

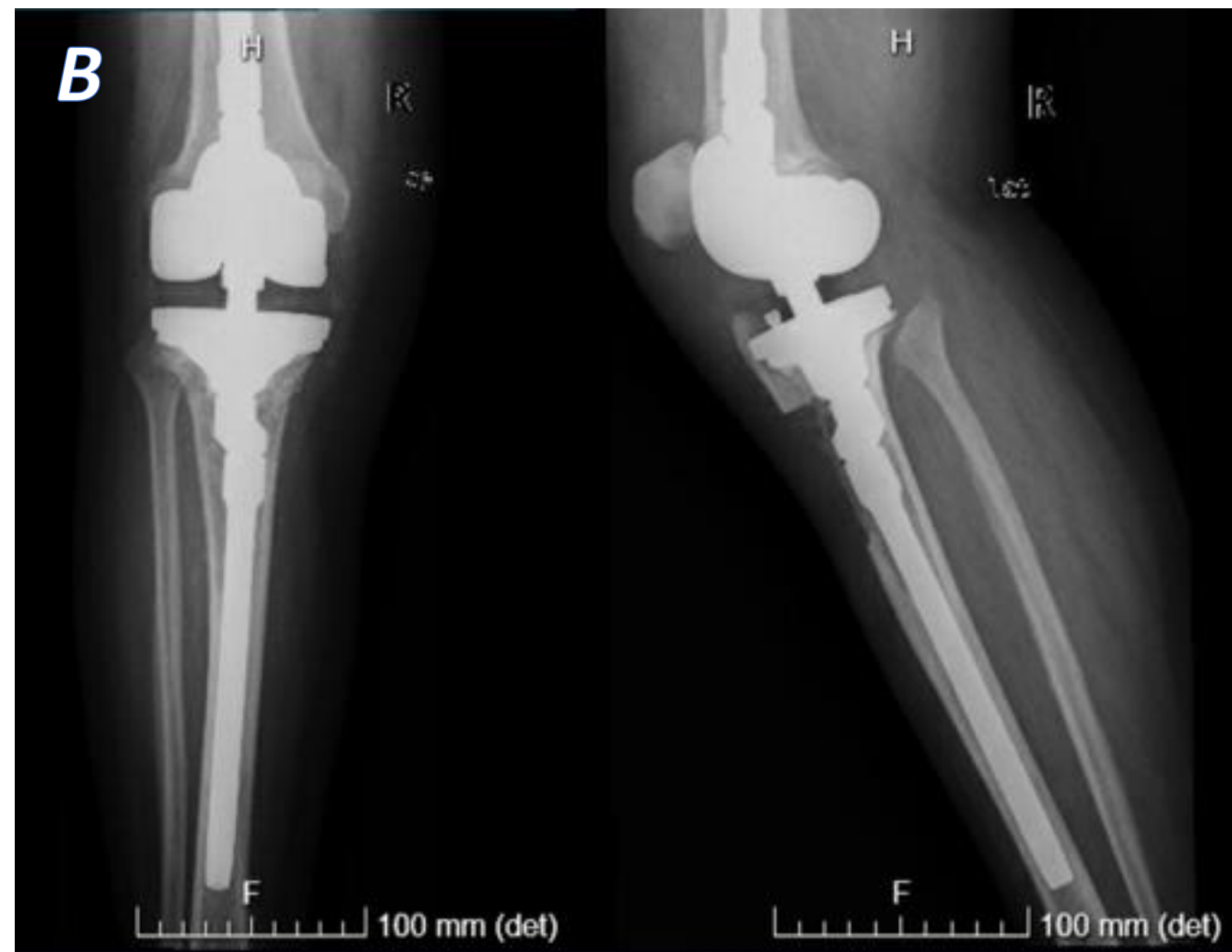
INTRODUCCIÓN

La disrupción del aparato extensor es una complicación devastadora tras la cirugía protésica de rodilla. El **aloinjerto fresco congelado** (rótula y las uniones músculo-tendinosas peri-patelares) es una opción para la reconstrucción eficaz del mecanismo extensor. No es una alternativa exenta de complicaciones. **Presentamos un caso de rescate de un primer trasplante fracasado de aparato extensor.**

