

Luxación inveterada de rótula. Presentación de un caso

DR. HIRALIO COLLAZO ÁLVAREZ,¹ DR. ROLANDO CURBELO GONZÁLEZ² LIC. NOELIA M. BOADA SALA³ Y STEPHEN YECC COLLAZO MARÍN⁴

Collazo Álvarez H, Curbelo González R, Boada Sala NM, Collazo Marín SY. Luxación inveterada de rótula. Presentación de un caso. Rev Cubana Ortop Traumatol 2001;15(1-2):90-3

Resumen

Se presenta una paciente de 28 años de edad que acude a la consulta de Ortopedia del Hospital General Provincial Docente de Morón, por presentar dolor de varias semanas de evolución en la rodilla izquierda y al examen físico se le diagnostica una luxación inveterada de rótula y se le propone tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico consistió en condrectomía patelar con perforaciones del hueso subcondral y alineación proximal y distal del mecanismo extensor de la rodilla por medio de las técnicas de *Campbell* y una combinación de las técnicas óseas de *Hauser* y *Maquet* con toma de injerto óseo de cresta ilíaca homolateral. No hubo complicaciones inmediatas ni tardías y a los 6 meses la paciente realiza una deambulación satisfactoria y sin dolor.

DeCS: LUXACIONES/diagnóstico; ROTULA/cirugía; PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS.

En la actualidad dado el desarrollo social y el alcance de la asistencia médica a toda la población, es difícil ver un paciente que pasado el tiempo acuda a una consulta externa de Ortopedia y se le diagnostique una luxación inveterada de rótula.

Es mínima la frecuencia con la que los especialistas se encuentran con una luxación inveterada de rótula, puesto que sabemos que una luxación de patela se autorreduce con relativa frecuencia al pasar el paciente de la camilla a la mesa de rayos X; y por tanto su confirmación radiológica es escasa; lo anteriormente explica que una luxación inveterada de rótula sea poco probable de verse, lo que sí generalmente vemos en las consultas son inestabilidades patelofemorales postraumáticas.¹⁻⁷

En un paciente con luxación antigua de rótula, la rodilla de vez en cuando funciona bien; estando por lo general la rótula luxada externamente y, si la

luxación es de larga data, la rodilla puede estar en valgus y la tibia en rotación externa sobre el fémur.⁸

Por lo general existe artritis postraumática, el movimiento articular está limitado y hay dolor e incapacidad.

Presentación del caso

Paciente de 28 años de edad que acudió al a consulta de Ortopedia del Hospital General Provincial Docente de Morón, por presentar dolor de varias semanas de evolución en la rodilla izquierda con el antecedente de que desde hace varios años tuvo un traumatismo violento en la rodilla izquierda que le provocó una deformidad de la rótula con el decursar del tiempo. Al examen físico se le constata atrofia marcada del músculo cuadriceps, rótula hipoplásica y luxada lateralmente siendo irreductible dicha luxación (figura 1), presentando dolor a la manipulación; los movimientos de flexo-extensión están conservados, presenta rotación externa de la tibia y ligero valgo, signo de aprehensión positivo.

¹ Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología.

² Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

³ Licenciada en Enfermería.

⁴ Médico General. Instructor de Ortopedia y Traumatología.



FIG. 1. Paciente sentada y con flexión de la rodilla afectada. Se aprecia la rótula luxada externamente e irreductible.

En los estudios radiológicos se constata la patela luxada externamente e hipoplásica y las superficies articulares de la tibia y el fémur están sin alteraciones (figuras 2 y 3).

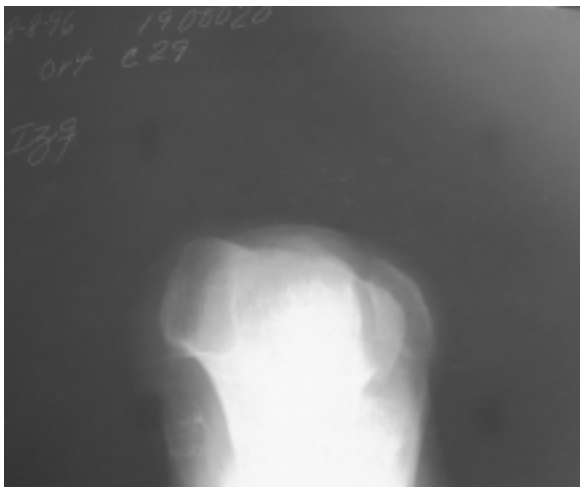


FIG. 2. Radiografía axial de rodilla donde observamos la rótula luxada completamente en posición externa e hipoplásica.

