



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/103 - MANEJO DE LUXACIÓN DE RÓTULA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

M. Monsalvo Moro¹, C. Reina Prego¹, F. Baena Martín² y E. Rodrigo Moreno¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 15 años sin RAM ni hábitos tóxicos. AP: sobrepeso. Sufrió una caída accidental. A nuestra llegada, se encuentra en decúbito con llanto intenso por dolor que señala en rodilla derecha.

Exploración y pruebas complementarias: A la palpación, desplazamiento lateral de la rótula. Durante la realización de la maniobra de Fairbank (prueba de aprehensión), se exagera el dolor. Exploración cardiovascular dentro de la normalidad.

Orientación diagnóstica: La luxación rotuliana consiste en el desplazamiento debido a un traumatismo directo o indirecto. Debe reducirse lo antes posible para evitar la aparición de derrame o inflamación. Algunos pacientes tienen predisposición para padecerla por hiperlaxitud, patela alta o displasia de tróclea femoral. Existe tendencia a la agrupación familiar. En cada episodio, se produce una ruptura de tejidos cápsulo-ligamentosos que se oponen a la dirección de la luxación. El ligamento femoro-rotuliano interno (LFRI) es el más implicado. El paciente debe colocarse en decúbito supino con la rodilla flexionada a 90°, se realiza una extensión de la pierna mientras se efectúa presión manual de la patela dislocada hacia línea media. A continuación, valorar integridad del resto de ligamentos. Si derrame, una vez reducida la rótula, una alternativa es la artrocentesis. El siguiente paso es inmovilizar y remitir a hospital.

Diagnóstico diferencial: Rotura y distensión de ligamentos cruzado anterior y ligamentos colaterales.

Comentario final: Existe controversia sobre si la cirugía (realineación proximal y distal) es superior al tratamiento conservador, aunque sí disminuye la tasa de re-luxación en los casos recidivantes. En todo caso, debe individualizarse en función de la deformidad anatómica, la actividad del enfermo y recurrencia. El tiempo medio de rehabilitación es de 7 semanas (casos por hiperlaxitud) o 3-6 meses (origen traumático).

Bibliografía

1. Hensler D, Sillanpaa PJ, Schoettle PB. Medial patellofemoral ligament: anatomy, injury and

- treatment in the adolescent knee. *Curr Opin Pediatr.* 2014;26(1):70-8.
2. Koh JL, Stewart C. Patellar instability. *Orthop Clin North Am.* 2015;46(1):147-57.

Palabras clave: Rótula. Dislocación.