

AUMENTACIÓN CON AUTOINJERTO DE PATA DE GANSO PARA RECONSTRUCCIÓN DE RE-ROTURA DE TENDÓN ROTULIANO

José García Carrasco, Raquel Otero Suárez, Alberto Arnanz Remis, Marta Baruque Astruga, Carmen González Alonso

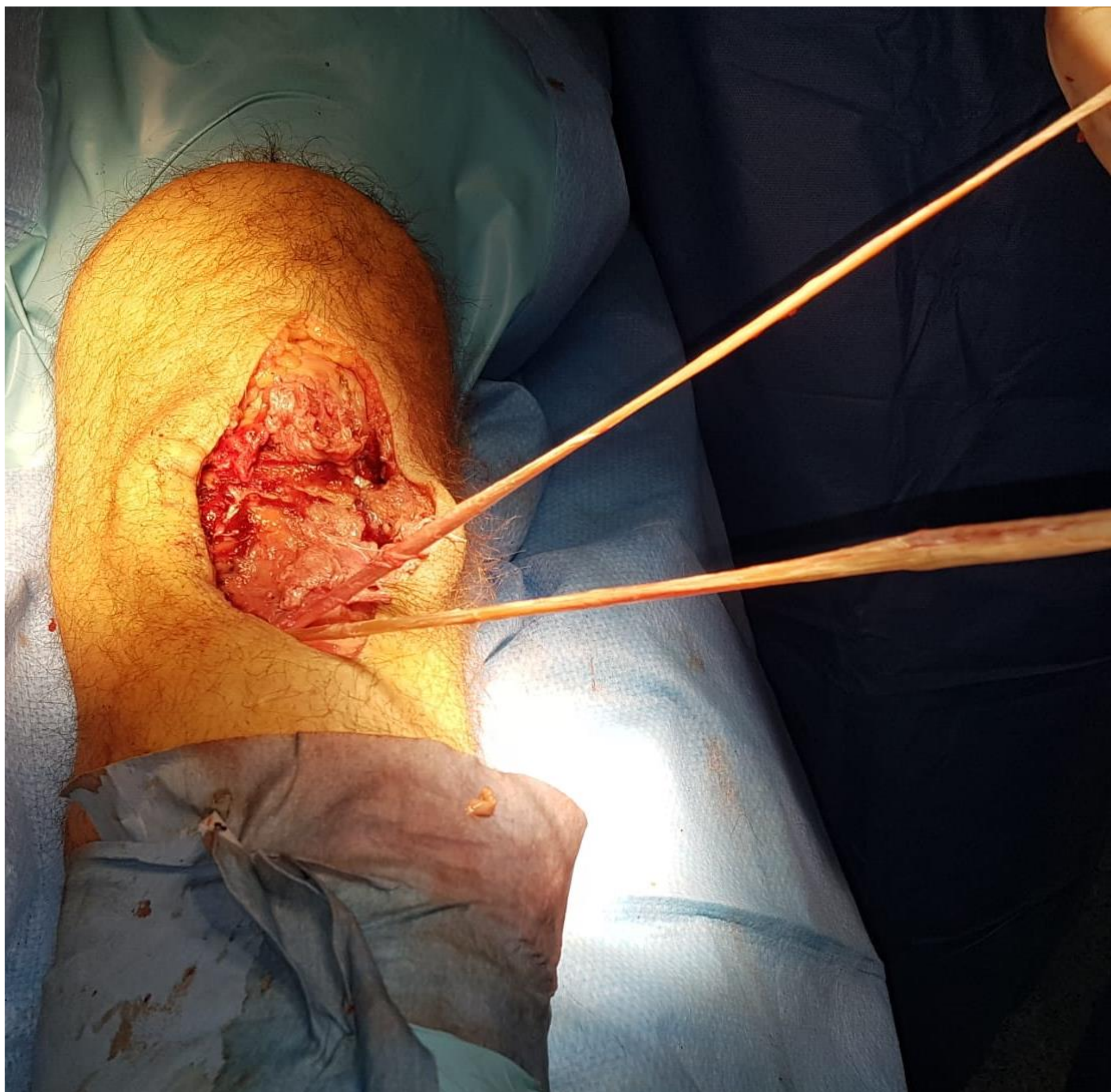
EL CASO:

Presentamos un caso de re-rotura de tendón rotuliano, sin factores predisponentes, intervenido mediante aumentación con autoinjerto.

