

## 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**

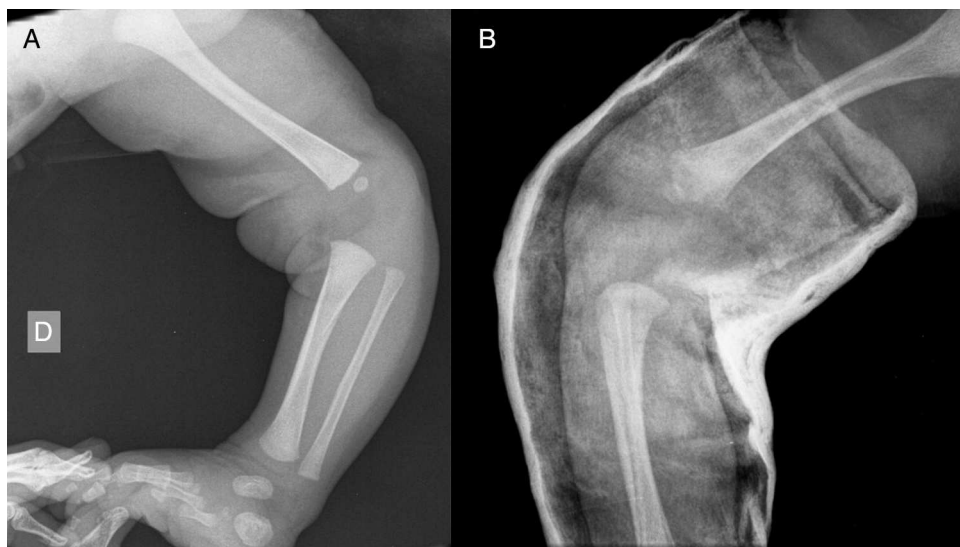
La LCR tiene una incidencia estimada de 1 por 100.000 casos, unas 100 veces menos frecuente que la luxación congénita de cadera, siendo algo más frecuente en el sexo femenino<sup>1-3</sup>. Entre un 30-40% de los pacientes con LCR se presentan en posición de nalgas en el momento del parto, mientras que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

Larsen, la secuencia Pierre Robins, la artrogriposis congénita y en síndromes con hiperlaxitud ligamentosa, como el síndrome de Ehlers-Danlos<sup>2,9,10</sup>.

En una buena parte de los casos puede asociarse con otras anomalías congénitas musculoesqueléticas, como la luxación congénita de cadera (45%), deformidades del pie (30%) y luxación congénita de codo (10%)<sup>2,3</sup> o incluso anomalías de otros sistemas (labio leporino, espina bífida, hidrocefalia, ano imperforado, cardiopatías...)<sup>2,8,11</sup>.

## Casos clínicos

**Caso 1.** Recién nacida mujer producto de gestación sin patología, con parto eutócico a término, peso al nacimiento de 3.285 g. En la exploración en las primeras horas de vida, se objetiva rodilla derecha en recurvatum con limitación para la flexión, siendo el resto de la exploración normal (fig. 1). Se realiza un estudio radiológico visualizando desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur, sin otras alteraciones (fig. 2). Se coloca yeso inguinopédico en flexión de 90° en la primera manipulación, que se recambia a las 2 y a las 6 semanas, manteniéndose durante 8 semanas.

**Caso 2.** Recién nacido varón producto de gestación a término sin patologías, parto eutócico y peso al nacimiento de 3.235 g. Inmediatamente tras el nacimiento se observa recurvatum extremo de la rodilla izquierda con limitación de la flexión, confirmándose en estudio radiológico (fig. 3). El resto de la exploración física resulta normal salvo un soplo cardíaco, encontrándose un foramen oval permeable. Se coloca yeso inguinopédico en posición de flexión de 90° en la primera manipulación, que se recambia a las 2 semanas manteniéndose durante 6 semanas.

En ambos casos, la recuperación ha sido completa, sin objetivar secuelas (en el momento actual tienen 12 meses), con movilidad completa de la rodilla afectada, iniciando marcha correctamente y sin haber encontrado otras anomalías asociadas.

## Discusión

Aunque se trata de una patología muy poco frecuente, el diagnóstico en las primeras horas de vida es sencillo. Habitualmente, solo con la inspección del recién nacido se aprecia la hiperextensión marcada de la rodilla en contraposición a la postura habitual en flexión. Posteriormente, la radiología confirmará el diagnóstico y valorará si existe alguna alteración ósea.

