

# Manejo de las luxaciones abiertas de rodilla, una entidad poco frecuente

A propósito de un caso

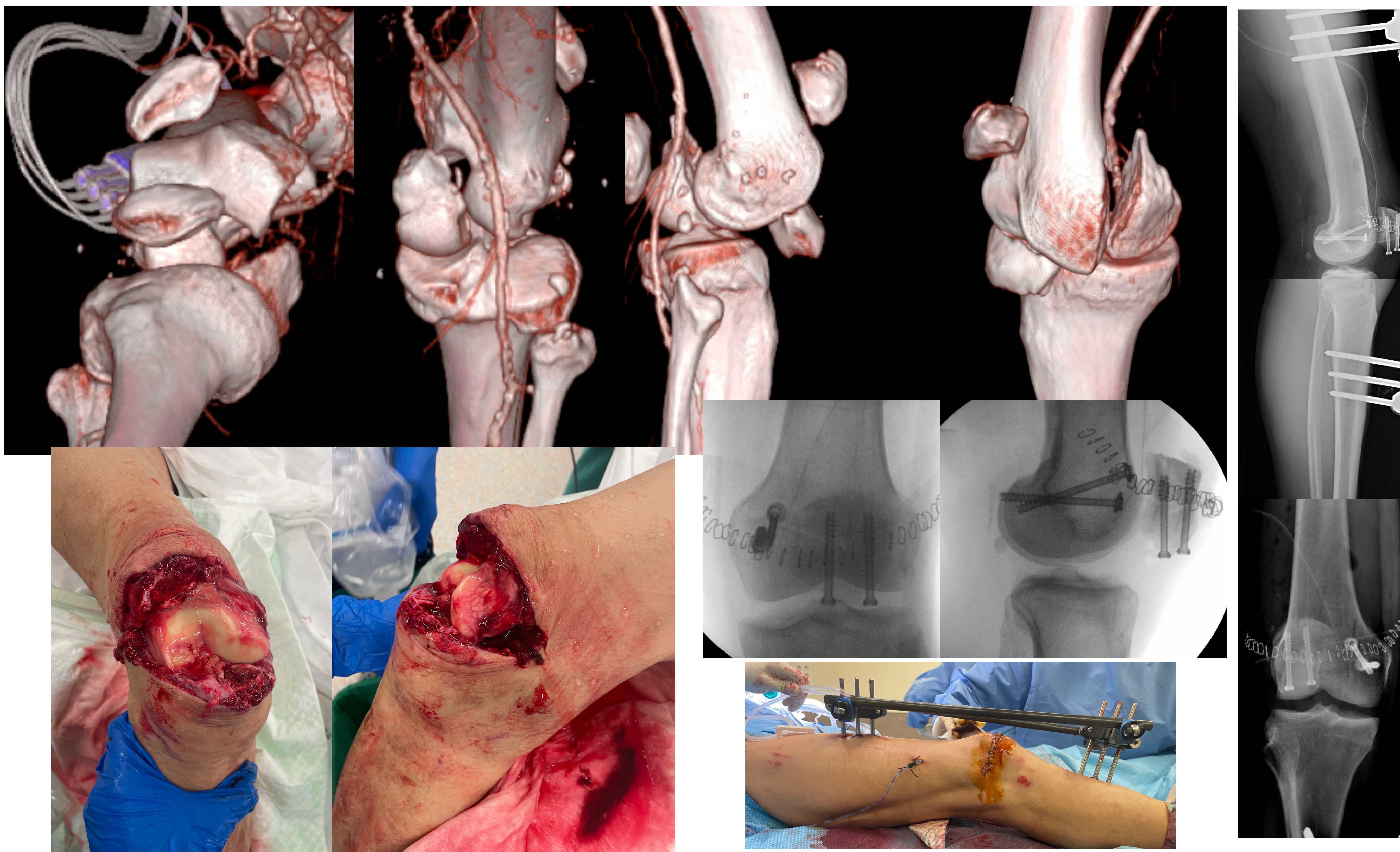
JORGE GUTIÉRREZ SÁENZ DE SANTA MARÍA, FRANCISCO JAVIER ALONSO RODRIGUEZ, MÓNICA SUÁREZ PIZARRO, TERESA FERNANDEZ GONZALEZ, JUDIT FERNANDEZ FUERTES  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología – Hospital universitario Central de Asturias (HUCA).

**Objetivo:** Revisar el algoritmo diagnóstico y terapéutico de las luxaciones abiertas de rodilla, una entidad poco frecuente. A propósito de un caso.

Presentamos el caso de un **varón de 76 años atropellado por una moto** sufriendo una **luxación abierta de rodilla derecha**. Llegó a urgencias inmovilizado con férula neumática. Presentaba herida transversa de 12 cm en cara anterior de rodilla por la que asomaban restos de rótula y la tróclea femoral con ambos cóndilos. Los pulsos distales eran débiles sin palidez ni frialdad. Refería parestesias distales. Se solicitó Angio-TC urgente y se contactó con los servicios de Cirugía Plástica y Cirugía Vascular.

**Angio-TC:** luxación postero-medial de rodilla con fractura simple de cóndilo femoral medial y fractura transversa de rótula. No presentaba alteraciones en el árbol arterial.

En quirófano, se realizó limpieza exhaustiva y desbridamiento con reducción y estabilización articular con fijador externo. Se decidió realizar en ese mismo tiempo osteosíntesis del cóndilo con dos tornillos Asnis y de la rótula con cerclaje. Fue posible un cierre primario. Se clasificó como Gustilo III A.



**Conclusiones:** La luxación de rodilla es una urgencia traumatológica muy infrecuente. Suele producirse en varones de entre 20 y 40 años, tras traumatismos de alta energía. Un 15% asocian lesión arterial en eje poplíteo. Por subgrupos, la anterior es la más frecuente (50-60%) asociando lesión arterial el 40% de las veces, y en muchas ocasiones lesión nerviosa. La segunda en frecuencia es la posterior (30%), con lesión arterial en un 50% de las ocasiones. Las luxaciones abiertas son muy raras y poco descritas en la bibliografía.

En un primer tiempo debe lograrse la reducción y estabilización articular. Si existe lesión vascular, debe repararse urgentemente en menos de 8 horas. Las fracturas asociadas deben sintetizarse antes de la reparación ligamentosa, la cual ofrece mejores resultados funcionales si se realiza entre las semanas 2ª a 4ª, con mayor tasa de artrofibrosis si se demora.

La complicación tardía más frecuente es la rigidez articular. Si existen lesiones neurológicas, suelen tener mal pronóstico. No está indicado el tratamiento precoz de estas lesiones por alta presencia de neuroapraxia. Deberá realizarse EMG pasados 3 meses.