

Reconstrucción de una rotura crónica del tendón patelar con injerto autólogo de tendones isquiotibiales: Técnica quirúrgica y resultados funcionales

Tkachuk,O. | Osório, T. | Lemos, J.| Magalhães, M. | Ramos, A.
Servicio de Traumatología y Ortopedia del Unidade Local da Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal

Introducción:

Las roturas crónicas del tendón patelar son condiciones raras y desafiantes. Generalmente ocurren como resultado de una rotura del tendón patelar descuidada, lo que produce retracción del tejido, baja calidad del tendón remanente y atrofia delcuádriceps con elevación de la rótula.

Presentación del caso:



Paciente de 45 años
Sexo masculino

Acude a consulta 15 meses después de traumatismo en la rodilla: dolor en la rodilla y con marcha apoyo de dos muletas



EO: arco de movilidad pasiva completo y una limitación en la extensión activa de 40°.



Radiografía de perfil: índice de Insall-Salvati: 2,2




Figura 1 - Radiografía prequirúrgica

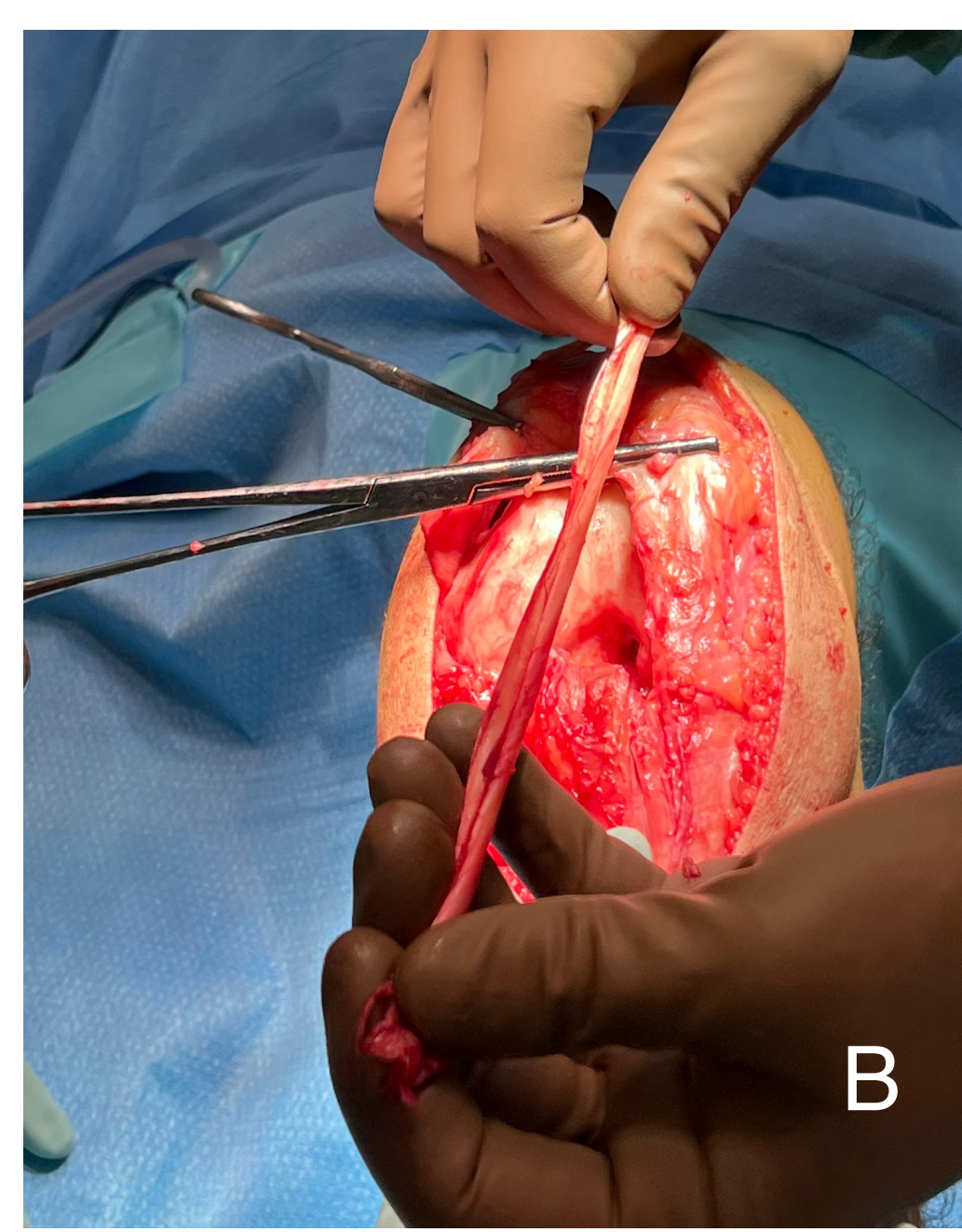
Rotura crónica del tendón patelar

El paciente fue sometido a una reconstrucción del tendón patelar con tendones isquiotibiales

