

Tratamiento artroscópico del síndrome de hiperpresión externa de rótula en adolescentes

R. Ullot Font, S. Cepero Campà, M. Bojardós Puertas

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Correspondencia:

R. Ullot Font

Servicio de COT. Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Hospital Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Correo electrónico: rullot@hsjdbcn.org

Objetivo: En este trabajo valoramos el tratamiento por vía artroscópica del síndrome de hiperpresión externa de rótula en adolescentes.

La liberación del alerón externo mejora la clínica de la hiperpresión externa de rótula; puede practicarse a cielo abierto o por vía artroscópica.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo comprendido entre los años 2000 y 2004 en que se trataron 32 pacientes diagnosticados de síndrome de hiperpresión externa de rótula (24 mujeres y 8 hombres) con edades entre los 10 y los 19 años (media de edad: 15,27 años), 21 rodillas derechas y 14 izquierdas (3 casos bilaterales). En total, 35 casos.

Los pacientes acuden con clínica de dolor predominante en cara anterior y externa de rótula que dificulta la actividad deportiva y, en ocasiones, la cotidiana. Son estudiados mediante Rx y TAC. Se realiza la artroscopia seccionando el alerón externo mediante vaporizador.

Resultados: Esta patología es frecuente en adolescentes de sexo femenino, con predominio de la rodilla derecha.

Tras el tratamiento quirúrgico, la sintomatología desaparece al mes y la mayoría de los pacientes vuelve a las actividades de la vida diaria a los 3 meses posoperatorios, sin necesidad de realizar RHB.

Conclusiones: Pese a que algunos autores defienden el tratamiento por vía abierta, consideramos que la cirugía artroscópica ofrece mejores resultados en el tratamiento de la hiperpresión externa de rótula.

Palabras clave: Síndrome de hiperpresión externa de rótula. Liberación de alerón rotuliano externo artroscópico. Adolescente.

Arthroscopic treatment for lateral patellar compression syndrome in adolescents

Purpose: We value the results of the treatment by arthroscopic for patella external hiperpressure.

The lateral retinacular release of the patella improvement the clinic hiperpressure. These release be practiced to open surgery or by arthroscopic way.

Methods: We present a retrospective study since 1996 to 2004, treated 32 patients diagnosed of patella external hiperpressure (24 women and 8 men), ages from 10-19 years (mean age 15.27 years), the lesion involved the right knee in 21 cases and 14 left (3 bilateral cases). The patients present pain predominant in external and previous face of patella that complicates the sports activity and the routine one. They are studied by means of X-ray and CT-scan. The arthroscopic is carried out by lateral retinacular release.

Results: This is a frequent pathology in female adolescents, with predominance of the right knee. After the surgical processing, the symptoms disappear in a month; the majority of patients returns to the daily live activities in the 3 postoperative months, without need any physiotherapy.

Conclusions: Despite that they are authors that defend the treatment by open way; we consider that the arthroscopic surgery offers better results in the treatment of lateral patellar compression syndrome.

Significance: We must point out the importance to take of patella external hiperpressure to prevent the osteoarthritis. Arthroscopic lateral retinacular release results were satisfactory in all cases.

Key words: Lateral patellar compression syndrome. Arthroscopic lateral retinacular release. Adolescent.

INTRODUCCIÓN

La compresión lateral de la rótula se refiere a rodillas que presentan dolor rotuliano que se agrava con actividades en flexión, sin episodios de inestabilidad severa. Esta patología predomina en pacientes jóvenes, que se ven incapacitados para sus actividades diarias o deportivas.

El síndrome de hiperpresión externa de rótula (SHER) es una afección que aparece por primera vez en la literatura médica en 1979 descrito por Ficat⁽¹⁾. Afecta predominantemente al sexo femenino, con incidencia máxima en la segunda y la tercera década de la vida. El síntoma fundamental es el dolor y la aprehensión.

Se caracteriza por una tensión retinacular lateral excesiva que actúa sobre la rótula, que puede permanecer estable en el surco o presentar cierta exteriorización, pero que en ningún caso provoca ningún episodio de subluxación o luxación de la misma⁽²⁻⁶⁾.

A pesar de que muchos pacientes mejoran con el tratamiento conservador (AINE, reposo, fisioterapia para potenciar la musculatura cuádriceps), otros no tienen los mismos beneficios y deben ser sometidos a cirugía.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas (liberación lateral abierta o artroscópica, realineamiento proximal y liberación lateral, realineamiento distal)^(7,8).