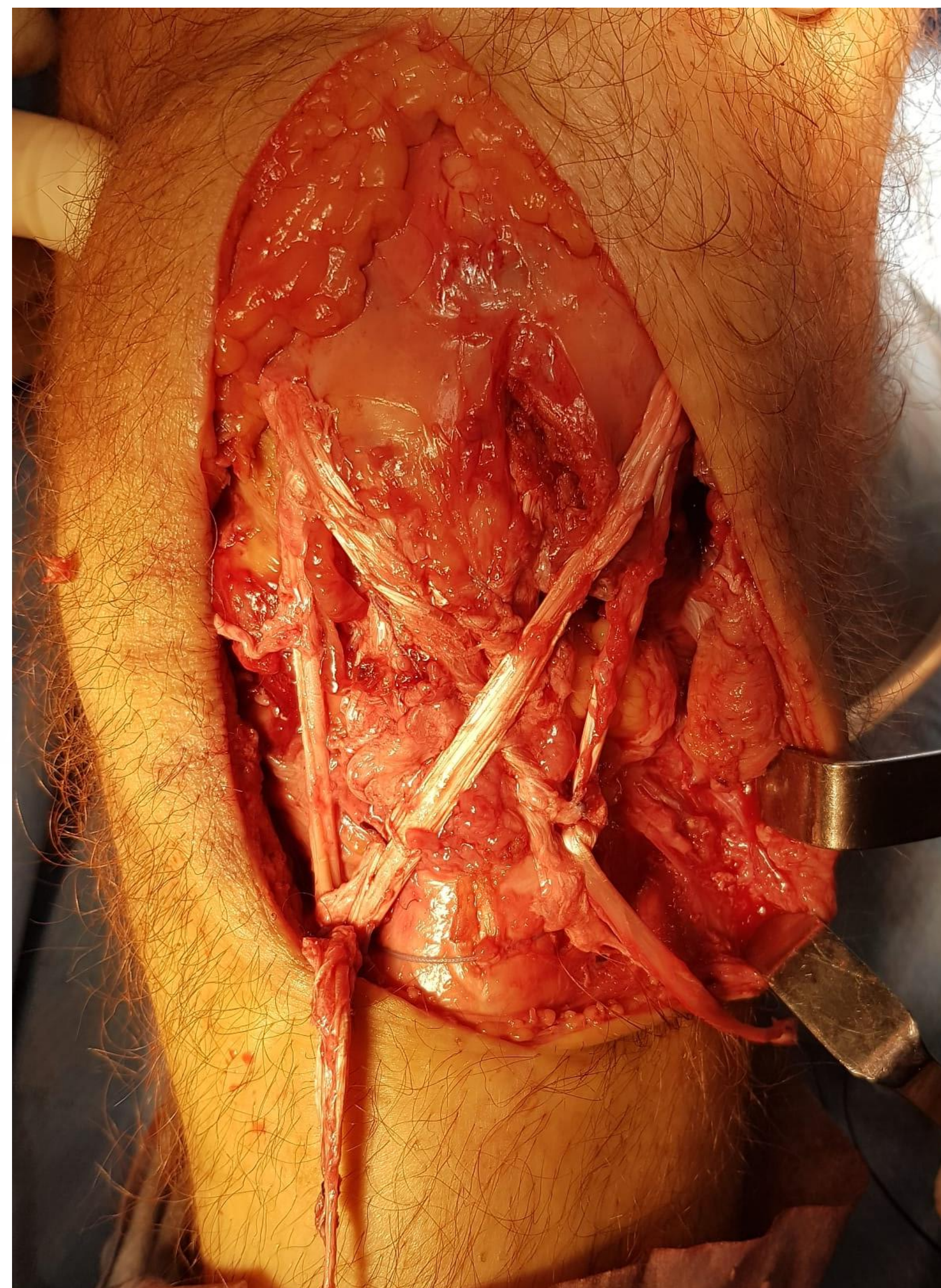
Se trata de un varón de 37 años, sin antecedentes de interés, que sufre una rotura de tendón rotuliano izquierdo tras realizar un salto jugando a baloncesto. Presenta una rotura del tercio medio del tendón que es reparada mediante sutura termino-terminal tipo Krackow según técnica habitual.

El postoperatorio evoluciona adecuadamente, pero 2 meses tras la cirugía el paciente sufre una caída con hiperflexión de rodilla, tras lo que es diagnosticado de nueva rotura de tendón rotuliano. Decidimos realizar una reparación del tendón rotuliano utilizando autoinjerto de semitendinoso y grácil con disposición de “8” y túneles óseos en tuberosidad tibial y rótula. Además se realiza una sutura tipo Krackow del remanente tendinoso.

