

11245
1
2es.

Lux. y sublux de patela. Abaroa (1)

**LUXACION Y SUBLUXACION RECURRENTE DE LA PATELA,
TRATAMIENTO CON LIBERACION DEL RETINACULO LATERAL
Y PLICATURA DE LA CAPSULA MEDIAL.**

DR. ABAROA OJEDA MARTIN.

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA del H.R.G.I.Z.

DR. RIVERA HERNANDEZ VICENTE.

COORDINADOR DE MODULO ARTICULAR del H.R.G.I.Z.

DR. MEJIA ROHENES CARLOS.

JEFE DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA del H.R.G.I.Z.

La investigación se llevo a cabo en el Departamento de Cirugía

Articular del Servicio de Ortopedia

en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, perteneciente al

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado -I.S.S.S.T.E.

Calzada Ignacio Zaragoza 1711 Col Ejercito Constitucionalista,

delegación Iztapalapa, en México, D.F.

Teléfono 744-15-05 extensión 111.

63837
1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa.(2).

RESUMEN DE INVESTIGACION

El propósito de la investigación es el analizar la eficacia del tratamiento quirúrgico de la luxación recurrente de patela y subluxación crónica con liberación del retináculo lateral, bajo visión artroscopica y plicatura de la cápsula medial, en pacientes adultos jóvenes, tratando de proponerlo como manejo útil y de rápida rehabilitación, así como transmitir la experiencia a otros cirujanos ortopedistas.

Se trata de un estudio experimental, longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo, se captan los pacientes en el servicio de urgencias y consulta externa del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el periodo de septiembre de 1995 a agosto de 1997, se lleno una ficha de identificación con los exámenes clínicos y paraclínicos que usamos como parámetros en nuestro estudio y escogemos a los pacientes que llenan el perfil para el tratamiento practicándosele este a 7 pacientes, entre 27 y 46 años todos ellos con tratamiento quirúrgico realizado bajo el método ya descrito al principio, además, todos con antecedentes de fisioterapia previa por 3 meses y a todos se les continuo realizando -

Lux. y sublux. de patela.Abaroa (3).

fisioterapia posterior al tratamiento quirurgico entre tres semanas a 6 meses máximo las complicaciones en esta serie no se presentaron obteniendo buenos a excelentes resultados en un periodo no mayor de 6 meses.

En conclusión se trata en este estudio que este tratamiento existe como opción para el manejo de las subluxaciones crónicas y luxaciones recurrentes de patela que evita periodos prolongados de reposo o complicaciones de tipo degenerativo tempranas de la articulación, sin olvidar que existen otros métodos que su eficacia es dada a la elección de los principios biomecánicas mejor aplicables a cada caso en particular y a la experiencia y habilidad del cirujano.

Palabra Clave Luxación recurrente y subluxación crónica de la articulación patelofemoral.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (4).

ABSTRACT.

The purpose of this research was to analyse the efficiency of recurrent dislocation and cronic subluxation of the patella with surgical treatment by release of the lateral retinaculum and plicature of medial capsule, under arthroscopic vision in adult young patients, and put forward as useful manage and quick rehabilitation, thereby too transmit the experience another orthopeadics surgeron.

This was a study experimental, longitudinal, prospective, observational and , where the patient is attract in the urgency service and outpatient clinic, at the I.S.S.ST.E. Regional "General Ignacio Zaragoza" in the period from september 1995 to august 1997; an identity card was filled with the criteria of inclusion for the study. 7 patienets were included from 27 to 46 year of age. All 7 patients were treated by the method described above, all have fisiotherapy for 3 months previous to surgical treatment and everyone continue with the fisiotherapy three weeks after de surgery to 6 months maximum. There were no complication and the results were good to excellent by 6 months time.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (5).

We conclude that this option of treatment with appropriate indication for the particular pathology that here study of the joint patellofemoral, prevent a long periods of immobilization and early degenerative articular complications. However, other methods of treatment must be not forgotten and the final result depends on the biomechanical principle in effect and the experience of the surgeon.

