

SUBLUXACIÓN MEDIAL DE RÓTULA YATROGÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Elena Gálvez, Javier Cervero  
Hospital Universitario Infanta Elena

Introducción

La luxación o subluxación medial de rótula es una entidad poco frecuente. Se manifiesta en el paciente como dolor y sensación de resalte a nivel del alerón medial y el diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física, principalmente mediante un test específico: test de subluxación medial de rótula. Es menos común la luxación completa medial de la rótula, esta patología se manifiesta más frecuentemente en forma de subluxaciones. Los casos recogidos en la bibliografía corresponden casi en su totalidad a causas yatrogénicas, incluyendo liberaciones del retináculo lateral, transposiciones de la tuberosidad tibial anterior o reconstrucciones del ligamento patelofemoral medial con excesiva tensión. Es por ello un punto clave una adecuada técnica quirúrgica en la cirugía de inestabilidad rotuliana, para así evitar la yatrogenia.

Objetivos

Presentamos un caso de subluxación medial de rótula tras una cirugía por inestabilidad rotuliana: una realineación proximal mediante plicatura del vasto medial o técnica de Insall asociada a una liberación artroscópica del retináculo lateral.

Material y metodología

MC: Mujer de 30 años con numerosos episodios de luxación recidivante de rótula derecha desde la infancia. Fue intervenida en otro centro mediante liberación del retináculo lateral y realineación proximal tipo Insall. Acude a nuestro centro dos años tras la cirugía refiriendo sensaciones de resalte medial y dolor.

AP: sin interés a parte de la intervención quirúrgica mencionada.

EF: A la exploración se aprecia hipotrofia de cuádriceps y masa gemelar respecto a la pierna contralateral, balance articular de la rodilla completo, no aparentes alteraciones angulares ni torsionales de MMII. Se objetiva excesiva medialización de rótula a la presión. El test de subluxación medial de rótula es positivo: con la rodilla en extensión se aplica presión en la rótula desplazándola a medial, se flexiona la rodilla manteniendo esta posición de la rótula y en los primeros 30 grados se produce dolor y resalte cuando la rótula entra de forma brusca en el surco troclear.

\*\*Es por ello frecuente que los paciente refieran que la rótula se les desplaza a lateral en vez de a medial, pero no es así, se debe a la sensación del retorno al surco troclear de la rótula tras la subluxación medial.

Pruebas de imagen (radiografía, telerradiografía, TC y RMN): sin alteraciones rotacionales ni del eje. En el TC se mide la distancia TT-TG 15mm. En la RMN de objetiva condropatía rotuliana de bajo grado.



Tras fallo del tratamiento conservador se decide tratamiento quirúrgico. Se realizó un abordaje anterior sobre cicatriz previa. Se realizó liberación de la plicatura del vasto medial, tras ello se comprobó ya una mayor capacidad de lateralización de la rótula. Se realizó también una reparación del retináculo lateral, que se encontraba abierto casi en su totalidad. Se procedió además a una reconstrucción del LFPM mediante plastia de semitendinoso para evitar volver a las luxaciones laterales de rótula, prestando especial atención a evitar la excesiva tensión de ésta, mediante la localización radioscópica del punto de Schottle y comprobando posibilidad de movilizar la rótula a medial y lateral al menos un tercio de la anchura de ésta.

Resultados

8 meses tras cirugía la paciente no ha sufrido episodios de luxación lateral ni de subluxación medial de la rótula. Persiste leve hipotrofia de cuádriceps y en ocasiones molestias anteriores de rótula, que relacionamos con la persistente hipotrofia de cuádriceps y la condropatía existente. Realiza sin dificultad sus actividades básicas de la vida diaria

Conclusiones y discusión

La subluxación medial de rótula es una entidad poco frecuente y los casos descritos en la bibliografía son por causa yatrogénica casi en su totalidad. Hughston y Deese fueron los primeros en publicar esta entidad con 54 pacientes(60 rodillas) que habían empeorado tras ser intervenidos de liberación de retináculo lateral por luxación recidivante de rótula. De las 60 rodillas con malos resultados (empeoramiento clínico), 30 fueron subluxaciones mediales. Shannon y Keene describieron 154 casos de luxación medial de rótula, de las cuales 144 (94%) eran yatrogénicas, tras una liberación del retináculo lateral asociadas o no a transposición de la tuberosidad tibial anterior. Nonweiler y DeLee publicaron cinco casos de subluxación medial tras liberación de retináculo lateral de forma aislada. Bollier publicó una serie de cinco pacientes con empeoramiento (tres de ellos con subluxación medial) tras una reconstrucción del LFPM con malposicionamiento y excesiva tensión de la plastia.