MATERIAL Y MÉTODO

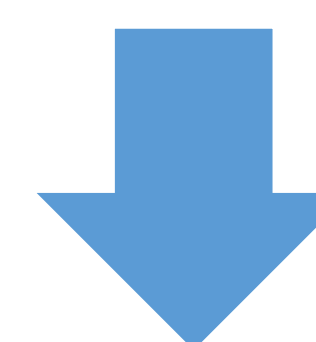
Paciente de 68 años remitida a nuestra Unidad tras múltiples cirugías de rodilla. Portadora de implante de rescate con severa limitación de la movilidad con un balance articular de 0°/0°/20°. Se decide el rescate con charnela rotacional. Pese a la cuádricepsplastia de Judet y a una osteotomía de la TTA, el aparato extensor impide un BA aceptable, por lo que se opta por la exéresis del mecanismo extensor de la paciente y por el trasplante de aloinjerto (según técnica de Burnett) en un segundo tiempo. Anclaje precario tibial con suturas de alta resistencia por defecto en la cara anterior.

RESULTADOS



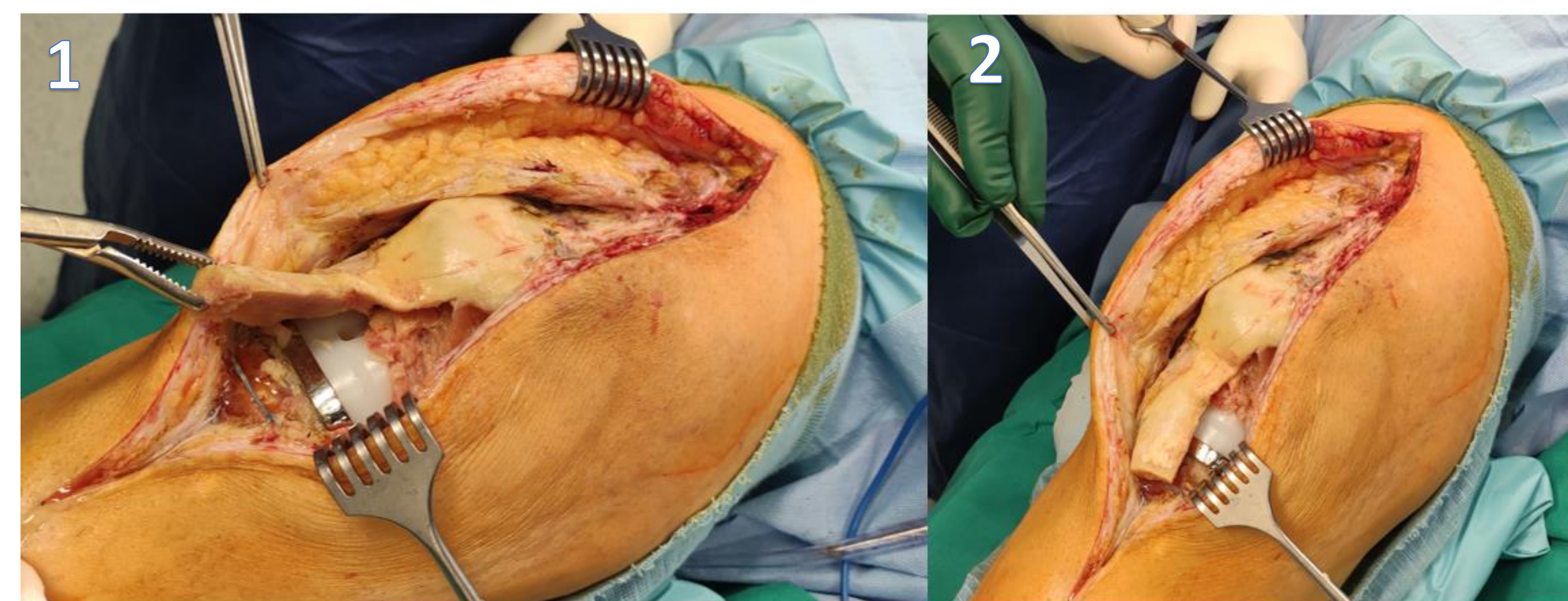
Tras 12 semanas de descarga e inmovilización en extensión, se inicia la rehabilitación.