Key word: Recurrent dislocation and cronic subluxacion of patellofemoral joint.

INTRODUCCION

La Luxación recurrente de la patela es una entidad ortopédica que sigue teniendo variados aspectos que atender. Iniciando desde lo básico haremos hincapié en la anatomía de la articulación patelofemoral lo cual es orientador desde el punto de vista patológico y terapéutico. La rotula es un hueso de forma ovalada que presenta una punta redondeada inferior y un diámetro transversal algo mayor al longitudinal; los dos tercios superiores reciben el tendón del cuádriceps, y el tercio inferior recibe el tendón rotuliano, la altura de la rotula es de 4 cm, ancho total de 4.1 cm, altura de la superficie articular 2.9 cm, ancho de superficie articular 3.8 cm y espesor a nivel de la cresta 2.0 cm(1). Sin embargo esto es el resultado de un estudio del cual se obtuvieron medidas promedio pero dentro del contexto real existen 4 tipos anatómicos de rotulas según la clasificación de Wiberg y Baumgartl, las cuales a grosso modo son como sigue tipo I presenta las carillas medial y lateral bastante parecida, ambas con una suave concavidad. Tipo II tiene una carilla medial menor que la lateral esta es la mas comúnmente encontrada. Tipo III tiene una carilla medial muy reducida en comparación con la lateral y es convexa y casi vertical este tipo se relaciona mas con una posición lateralizada de la rotula y esta -----

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (7).

fuertemente implicado en luxaciones recurrentes de patela(2). Tipo IV en forma de "coto de caza" sin cresta medial o carilla medial. En cuanto a la troclea femoral podemos decir que esta compuesta por un surco y dos carillas: medial y lateral que se continúan con los condilos femorales y el surco con la escotadura intercondílea. Las carillas lateral y medial de la troclea son asimétricas, la primera es mas saliente que la segunda por uno pocos milímetros lo cual contribuye a la estabilización de la articulación (estabilizadores óseos). La articulación también tiene estabilizadores pasivos y activos: Estabilizadores pasivos.- estas estructuras están dispuesta de manera cruciforme guiando a la rotula en su trayectoria durante la flexión y extensión y son el tendón rotuliano el retináculo lateral y el retináculo medial; así como la plica sinovial de la cual existen diferentes teorías para explicar su origen y en general se esta de acuerdo, de que es un remanente del septum entre la bursa suprapatelar y la cavitación patelofemoral que se convierte en la plica suprapatelar y que el remanente del septum entre la cavitación femorotibial medial y lateral se convierte en la plica infrapatelar(9). En cuanto al estabilizador activo es el cuadriceps con sus cuatro componentes musculares que son el vasto lateral medio y medial y el recto anterior. Esto a grosso modo da una idea de la articulación femoropatelar, pero también existe el factor biomecánica el cual nos

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (8).

dice que la patela actúa como un brazo de palanca que optimiza la función del cuádriceps centralizando las fuerzas divergentes de este grupo muscular, con esto se ocasiona presiones diferentes femororotulianas durante la flexo-extensión de la rodilla, estas zonas de contacto son el factor más importante de la biomecánica de la articulación, los momentos mecánicos resultantes, corresponden en promedio para la contracción isométrica máxima del cuádriceps aplicados a 20°, 30°, 60° y 90° de flexión resultando en 23.6, 30.7, 47.2 y 35 Newtons respectivamente.

Dentro de los síntomas de disfunción rotuliana, tienden a ser similares como son el dolor, el aflojamiento y resaltos o bloqueo, desgraciadamente los meniscos son considerados como el principal factor causante de sintomatología de la rodilla y la articulación femororotuliana es ignorada. Para evitar este error realizamos una exploración física bien dirigida en busca de la alteración patológica específica de la rodilla, lo cual incluye inspección, buscando alteraciones evidentes de alineación rotuliana, palpación específicamente del retináculo lateral, colocando la rodilla en extensión se desplaza la rótula lateralmente para colocar el retináculo en tensión y permitir la evaluación selectiva ubicada en la estructura, y maniobras específicas como son la prueba de compresión rotuliana, con la rodilla apoyada en un soporte de muslo