El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, en las primeras 24-48 h de vida, para mejorar el pronóstico. Primero, se tiene que realizar una reducción manual colocando un yeso en la flexión máxima permitida con modificaciones progresivas según vaya evolucionando. Cuando se alcanzan los 90° de flexión, generalmente transcurridas de 2 a 6 semanas, se interrumpe la colocación de yesos, manteniéndose la fisioterapia<sup>12</sup>.

Nuestros 2 casos fueron de presentación leve (consiguiéndose flexión de 90° en la primera manipulación) y pensamos que han sido debidos a una mala posición fetal intrauterina (como se puede ver en la fig. 4, de la ecografía prenatal del caso 2, en la que se observa al feto en presentación de nalgas con hiperextensión de la pierna izquierda con el pie



Figura 3 Foto de la exploración inicial del caso 2.

en la boca), ya que además no presentan otras anomalías musculoesqueléticas ni de otros sistemas, y se han resuelto de manera satisfactoria tras iniciar el tratamiento antes de las primeras 12 horas de vida. Precisarons inmovilización 6-8 semanas, que es el tiempo que requiere la cicatrización del tendón cuadriceps elongado y, posteriormente, fueron derivados a fisioterapia para iniciar movilización hasta conseguir rangos completos de movilidad. Además, se realizaron controles con ecografía y radiografía de caderas a los 8 meses, como seguimiento habitual de la displasia del desarrollo de caderas, a pesar de que no presentaban signos de inestabilidad al nacer, dada la alta incidencia de dicha patología concomitante.



Figura 4 Imagen de la ecografía prenatal en la semana 32 del caso 2. El miembro inferior izquierdo está en hiperextensión, quedando el pie en la boca.

Si con el tratamiento ortopédico no se resuelve, será necesario tratamiento quirúrgico tan pronto como se evidencie que el método conservador no es efectivo<sup>2,3</sup>. Si no se trata, o no se hace correctamente, las secuelas que pueden quedar son serias, como dolor, rigidez o inestabilidad de la rodilla<sup>3</sup>. Suelen evolucionar más satisfactoriamente aquellos casos debidos a una mala posición intraútero en las últimas etapas de la gestación, al presentar una afectación más leve, en los que a veces se reducen espontáneamente o con tratamiento ortopédico<sup>9,13,14</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Roy DR, Crawford AH. Percutaneous quadriceps recession: A technique for management of congenital hyperextension deformities of the knee in the neonate. *J Pediatr Orthop*. 1989;9:717-21.
- Carranza Bencano A, Jimenez Fernandez A. Luxación congénita de rodilla. *Med Rehab*. 1999;12:149-53.
- Berenguel Martinez P, Quero Pastor J, Ríos Luna A, Muñoz Martín P, Moreno Brik B, García Martín M. Luxacion congenita de rodilla. *Acta Pediatr Esp*. 2007;65:183-5.
- Roach JW, Richards BS. Congenital dislocation of the knee in the newborn. *J Pediatr Orthop*. 1989;8:226-9.
- Ferris B, Aichroth P. The treatment of congenital dislocation: A review of nineteen cases. *Clin Orthop*. 1987;216:135-40.
- Leveuf J, Pais C. Les dislocations congenitales du genou (genurecurvatum, subluxation, luxation). *Rev Chir Orthop*. 1946;32:313-50.
- Sijmons RH, Van Essen AJ, Visser JD, Ipreburg M, Nelck GF, Vosbender ML, et al. Congenital dislocation of the knee in a 49, XXXY boy. *J Med Genet*. 1995;32:309-11.
- Ko JY, Shin CH, Wenger D. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop*. 1999;19:252-9.
- Haga N, Nakamura S, Sakaguki R, Yanagisako Y, Tanicuchi K, Iwata T. Congenital dislocation of the knee reduced spontaneously or with minimal treatment. *J Pediatr Orthop*. 1997;17:59-62.
- Uguet de Resairea C, Martínez Cortés L, Rubio López A, Ponce Salamanca S, Pelayo Delgado I. Luxacion congenita bilateral de rodilla. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;46:101-5.
- Katz MP, Grogono BJS, Soper KC. The etiology and treatment of congenital dislocation of the knee. *J Bone J Surg*. 1967;49B:112-8.
- Parsch K. Luxación congénita de rodilla. En: de Pablos J, editor. *La rodilla infantil*. Madrid: ERGON; 2003. p. 37-48.
- Tachdjian MO. Congenital dislocation and subluxacion of the knee. *Pediatric Orthopaedics*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1990.
- Dunn PM. Congenital postural deformities: Perinatal associations. *Proc R Soc Med*. 1972;65:735-8.