

FRACTURA ATRAUMÁTICA DE ROTULA TRAS CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO FEMOROPATELAR MEDIAL

CANO OBANDO, L.; GARCIA VERA, JJ. ; MONTAÑEZ HEREDIA, E. ; CÁRDENAS REBOLLO, L.

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad femoropatelar depende de factores estáticos y dinámicos. El principal factor dinámico, el vasto medial oblicuo del cuádriceps, limita la lateralización patelar. Entre los estáticos destacan la patela alta (Insall-Salvati >1,2) , debilidad del ligamento femoropatelar medial (LPFM) y genu valgo que aumenta el vector subluxante, así como la distancia entre tuberosidad tibial anterior y garganta troclear (TA-GT), favoreciéndose la inestabilidad si >15mm.

La inestabilidad femoropatelar mayor que no mejora con medidas conservadoras plantea valorar el tratamiento quirúrgico. Entre las posibles técnicas de estabilización se encuentra la reconstrucción del LPFM.

OBJETIVOS

Presentar una complicación grave poco frecuente tras reconstrucción del LPFM, factores de riesgo implicados y posible manejo.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 26 años con luxaciones patelares recidivantes. Radiológicamente presenta: genu valgo, displasia troclear, patela alta (Insall-Salvati 1,34) tipo III de Wiberg y distancia TA-GT 19 mm.

Se interviene quirúrgicamente realizándose :

- **Plastia de reconstrucción de LPFM.** Doble túnel en V en patela y túnel ciego transfemoral en punto isométrico.
- **Sección arcial extrasinovial del retináculo externo** hasta conseguir
- **Plicatura de retináculo medial** con sutura reabsorbible.



Tras la cirugía realiza carga parcial y rehabilitación precoz, limitando la flexión de rodilla >90º durante el 1º mes. Tras el 2º mes ausencia de dolor, arco de movilidad completo y test de aprensión negativo. Cinco meses tras la intervención acude por dolor e inestabilidad en rodilla bajando escaleras sin traumatismo directo, presentando **fractura transversa de rótula** (Fig. 1 y 2). Se reinterviene mediante **cerclaje** con tornillo canulado y agujas Kirschner (Fig.3).

RESULTADOS

Comienza apoyo en extensión a las 4 semanas tras la reintervención e inicia rehabilitación a las 8. Alta tras 17 meses sin inestabilidad, con movilidad completa y asintomático.

CONCLUSIONES

La reconstrucción del LPFM en inestabilidad femoropatelar aporta buenos resultados funcionales, estando especialmente indicada cuando se asocia a insuficiencia del LPFM. Sus complicaciones son poco frecuentes aunque pueden ser graves, relacionándose con :

- Tunelización patelar con broca de excesivo diámetro y túneles transversos y paralelos.
- Reconstrucciones poco anatómicas. El anclaje femoral de plastia debe ser en punto isométrico entre tubérculo adductor y epicóndilo medial, y en rótula con túneles en 2/3 proximales.
- Tensión del injerto (fijarse, a tensión, sin provocar subluxación interna de rótula a 30º de flexión).