El objetivo de este estudio es demostrar que la liberación artroscópica es una técnica que ofrece muy buenos resultados en el tratamiento del SHER en pacientes adolescentes⁽⁸⁻¹²⁾.

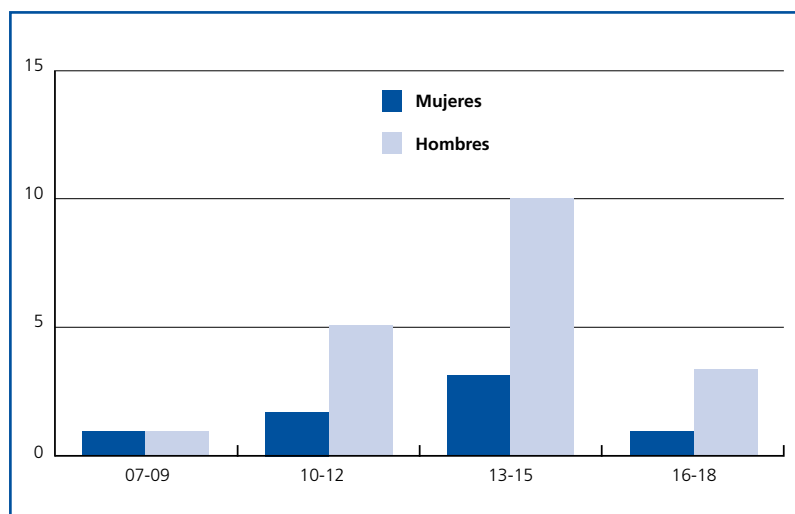


Figura 1. Número de casos según la edad de inicio y el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio retrospectivo comprendido entre los años 2000 y 2004 en que se trataron 32 pacientes diagnosticados de SHER (24 mujeres y 8 hombres), con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años (media de edad: 15,27 años), 21 rodillas derechas y 14 izquierdas (3 casos bilaterales). En total, 35 casos.

La edad de inicio de la sintomatología es de 13,5 años de media (intervalo: 8-17 años), prácticamente sin diferencias entre sexos (mujeres: 13,5 años; hombres: 13 años) (Figura 1).

Dado que la sintomatología inicial es en algunos casos poco acentuada, la primera visita en consultas puede demorarse desde pocos meses hasta varios años.

Ninguno de los pacientes ha sufrido previamente ningún episodio de luxación o subluxación de rótula, y en la clínica destaca el dolor de predominio en cara anterior y externa de la rótula. Este dolor les incapacita para la práctica de actividades deportivas y en la mayoría de casos (27 pacientes) dificulta la vida cotidiana, aunque hemos de señalar que la mayor parte de los pacientes son niñas que no realizan ninguna actividad deportiva habitual excepto el deporte escolar.

En la exploración física, todos los pacientes presentan un balance articular completo de la rodilla. Un 50 % presentan la rótula centrada y en el otro 50 % se puede apreciar cierta exteriorización de la misma.

Las maniobras de cepillo y placaje fueron positivas en un 75 % de los pacientes (24 casos), aunque la maniobra de aprehensión sólo fue positiva en el 25 % de los mismos (8 casos).

Otros signos y síntomas fueron:

- Hiper movilidad rotuliana en 5 casos.

- Episodios de dolor e impotencia funcional o sensación de bloqueo en 8 casos.

- Rótulas altas en 3 casos.

- Atrofia de cuádriceps en 4 casos.

- Episodios de derrame articular frecuentes en 1 caso.

- Otros puntos selectivos de dolor (pata de ganso, tendón rotuliano) en 1 caso.



Figura 2. La radiología muestra exteriorización de rótulas.



Figura 3. En las Rx axiales se aprecia cierta basculación de rótulas.

Se realiza un estudio radiológico mediante Rx, TAC y, ocasionalmente, RMN.

Las Rx simples (anteroposterior, perfil y axial de rótula a 30° de flexión) suelen ser normales; en algunos casos se encontró cierta exteriorización de la rótula (**Figuras 2 y 3**), y en 4 casos se encontraron rótulas altas (3 y 4).

La TAC convencional no siempre demuestra la lateralización de la rótula.

En algunos casos se practicó RMN para descartar otras patologías, hallándose:

- Meniscopatía interna en 1 caso.
- Plica sinovial medial en 1 caso.
- Fibroma óseo no osificante en tercio distal de fémur en 1 caso.
- Condromalacia rotuliana en carilla externa en 3 casos.