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (9).

que la mantiene en flexión de 25° y colocando la rótula dentro del surco, se empuja la rótula hacia la zona medial, cuando se produce dolor intenso la prueba es positiva, otra prueba es la de aprensión al dolor en la misma posición anterior se empuja la rótula hacia afuera cuando es positivo el paciente experimenta temor al dolor, contrae el cuádriceps y trata de retirar las manos del examinador; otro parámetro utilizado es el ángulo del cuádriceps (ángulo Q) se mide trazando dos líneas desde el centro de la rótula, la primera hacia la espina ilíaca anterosuperior y representa la línea de tracción del cuádriceps, la segunda línea se traza hacia abajo a la tuberosidad tibial e indica la dirección del tendón rotuliano. el promedio normal esta entre 7 y 15 grados.

Estudios radiológicos de la articulación femororotuliana existen en este ámbito una gran variedad de ellos, y un punto importante en la evaluación de las radiografías axiales es diferenciar en la subluxación, que es el desplazamiento de la rótula externamente de su posición normalmente centrada en la troclea y la inclinación que es cuando la rótula rota externamente con o sin subluxación asociada de manera que la parte externa de la rótula cae hacia abajo y la parte interna se eleva por fuera de la región troclear central y el tratamiento para estas dos patologías es distinto y de ahí la importancia de su identificación(13). Específicamente en nuestro -

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (10).

estudio se utilizo el método de Insall Salvati para verificar la altura de la rotula el cual según este método, la longitud del tendón patelar no debe ser mayor de 20% de la longitud de la patela en una toma lateral con flexión de rodilla de 20°-30°. Otro estudio es las axiales simples comparativas de rodilla a 20°, 30°, 60° y 90°, en los cuales la rotula debe estar central en el surco intercondileo en todas las posiciones, siendo el estudio mas importante en nuestra investigación la proyección axial de 20°-30° o la T.A.C. en los mismo grados de flexión de la rodilla(14) en la que invariablemente se encontró desalineación femoropatelar, ya que la T.A.C. confirma este diagnostico aun en casos sutiles, siendo que este estudio se empleo por primera vez en esta patología por Delgado-Martins en 1979(15), permitiendo estudiar dicha articulación en los primeros 30° de flexión, rango de máxima inestabilidad. La T.A.C. permite distinguir tres tipos de desalineación femoropatelar(16): Tipo I subluxación sin volteo, Tipo II subluxación con volteo y Tipo III volteo sin subluxación.

Su importancia en la ortopedia, y que origino la inquietud por realizar este estudio el cual ha sido documentado en otra ocaciones es porque el problema se inicia en etapas de la vida en que es mas productivo el ser humano, y cuando está establecida su solución puede retrasarse por múltiples factores siendo los mas importante

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (11).

que su sintomatología álgica principalmente, es insidiosa y aumenta paulatinamente en el transcurso de la evolución natural de la enfermedad y el establecimiento crónico es mas frecuente, aunado a esto las complicaciones tardías tales como: dolor intenso, y dificultad para las actividades secundario a la artrósis y al desequilibrio en la articulación patelofemoral. Además tiene múltiples variantes en las distintas etapas, que requieren un amplio - conocimiento de la entidad y recursos para resolverla; a pesar de los esfuerzos realizados en los casos tratados tardíamente hay con frecuencia secuelas invalidantes en la edad juvenil, adulta y en la vejez. Es por ello que el presente trabajo esta encaminado a conocer los resultados del tratamiento de la patología en su presentación crónica en éste hospital basado en un estudio experimental longitudinal prospectivo observacional y descriptivo.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (12).