Mucho menos frecuente es la luxación medial de rótula espontánea, tan solo cinco casos publicados en forma de “Case report”

El diagnóstico es clínico mediante la anamnesis y la exploración física, debiendo realizar el test de subluxación medial.

El tratamiento conservador se basa en la potenciación muscular, pero fracasa frecuentemente. El tratamiento quirúrgico debe ir dirigido a corregir el efecto medializador excesivo de la cirugía previa sin crear de nuevo una inestabilidad lateral. No hay una tratamietno estandarizado. Se ha descrito la reparación primaria del retináculo lateral, si ésta es posible, como en nuestro caso. Si no hay restos de retináculo suficientes se puede realizar una reconstrucción mediante plastia (semitendinoso, semimembranoso, cintilla iliotibial, tensor de la fascia lata, tendón rotuliano) También está descrita la liberación artroscópica del retináculo medial con buenos resultados.

Es muy importante la prevención de esta entidad mediante la adecuada técnica quirúrgica en la cirugía de inestabilidad rotuliana. La liberación del retináculo lateral no debe ser excesiva y no usarse como técnica aislada y de rutina, sólo en caso de excesiva inclinación lateral rotuliana o síndrome de hiperpresión lateral (“tilt” rotuliano) y asociada a otras técnicas (reconstrucción de LFPM asociada a osteotomía de la TTA en caso de alteración de la distancia TT-TG) Algunos autores (Pagenstert y colaboradores) proponen el alargamiento del retináculo lateral en vez de la liberación completa, obteniendo mejores resultados en cuanto a atrofia de cuádriceps y subluxación medial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Sports Med. 1988 Jul-Aug;16(4):383-8. Medial subluxation of the patella as a complication of lateral retinacular release. Hughston JC, Deese M.  
2. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2015 Nov;44(11):499-504. Medial patellar subluxation: diagnosis and treatment. Saper MG, Shneider DA¹.  
3. Am J Sports Med. 1994 Sep-Oct;22(5):680-6. The diagnosis and treatment of medial subluxation of the patella after lateral retinacular release. Nonweiler DE¹, DeLee JC.  
4. Iowa Orthop J. 2015; 35: 26-33. Medial Patella Subluxation: Diagnosis and Treatment. Mark A. McCarthy, MD and Mathew J. Bollier, M.  
5. J Med Case Rep. 2010 May 22;4:148. doi: 10.1186/1752-1947-4-148. Role of pathophysiology of patellofemoral instability in the treatment of spontaneous medial patellofemoral subluxation: a case report. Akşahin E, Yumrukçalış F, Yüksel HY, Doğruyol D, Celebi L.  
6. Richman NM, Scheller AD. Medial subluxation of the patella without previous lateral retinacular release. Orthopedics. 1998;21(7):810-813.  
7. Hughston JC, Flandry F, Brinker MR, Terry GC, Mills JC III. Surgical correction of medial subluxation of the patella. Am J Sports Med. 1996;24(4):486-491.  
8. Arthroscopy. 2011 Aug;27 Technical failure of medial patellofemoral ligament reconstruction. Bollier M¹, Fulkerson J, Cosgarea A, Tanaka M.  
9. Shannon BD, Keene JS. Results of arthroscopic medial retinacular release for treatment of medial subluxation of the patella. Am J Sports Med. 2007;35(7):1180-1187.  
10. Pagenstert G, Wolf N, Bachmann M, Gravius S, Barg A, Hintermann B, Wirtz DC, Valderrabano V, Leumann AG. Open lateral patellar retinacular lengthening versus open retinacular release in lateral patellar hypercompression syndrome: a prospective double-blinded comparative study on complications and outcome. Arthroscopy. 2012;28(6):788-97.