EL TAGT (en extensión de rodilla y rotación neutra), realizado en 16 pacientes (50% de los casos), muestra una desviación de las rótulas in-

tervenidas de 18 mm de media, con un intervalo de 10 a 22 mm (consideramos el rango de normalidad de 10,5 a 19,5, con una media de 15 mm). Cifras dentro de la normalidad.

A todos los pacientes se les indica RHB inicialmente mediante potenciación del cuádriceps vasto interno, en domicilio, aunque 10 pacientes realizaron RHB dirigida en el centro sin mejoría.

La media de edad del momento de la intervención es de 16 años (2,5 años de media desde la primera visita pero con un intervalo muy amplio entre 6 meses a 4 años).

El tratamiento artroscópico consiste en la liberación del alerón rotuliano externo mediante vaporizador, y se realiza bajo anestesia general y manguito de isquemia en todos los casos, comprobándose la medialización/centraje de la rótula (**Figuras 4-6**). En 1 caso ésta quedó ligeramente externa tras la liberación.



Figura 4. Aspecto artroscópico de un SHER.

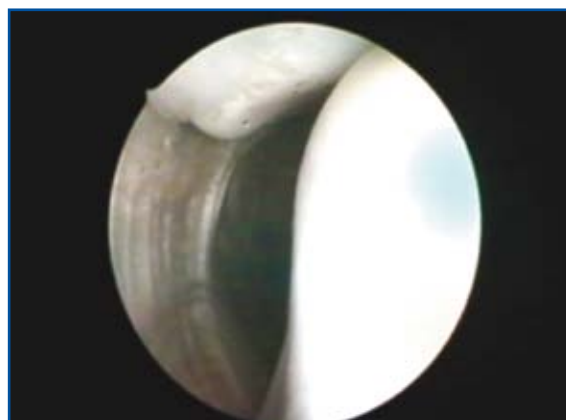


Figura 5. Exteriorización de rótula, con alerón externo tenso.

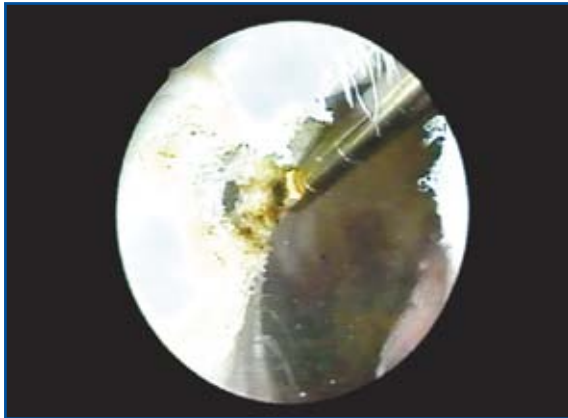


Figura 6. Sección del alerón externo con el vaporizador.

En algunos casos se encontraron otros hallazgos patológicos:

- Condromalacia rotuliana en faceta externa en 5 casos, en faceta interna en 2.
- Meniscopatía externa en 4 casos (no diagnosticados previamente).
- Plica medial en 3 casos y suprarrotuliano en 1.
- Cuerpo libre correspondiente a cóndilo femoral interno en 1 caso.

En el posoperatorio se coloca un vendaje compresivo.

Los pacientes son dados de alta hospitalaria a las 24 horas posoperatorias.

La primera visita en consultas se realiza a los 10-12 días, en que se retira el vendaje y los puntos. Durante este tiempo los pacientes han de realizar deambulación en carga parcial de la extremidad e iniciación de ejercicios isométricos. En algunos casos se comprueba subderrame articular o un ligero hematoma. Se autoriza la carga total e iniciación de fisioterapia.

La segunda visita tiene lugar a las 3 semanas posoperatorias. Se comprueba la desaparición del derrame y la movilidad prácticamente a límites de la rodilla en la mayoría de los casos.

El alta en consulta puede variar desde los 3 hasta los 6 meses.

RESULTADOS

Se comprueba la desaparición de los síntomas al cabo de 1 mes posoperatorio.

La mayoría de los pacientes vuelve a las actividades de la vida diaria en 3 meses sin necesidad de realizar RHB.

Hay que mencionar que la mayoría de los pacientes son niñas que no realizan práctica deportiva habitual. Los individuos que practicaban deporte habitualmente (10) iniciaron la actividad deportiva a los 4-6 meses.

Como complicaciones encontramos:

- 7 casos de derrame articular discreto y en 4 casos moderado, que no precisaron punción.
- 1 caso con derrame articular importante que precisó artrocentesis evacuadora.
- 5 casos con atrofia de la musculatura cuadriceps.
- Ningún caso de infección ni de limitación del balance articular.