MATERIAL Y METODOS

Se presentó un estudio experimental, longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo durante el período comprendido del Septiembre de 1995 al 30 de Agosto de 1997, se estudiaron un total de 7 pacientes, a los cuales se les realizó un estudio clínico radiográfico, ambos sexos y todos correspondieron a la etapa de entre tercera y quinta década de la vida, siendo el rango entre 27 y 46 años de edad, con un promedio de 36.5 años, el inicio reportado de la sintomatología de los pacientes era hasta de 7 años de evolución y el de menor evolución tenía 6 meses. En todos los casos el signo de aprensión era positivo, existía una medición de ángulo Q entre 10° y 20° Clínicamente la mal alineación petelofemoral fue evidente en 4 de los 7 casos, a todos se les tomo placa radiográfica axiales de rodilla de 20° , 30° , 60° y 90° , 6 de los cuales presentaban subluxación y solo un caso presentaba luxación de patela el cual reducía manualmente, también se les aplico el método de INSALL SALVATI para descartar patela alta, en ninguno de los casos fue positivo. A 5 pacientes de los 7 se les diagnosticaron patologías artrósica concomitante y a 2 sólo la alteración de base de mala alineación de patela, en el manejo preoperatorio a todos se les inicio con fisioterapia durante un periodo no menor de 3 meses.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (13).

CRITERIOS DE INCLUSION.

- a) Paciente con diagnóstico previo de luxación o subluxación crónica de articulación patelofemoral.
- b) Todos aquellos con recidivas posterior a tratamientos conservadores o sin tratamiento(2)
- c) Todo paciente con diagnóstico establecido y con dolor atribuible a la articulación patelofemoral(1).
- d) Pacientes con proceso degenerativo precoz y mal alineación patelar(11).
- e) Paciente con alteraciones cartilaginosas condrales de la faceta medial y de condilo femoral lateral(11).
- f) Pacientes con displasia de condilo lateral femoral(1)
- g) Pacientes con fractura u osteocondritis disecante de condilo femoral lateral o faceta media patelar(2).

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Pacientes con patología agregada (infectocontagiosas deformidades congénitas graves y fracturas extrarticulares)(2).
- b) Paciente no derechohabientes al I.S.S.S.T.E.
- c) Pacientes con luxación o subluxación aguda
- d) Pacientes que no aceptaron tratamiento quirúrgico.
- e) Alta voluntaria.
- f) Pacientes que no acudieron a la consulta de control subsecuente.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (14).

MATERIAL:

Artroscopio de 30° con 4.5 de diámetro y camisa de 5.0.

Cámara de un chip digital.

Monitor color de 400 líneas de resolución

Cable de fibra óptica

Fuente de Luz

Sistema de infusión y drenaje de líquido intrarticular por gravedad.

Tijeras de Metsenbaun delgadas

Bisturí número 15 y número 11

Pinzas de disección de Atson con dientes

Portaagujas .

Suturas Ethibond 2-0 o Vicril de 3-0.

TECNICA:

Paciente previamente medicado con diazepam y atropina a dosis indicada por anestesiólogo, se procedió en todos los casos a realizar anestesia regional, por bloqueo peridural, se colocó al paciente en decúbito dorsal se le realizó antisepsia para lograr asepsia de la región se abatió plicatura y se procedió a realizar infiltración de 20 cc intrarticular con 10 x 10 de lidocaina al 2% y con bupivacaina posteriormente se infiltraron portales anterolateral superior, anterolateral inferior y anteromedial inferior con lidocaina al 2% 5 cc en cada portal.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (15).

En portal anterolateral inferior se introduce artroscopio y posteriormente se visualiza intrarticularmente área del portal anterolateral superior se realiza colocación de cánula para infusión de líquidos una vez realizado esto se distiende articulación se procede a visualización del tracking de la patela, se valora el centraje de la misma a diversos grados de flexión, se revisa y reparan alteraciones cartilaginosas condrales de la faceta medial o condilo lateral femoral, también en este punto se valora la presencia de displasia del mismo, se procede a la liberación del retináculo lateral subcutáneo o intrarticular con electrobisturí, se revalora el tracking patelar con la técnica ya descrita antes y en caso de existir fractura de la faceta medial o laxitud del retináculo medial se realiza plicatura de la cápsula medial con técnica abierta suturando 3 o 4 puntos con material absorbible reavivando los bordes y plicandolos para mejorar el centraje patelar. Una vez realizado esto se procedea cerrar los portales y la herida medial de la cápsula articular los primeros en un solo plano en piel y el segundo por planos. se coloca vendaje tipo Jones antiedema.

