

Luxación traumática de rótula

Luxación traumática de rótula

Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151

Autores:

Dr. Antonio Gómez Rodríguez, dirección Asistencial Sanitaria

Maquetación

Dirección de Comunicación

www.asepeyo.es

Se trata de una paciente de 26 años de edad, camarera de profesión y con antecedentes de luxación recidivante de rotula izquierda, que refiere haberse resbalado, cuando salía del restaurante donde trabaja, hincando la rodilla izquierda en el suelo, sintiendo dolor agudo acompañado de "crujido"; no pudiendo desde ese momento flexionar la rodilla por tener mucho dolor.

Transcurrido una hora aproximadamente del accidente acude a nuestro Centro Asistencial, caminando con la rodilla afecta en extensión.

En la exploración clínica apreciamos paciente longilínea e hipotónica, con genu valgo bilateral, rótulas elevadas y pequeñas, chapoteo rotuliano izquierdo, que por su pronta aparición sospechamos se tratara de un hemartros, como posteriormente se confirmó (evacuamos 15 c.c. de sangre con grasa en suspensión), dolor espontáneo y a la palpación en borde interno de la rótula y signo del cepillo positivo, así como test de la aprensión, éste también en la rodilla derecha, la maniobra de Lachman era negativa, así como las maniobras exploratorias de varo-valgo para los ligamentos laterales, aunque presentaba cierta laxitud, al igual que en la rodilla contralateral.

El ángulo Q descrito por Brattström en la rodilla afecta era de 5° mientras en la derecha lo era de 20°, lo que achacamos a un estado de subluxación de la rótula izquierda.

Practicamos estudio radiográfico AP de rodillas comparadas y lateral de ambas rodillas (a 30° la derecha y a unos 20° la izquierda - no podía flexionar más -) en carga, apreciándose un desplazamiento lateral de ambas rótulas así como una elevación de las mismas $LT:LR = 1,7$ en la izquierda según método de INSALL, siendo éstas de pequeño tamaño, no apreciándose lesión ósea alguna.

Ante la presencia del hemartros, y con la sospecha diagnóstica de luxación traumática de rótula con lesión ósea asociada, decidimos practicar de urgencias un estudio de resonancia magnética, presentando en el mismo manifiesta subluxación externa de la rótula, fractura osteocondral a nivel de la carilla interna de la misma así como desgarro del retináculo interno y derrame articular.

Confirmado el diagnóstico de luxación traumática de rótula izquierda con fractura osteocondral de la misma, procedimos a la aplicación de un vendaje comprensivo tipo Robert Jones desde raíz del muslo hasta el tobillo colocando previamente un rulo hecho con compresas en el borde externo de la rótula, para mantenerla lo más reducida posible, reforzándolo posteriormente con vendas de Elastomull® que impiden el aflojamiento y la flexión de la rodilla. Se le recomienda a la paciente no cargar con el miembro afecto y realizar ejercicios isométricos.

Semanalmente la fuimos revisando reforzando la inmovilización, que retiramos al mes, aplicándole posteriormente una rodillera con rótula libre y refuerzo lateral, comenzando a su vez con un programa dirigido de rehabilitación encaminado a la potenciación del vasto interno.

Dados los antecedentes de luxación recidivante de rótula y los datos clínicos y radiográficos decidimos completar las exploraciones por la imagen para determinar fielmente las alteraciones anatómicas presentes en la rodilla de nuestra enferma y poder adivinar así de una forma lo más aproximada posible su evolución, e incluso la técnica quirúrgica si llegara a ser necesaria la cirugía.

La rótula tiene unos estabilizadores dinámicos y unos estáticos.

Entre los primeros destaca el vasto interno, tal como lo demuestra los estudios anatómicos de Lieb y Berry, y especialmente su porción oblicua, cuya atrofia favorece la subluxación y la luxación rotuliana.

Son estabilizadores estáticos la cápsula articular, el contorno óseo del femur distal, los alerones rotulianos, y la propia rotula, por su tamaño, forma y ubicación, así como el alineamiento femorotibial en el plano frontal y la rotación tibial en el plano axial. Hipoplasias del cóndilo externo con aplanamiento del surco troclear, rótulas elevadas y poco desarrolladas, genu valgo, aumento de la anteversión femoral, torsión tibial lateral e hipertensión del alerón externo rotuliano son factores predisponentes a esta patología.

En base a esto, practicamos radiografías axiales a 20° determinando el grado de lateralización de la rótula, el índice femoropatelar y el ángulo patelofemoral; y a 45° para medir el ángulo de congruencia de Merchant y el ángulo del surco o ángulo troclear.

Mediante la T.A.C. determinamos:

- ✓ El ángulo de anteversión femoral que era de 34,9° (15°).
- ✓ El ángulo de torsión femorotibial que era de 16° (5°).
- ✓ El ángulo de torsión tibial externa que era de 45° (30°).
- ✓ La distancia entre la tuberosidad anterior de la tibia (T.A.) y la troclea femoral (G.T.) era de 18 mm. (11mm.).
- ✓ El ángulo troclear que era de 139,5° (139°).
- ✓ La pendiente de la vertiente externa troclear era de 15° (20°).

En resumen tenemos una paciente con rótula alta, genu valgo y manifiestas alteraciones rotacionales.

El tratamiento de las luxaciones recidivantes de rótula puede ser conservador ó quirúrgico.

El primero consistirá fundamentalmente en la potenciación del vasto interno, especialmente de su porción oblicua, pudiendo ser recomendable el uso de una rodillera con refuerzo lateral.

Si a pesar de esto la luxación sigue recidivando está indicada la cirugía.

Se han descrito más de 100 técnicas distintas, que podemos dividir en cinco categorías, tal como hace Campbell, a saber:

- ✓ Liberación del retináculo lateral.
- ✓ Realineación proximal del aparato extensor.
- ✓ Realineación distal del aparato extensor.
- ✓ Realineación proximal y distal del aparato extensor.
- ✓ Patelectomía combinada con realineación del aparato extensor.

No hay un procedimiento único que pueda aplicarse con absoluta garantía y éste se elegirá ajustándose a las necesidades de cada paciente en función de las alteraciones anatómicas causantes de la inestabilidad mediante las exploraciones anteriormente descritas.

En el momento actual la paciente presenta r6tula estable, flexi3n activa de 110° (130° la rodilla contralateral), buen tono del vasto interno, y s3lo refiere algunas molestias al subir escaleras.

El 3ngulo Q es de 20° al igual que en la rodilla contraria.

CONCLUSIONES

Aunque el diagn3stico de la luxaci3n recidivante de r6tula es cl6nico, es importante la realizaci3n de correctos estudios radiogr3ficos y de T.A.C. para determinar las alteraciones anatómicas causales y poder as3 establecer la adecuada t3cnica quir6rgica si esta fuera precisa.



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

902 151 002

www.asepeyo.es