

TRATAMIENTO ROTURA AGUDA TENDÓN ROTULIANO, A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Juan Fernando Navarro Blaya, Fernando López-Navarro Morillo, Carlos Navío Serrano, Javier Hernández Quinto, Antonio Ondoño Navarro, Alonso Escudero Martínez.

INTRODUCCIÓN

La rotura aguda de tendón rotuliano supone un reto para el cirujano ortopédico y traumatológico, en donde hay que tener en cuenta aspectos como patrón y localización de la rotura, debido a la multitud de técnicas terapéuticas existentes

OBJETIVOS

Descripción de una técnica quirúrgica efectiva para la reparación de una rotura aguda del tendón rotuliano postraumática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 34 años que realizando ejercicio físico, nota de forma brusca al realizar un salto dolor e impotencia funcional. Se realizó una ecografía, la cual informaba de rotura del tendón rotuliano a nivel de inserción de la rótula con un gap de 5cm.

A las 24 horas se realizó tratamiento quirúrgico. Abordaje pararrotuliano, hallando ambos cabos de tendón rotuliano. Se realizó una sutura tipo Krakow en el cabo distal con una sutura reabsorbible del número 2, y a nivel proximal con la utilización de 3 arpones transóseos se insertó el cabo distal del tendón rotuliano al polo inferior de la rótula. Posteriormente se realizó un refuerzo central con un colgajo de eversión a expensas del tercio central del tendón cuadricipital.

Tras este refuerzo central, se extrajo una plastia del semitendinoso, y realizando un brocado tibial 2 cm inferior y 2 cm posterior a la tuberosidad tibial anterior por donde se pasó la plastia y se suturo a ambos tendón rotuliano, con una sutura reabsorbible del número 2. Se aportó así un refuerzo central con el tendón cuadricipital y un refuerzo lateral gracias a la plastia del tendón del semitendinoso. Se reparó los retináculos lateral y medial con una sutura reabsorbible del 0. Se comprobó estabilidad correcta intraoperatoria, realizando cierre por planos.

RESULTADOS

El paciente en su seguimiento en consulta evolucionó de forma satisfactoria, siendo dado de alta y a los 7 meses se reincorporó a su vida cotidiana deportiva sin limitaciones.

CONCLUSIONES

La reparación primaria con 3 arpones óseos al polo inferior de la rótula, junto al refuerzo central con el cuadricipital, y el refuerzo lateral con la plastia de semitendinoso, nos aportó una estabilidad correcta, así como una funcionalidad sin restricciones según lo previsto. Con lo cual aconsejamos el uso de esta técnica