El manejo postoperatorio incluye terapia fría con hielo local en las primeras horas postoperatorio y se continua posteriormente con dos veces al día por 15 días, se inicia de manera inmediata ejercicio de rehabilitación con descarga de la extremidad a partir de la primera.---

Lux. y sublux de patela. Abaroa (16).

semana y después con movimientos isométricos de cuádriceps posteriormente ejercicios de tensión y extensión a partir de la segunda semana de postoperado, terminado esto se envía a medicina física por dos o tres semanas mas, se coloca vendaje o rodillera elástica justa para evitar edema residual. Por último y aunque no sucedió en nuestra serie pero ha sido reportado en algunos casos de manera mas o menos frecuente, en caso de hemartrosis postoperatoria(1), se puncionara lo mas pronto posible, colocándose vendaje almohadillado a compresión tipo Jones.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (17).

RESULTADOS:

Con la técnica antes descrita se realizaron las cirugías de los 7 pacientes, 5 mujeres (71.4%) y 2 hombres (28.6%), fluctuando entre los 27 años y 46 años de edad con un promedio de 36.5 años, el tiempo quirúrgico empleado fluctuó entre 40 minutos y 95 minutos con un promedio de 67.5 minutos, sangrado mínimo. Cabe también destacar que en este estudio la lesión de subluxación crónica o luxación recurrente de patela se encontraba con otras patologías agregadas de tipo degenerativo como son la condromalacia patelo femoral en diferentes grados de evolución, siendo este un factor determinante en la presencia de sintomatología álgica en la región anterior de la rodilla aun después de tratamiento quirúrgico, de esta patología degenerativa los grados III y IV son los que se asocian más a dolor recurrente(17, 18), o alteraciones traumáticas no atendidas(10), alteraciones anatómicas como la patela tipo III de Wiberg o la hipoplasia de surco troclear, que son las más comúnmente encontradas en la subluxación crónica y luxación recurrente, además de otras encontradas descritas en la bibliografía como es la patela externa que se relaciona a la posición lateralizada de la patela debido a anomalías de alineación de la cadera al pie, como son anterversión femoral genuvalgo, tibia valga etc.,-----

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (18).

patela alta documentada por Insall Salvati como factor predisponente para luxación recurrente, patela magna o hiperplasia patelar, hipoplasia condilar medial que es una anomalía vista frecuentemente en proyecciones radiográficas axiales de 30° o aplasia medial de la troclea que es una anomalía rara pero que se debe tomar en cuenta(2), y hasta cierto punto variaciones anatómicas de la patela consideradas en la literatura como normales, como son los tipo II y IV de Wiberg y Baumgartl ya descrito anteriormente, en cuanto a la evolución de los sujetos de nuestra investigación fue la siguiente:

A las seis semanas.- La flexión de rodilla era de 90° en 5 pacientes más de 90° en uno y menos de 90° en otro (80°), el apoyo existía en los 7 pacientes, el cual inició, de manera independiente, a los 10 días en un paciente, a las 2 semanas en 4 pacientes y a las 3 semanas en el otro. El dolor estaba presente en 6 pacientes solo uno de moderado a intenso, pero cabe señalar que este paciente además padecía de condromalacia patelofemoral grado IV y antecedente de meniscopatía tratado con artroscopia, en los otros 5 pacientes el dolor era mínimo a ligero controlado con analgésicos noesteroides. La marcha era claudicante en 3 pacientes. La fuerza muscular del cuádriceps estaba en III (graduación establecida por la National Foundation of Infantile Paralysis, Inc. adoptada por la -----

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (19).

American y la British Academies of Orthopedics Surgeons.), en 5 pacientes y en IV en 2 pacientes . Complicaciones a este tiempo no se reporto ninguna.

