

GENU RECURVATUM CONGENITO. PRESENTACION DE 4 CASOS

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "COMANDANTE PINARES" SAN CRISTOBAL, PINAR DEL RIO

Dr. Julio C. Escarpentier Bulies*, Dra. Julia Rivero Morales** y Dr. Ramón R. Molina González***

Se estudian 4 pacientes que presentaron *genu recurvatum* congénito; se indica la etiología, cuadro clínico, tratamiento y la evolución de estos casos. Se indica además, que dado lo poco frecuente de esta entidad, se realizó una revisión bibliográfica. Se dan conclusiones.

INTRODUCCION

Esta malformación congénita que en su orden de frecuencia ocupa uno de los últimos lugares en el mundo,^{1,2} así como en nuestro país,³ también ha sido infrecuente en nuestro centro actual, afirmación esta última avalada por haberse detectado sólo 2 casos en 9 456 nacidos vivos en el período que media entre marzo de 1982 y febrero de 1987⁴ (a.i.) para una tasa de 0,21 por 1 000 nacidos vivos.

Esta rara afección se conoce desde la descripción hecha por *Chatelain* en el siglo pasado⁵ y es conocida también como luxación congénita de la rodilla, aunque algunos autores como *Campbell*⁶ consideran que se trata de 2 cuadros diferentes.

Por haber tenido la oportunidad de atender 4 pacientes con una enfermedad tan infrecuente decidimos exponerlo en este trabajo.

REVISION BIBLIOGRAFICA

ETIOLOGIA

Schaffer plantea la patogenia postural-hormonal² consecutiva a un aumento de los niveles de relaxina (al igual que en la luxación congénita de la cadera), acompañada de las tensiones anormales propias de la presentación de nalgas que ayudan a dislocar a una o ambas articulaciones relajadas y que acompaña a veces a algunos síndromes como el de *Ehler-Danos*, *Marfán*, *Klinefelter* y *Turner*.

Nelson plantea la malposición *in utero*,¹ *Turek* sostiene 2 tipos fundamentales⁷ en coincidencia con *Ferguson*:⁸ el de desarrollo traumático por malposición *in utero* y el tipo por degeneración fibroadiposa del cuádriceps, lo cual está de acuerdo con *Middleton*,⁶ quien lo considera como una forma de miodistrofia fetal.

* Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Instructor de Ortopedia. Facultad de Ciencias Médicas (FCM) Pinar del Río.

** Especialista de I Grado en Neonatología. Jefe del Servicio de Neonatología.

*** Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor de Ortopedia FCM- Pinar del Río.

Campbell plantea que la hiperextensión congénita de la rodilla⁹ es sólo el primero de 3 grados de severidad de una misma anomalía, éstas son:

- 1) Hiperextensión congénita.
- 2) Hiperextensión congénita con subluxación de la tibia sobre el fémur.
- 3) Hiperextensión congénita con luxación anterior de la tibia sobre el fémur.

Suele acompañar a la luxación congénita de la cadera y en ocasiones es una manifestación de artrogriposis múltiple. Según Ferguson, la asociación de luxación congénita de cadera con luxación congénita de rodilla es del 50% y es superior al 4% registrado en todas las presentaciones de nalgas en el parto; asimismo informa que en muchos pacientes se han observado deformidades múltiples concomitantes de miembros superiores e inferiores.

CUADRO CLINICO

Se ve con mayor frecuencia en el sexo femenino² y constituye una deformidad que se caracteriza por la hiperextensibilidad de la articulación de la rodilla, la cual se presente fija en hiperextensión, con un grado variable de subluxación o luxación hacia delante y afuera de la tibia, sobre los cóndilos femorales, y la piel situada sobre la cara anterior de la articulación muestra varios pliegues transversales. La rótula no existe o es de pequeño tamaño; en la cara posterior de la articulación se palpan los músculos flexores en forma de cuerdas tensas y los cóndilos femorales forman una acentuada prominencia en el espacio poplíteo; la articulación está relativamente fija, con resistencia elástica a la flexión.

TRATAMIENTO

Autores como Schaffer,² Nelson,¹ Turek,⁷ Ferguson,⁸ y Campbell⁹⁻⁹ plantean que los casos leves y moderados no requieren tratamiento o a lo sumo están enyesados durante 2 a 4 semanas.