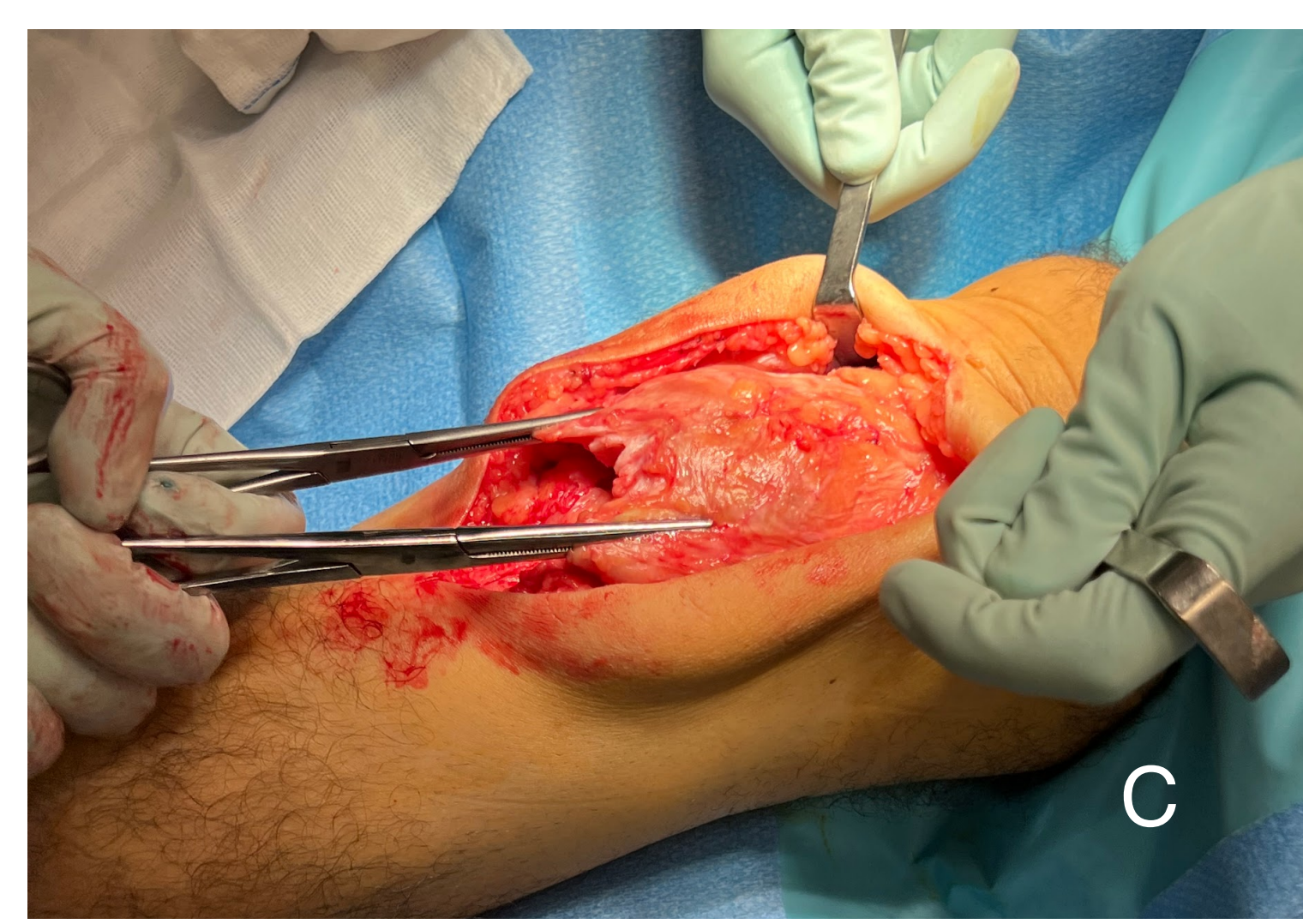
Técnica quirúrgica:



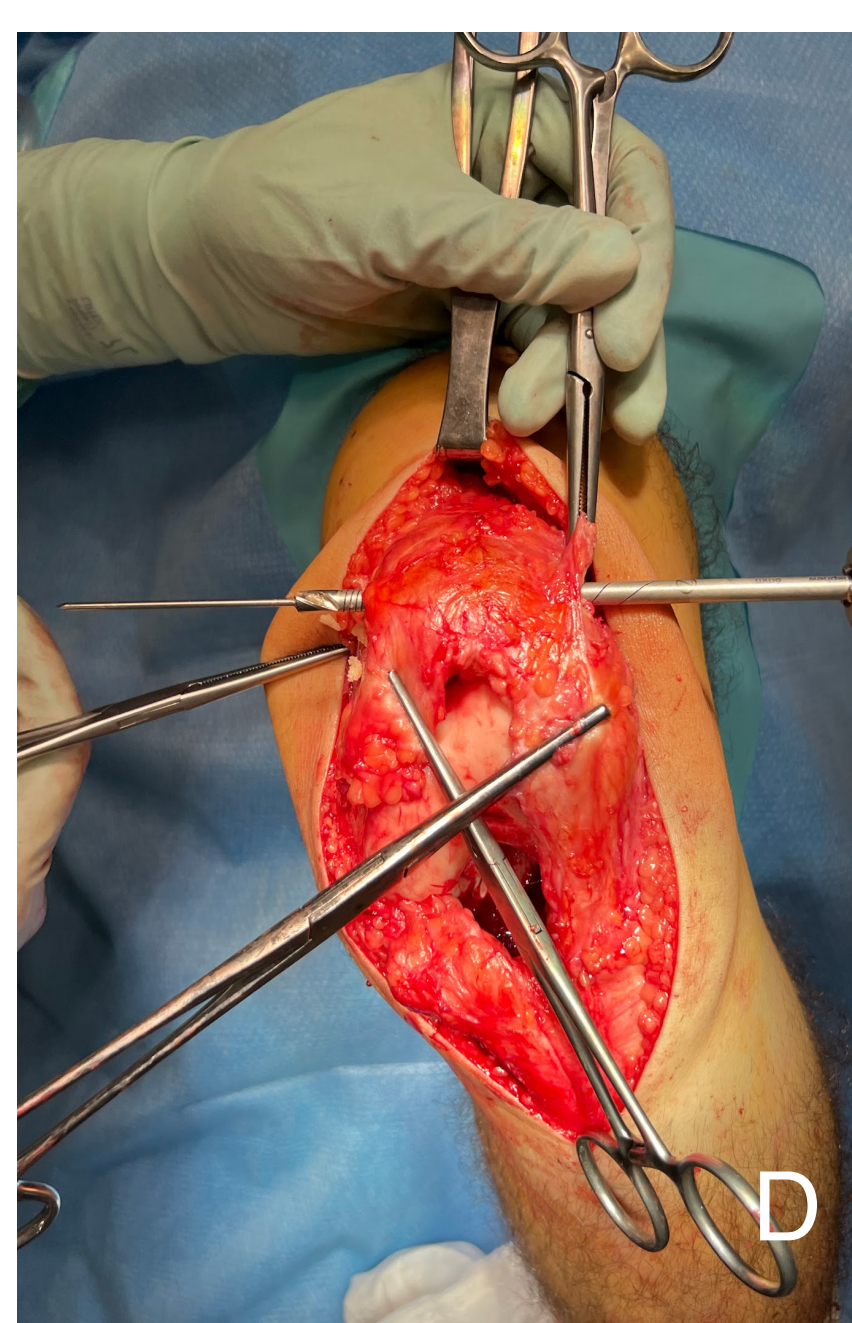
A



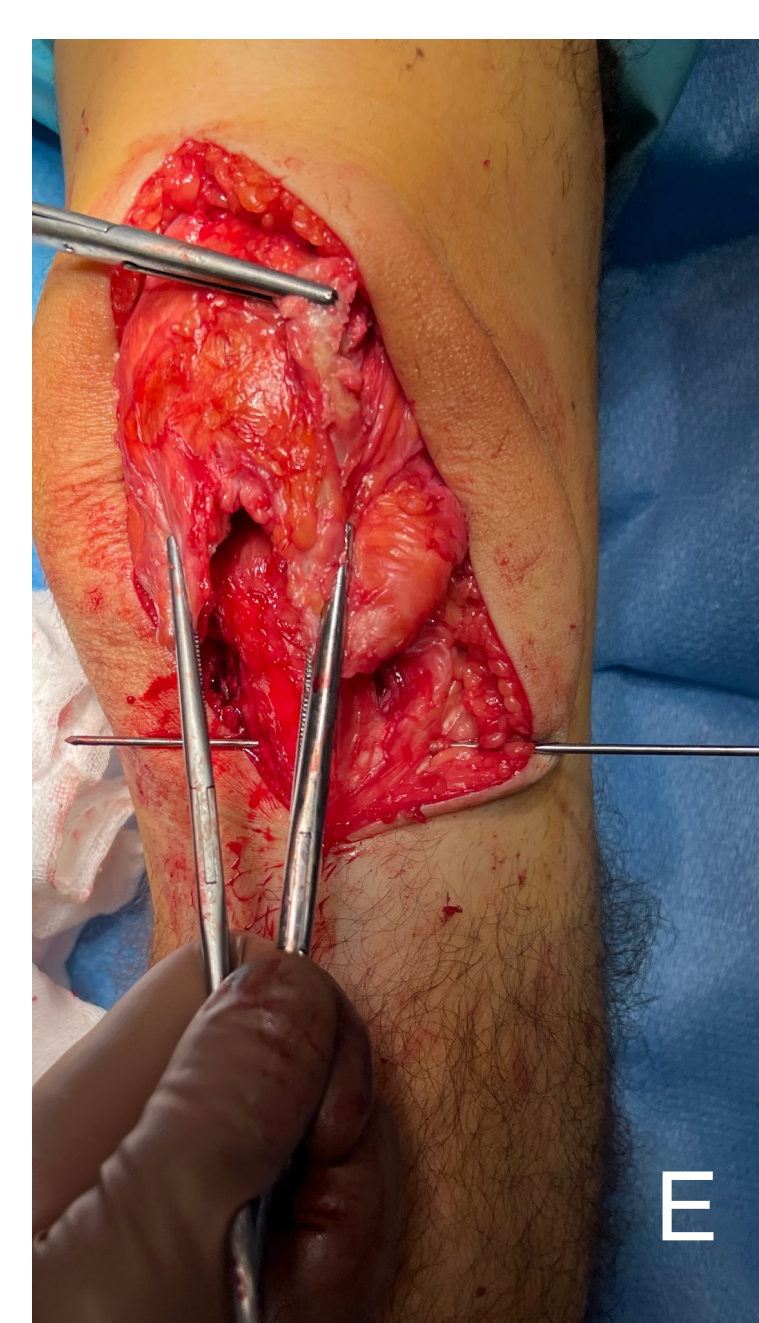
B



C




D




E


A- Incisión mediana en la rodilla, identificación de la rotura del tendón rotuliano (muñón del tendón). B- Extracción de los tendones de los músculos Grácil y Semitendinoso, con medición del diámetro; C- Liberación del retináculo rotuliano y cuádriceplastia con "pie crusting"; D y E- Creación de túneles en la rótula (tercio medio) y en la tuberosidad de la tibia.




F




G



H



I



J

F - Colocación del autoinjerto en los túneles; G - Ligamentorrafia del tendón rotuliano con 3 suturas transóseas con hilos de alta resistencia; H y I - Confirmación intraoperatoria de la posición del polo inferior de la rótula a 30 grados de flexión de la rodilla; el autoinjerto se fija con un tornillo de ácido poliláctico (PLA) en la tibia; J - Imagen final con la rótula en posición anatómica.

Resultados:

Empezó movilización activa de inmediato. La carga se aumentó gradualmente a las 6 semanas. A los 8 meses: recuperación completa de la fuerza muscular del cuádriceps (5/5) y una recuperación total de la extensión activa de la rodilla (Figura 3). En la escala KOOS, obtuvo un 78% y en la escala EVA un 1. Retornou a sus actividades diarias sin limitaciones.

Conclusiones:

Una técnica quirúrgica segura y efectiva en el tratamiento de esta lesión. Además, esta técnica posibilitó una movilización temprana de la articulación, lo que contribuyó a una recuperación más rápida.

Referencias:



Figura 2 - Radiografía postquirúrgica



Figura 3 - Extensión activa de la rodilla izquierda