A las doce semanas.- La flexión de rodilla era igual o mayor de 90° en los 7 pacientes. El apoyo también estaba presente en los 7 pacientes. El dolor se encontraba en 2 pacientes siendo este de moderado a mínimo, controlado con analgésicos no esteroideos, el resto no presentaba dolor. La marcha era claudicante en un paciente, el resto era prácticamente normal. La fuerza muscular estaba en III en un paciente, en IV en 4 pacientes y en V en 2 pacientes. La terapia física duró 3 meses en 5 pacientes, en uno 4 meses y en otro durante los seis meses del seguimiento postquirúrgico, cabe señalar que los que fueron dados de alta de fisioterapia se le indicó que continuaran con una rutina de ejercicios en casa.

A los seis meses.- La flexión era mayor de 90° en los 7 pacientes. El apoyo estaba al 100% en todos. El dolor solo se presentaba en un paciente y este era tolerable controlado con analgésicos no esteoideos. La marcha aun se presentaba ligeramente claudicante en uno de los pacientes en el resto era normal. La fuerza muscular estaba en IV en 5 pacientes y en V en 2 pacientes. De las complicaciones no se presentó ninguna en esta serie a su termino.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (20).

En todos los casos anteriormente descritos, se encontró buen centraje de patela en la exploración física subsecuente, con signo de aprensión negativo, el ángulo Q disminuyo mínimamente (2° a 3°) en 5 de los 7 pacientes y en los otros 2 no hubo cambio. Se dieron de alta a todos los pacientes al finalizar el periodo de seguimiento de 6 meses siendo satisfactorio para todos con resultados de buenos a excelentes.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (21).

DISCUSION

La subluxación crónica y la luxación recurrente de la patela en la articulación patelofemoral es un padecimiento ya documentado con estudios de casuística incluyendo estudios de casos raros como son luxaciones congénitas intrarticulares(3), lesiones de nervios periféricos(4), así como lesión traumáticas agudas(5,7,8) reportadas estas desde 1887 a la fecha(6). en nuestro estudio en particular existe una extensa documentación que nos ha servido como guía para realizar un control y evaluación subsecuente de nuestra técnica mixta modificada de visión artroscopica con procedimiento abierto a través de heridas quirúrgicas menores de 4 centímetros. dando un resultado satisfactorio; podemos ver en esta serie que el ángulo Q estaba normal o con ligera lateralización no mayor de 20° no existía en los pacientes de esta serie laxitud ligamentaria generalizada, genu valgo o recurvatum así como tampoco aumento de la anteversión femoral, torsión tibial medial o pronación anormal del pie(11); lo cual aumenta el porcentaje de éxito de la cirugía como se define en los estudios de Gecha y Torg(17). De lo anterior el factor de selección mas importante es la demostración del encarrilado anormal de la rótula y la presencia de un retináculo lateral con tensión excesiva y/o hiperlaxitud medial de la cápsula articular(17).

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (22).

También fue importante verificar el grado de subluxación, anteversión femoral, desplazamiento lateral excesivo de la tuberosidad tibial, el surco plano, la rótula alta y el vasto medial oblicuo hipoplásico, lo anterior es indicativo de plicatura de cápsula medial en uno o más de estos puntos.

Durante la cirugía, la demostración artroscópica de la trayectoria, encarrilado o tracking rotuliano anormal y la evidencia de un retináculo lateral engrosado y retraído confirman el diagnóstico y aseguran el éxito del tratamiento, sin embargo, hay que considerar que los grados avanzados de condromalacia reduce los buenos resultados o retrasan la recuperación clínica del paciente(18).

En cuanto a la evolución postoperatoria la rehabilitación del cuádriceps y del vasto medial oblicuo es fundamental para los buenos resultados finales, el seguimiento, refieren algunos autores, que después de su recuperación no tiene ninguna influencia a lo cual estamos de acuerdo, aunque el hecho de fracasar en mantener la fuerza muscular del cuádriceps de manera óptima puede provocar recidivas de síntomas(1), por lo que recomiendan un seguimiento por años según otros autores. En nuestro estudio esto último no fue el motivo del estudio y hasta donde se realizó el seguimiento se obtuvieron resultados satisfactorios, tanto para el personal médico y paramédico como para los pacientes atendidos en esta institución.