En los casos rebeldes se plantean varios métodos terapéuticos como la tenotomía subcutánea de la cintilla iliotibial asociada con férulas; en casos más graves, alargamiento o sección del cuádriceps, cintilla iliotibial, capsulotomía posterior y del ligamiento cruzado posterior.

Campbell plantea la tracción esquelética en decúbito ventral con 1-1,3 kg de tracción y recomienda en los casos quirúrgicos, al igual que Steindler, suturar colgajos de grasa sobre el defecto de la capsulotomía.

Niebauer y King¹⁰ han descrito el alargamiento del tendón rotuliano y del cuádriceps y la inserción hacia delante del ligamiento cruzado anterior en la meseta tibial.

MATERIAL Y METODO

Analizamos todos los pacientes diagnosticados de *Genu recurvatum* congénito en los archivos de los Hospitales Docente Ortopédico "Fructuoso Rodríguez" de Ciudad de La Habana en el período comprendido entre 1976 y 1981 y del Hospital General Docente "Comandante Pinares" de San Cristóbal desde marzo de 1982 a febrero de 1987, ambos inclusive.

Obtuvimos los datos generales, la historia del embarazo, los antecedentes patológicos familiares, el mecanismo del parto, el peso, las anomalías concomitantes y tras evaluar los resultados exponemos nuestras conclusiones.

DESARROLLO

Encontramos 2 pacientes registrados en el Hospital Docente Ortopédico "Fructuoso Rodríguez" y 2 en el Hospital General Docente "Comandante Pinares".

PRESENTACION DEL CASO

Paciente No. 1: paciente del sexo femenino, de la raza blanca, de 17 días de nacida, con historia obstétrica de "dificultad en el desarrollo intrauterino", que nace de parto eutócico y a término, con un desarrollo normal de sus reflejos, que pesó al nacer 4 kg y presentó una deformidad marcada de ambos miembros inferiores (figuras 1 y 2).

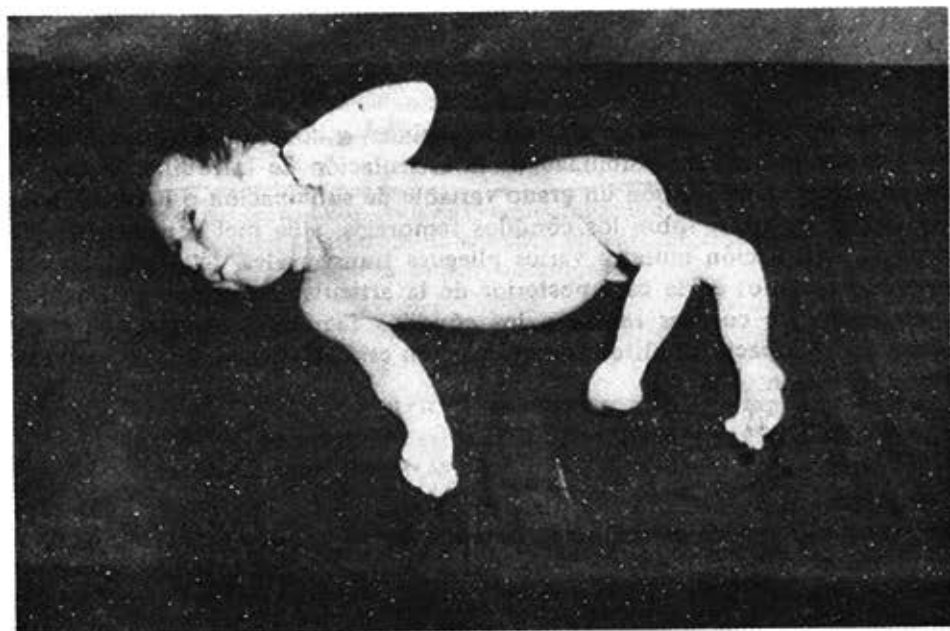


Figura 1.