Se decide realizar tratamiento quirúrgico y el cual consistió en:

1. Abordaje ántero-externo de la rodilla, liberación de los alerones rotulianos, se constata patela hipoplásica y luxada externamente con grado III-IV de condromalacia (figuras 4 y 5).

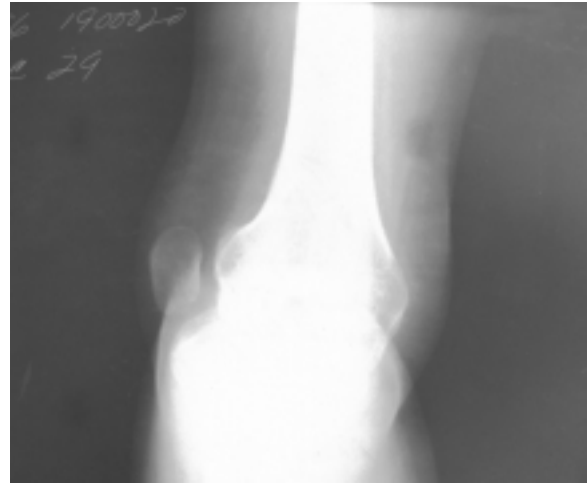


FIG. 3. Radiografía de la rodilla en proyección de túnel intercondíleo. Observamos la rótula luxada completamente en posición externa e hipoplásica.

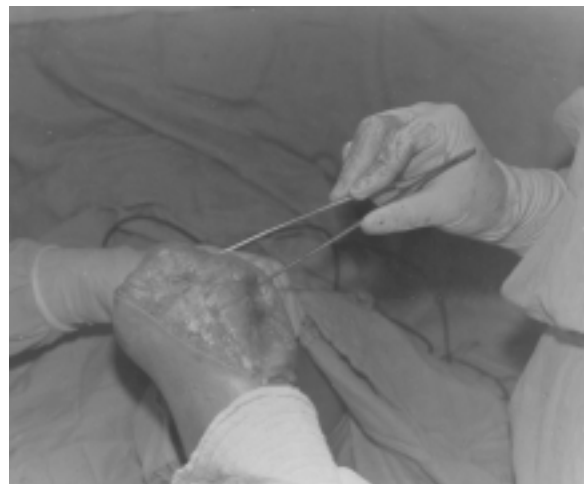


FIG. 4. Abordaje antero-externo de la rodilla. Se muestra con la pinza de disección la patela luxada e irreductible en posición externa.



FIG. 5. Patela evertida. Se observa el grado III-IV de condromalacia.

2. Condrectomía total hasta el hueso subcondral y perforaciones del este sin resuperficialización de la rótula.
3. Desinserción del tendón rotuliano con un fragmento óseo de 1,5 por 1,5 cm y se comprueba la adecuada alineación del mecanismo extensor al seleccionar el lugar de fijación el que se corresponde con un mismo nivel de la tuberosidad anterior de la tibia pero en posición medial en una cajuela abierta al efecto y en la cual se colocó un fragmento de injerto óseo tomado de la cresta iliaca homolateral de la paciente y con lo que se logró un avanzamiento anterior de 1 cm de dicho tendón, haciéndose la sujeción interna con un tornillo AO de cortical. A nivel proximal se realiza la técnica de partes blandas de *Campbell* (figuras 6-8). Se escindió la parte redundante de la cápsula a nivel medial y se suturó la cápsula a este nivel, no así en el lado externo. Se deja un drenaje aspirativo de polietileno y se inmoviliza con una calza de yeso. A las 24 horas se retira el drenaje aspirativo.

Se mantuvo por 4 semanas la inmovilización externa y luego se comienza la rehabilitación integral de la articulación operada sin apoyo. No hubo sepsis de la herida.

