

RECONSTRUCCIÓN DE APARATO EXTENSOR CON ALOINJERTO ESTRUCTURADO SOBRE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

Viadel Ortiz, Marian; Fernández García, Ernesto.

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira

INTRODUCCIÓN

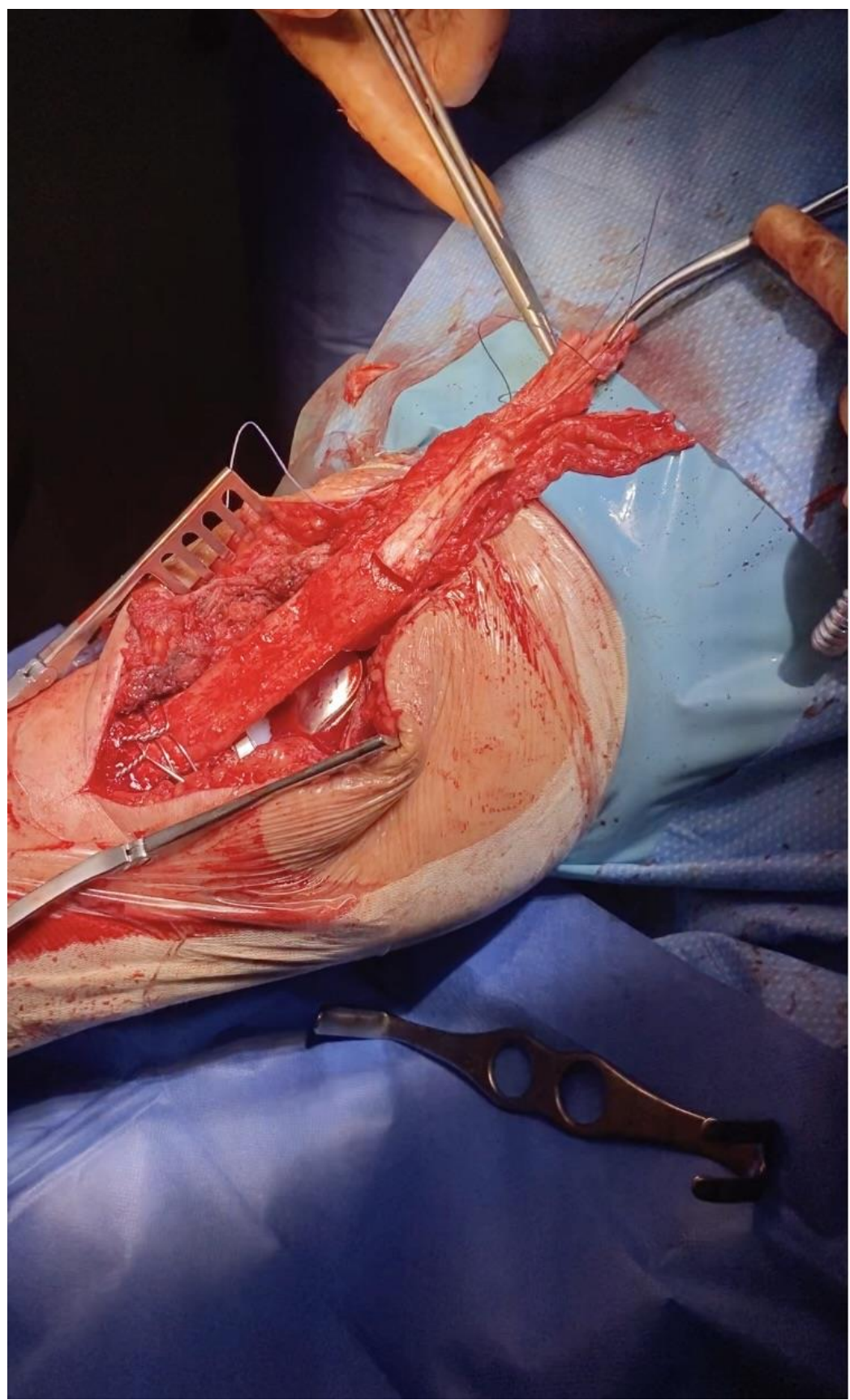
- La rotura de aparato de extensor sobre una prótesis de rodilla es una complicación con mal pronóstico.
- La alteración de la vascularización, deterioro de los tejidos y posicionamiento de los componentes protésicos implican un elevado riesgo de fracaso de las técnicas de reparación.
- Se han descrito varias técnicas, entre ellas el aloinjerto de aparato extensor , cuyo objetivo es recuperar la funcionalidad y evitar una posible artrodesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 70 años intervenida de prótesis total de rodilla derecha, consiguiendo movilidad completa. Un año después, acude a consulta por dolor y limitación para extensión tras caída, diagnosticándose una rotura de tendón cuadricipital. Se realiza una reparación mediante plastia V-Y con refuerzo y aloinjerto de tendón de Aquiles, con buen resultado funcional. A los siete meses inicia de forma progresiva una claudicación a la extensión, visualizándose una patela ínfera. Tras la rerotura de cuádriceps se decide reparación mediante un aloinjerto estructurado de aparato extensor.

RESULTADOS

Recambiamos la prótesis primaria e insertamos los componentes de prueba de la prótesis de revisión. Mientras descongelamos el aloinjerto, se realiza la osteotomía de la TTA; tallamos la pastilla tibial del aloinjerto, adaptándola al lecho y se fija con alambres. Se colocan los componentes definitivos, tensando el injerto con extensión de -10° . Procedemos a la anastomosis del cuádriceps, con plastia en 8, sutura y refuerzo de malla de colágeno. Se mantiene una ortesis en extensión durante 8 semanas, iniciando la rehabilitación de forma progresiva. A los 6 meses , la paciente mantiene extensión completa y KSS 79.



CONCLUSIONES

- El aloinjerto de aparato extensor nos permite restablecer la función de la rodilla sustituyendo las estructuras nativas degeneradas tras cirugías recurrentes.
- Tensar la plastia en extensión entre 0° - 10° mejora los resultados respecto a hacerlo en flexión.
- Se debe respetar el tiempo de inmovilización con férula rígida, ya que la movilización precoz implica un incremento del riesgo de rerotura.
- Debemos realizar la cirugía y seguimiento del paciente de forma meticulosa, dado el elevado riesgo de fracaso.