

“SEVERA ARTROFIBROSIS DE RODILLA POR SECUELA DE FRACTURA DE RÓTULA COMPLICADA CON REFRACTURA. A PROPÓSITO DE UN CASO”

Gil Pascual R, Moreno Arroyo A, Montero Páez B, Martínez Sánchez A.

Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)



Introducción y objetivos

- La reducción abierta y fijación interna de las fracturas de rótula por lo general conduce a buenos resultados. Sin embargo, existe la posibilidad de complicaciones quirúrgicas como pseudoartrosis, infección, artritis postraumática, artrofibrosis, intolerancia material osteosíntesis e insuficiencia del mecanismo extensor. Cuando surgen complicaciones, a menudo surgen técnicas reconstructivas avanzadas para un manejo exitoso.

Resultados

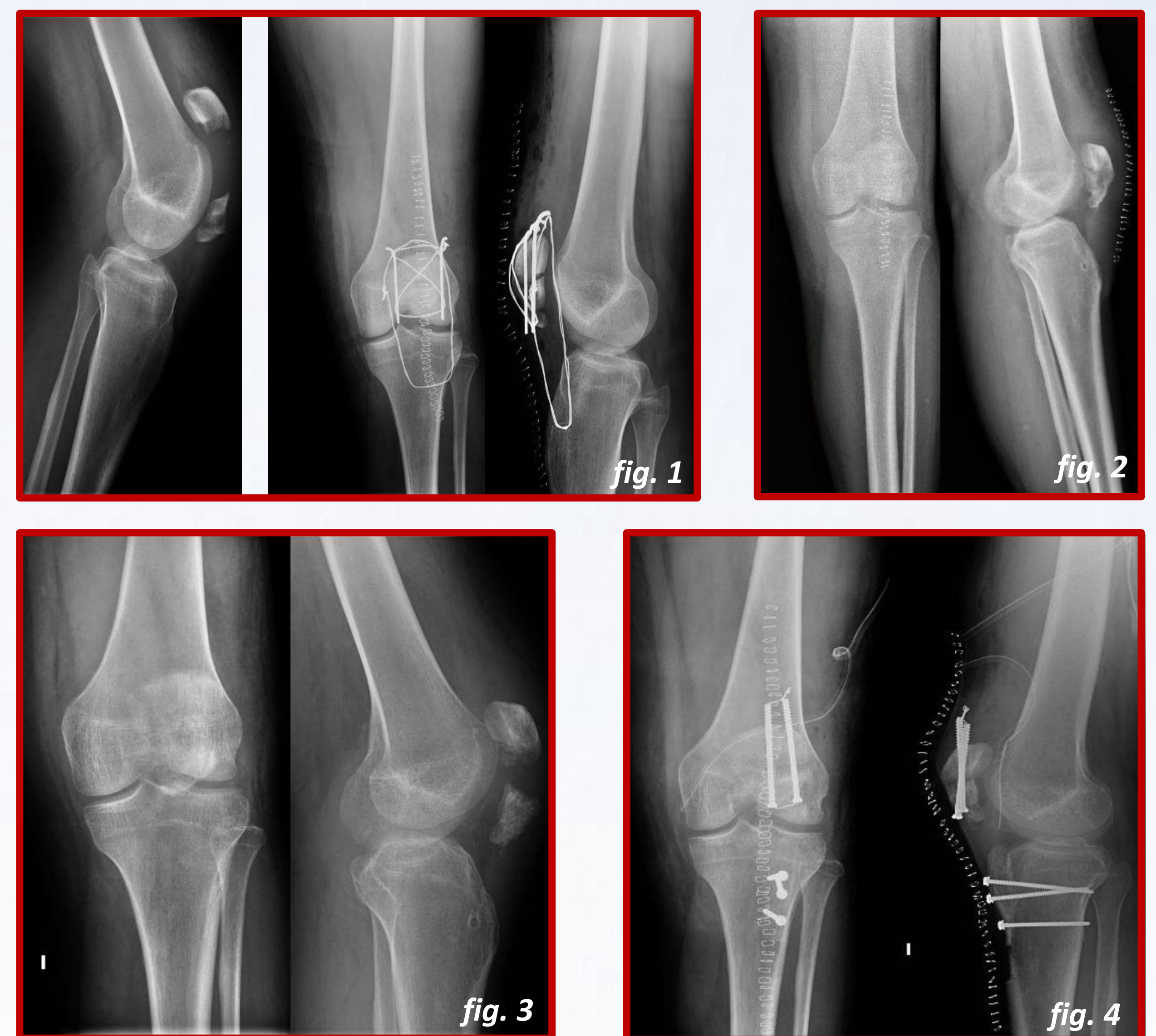
- Tras permanecer con carga parcial y restricción de movilidad a 45° el primer mes y con tratamiento fisioterapéutico intensivo, a los cinco meses el paciente presenta un balance articular de 0-100° y realiza carga completa sin dolor. Radiográficamente la refractura de rótula parece consolidada.
- El paciente aunque no tiene un BA completo está contento con los resultados dada la gran mejoría tras la osteotomía de elevación de la rótula.

Conclusiones

- La pérdida de la amplitud de movimiento de la rodilla es una complicación establecida de la fractura de rótula, no siendo tan frecuente la artrofibrosis severa.
- Entre las opciones terapéuticas se encuentran la manipulación bajo anestesia, la lisis artroscópica de las adherencias de la rodilla y la artrolisis abiertas en caso de ser insuficiente lo anterior. Como procedimientos de rescate se encuentran la osteotomía de ascenso de la tuberosidad tibial anterior para tratamiento de la rótula baja persistente.

Material y metodología

- Varón de 30 años intervenido de fractura tercio inferior de rótula mediante reducción abierta y fijación con cerclaje de alambre y marco de descarga con alambre del tendón rotuliano (fig.1). A los 5 meses el paciente presentaba un balance articular (BA) de 0-20° ya sin marco de descarga, por lo que se realiza la extracción del material de osteosíntesis y una artrolisis abierta, observándose gran componente de fibrosis articular y extraarticular. (fig.2)
- A los 2 meses, mientras realizaba manipulaciones en fisioterapia para ampliar el BA sufre una refractura (fig. 3). Ante esta situación, con un BA de 0-45° pese a la fractura de rótula y con una patela baja se decide realizar una cirugía de rescate agresiva. Se procede a realizar nueva artrolisis abierta, reosteosíntesis con tornillos canulados y cerclaje circunferencial de rótula previa, cruentación de superficies óseas y osteotomía de ascenso de 2.5cm de tuberosidad tibial anterior (fig. 4).



Bibliografía

- Lee DR, Therrien E, Song BM, Camp CL, Krych AJ, Stuart MJ, Abdel MP, Levy BA. Arthrofibrosis Nightmares: Prevention and Management Strategies. Sports Med Arthrosc Rev. 2022 Mar 1;30(1):29-41
- Petrie J, Sassoon A, Langford J. Complications of patellar fracture repair: treatment and results. J Knee Surg. 2013 Oct;26(5):309-12.
- Jagodzinski M, Traut P. Operative Therapie der Arthrofibrose des Kniegelenks [Surgical treatment of arthrofibrosis of the knee joint]. Unfallchirurgie (Heidelb). 2022 Nov;125(11):856-861