(Imagen A: control radiológico postquirúrgico)

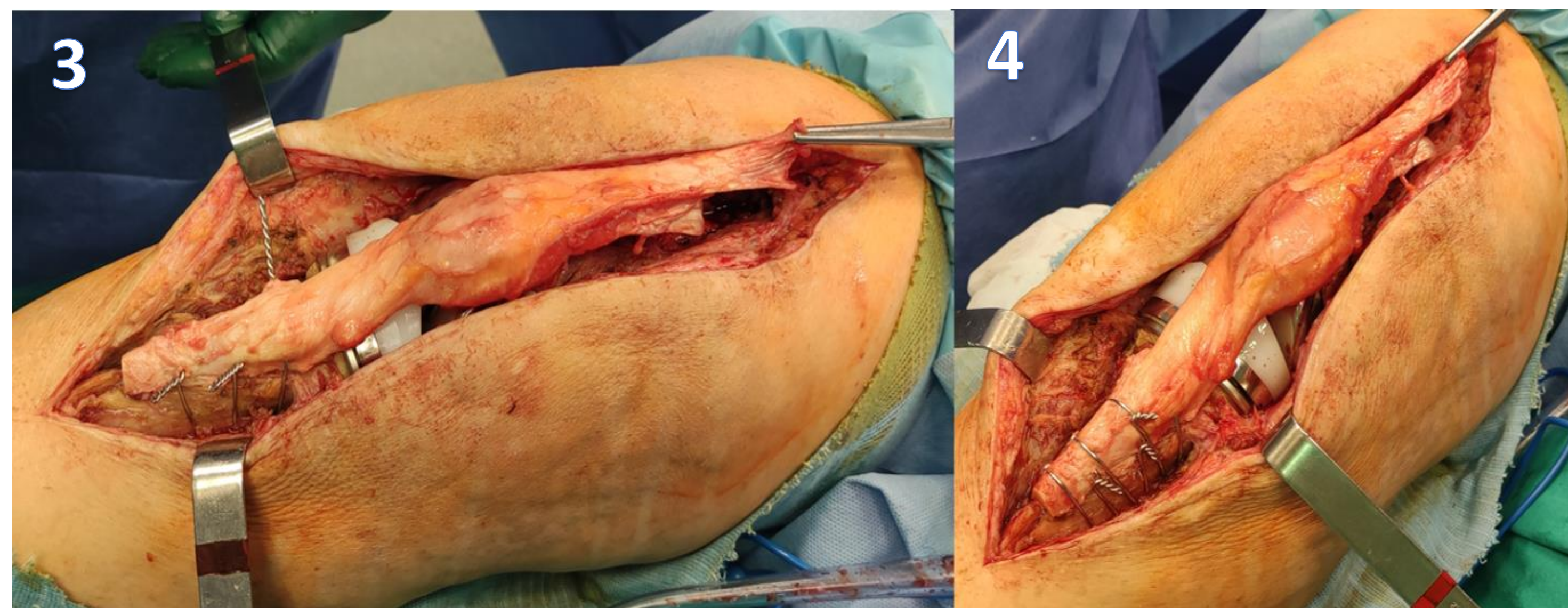


Cuatro semanas más tarde, se observa la falta de extensión activa, junto con el ascenso de la pastilla ósea tibial por cortedad del neo-aparato extensor.

