

TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN PATELAR

FACTORES PARA ELEGIR TRATAMIENTO IDEAL

El tratamiento general incluye antiinflamatorios, dieta de buena calidad durante el crecimiento, evitar reproducción de ejemplares afectados y uso de antiartrósicos (condritin sulfato y hialuronato).

El tratamiento quirúrgico esta enfocado a detener la degeneración articular, disminuir cojera y prevenir cambios secundarios como ruptura de ligamento craneal cruzado, corvatura de fémur y tibia, discoespondilosis lumbar o cervical etc.

1 GRADO DE LUXACIÓN PATELAR

Mediante examen ortopédico determinar el grado de luxación.

Grado de luxación patelar	Evaluación al examen ortopédico a la manipulación
I	Ocurre cuando se aplica una presión ligera sobre la patela para desplazarla fuera de la corredera troclear femoral con el miembro en extensión. La reducción es espontánea al retirar la presión
II	El desplazamiento patelar se da de forma espontánea con reducción de igual forma. La patela permanece en su posición de reducción la mayoría del tiempo
III	Luxación patelar continua con reducción a posición normal secundaria a la manipulación
IV	Luxación patelar continua sin reducción a posición normal a pesar de la manipulación.

Grado I= cojea menos de dos veces al mes o raza miniatura puede dar tratamiento sin cirugía

Grado II= si hay cojera o es menor de 1 año de edad se recomienda cirugía para evitar que empeore con crecimiento y tienen buen pronóstico

Grado III= se recomienda cirugía en todos los casos. Los pacientes tienen buen pronóstico excepto los que presentan corvatura femoral, rotación de miembros pélvicos o corvatura de tibia que tienen tratamiento más complejo e invasivo con pronóstico reservado

Grado IV= requieren cirugía a menudo compleja con frecuentes complicaciones, pueden requerir dos cirugías o terminar en artrodesis de rodilla

2 EDAD DEL PACIENTE

En pacientes menores de seis meses la cirugía tiene más beneficios ya que previene de manera importante la corvatura del fémur y de la tibia de manera significativa.

En pacientes mayores de 1 año se recomienda cirugía pero ya no se previene corvatura de los huesos

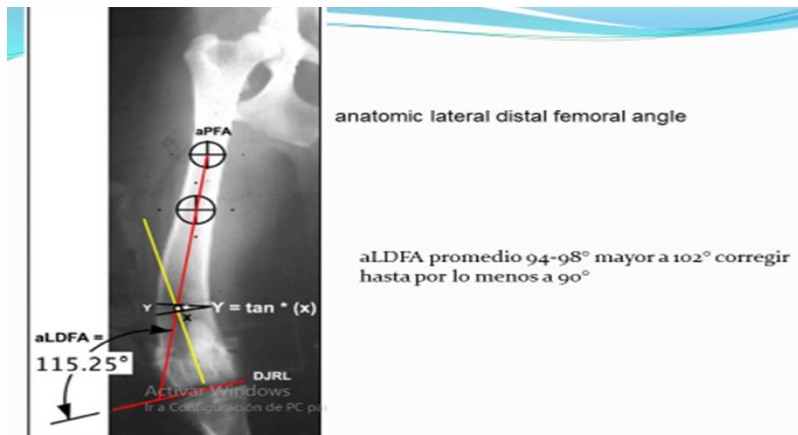
En pacientes gerontes se recomienda cirugía solo si hay signos clínicos y cojera importante, de lo contrario se recomienda más tratamiento condroprotector y control de peso sobre todo si hay enfermedades que aumenten el riesgo anestésico

3 CORVATURA DE FÉMUR Y TIBIA

Para pacientes con luxación grado III y IV se requiere evaluar en una radiografía ventrodorsal de cadera sin rotación con miembros pélvicos en extensión, que incluya desde acetábulo hasta tarso: corvatura de fémur y de tibia

Fémur:

En la diáfisis del fémur marcar dos puntos y trazar una línea que los una (línea aPFA), luego trazar una línea en los dos puntos más distales del cóndilo femoral (línea DJRL). Medir el ángulo aLDFA. Si el ángulo es mayor a 102° el paciente es candidato a osteotomía correctiva con placa y tornillos.



ejemplo: Se determina el ángulo de corvatura del fémur (anatomic distal femoral angle) cuyo valor normal es 94 a 98° grados y como valor máximo 102° . Para este paciente es de 118° (ángulo entre línea A y B).

Tibia: se trazan las líneas como en la ilustración y se miden los ángulos mediales si son mayores a 97° el paciente puede requerir osteotomía tibial correctiva

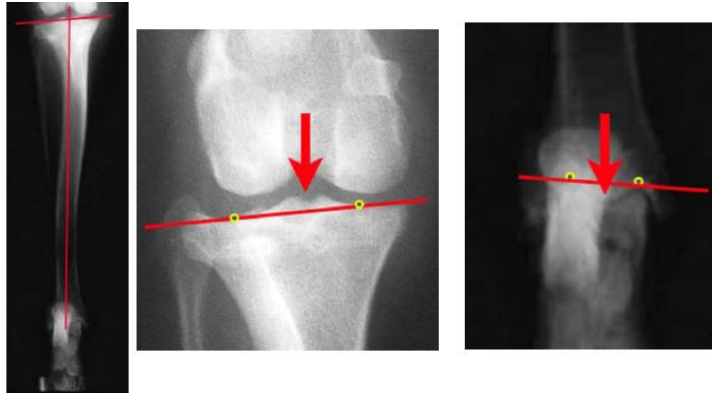
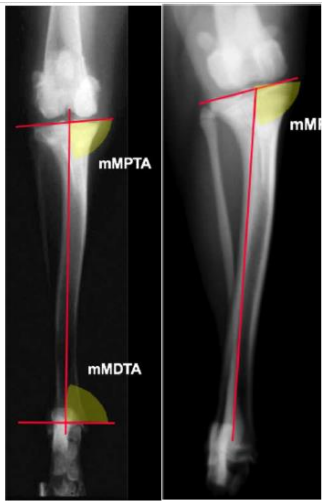


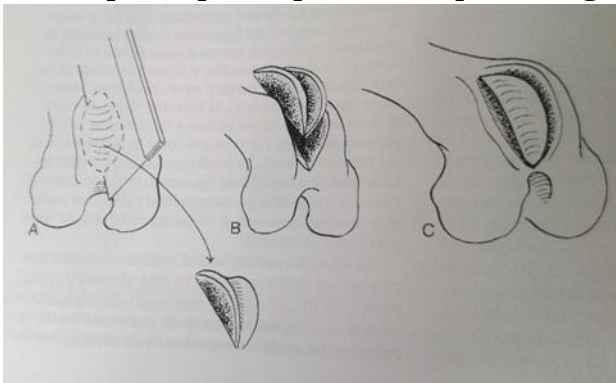
imagen izquierda normal

imagen derecha con varo (ángulo mayor a 97°)



PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

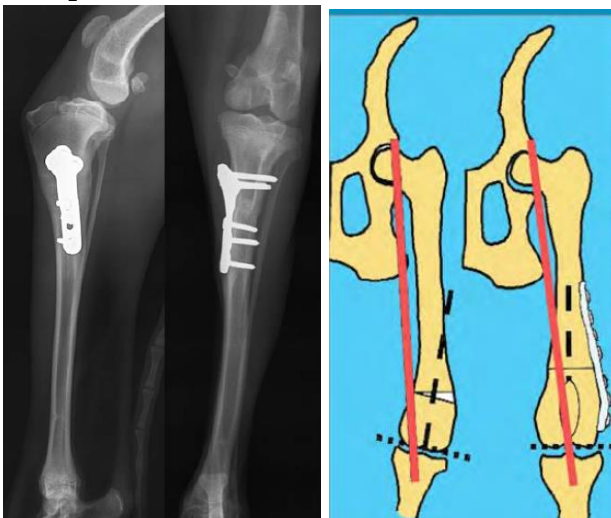
1 Trocleoplastia: hacer más profundo y ancho la corredera troclear del fémur para que la patela ocupe su lugar más fácilmente.