CONCLUSIONES

La luxación y subluxación de la articulación patelofemoral es una entidad clínica ya que es un padecimiento sintomático de leve a moderado siendo el principal el dolor recurrente, no existe actitudes anormales, ni limitaciones de la movilidad fácilmente apreciables por personal médico y paramédico que no se encuentra familiarizado con ésta patología y estableciéndose la importancia que tiene la exploración clínica intencionada, para buscar los signos clínicos diagnosticando la patología y estableciendo un tratamiento, no sofisticado y oportuno, además de que su presentación es en la etapa mas productiva del ser humano también aquí se pueden evitar las complicaciones tardías como las enfermedades degenerativa de la rodilla.

Es imprescindible establecer que el diagnóstico etiológico y tratamiento temprano adecuado a cada caso de la rótula luxable de manera recurrente o subluxada crónica esto es la verdadera solución del problema(12). Recordando que la luxación o subluxación patelofemoral, no siempre puede establecerse en el momento del examen inicial, es necesario ser explorado en cuanto se sospeche por el ortopedista, realizar estudios de imagenología, de no demostrarse con axiles simples de rodilla de 20-30°, 60°, 90° y

Lux. y sublux. patela. Abaroa (24).

de no demostrarse la mal alineación realizar T.A.C. en proyección axial de 0°-20°, que es el estudio mas confiable como ya se a demostrado en estudios anteriormente realizados(14,15,16) se debe continuar su control, por el médico quien deben repetir el examen en forma periódica. hasta corroborar o descartar el diagnostico, para establecer el tratamiento dentro de los cuales se encuentra el de liberación del retináculo lateral de la patela con la plicatura de la cápsula medial lo cual evita recidivas y disminuye la complicación de condromalacia patelofemoral, además la rehabilitación y reintegración a la actividad normal es en un lapso de tiempo corto, que limita el uso de ortesis lo cual mejora la calidad de vida. En este contexto también es prudente señalar que esta técnica no corrige el ángulo del cuadriceps, como tampoco el genu valgo, la torsion tibial siendo esto sujeto a otro tratamiento quirurgico especifico que no entra en este estudio.

RESUMEN

Demostrar que el tratamiento quirúrgico de las subluxaciones y de las luxaciones recurrentes de la patela con liberación del retináculo lateral y plicatura de la cápsula medial es idóneo para evitar complicaciones posteriores en un paciente joven que presenta esta patología. Las indicaciones en nuestra serie para establecer este tratamiento quirúrgico especifico fue en resumen la posibilidad de

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (25).

producir dolor rotuliano con la extensión resistida de la rodilla, la prueba positiva de restricción/aprensión y evidencia de subluxación rotuliana establecida en proyecciones radiológicas axiales, la confirmación transoperatoria se encontró artroscópicamente la evidencia de subluxación rotuliana durante la artroscopia (signo del cabalgamiento)(1) y engrosamiento de del retináculo lateral, el resultado postoperatorio fue un buen centraje rotuliano en las proyecciones radiológicas axiales y la terapia física que fue fundamental para los buenos resultados.

OBJETIVOS LOGRADOS:

- a) Realizar un diagnóstico clínico temprano adecuado y oportuno.
- b) Establecer un tratamiento óptimo, sencillo, barato y oportuno.
- c) Evitar hasta donde sea posible tratamiento quirúrgico tardío
- d) Evitar las secuelas tardías.
- e) Reducir los gastos familiares y al Hospital.
- f) Lograr una mejor integración social, laboral y adaptación física