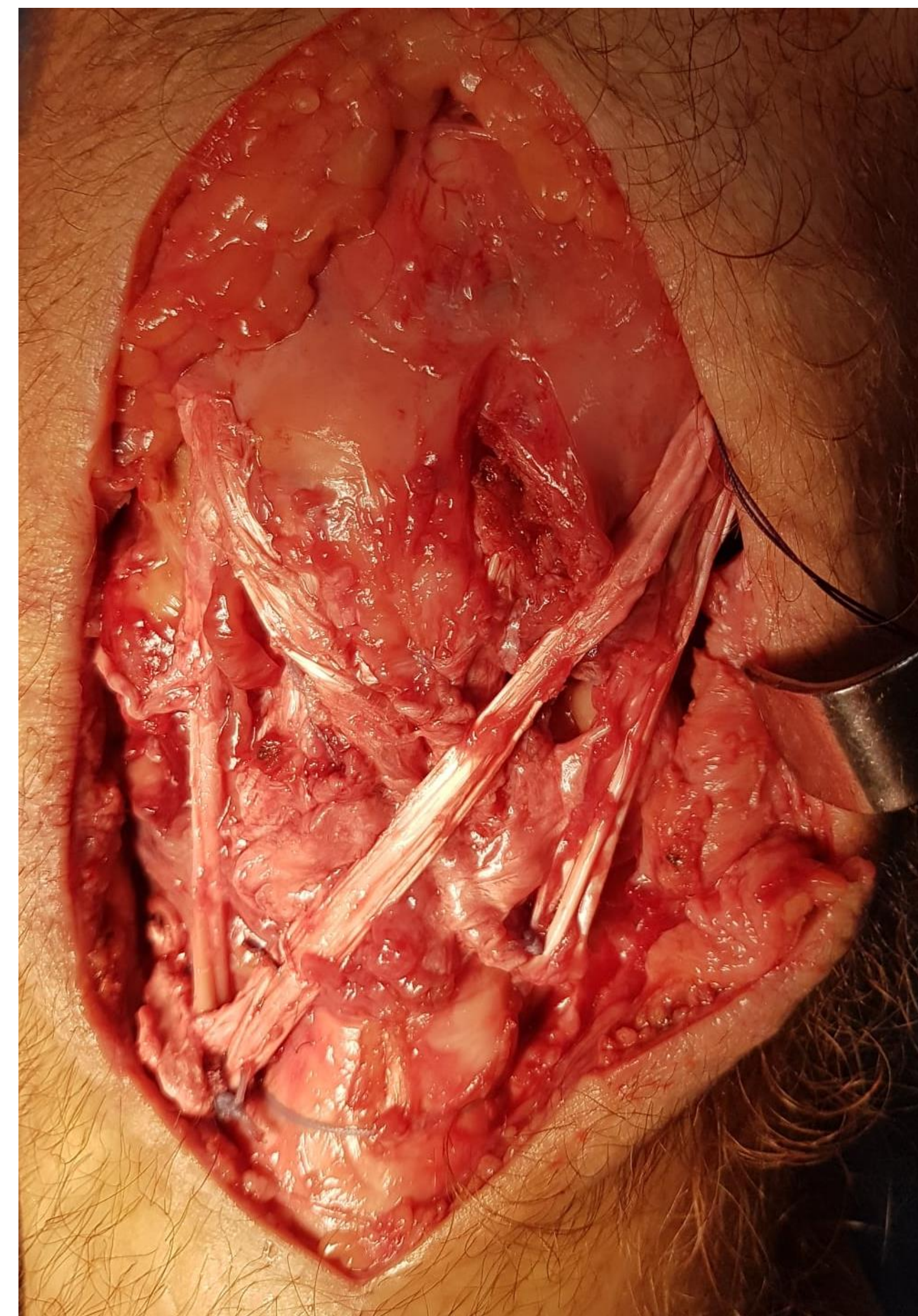
Tras la cirugía se realiza inmovilización con férula de yeso durante 2 semanas que posteriormente es sustituida por rodillera articulada con flexión máxima de 30º, autorizando carga asistida de muletas.



Obtenemos los injertos de semitendinoso y grácil



Disposición en “8” con tunelización en tuberosidad tibial y rótula.



Sutura Krackow del remanente tendinoso

COMENTARIO:

La rotura del tendón rotuliano es una patología asociada a traumatismos deportivos, pero también puede ser espontánea en pacientes con factores predisponentes. En éstos últimos son más frecuentes los casos de rerrotura. El tratamiento de estos pacientes consiste en restaurar el aparato extensor de la rodilla quirúrgicamente.

Las roturas del tercio medio del tendón rotuliano son menos frecuentes que las que ocurren cerca de sus inserciones óseas. En nuestro caso, la re-rotura pudo estar propiciada por la caída sufrida por el paciente. En los estos casos está indicada la reparación mediante métodos de aumentación, los cuales permiten una movilización y carga más precoz.

Aunque optamos por el autoinjerto, existen numerosos métodos de aumentación, pero no hay consenso sobre cuál es el método de elección. Esto puede estar propiciado por la diversidad de técnicas descritas y por el reducido tamaño muestral de esta patología.