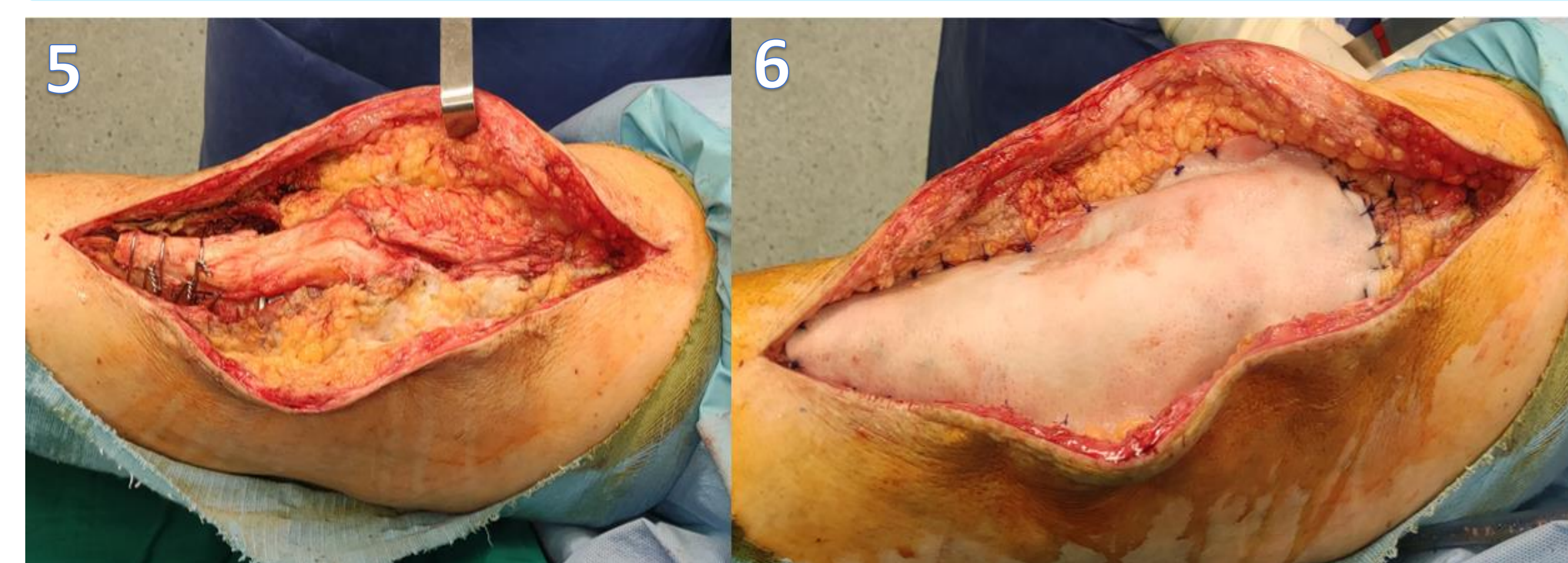
(Imagen B: Control radiológico tras rehabilitación durante 4 semanas)



Se decide la reintervención con exéresis del injerto previo. En las imágenes intraoperatorias se observa el fracaso de la síntesis de la pastilla ósea tibial (Imagen 1) con buena integración de la sutura proximal del tendón cuádriceps (Imagen 2).



Nuevo aloinjerto de aparato extensor, reinsertándose, en esta ocasión la tuberosidad tibial anterior con cerclajes alámbricos que abrazan la tibia en su totalidad (Imágenes 3 y 4).



Para promover la cicatrización y el ambiente correcto para la integración, se coloca malla de sustituto biológico de matriz dérmica acelular porcina no reticulada (Imagen 6) para promover la neovascularización y cierre primario.



Control
Radiológico
Postquirúrgico

Tres meses post-cirugía, la paciente ha iniciado rehabilitación, con competencia del neo-aparato extensor, y sin complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIÓN

La cirugía de trasplante del aparato extensor no está exenta de complicaciones. Repetir el trasplante es posible, para evitar las severas limitaciones funcionales que comporta la ausencia de mecanismo extensor. **La artrodesis no es siempre la única solución.**

BIBLIOGRAFÍA

1. De Franco C, de Matteo V, Lenzi M, Marano E, Festa E, Bernasconi A, et al. The active knee extension after extensor mechanism reconstruction using allograft is not influenced by "early mobilization": a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res 2022;17:153.
2. Burnett SJ, Berger RA, Della Valle CJ, Sporer SM, Jacobs JJ, Paprosky WG, et al. Extensor mechanism allograft reconstruction after total knee arthroplasty: Surgical technique. J Bone Joint Surg Am 2005;87:175–94.
3. Weintraub MT, Bailey Terhune E, Serino J 3rd, Della Valle E, Della Valle CJ. High rate of failure after revision extensor mechanism allograft reconstruction. Knee 2023;42:181–5. .

evafernandezdiaz10@gmail.com