

ALOINJERTO MASIVO DE APARATO EXTENSOR TRAS PRÓTESIS DE RESCATE DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO



Martínez-Fons Delgado P, Barrena Sánchez P, Pereira Mosquera E.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y objetivos

La rotura del aparato extensor en pacientes sometidos a técnicas de sustitución protésica de la rodilla, es una complicación infrecuente pero muy invalidante. Muchos tratamientos se han descrito desde la sutura simple hasta el aloinjerto. El uso de un aloinjerto completo de aparato extensor (tuberosidad tibial, tendón rotuliano, rótula y tendón cuadriceps) es una técnica poco común y complicada técnicamente, que presenta resultados aceptables. Se describe en este póster un caso clínico en el que se aplica la técnica quirúrgica del aloinjerto masivo de aparato extensor de rodilla tras una prótesis de rescate de rodilla

Material y Métodos

Paciente de 56 años que tras múltiples intervenciones en su rodilla D por infección crónica de artroplastia de rodilla por staphylococcus aureus y rigidez de rodilla, con un balance articular muy limitado, se realiza rescate en dos tiempos con megaprótesis de rodilla tipo, resultando un balance articular 0-40º. En postoperatorio inmediato (primer mes), tras una caída, sufre una dehiscencia de la herida quirúrgica y un arrancamiento del tendón rotuliano. Ante tal caso y con los antecedentes y problemas para la cobertura de la megaprótesis, sobre todo del componente tibial, se decide reintervención, realizando aloinjerto masivo de aparato extensor y colgajo de gemelo interno para realizar reconstrucción del aparato extensor y conseguir cobertura de la megaprótesis. Mediante abordaje pararrotuliano medial ampliado, se realiza liberación de vasto medial y vasto lateral y amplia liberación de tejidos fibróticos y exéresis de aparato extensor de rodilla fibrosado, incompetente e insuficiente. Se realiza aloinjerto masivo de aparato extensor fijando distalmente pastilla ósea de la tuberosidad tibial anterior mediante 3 tornillos divergentes de cortical, perivástago tibial de 3.5mm y proximalmente, mediante sutura tipo Crackow, se sutura aloinjerto del tendón cuadriceps a vasto medial y vasto lateral. Se realiza prototización de la rótula del aloinjerto. Se realiza cobertura del defecto cutáneo que deja expuesta la metafisis tibial y la tuberosidad anterior de la tibia mediante colgajo de gemelo interno realizado por el servicio de Cirugía Plástica. Tras la intervención quirúrgica se inmoviliza el miembro durante 3 semanas tras la cuál el paciente comienza ejercicios de movilidad y la carga.



Resultados

Tras 2 meses de seguimiento el paciente sufre una caída tras no cumplir el tratamiento con ortesis de rodilla. El resultado de esta caída fue una dehiscencia de la herida quirúrgica y del tendón rotuliano del aloinjerto de aparato extensor. Tras esta complicación, se decide en sesión clínica, artrodesis de rodilla izquierda tras fracaso del aloinjerto del aparato extensor.

Conclusiones

La técnica quirúrgica de reconstrucción del aparato extensor mediante aloinjerto se demostró una técnica segura y reproducible en casos de insuficiencia de tendón rotuliano y/o cuadriceps con grandes defectos en la rodilla, pero es una técnica no exenta de complicaciones, con una alta tasa de morbilidad. La solución debe estar bien estudiada, evaluando las condiciones locales, especialmente las partes blandas y las condiciones cutáneas ya que es una técnica quirúrgica cuyo resultado dependerá en gran parte del estado de los tejidos de la rodilla.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA