

LUXAÇÃO BILATERAL CONGÉNITA DO JOELHO. UM CASO CLÍNICO

CONGENITAL BILATERAL KNEE DISLOCATION. A CASE REPORT.

Mafalda de Noronha Lopes¹ Pedro Beckert²

RESUMO

A luxação congénita bilateral do joelho, é uma patologia rara. Quando ocorre associada a um síndrome polimalformativo e irreduzível com tratamento conservador, a sua abordagem e tratamento tornam-se um desafio terapêutico.

Reportamos um caso de um recém-nascido, do sexo feminino com cromossomopatia e patologia multiorgânica associada, com luxação grave bilateral do joelho. Foi submetida a tratamento conservador com imobilizações gessadas seriadas não se obtendo, contudo, a redução do joelho.

Optámos, posteriormente, por tratamento cirúrgico e realizámos redução aberta e alongamento do aparelho extensor com quadriceplastia V-Y de ambos os joelhos, obtendo-se uma redução estável.

O tratamento cirúrgico usado criteriosamente no caso de uma luxação grave do joelho, através do alongamento do aparelho extensor, foi um método eficaz, obtendo-se um joelho reduzido e estável, sem complicações no pós-operatório e com bons resultados funcionais.

Palavras-chave: Luxação do joelho; Anomalias congénitas múltiplas; Translocação genética;

ABSTRACT

Congenital knee dislocation is a rare condition. As a part of a syndrome with other malformities and irreducible by conservative means, the management and treatment options become a therapeutic challenge.

We report a case of a newborn female, with a chromosomal anomaly, with multiple malformations including bilateral congenital knee dislocation. Conservative treatment was unsuccessfully attempted with manipulation and serial casting.

We opted for surgical management with open reduction and lengthening of the extensor mechanism through a V-Y quadriceplasty. With surgical treatment we obtained stable and reduced knees.

The surgical treatment for an irreducible knee, using the quadriceps tendon lengthening was a successful option, with no complications registered. Both knees are reduced and stable with good functional results.

Keywords: Knee dislocation; Congenital abnormalities, Genetic translocation;

INTRODUÇÃO

A luxação congénita do joelho é uma patologia rara, com uma incidência estimada em aproximadamente 1% da incidência da displasia de desenvolvimento da anca (DDA). Está incluída no grupo das deformidades de hiperextensão do joelho¹.

Pode ocorrer de forma isolada, ou associada a outras deformidades do aparelho músculo-esquelético como a DDA e *talipes equinovarus* congénito, ou pode ocorrer como parte de um síndrome polimalformativo como a artrogripose multiplex congénita, síndrome de Larsen, Beals ou Ehlers-Danlos²⁻³.

Múltiplos factores foram propostos para a etiologia da luxação congénita do joelho, como posição fetal anómala⁴, que devido a patologia neuromuscular (e.g. artrogripose) ou estados de hiperlaxidez resultam em hiperextensão congénita e subsequente atrofia e fibrose do quadricípito crural⁵⁻⁶.

Na classificação proposta por Finder⁸, as deformidades de hiperextensão do joelho são divididas em graus de severi-

dade e irreduzibilidade progressivos, com ou sem associação a síndromes polimalformativos. Nos casos de luxação grave e irreduzível, a apresentação clínica geralmente é dramática e o diagnóstico é feito em geral, imediatamente após o nascimento.

Clinicamente os pés apresentam-se junto do ombro ou boca do recém-nascido e os côndilos femorais são palpáveis na fossa popliteia. O diagnóstico é complementado com estudo radiográfico com o estabelecimento da relação femoro-tibial e avaliação de eventuais desvios rotacionais⁷.

O tratamento preconizado pode ser conservador com imobilização gessada seriada ou cirúrgico com técnicas de alongamento do aparelho extensor.

CASO CLÍNICO

Recém nascido, sexo feminino, raça caucasiana. Gestação de 36 semanas, gravidez vigiada, parto por cesariana por

¹Interna de Formação Específica de Ortopedia e Traumatologia do Serviço de Ortopedia A do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora/Sintra

✉mnoronhalopes@gmail.com

²Assistente Graduado e Director de Serviço de Ortopedia A do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – Amadora/Sintra

apresentação pélvica. O estudo do cariotipo revelou uma cromossomopatia, nomeadamente uma translocação recíproca não balanceada^{10;15}.

A recém-nascida apresenta um síndrome polimalformativa com microcefalia, fenda palatina, laringomalácia, microrretrognatismo, escoliose e luxação bilateral dos joelhos.

À data da primeira observação era evidente uma deformidade bilateral dos joelhos, apresentando um grande *recurvatum*. Os côndilos femorais eram facilmente palpáveis na fossa poplíteia e não havia deformidades rotacionais aparentes. Eram visíveis pregas cutâneas transversais na superfície anterior do joelho.



Figura 1 - Luxação congênita do joelho, com côndilos femorais palpáveis na fossa poplíteia e pregas cutâneas transversais na face anterior do joelho

Os pés e ancas não apresentam deformidades aparentes.

O exame radiológico efectuado comprovou a luxação anterior da tibia em relação ao fémur.

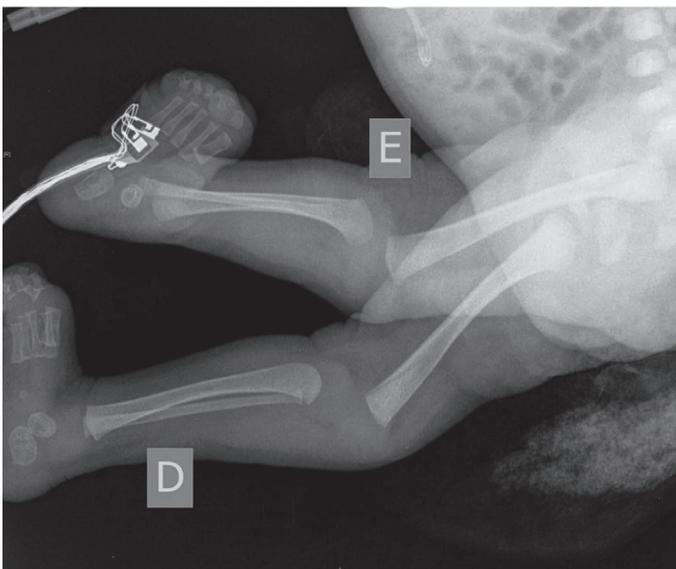


Figura 2 - Na avaliação radiográfica é evidente a luxação anterior da tibia em relação ao fémur bilateralmente

Dados os concomitantes problemas associados, optámos por tratamento conservador com manipulação passiva e imobilização gessada seriada, durante aproximadamente 3

meses, não se obtendo um bom resultado funcional. A irredutibilidade dos joelhos após manipulação e imobilização era evidente.

O tratamento cirúrgico planeado e executado foi redução aberta e quadríceplastia V-Y. Optou-se por correcção cirúrgica em dois tempos cirúrgicos distintos. O joelho esquerdo foi tratado cirurgicamente aos 13 meses e o joelho direito aos 18 meses. A via de abordagem foi para-rotuliana externa, verificando-se intra-operatoriamente atrofia e retracção do quadrícepíte, que se encontrava aderente aos planos profundos e uma rótula hipoplásica. Foi necessária a libertação da cápsula anterior em ambos os joelhos. A quadríceplastia V-Y foi realizada respeitando a continuidade do aparelho extensor e evitando descolamentos para minimizar o risco de necrose.



Figura 3 - Com o alongamento do aparelho extensor através de uma quadríceplastia V-Y, obtivemos joelhos reduzidos e estáveis

Após a quadríceplastia V-Y os joelhos reduzidos foram imobilizados com gessos em flexão de 50º cruropodálicos.

A imobilização manteve-se por um período de 6 semanas, tendo o pós-operatório decorrido sem complicações

A doente encontra-se actualmente com cerca de 12 meses de *follow up*, com joelhos reduzidos e estáveis.



Figura 4 - Aos 12 meses de follow up os joelhos encontram-se reduzidos e estáveis

DISCUSSÃO

A luxação congénita do joelho é uma patologia rara, descrita pela primeira vez em 1922 e pode estar associada a outras malformações congénitas⁹. O tratamento conservador com manipulação e imobilização gessada seriada é eficaz para casos de hiperextensão dos joelhos ligeira¹⁰. No entanto, os casos de luxação anterior do joelho associados a síndromes polimalformativas ocorrem associados com patologias neuromusculares ou de hiperlaxidez ligamentar^{1,10}.

O tratamento cirúrgico é preconizado para os casos refractários a tratamento conservador¹⁻³. O alongamento do aparelho extensor tem sido associado a bons resultados funcionais a longo prazo. Dada a extensa exposição necessária para a abordagem cirúrgica correcta, as complicações mais frequentes são complicações da ferida cirúrgica, nomeadamente a deiscência da sutura e atrasos de cicatrização com retracção cicatricial e fibrose secundária^{7,10}.

O prognóstico funcional a longo prazo depende, funda-

mentalmente, das comorbilidades presentes^{7,9}.

No caso descrito, a irredutibilidade da luxação dos joelhos por método conservador, foi o ponto decisor para se avançar para o tratamento cirúrgico. O alongamento do aparelho extensor que se encontrava atrofiado e retraído através de uma quadriceplastia V-Y, foi um método eficaz. A abordagem escolhida permitiu uma boa exposição dos tecidos e procurou evitar-se descolamentos desnecessários para evitar complicações na cicatrização. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e actualmente a doente encontra-se com ambos os joelhos reduzidos e estáveis. Dadas as comorbilidades concomitantes, o prognóstico funcional a longo prazo depende não só da manutenção da estabilidade anatómica dos joelhos, mas também do correcto equilíbrio neuromuscular da doente.

BIBLIOGRAFIA

1. Jacobsen K, Vopalecky F. Congenital dislocation of the knee. *Acta Orthop Scand.* 1985;56:1-7
2. Bensahel H, Dal Monte A, Hjelmstedt A, Bjerkreim I, Wientroub S, Matasovic T, et al. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop* 1989; 9:174-177
3. Johnson E, Audell R, Oppenheim L. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop* 1987; 7:194-200
4. Haga N, Nakamura S, Sakaguchi R, Yanagisako Y, Taniguchi K, Iwaya T. Congenital dislocation of the knee reduced spontaneously or with minimal treatment. *J Pediatr Orthop.* 1997;17:59-62
5. Laurence M. Genu recurvatum congenitum. *J Bone Joint Surg Br* 1967;49:121-134
6. Uthoff HK, Ogata S. Early intrauterine presence of congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1994;14:254-257
7. Curtis BH, Fisher RL. Congenital hyperextension with anterior subluxation of the knee: surgical treatment and long-term observations. *J Bone Joint Surg Am.* 1969;51:255-269.
8. Finder JG. Congenital hyperextension of the knee. *J Bone Joint Surg (Br)* 1964;46:783
9. Fernández-Palazzi F, Silva JR. Congenital dislocation of the knee. *Int Orthop* 1990; 14:17-19.
10. Curtis BH, Fisher RL. Heritable congenital tibiofemoral subluxation: clinical features and surgical treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 1970;52:1104-1114