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (26).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Winsor, Scott, Kelly, Aglietti, Insall. Cirugía de la Rodilla. Segunda edición, Editorial Panamericana. 1994. pp 247-402.
- 2) R. Paul Ficat MD, David S.Hungerford,MD. The patello-femoral joint. Editorial Williams & Wilkins. 1977. pp 85-109.
- 3) Thomas A. Brandy, Donald Russell. Intraarticular Horizontal Dislocation of the patella, J. Bone Joint Surg. 1965. Vol. 47-A. No. 7. pp 1393-95.4) A.P. Gleeson, J.G.D. Kerr Patella Dislocation Neuropraxia a Report of Two Cases. Injury. 1996 Vol. 27. No. 7. pp 519-20.
- 5) D.L. Shaw, P.V. Giannouds, J:A: Archer. Intraarticular Dislocation of Patella. Injury. 1995 Vol. 26. No. 4 pp. 273-74.
- 6) Frangakis E.K. Intraarticular Dislocation of the patella. A Case Report. J. Bone Joint Surg. 1974; 56-A: pp. 423-24.
- 7) Nayak, Bickerstaff. Acute Traumatic Patellar Dislocation the Importance of Skyline Views. Injury. 1995. Vol. 26. No. 5. pp. 347-48.
- 8) C.H. Rorabeck, W.P.Bobenko. Acute Dislocation of the Patella with Osteocondral Fractures. J.Bone Joint Surg. 1976 Vol. 58-B. No. 2. pp. 237-40.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (27).

9) Sung-Jae, Byoung- Hyoun Min, Hyun -Kon Kim. Arthroscopy Anatomy of the Infrapatellar Plica Arthroscopy . 1996. Vol 12. No. 5. pp. 561-64.

10) A. Mc Dougall, J. Douglas Brown. Radiological Sign of Recurrent Dislocation of the patella J. Bone Joint Surg. 1968. Vol. 58-B. No. 4. pp. 841-43.

11) A. Melgarejo Carreon M.L. Arroyo, J.S. Melgarejo Carreon. Estudio Prospectivo Clínico radiográfico en Pacientes con Dolor Patelofemoral y su Relación con Síndrome de Hiperpresión Lateral, Condromalacia y Subluxación Rev. Mex. Ortop. Traum. 1994; 8(5): pp. 230-37.

12) Ian Macnab. Recurrent Dislocation of the Patella. J. Bone Joint Surg. 1952. Vol. 34-A. No. 4. pp. 957-67.

13) Bertram Zarins Ramon Cugat. Principios de Artroscopia y Cirugía Artroscopica. Editorial Springer- Verlag Iberica. 1993 pp 179-185.

14) Vicente Sanchis Alfonso, Cirugía de la Rodilla. Editorial Panamericana. 1995 pp 269-291.

15) Delgado-Martins, A study of the patella Using Computerised Tomography. J. Bone and Joint Surg. 61-B: 443, 1979.

Lux. y sublux. de patela. Abaroa (28).

16) Schutzer S.F., Ramshy G.R., Fulkerson J.P. Computed Tomographic Classification of Patellofemoral pain patients. Orthop. Clin. North Am. 17:235, 1986.

17) Gecha S.R., Torg J.S. Clinical Prognosticators for the Efficacy of Retinacular Release surgery to Treat Patellofemoral Pain. Clin. Orto. 253:203, 1990

18) Simplón LA, Barree J. Factors Associated with Poor Results Following Arthroscopic Subcutaneous Lateral Retinacular Release. Clin. Orthop. 186:165 1984.

Lux y Sublux de patela. Abaroa (29).

FIRMAS DE APROBACION DE ARTICULO PARA PUBLICACION.

-DR. CARLOS MEJIA ROHENES

JEFE DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA

-DR. VICENTE RIVERA HERNANDEZ.

COORDINADOR DE MODULO ARTICULAR

-DR. ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

-DR. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ

COORDINADOR DE CAPACITACION

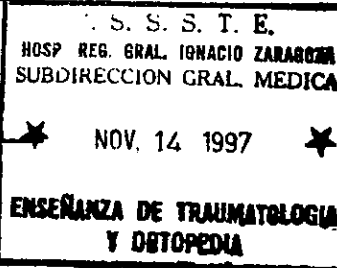
INVESTIGACION Y DESARROLLO

-DRA. IRMA DEL TORO GARCIA

JEFE DE INVESTIGACION

-DR. MARTIN ABAROA OJEDA.

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA



I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

REVISADO
DIC. 11 1997

DEPARTAMENTO DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA