

Luxación aguda de rótula

Bernat de Pablo Márquez^{a,*} y Josep Lluís Cabré Serrés^b

^aServicio de Urgencias. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa. España.

^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa. España.

*Correspondencia: bernatdepablo@gmail.com

Puntos clave

- La luxación aguda de rótula es una patología frecuente en servicios de urgencias, sobre todo en pacientes jóvenes y deportistas.
- Su reducción es un procedimiento realizable en el ámbito de la atención primaria.
- El ligamento femoropatelar medial es el estabilizador principal de la rótula y una estructura que se lesiona en prácticamente todos los casos.
- Después de la reducción precisa de inmovilización durante 2-6 semanas y seguimiento por rehabilitación y/o traumatología.
- Pese a que el primer episodio se suele tratar de forma conservadora, en casos de luxación recidivante suele optarse por tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Traumatología • Rodilla • Urgencias • Atención primaria • Luxación de rótula.

La luxación de rótula es una lesión frecuente en deportistas jóvenes, que genera dolor e impotencia funcional brusca.

Epidemiología

Supone un 3% de las lesiones traumáticas de rodilla y su pico de incidencia es en la segunda década de la vida. La mayoría de las veces aparece durante la práctica deportiva (en estos casos es más frecuente en varones)¹. En el caso de luxaciones fuera del ámbito deportivo es más frecuente en mujeres. La incidencia en la población general es de 7 por 100 000, y aumenta a 29 por 100 000 en pacientes entre 10 y 17 años^{1,2}.

La luxación rotuliana lateral es la más frecuente, la medial es casi exclusivamente iatrogénica, y la luxación intraarticular es extremadamente rara.

Las mujeres con antecedentes familiares de inestabilidad rotuliana y antecedentes personales de subluxación o luxación de la rótula tienen un mayor riesgo de luxación ulterior. Asimismo, otros factores favorecedores de la luxación recidivante se muestran en la tabla 1.

Estructuras anatómicas importantes¹

Las estructuras anatómicas más importantes son:

- Tróclea femoral y rótula: la geometría de la tróclea femoral (la profundidad de su surco y la pared lateral más elevada) y la geometría de la rótula constituyen los estabilizadores óseos de la articulación femoropatelar.
- El aparato extensor de la rodilla constituye el estabilizador blando dinámico. Desequilibrios en la fuerza del tendón rotuliano respecto al tendón cuadriceps aumentan el riesgo de luxación por un vector de fuerza excesivamente externo.
- Vasto medial oblicuo del cuádriceps: fibras del vasto medial del cuádriceps con una orientación y dirección especial que les confiere la propiedad estabilizadora sobre la rótula.
- El ligamento femoropatelar medial (LFPM) constituye el estabilizador blando estático por excelencia. Hoy día se cree que está lesionado, en mayor o menor medida, en todos los casos de luxación aguda de rótula. Es el estabilizador principal en los 30°.

TABLA 1. Factores favorecedores de la luxación recidivante

Factores óseos	Factores de partes blandas
<ul style="list-style-type: none"> • Displasias de tróclea o rótula • Lateralización de la tuberosidad tibial • <i>Genu valgo</i> • Anteversión femoral excesiva • Torsión tibial externa • Subastragalina varizada • Tibia vara 	<ul style="list-style-type: none"> • Patela alta • Hiperlaxitud ligamentosa • Retracción del retináculo lateral • Hipoplasia del fascículo oblicuo del vasto medial • Rotura del ligamento femoropatelar medial

Clínica

El mecanismo causal típico es una torsión de la rodilla en flexión y en valgo. Otro mecanismo, más raro, puede ser la contusión directa, con un impacto sobre la cara interna de la rótula, provocando una fuerza lateral que luxa la rótula.

El paciente presenta dolor intenso e impotencia funcional brusca de la rodilla, derrame articular secundario y la deformidad que conlleva.

En el diagnóstico diferencial agudo se debe considerar la lesión de ligamentos cruzados, las lesiones meniscales y la luxación completa de rodilla.

La luxación rotuliana aguda es la segunda causa traumática más frecuente de hemartrosis en la rodilla (debido a la lesión de las estructuras estabilizadoras pararrotulianas mediales y por la posible lesión osteocondral asociada). Otras lesiones asociadas son la lesión del aparato extensor (tendón rotuliano o cuadriceps) y la lesión osteocondral.

Exploración física

La exploración física es esencial para el diagnóstico. En la mayoría de los casos, la luxación se reduce espontáneamente: solo un 20% de los pacientes precisan de reducción, en cuyo caso el diagnóstico es claro pues el paciente presenta deformidad (fig. 1) y una actitud antiálgica de la rodilla en flexión^{1,2}.



Figura 1. Luxación lateral de rótula.

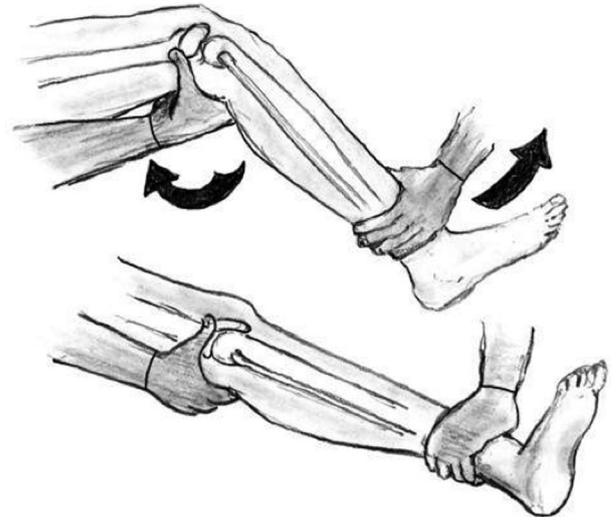


Figura 2. Maniobra de reducción de la luxación de rótula. Se debe realizar una extensión progresiva de la rodilla mientras se empuja la rótula hacia medial.

Tras administración de analgesia o sedoanalgesia se procede a la reducción, con un mecanismo de extensión progresiva de la extremidad mientras se empuja medialmente la rótula (fig. 2). En el caso de presentar derrame articular se puede realizar artrocentesis para aliviar síntomas y facilitar la exploración física y radiológica. La presencia de hemartrosos con componentes grasos obligará a descartar lesión osteocondral. En el caso de luxación reducida espontáneamente se debe realizar un buen diagnóstico diferencial.

Tras la reducción se debe valorar:

- Lesión del aparato extensor de la rodilla, pidiendo al paciente que eleve la extremidad en hiperextensión.
- Inestabilidad residual: aprehensión a la movilización lateral de la rótula.
- Lesión del ligamento femoropatelar: dolor a la palpación de la zona ligamentosa.

La exploración de rodilla debe ser sumamente cuidadosa, procurando el explorador fijar la rótula para evitar recurrencias durante la flexión de la extremidad.

Exploraciones complementarias³

Radiografía simple. Es la prueba de imagen más comúnmente utilizada en la primera atención del paciente, principalmente para descartar lesión ósea asociada. Si el paciente se presenta con la rótula luxada, solo se realizará la proyección posteroanterior (PA). Una vez se ha reducido la rótula (o si el paciente acude con la rótula ya reducida) se realizarán las tres proyecciones, la PA, el perfil y la axial de rótula.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679289>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679289>

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