

## Luxación intra-articular de rótula

### Intraarticular dislocation of patella

Casas Duhrkop D<sup>1</sup>, Manso Pérez-Cosío J<sup>2</sup>, Pérez Nuñez MI<sup>2</sup>, Gómez del Álamo G<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). <sup>2</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

---

#### Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 75 años de edad que, tras caída sobre rodilla, sufrió una luxación intra-articular de rótula. La luxación presentó una encarceración del polo proximal rotuliano en el surco intercondíleo femoral. Se realizó una reducción abierta bajo anestesia comprobando la integridad del aparato extensor. Tras dos semanas de inmovilización reinició movilidad sin recidiva ni otro tipo de complicaciones.

#### Palabras clave:

Rótula, luxación intra-articular, rodilla.

#### Abstract

The case of a patient aged 75 years who, following a fall, suffered an acute intraarticular dislocation in the knee is presented. This dislocation presented incarceration of the proximal kneecap pole in the femoral intercondylar groove. An open reduction was carried out under general anaesthetic. This surgical check ruled out associated lesions to the extensor apparatus. Following two weeks of immobilisation the patient restarted mobility without relapse or other type of complication.

#### Key words:

Patella, intraarticular dislocation, knee.

---

### I Introducción

La luxación intra-articular de rótula es una lesión rara cuya fisiopatología y manejo son poco conocidos. Se divide en horizontal o vertical, según el eje de rotación. Las horizontales, más frecuentes, pueden ser superiores (encastradas por encima de su posición fisiológica), o inferiores (por debajo de su posición fisiológica), habitualmente en intercóndilo. Las verticales suelen ocurrir por un traumatismo en la parte medial de la rótula que la rota sobre su eje vertical de forma que el borde medial de la rótula queda entre los cóndilos femorales y la carilla articular lateralmente y, en algún caso, salta externamente al cóndilo lateral [1]. También se han descrito luxaciones verticales [2] y combinadas verticales con rotación horizontal [3]. En las horizontales el mecanismo suele ser una contusión en la zona superior de la rótula con la rodilla flexionada,

forzando al polo superior rotuliano a colocarse en el intercóndilo, con la carilla articular dirigida hacia el platillo tibial. Esta luxación, en la mayor parte de los casos, aparece en adolescentes varones. El objetivo es mostrar un caso de este tipo de lesión, en una persona anciana, y valorar su manejo.

### I Caso clínico

Mujer de 75 años que acudió al servicio de urgencias tras caída en la calle sobre su rodilla en flexión. Presentaba la rodilla en flexión fija, de 45°, con imposibilidad de extenderla (Figura 1). Se palpaban ambos cóndilos y se apreció un «pseudo hachazo» proximal a la rótula que tenía una deformidad y se encontraba fija sin posibilidad de movilización por dolor.

En el estudio radiográfico se observó una rótula horizontal con su polo proximal encarcerado en la zona intercondílea, compatible con luxación intra-articular (Figura 2).

Se intentó la reducción en urgencias sin éxito por lo que se realizó bajo anestesia epidural. Se intentó la reducción manual resultando imposible. Con un abordaje quirúrgico

---

#### Correspondencia

D. Casas Duhrkop  
Urb. La Concha. Cervantes s/n. Portal 3, 1º D.  
39110 Soto de la Marina. Cantabria  
dcasasduh@hotmail.com



Fig. 1. Posición en flexión de la misma con deformidad de la rótula.



Fig. 2. Radiografía lateral de rodilla.

sobre rótula se consiguió la reducción y se comprobó la integridad del aparato extensor, con una tensión adecuada y buena movilidad de la rodilla bajo anestesia. La rodilla no mostró inestabilidad en varo, ni en valgo ni se visualizaron hematomas laterales. La exploración de los ligamentos cruzados fue normal.

Se colocó una inmovilización con una férula de yeso en extensión que fue retirada a las dos semanas en la consulta. A la retirada de la férula la paciente presentaba una extensión de rodilla de  $-10^\circ$  y flexión de  $80^\circ$ .

Se inició fisioterapia y seis semanas tras el traumatismo la paciente presentaba una extensión casi completa, situación que ya tenía previa al traumatismo por artrosis de base (Figura 3) y una flexión de  $90^\circ$  sin presencia de dolor (Figura 4). Un año después de la lesión la paciente seguía con dolor en ambas rodillas debido a su artrosis y no tuvo recidiva.

