa una ausencia de saco suprapatelar, hallazgo descrito por primera vez por Leveuf y Pais (1946), no apreciándose en las rodillas hiperextendidas. La falta de fondo de saco suprapatelar puede ser el factor principal causante de la luxación<sup>6</sup>.

Se han descrito casos afectando a una sola rodilla y casos bilaterales. La LCR ha sido relacionada con diversas etiologías, como factores mecánicos (oligoamnios, presentación de nalgas), malformaciones del ligamento cruzado anterior, o alteraciones genéticas<sup>2,3,7-10</sup>. Así, la LCR se ha descrito en el síndrome de Turner, síndrome de Down, síndrome de



**Figura 2** Estudio radiológico de la rodilla derecha del caso 1. A) En proyección AP, la epífisis tibial se encuentra situada anteriormente con respecto al fémur distal, sin apenas contacto de la meseta con la tróclea femoral. B) Tras manipulación, reducción y colocación de yeso inguinopédico en flexión de unos 90°, nótese la incurvación tibial anterior intuyéndose el contacto de los cóndilos femorales con la tibia en la proyección lateral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141460>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141460>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)