A los 6 meses de operada la paciente deambula satisfactoriamente y tiene un arco de movimiento de flexión de 100° y una extensión completa sin dolor espontáneo ni a la marcha.

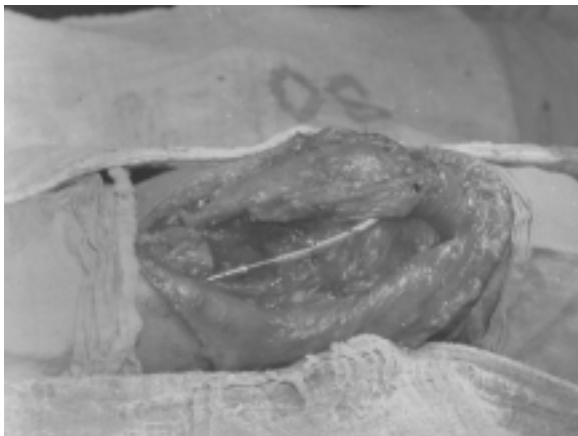


FIG. 6. Colgajo capsular de la porción medial de la rodilla que se pasó por debajo del tendón rotuliano con la rótula en posición alineada. Se observa el colgajo hacia el lado interno para ser suturado en el tubérculo del tercer aductor.

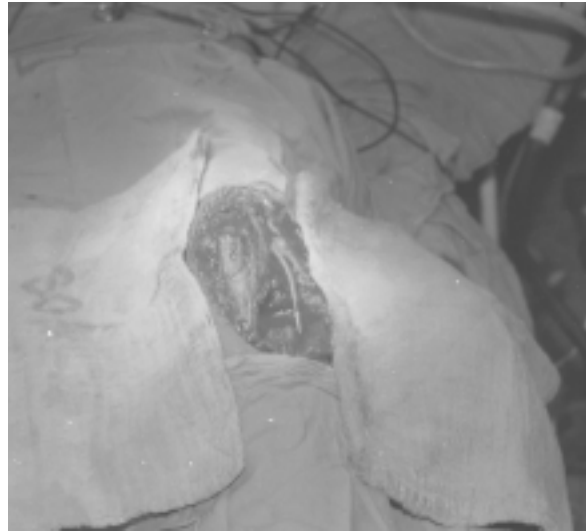


FIG. 7. Nueva posición de inserción del tendón rotuliano con su correspondiente elevación de 1 cm, por el injerto óseo tomado de cresta iliaca y el tornillo AO de cortical que realiza la sujeción interna. El colgajo capsular medial ya reflejado en la porción proximal.

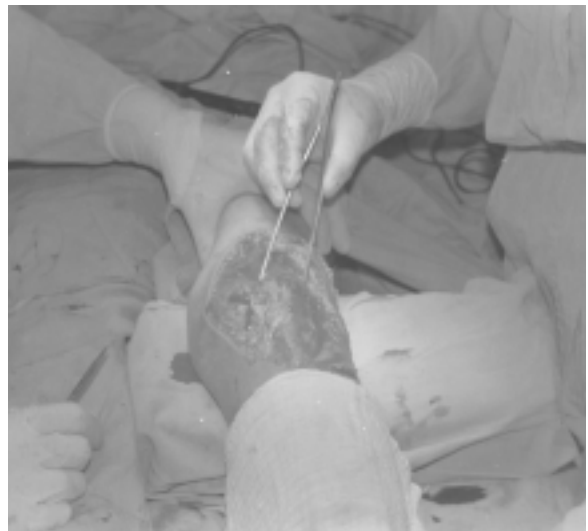


FIG. 8. Vista interno-posterior. Se observa una correcta alineación del mecanismo extensor de la rodilla.

Discusión

Los resultados obtenidos con esta paciente demuestran que se pueden combinar diversas técnicas quirúrgicas, tanto de partes blandas como

en óseas, para tratar una luxación inveterada de patela acompañada de condromalacia e hipoplasia; se debe tener presente una adecuada rehabilitación de la rodilla para evitar la temible rigidez posquirúrgica.