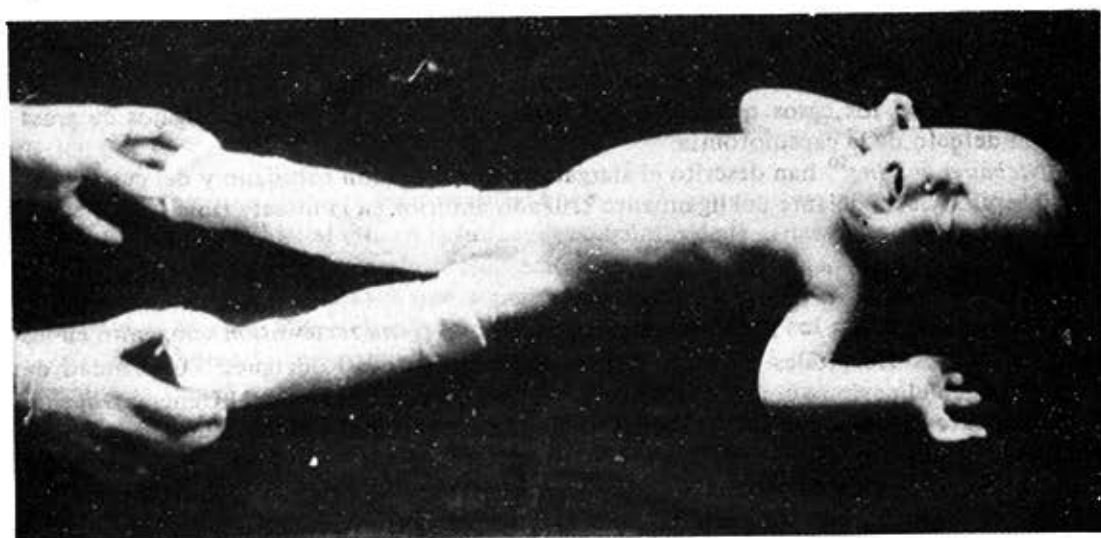


Figura 2.

Tabla. *Casuística y evolución*

Paciente	Sexo	Raza	Grado (Campbell)	Tratamiento	Reducción de la deformidad	Alta clínica	Resultado final
No. 1	F	B	II	Yesos	5 meses	2 años	Satisfactorio
No. 2	F	B	II	Yesos	5,8 meses	1,5 años	Satisfactorio
No. 3	M	M	II	Yesos	6 semanas	—	Satisfactorio
No. 4	M	B	I	No	6 días	1 año	Satisfactorio

EF: *genu recurvatum* bilateral irreductible de 90°, Pie varoequino bilateral reductible.

Rx: Subluxación anterior de la tibia sobre el fémur bilateral.

El esquema de tratamiento se basó en colocar férulas enyesadas reduciendo el *recurvatum* de rodillas hasta la extensión máxima permitida (180°) y corrección del varoequino; fueron cambiados periódicamente los enyesados, hasta que a los 5 meses se corrige el *recurvatum* y el varoequino, pero mantiene inestabilidad de ambas rodillas, mayormente en la derecha, con signos de Bohler y Cajón positivos en ambos sentidos. Para tratarla comenzamos con fisioterapia y se confeccionaron tutores apropiados; la paciente evolucionó con una hiperlaxitud articular universal y a los 2 años de tratamiento se le dio alta clínica.

Paciente No. 2: paciente del sexo femenino, de la raza blanca, de 13 días de nacida, con una historia obstétrica normal y con antecedentes patológicos familiares de tener una hermana con un cuadro similar (caso No. 1), que nace de parto eutócico y a término, con un desarrollo normal de sus reflejos, que pesó al nacer 3,2 kg, y presentó deformidad marcada de miembros inferiores.

EF: *Genu recurvatum* bilateral de 76° irreductible.

Rx: subluxación anterior de la tibia sobre el fémur bilateral.

El esquema de tratamiento fue similar, con la diferencia de que a los 5,8 meses la reducción era total y las manifestaciones de inestabilidad de rodilla eran mucho más atenuadas. Se comenzó con fisioterapia a los 6 meses de edad y a los 16 meses fue dada de alta clínica curada.

Paciente No. 3: paciente del sexo masculino, de la raza mestiza, de 2 horas de nacido, con historia obstétrica normal, que nace de parto distócico (pelviana) a término, con desarrollo normal de sus reflejos, que pesó al nacer 2,9 kg, que presentó deformidad marcada de los miembros inferiores.

EF: *Genu recurvatum* de 96°, reductible a menos de 0° con maniobras gentiles.

Rx: subluxación anterior moderada de la tibia sobre el fémur bilateral.

El esquema de tratamiento fue similar y al tercer cambio de yeso, a las 6 semanas, la reducción era total y la corrección estable, por lo cual, a pesar de seguirlo aún en consulta, sólo instituímos fisioterapia. Recientemente se le indicaron zapatos correctores de *Genu recurvatum* del profesor Alvarez Cambra^{11,12} para corregir un *recurvatum* de 12° residual.