En 6 pacientes se precisó RHB dirigida posoperatoria (media: 2 meses).

En 5 casos se ha perdido el seguimiento tras la tercera visita en la consulta.

Registró buena evolución en los primeros 6 meses 1 caso; después repitió clínica de aprehensión, pero con actividades cotidianas normal.

Se dio 1 caso con persistencia de episodios de dolor e impotencia funcional.

Los resultados se clasifican según la escala siguiente:

1. Excelentes

- No dolor ni atrofia
- Movilidad normal
- Reinicio actividad cotidiana y deportiva

2. Buenos

- No dolor ni atrofia
- Movilidad normal
- Actividad cotidiana normal, dolor en deporte

3. Regulares

- Molestias o atrofia
- Movilidad normal con dolor
- Actividad cotidiana con molestias. No actividad deportiva

4. Malos

- Dolor o atrofia
- Limitación del balance articular
- No actividad cotidiana ni deportiva

En nuestro estudio los resultados se desglosan en excelentes: 22 (62,85 %), buenos: 11 (31,42 %), regulares: 2 (5,71 %) y malos: 0.

CONCLUSIONES

Tal como aparece en la literatura, esta patología es más frecuente en adolescentes del sexo femenino (relación 3 a 1 en nuestro estudio) con predominio de la rodilla derecha.

Consideramos que la cirugía artroscópica constituye una técnica eficaz, menos agresiva que la cirugía abierta y con mejores resultados en términos estéticos, a la vez que ofrece una recuperación rápida de la sintomatología⁽⁹⁻¹³⁾.

Esta técnica no condiciona una posible cirugía *a posteriori*.

Teniendo en cuenta que la hiperpresión crónica de la carilla lateral y la hipopresión de la carilla medial de la rótula conducirán a cambios degenerativos del cartílago rotuliano y a la artrosis femorrotuliana externa^(1,2,5), concluimos que con la liberación del alerón externo logramos frenar, o al menos enlentecer, esta evolución natural del síndrome de hipertensión externa de la rótula a dicha artrosis femorrotuliana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ficat P, Hungertford DS. Disorders of the patellofemoral joint. The injured adolescent knee. Baltimore: Williams and Wilkins; 1979. p. 63-110.
- 2 Ficat P, Ficat C, Bailleux A. External hypertension syndrome of the patella. Its significance in the recognition of arthrosis. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 1975; 61 (1): 39-5.
- 3 Laurin CA, Dussault R, Levesque HP. The tangential X-Ray investigation of the patello-femoral joint: X-ray technique, diagnostic criteria and their interpretation. Clin Orthop 1979; 144:16.
- 4 Laprade J, Culham E. Radiographic measures in subjects who are asymptomatic and subjects with patellofemoral pain syndrome. Clin Orthop Relat Res 2003; 414: 172-82.
- 5 Glimet T. Course of recurrent dislocation of the patella, patellar syndrome without dislocation and femoropatellar osteoarthritis. Ann Radiol (Paris) 1993; 36 (3): 215-29.
- 6 Insall JN, Scott N. Cirugía de la rodilla (3ª ed.). Madrid: Marbán; 2004.
- 7 Bach BR Jr. Patellar disorders. Orthopaedic knowledge update 5, Rosemont, 1996; 474-5.
- 8 Fulkerson JP. Patello-femoral pain disorders: evaluation and management. J Am Acad of Orthop Surg 1994; 2: 124-32.
- 9 Panni AS, Tartarone M, Patricola A, Paxton EW, Fithian DC. Long-term results of retinacular release. Arthroscopy 2005; 21 (5): 256-31.
- 10 Fu FH, Maday MG. Arthroscopic lateral release and the lateral patellar compression syndrome. Orthop Clin North Am 1992; 23 (4): 601-12.
- 11 Arriola FJ, Leyes M, Muñoz G, Valentí JR. Tratamiento quirúrgico del síndrome de hiperpresión externa rotuliana. Cuadernos de Artroscopia 1998; 9: 18-22.
- 12 Lankemer PA, Micheli LJ, Claney R, Gerbino PG. Arthroscopic percutaneous patellar reticular release. Am J Sports Med 1986; 14: 267-9.
- 13 Johnson RP. Lateral facet syndrome of the patella. Lateral restraint and use of lateral resection. Clin Orthop Relat Res 1989; (238): 148-58.