Nuestro pensamiento terapéutico consistió en plantear que la patelectomía por sí sola no resolvería la mala alineación del mecanismo extensor de la rodilla y tendríamos alta la posibilidad evolutiva de una deformidad angular precoz de la rodilla. Por lo antes expuesto se consideró mejor tratar *in situ* la condromalacia de rótula y alinear a nivel proximal y distal el mecanismo extensor del cuádriceps por medio de la combinación de técnicas de partes blandas y óseas.

No se realizó resuperficialización de la cara articular de la patela porque empleamos la técnica de *Maquet* que provoca un efecto biomecánico sobre la articulación patelofemoral consistente en un aumento del ángulo *beta* que trae como consecuencia una disminución de la resultante R que corresponde a la presión patelofemoral con lo que se produce un descenso de la rótula y una modificación del área de presión.⁹

Summary

A 28-year-old patient that received attention at the Orthopedic Service of the Provincial General Teaching Hospital of Morón for presenting pain of various weeks of evolution in her left knee is presented. She was diagnosed an inveterate patella luxation and surgery was suggested. The surgical treatment consisted in patellar chondrectomy with perforations of the subchondral bone and proximal and distal alignment of the extensor mechanism of the knee by means of Campbell's technique and a combination of Hauser and Maquet's bone techniques with taking of bone graft of the homolateral iliac crest. No immediate or late complications were reported. Six months later, the patient was able to walk satisfactorily without pain.

Subject headings: DISLOCATIONS/diagnosis; PATELLA/surgery; ORTHOPEDIC PROCEDURES.

Résumé

Une patiente âgée de 28 ans qui s'est rendue à la consultation d'Orthopédie de l'Hôpital général provincial universitaire à Morón, avec une douleur de plusieurs semaines d'évolution au genou gauche, et diagnostiquée après l'examen physique d'une luxation invétérée de rotule, est présentée. Le traitement proposé a consisté en une chondrectomie patellaire avec perforations de l'os sous-chondral et alignement proximal et distal du mécanisme extenseur du genou au moyen des techniques de *Campbell* et une combinaison des techniques osseuses de *Hauser* et *Maquet*, en prenant un greffon osseux de la crête iliaque du même côté. Il n'y a pas eu de complications immédiates ni tardives, et en 6 mois la patiente a réalisé un traitement ambulatoire satisfaisant et sans douleur.

Mots clés: LUXATIONS/diagnostic; ROTULE/chirurgie; PROCÉDÉS ORTHOPÉDIQUES.

Referencias bibliográficas

1. Halbrecht JL, Jackson DW. Acute dislocation of the patella. En: Fox JM, Del Pizzo W. The patellofemoral joint. New York: McGraw-Hill; 1993:123-34.
2. Hawkins RJ, Bell RH, Anisette G. Acute patellar dislocations: the natural history. Am J Sports Med 1986;14:117-20.
3. Harilainen A, Myllynen P. Operative treatment in acute patellar dislocations. Radiological predisposing factors, diagnosis and results. Am J Knee Surg 1988;1:178-85.
4. Basset FH III. Acute dislocations of the patella, osteochondral fractures and injuries to the extensor mechanism of the knee. Inst Course Lect 1976;25:40-9.
5. Fulkerson JP. Anteromedialization of the tibial tuberosity for patellofemoral malalignment. Clin Orthop 1983;177:176-81.
6. Fulkerson JP, Hungerford DS. Disorders of the patellofemoral joint. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1990:117-9.
7. Boden BP, Pearsall AW, Garret WE Jr, Feagin JA Jr. Patellofemoral instability: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg 1997;5(1):47-57.
8. Wright PE. Luxaciones. En: Edmonson AS, Crenshaw AH. Campbell Cirugía Ortopédica. 6 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1981;t1:421-506.
9. Canale ST. Afecciones varias de huesos y articulaciones. En: Edmonson AS, Crenshaw AH. Campbell Cirugía Ortopédica. 6 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1981;t2:1234-9.

Recibido: 8 de febrero de 2000. Aprobado: 14 de abril de 2001.

Dr. *Hiralio Collazo Álvarez*. Hermanos González No. 92. Morón. Ciego de Ávila. Cuba.