Paciente No. 4: paciente del sexo masculino, de la raza blanca, con 6 horas de nacido, historia obstétrica normal, que nace por cesárea (por sufrimiento fetal) a término, con un apgar de 4, un peso de 2,4 kg, por lo que lo vemos y examinamos en incubadora, que presenta deformidad marcada de los miembros inferiores.

EF: *Genu recurvatum* moderado de 45° (aproximadamente), reductible.

Rx: no se realizó.

A los 6 días de evolución es extraído de la incubadora y al realizar el examen físico encontramos reducción estable total de la deformidad, por lo que sólo indicamos observación periódica y al año de evolución fue dado de alta clínica.

DISCUSION

En la primera paciente (tabla), por las malformaciones presentadas y la evolución que presentó llegamos a la conclusión de que se comportó como el segundo grado descrito por Campbell; después de estudiarse los padres desde el punto de vista genético en el Hospital Nacional "Enrique Cabrera" de Ciudad de La Habana y en vista de no contraindicarse otro embarazo, tienen una segunda hija (paciente No. 2) con iguales síntomas y similar evolución, por lo que también la clasificamos dentro del segundo grado de Campbell.

El tercer paciente también se incluyó en este grado, no así el cuarto, el cual al corregir espontáneamente la deformidad lo incluimos en el primer grado de Campbell.

A pesar de no existir en la literatura consultada descripciones sobre factores genéticos hereditarios, llama a la reflexión que se presente en 2 hermanas y que ambas sean del sexo femenino.

Los resultados del tratamiento conservador en todos fue satisfactorio, lo cual concuerda con la literatura consultada.

CONCLUSIONES

1. Es planteable un mecanismo causal en el cual haya influencia hereditaria y/o predisposición genética para esta malformación.
2. En nuestra casuística no hay predominio de sexo.
3. La enfermedad es infrecuente en nuestro medio.
4. El tratamiento conservador resolvió la deformidad de todos nuestros casos.
5. En nuestros pacientes predominó el grupo 2 de Campbell.
6. En los pacientes estudiados no concommitó la displasia de la cadera.
7. En nuestros casos la distocia del parto se presentó en un solo paciente.

SUMMARY

Four patients presenting congenital *genu recurvatum* are studied. Etiology, clinical picture, treatment and evolution of these cases are pointed out. Because it is an uncommon entity, a bibliographic review was carried out. Conclusions are offered.

RÉSUMÉ

Etude de 4 sujets qui ont présenté *genu recurvatum* congénital. L'étiologie, le tableau clinique, le traitement et l'évolution de ces cas sont signalés. On a réalisé une revue bibliographique, étant donné la rareté de cette entité. Des conclusions sont indiquées.

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson, W.: Tratado de Pediatría. T. 2. Pensilvania, Ed. Salvat, 1981. P. 1560.
2. Schaffer, A.: Enfermedades del recién nacido. T. 2. Baltimore, Ed. Rev., 1981. Pp. 929-930.
3. MINSAP: Informe Anual 1983. Morbilidad. P. 68.
4. Departamento de Registros Médicos: Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristóbal, Pinar del Río, marzo de 1987.
5. Mercer, W.: Cirugía Ortopédica. Edimburgo, Ed. Rev., 1977. P. 89.
6. Campbell, W.: Cirugía Ortopédica. T. 2. Memphis, Ed. Rev., 1971. Pp. 2032-2033.
7. Turek, S.: Ortopedia, principios y aplicaciones. T. 1. Miami, Ed. Rev. 1982. P. 340.
8. Ferguson, A.: Cirugía Ortopédica en la infancia y adolescencia. Pittsburg, Ed. JIMS, 1968. Pp. 94-95.
9. Campbell, W.: Cirugía Ortopédica T. 3. Memphis, Ed. Rev., 1981. Pp. 1810-1815.
10. Niebauer, K.: Congenital dislocation of the Knee. Bone Joint Surg 42 A: 207, 1960.
11. Alvarez, R.: Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. T.II. Ciudad de La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1986. Pp. 142-143.
12. Alvarez, R.: Manual de Procedimiento Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia y Traumatología. T. I. Ciudad de La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1984. Pp. 116-117.

Recibido: 22 de mayo de 1987. Aprobado: 20 de junio de 1987.

Dr. Julio C. Escarpenter Bulies. Calle Melones No. 507, entre Pérez y Santa Ana, Luyanó, 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.