

LUXACIÓN DE RODILLA INADVERTIDA

Ana M^a Martín Fuentes , Pedro Guerra Vélez, David García Fernández, Juan Cano Egea
Hospital Universitario 12 de Octubre (MADRID)

INTRODUCCIÓN

La luxación de rodilla es una lesión muy grave, con alto porcentaje de compromiso vascular que puede amenazar la viabilidad de la extremidad. Causada principalmente por una lesión de la arteria poplítea. Cuando pasan desapercibidas pueden conducir a una importante morbilidad.

OBJETIVO

Presentamos un caso de luxación de rodilla que pasó desapercibida en su primera visita a urgencias, siendo diagnosticada en días posteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 29 años que acude a urgencias custodiado, refiriendo **dolor en rodilla izquierda** secundario a **aplastamiento** mientras practicaba deporte en centro penitenciario.

EF: DOLOR INTENSO INCAPACITANTE , sin poder realizar maniobras de estabilidad, **pulsos distales presentes**.

Dx: Esguince de rodilla

Tres días mas tarde reingresa con **EDEMA GENERALIZADO**, derrame articular e **inestabilidad postero-externa** . La **EXPLORACIÓN NEURO VASCULAR** está **ALTERADA**: impotencia para la flexión dorsal de tobillo hallux. Pulso pedio y tibia posterior débiles

CONCLUSIONES

Las luxaciones de rodilla están frecuentemente asociadas con lesiones neurológicas o vasculares concomitantes. El reconocimiento de las lesiones vasculares es particularmente complicado porque en ocasiones el compromiso vascular no se asocia inmediatamente con signos clínicos de isquemia, y ésta puede resultar de lesiones sin luxación completa o evidente.



ANGIO-TC:
Oclusión de los 8 cm más distales de la arteria poplítea



CIRUGÍA DE URGENCIA:
bypass poplíteo-poplíteo + fasciotomías + FE

RESULTADOS

Al año y medio de evolución el paciente presenta inestabilidad articular, bostezo en varo, dial test positivo e incapacidad para la flexión activa de tobillo y dedos con equinismo reductible. EL EMG confirma la axonotmesis completa de CPE. Se interviene reconstruyendo en la misma intervención LCA, LCP, LCE y tendón poplíteo con aloinjerto. Siete meses después es intervenido nuevamente para realizar transposición del tendón tibial posterior a C3. A los ocho meses de la intervención de rodilla el paciente camina sin ortesis con leve inestabilidad en varo. A los 3 meses de la intervención del pie, la marcha del paciente estaba normalizada con apoyo de talón en R1