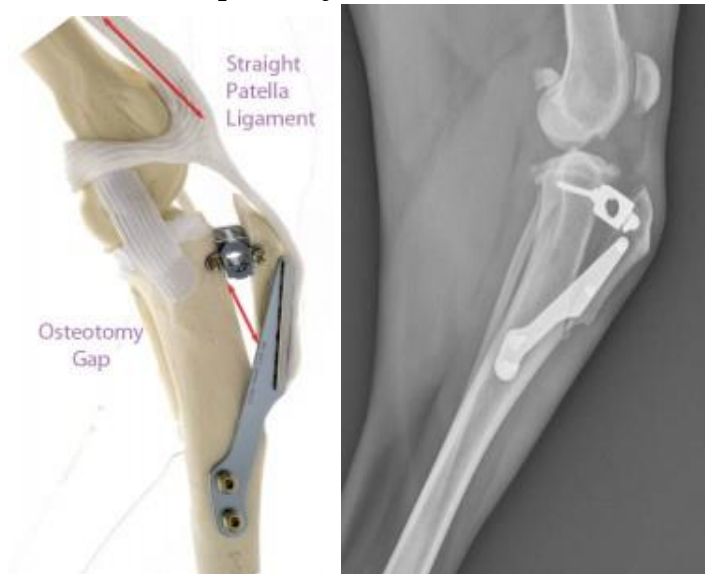
2 Transposición de tuberosidad tibial. Se corta la tuberosidad tibial se cambia de lugar para que el tendón patelar lleve la patela a su sitio y posteriormente la tuberosidad se fija con clavos y una banda de tensión en su nuevo sitio



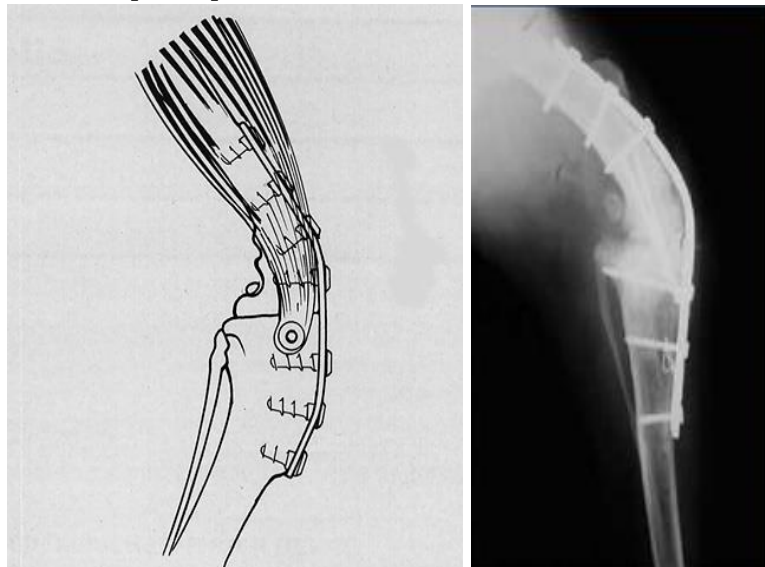
- 4 Osteotomía correctiva. Por medio de un corte en el hueso se corrigen angulaciones severas de la tibia o fémur. Posteriormente se estabiliza este corte con una placa y tornillos. Este procedimiento incrementa el costo por el uso de implantes, es más invasivo y es más probable que se presenten complicaciones.



- 5 TTA. Cranealización de tuberosidad tibial. Consiste en cortar la tuberosidad tibial y moverla hacia craneal y lateral con el fin de estabilizar la patela y sustituir la función del ligamento cruzado.



- 6 Artrodesis de rodilla. Es la última opción cuando hay degeneración articular severa o falla de cirugías anteriores o deformaciones tan severas que no permiten recuperar la función de la rodilla. SU OBJETIVO ES ELIMINAR DOLOR y fijar la rodilla de manera permanente para que el paciente pueda caminar. Aunque la función del miembro para caminar queda parcialmente limitada.



RESUMEN

Grado	Tratamiento	Pronóstico
I	Tratamiento médico o trocleoplastia simple	Bueno
II	Trocleoplastia y transposición de tuberosidad tibial	Bueno
III	Sin corvatura de fémur y tibia: transposición de tuberosidad tibial, trocleoplastia y tratamiento condroprotector Con corvatura de fémur o tibia: trocleoplastia y osteotomía correctiva con placa y tornillos	Bueno 10 al 20% de posibilidades de reincidir
IV	Osteotomía correctiva, trocleoplastia ó artrodesis con placa y tornillos	Regular, pueden requerir dos cirugías, complicaciones frecuentes
Complicado Con ligamento Craneal roto	Se realiza trocleoplastia y puede combinarse con técnica de sutura lateral para ligamento cruzado o con TTA, o solo tratar ligamento cruzado. Condroprotectores. Casos con deformidad de fémur se prefiere artrodesis	Reservado, varia con cronicidad y grado de luxación patelar