## Discusión

La luxación intraarticular de rótula es una rara lesión que se produce por la concatenación de hiperelasticidad, osteofitosis y un mecanismo lesional específico. La mayor parte de las luxaciones horizontales ocurren en niños y adolescentes varones, por lo que se atribuye que la elasticidad de las estructuras cápsulo-ligamentosas y de los alerones rotulianos ofrecen una capacidad excesiva de movilidad rotuliana.



Fig. 3. Extensión a las seis semanas del traumatismo.



Fig. 4. Flexión de  $90^\circ$ , sin dolor, a las seis semanas del traumatismo.

na. La hiperlaxitud favorece la luxación que posteriormente es mantenida por la contracción del cuádriceps. La hiperelasticidad explica que en la mayoría de los casos no se produzca lesión del tendón cuadriceps. La presencia de osteofitos favorece el atrapamiento de la rótula en la zona intercondílea.

El mecanismo suele ser por traumatismo en el polo superior de la rótula con la rodilla en flexión, por lo que el polo superior de la rótula queda desplazado inferiormente en el hueco intercondíleo y la carilla articular dirigida hacia el platillo tibial y, a veces, se acompaña de una rotura del tendón del cuádriceps [4].

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otras causas de rodilla bloqueada y rotura del tendón cuadriceps. La radiografía lateral suele ser la prueba principal que nos hace sospechar esta lesión. En una primera exploración el aspecto clínico y radiográfico hizo sospechar una rotura del tendón del músculo cuádriceps debido al hachazo en el polo superior de la rótula, impotencia funcional y la palpación de los cóndilos. La imagen radiográfica de rótula descendida también hacía sospechar dicha lesión, pero la nula movilidad de la rótula y el bloqueo en flexión de la rodilla orientaba a una luxación de la rótula.

La mayor parte de los casos descritos se redujeron bajo anestesia [5] y con cirugía abierta. La reducción por manipulación cerrada es más sencilla con la rodilla en extensión completa o casi completa [6] porque se produce menor roce con los cóndilos. La reducción depende de la posición de la rodilla. En flexión se recomienda incrementar la flexión para desenganchar la rótula de los cóndilos y una manipulación directa de la rótula, mientras que en extensión es suficiente con tracción y manipulación. La revisión quirúrgica de la rodilla tiene la ventaja de un mejor diagnóstico y la posibilidad de reparar posibles lesiones del aparato extensor y reseca los osteofitos[5][7]. Con ello también se intenta evitar lesiones condrales en las maniobras reductoras debido a la presión de la rótula sobre los cóndilos.

Aunque parece razonable un periodo corto de inmovilización, para disminuir las molestias por la afectación de partes blandas y el hemartros, no siempre se ha realizado, siendo los resultados similares [4]. La evolución de este tipo de luxaciones es favorable, no siendo habituales ni las recidivas ni otro tipo de secuelas, excepto calcificaciones en el polo superior de la rótula.

Ante una luxación intra-articular de rótula se debe intentar una reducción cerrada y si ésta no fuera posible, por el dolor, se efectuará bajo anestesia. En caso de sospecha clínica de afectación del aparato extensor, presencia de hema-

toma de partes blandas o inserciones tendinosas está indicada la revisión quirúrgica del aparato extensor y de los osteofitos. ■

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corso SJ, Thal R, Forman D. Locked patellar dislocation with vertical axis rotation. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1992; 279:190-3.
2. Alioto RJ, Kates S. Intra-articular vertical dislocation of the patella: a case report of an irreducible patellar dislocation and unique surgical technique. *J Trauma* 1994; 36:282-4.
3. Garrison RT, McCabe JB. An unusual case of intra-articular dislocation of the patella. *Ann Emerg Med* 1984; 13:557-9.
4. Feneley RCL. Intra-articular dislocation of the patella. Report of a case. *J Bone Joint Surg (Br)* 1968; 50-B:653-5.
5. Morin WD, Steadman JR. Case report of a successful closed reduction without anesthesia. *Clin Orthop Rel Res* 1993; 297:179-81.
6. Murakami Y. Intraarticular dislocation of the patella. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1982; 171:137-9.
7. Giannoudis PV, Archer IA. Intraarticular dislocation of the patella. *J Trauma* 2000; 49, 2: 360-1.
8. Donelson RG, Tomaioli M. Intra-articular dislocation of the patella. *J Bone Joint Surg (Am)* 1979; 61-A:615-6.

### Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.