

# MATTI-RUSSE *LIKE* EN UNA PSEUDOARTOSIS SÉPTICA DE RÓTULA

Bureo González J, Aguilar Martínez A J, Jodar Graus R  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

**INTRODUCCIÓN**  
La pseudoartrosis atrófica de rótula tras una infección aguda postoperatoria es un verdadero reto en traumatología. Las únicas opciones descritas de tratamiento son la reintervención más aporte de injerto y el alotransplante de aparato extensor.

**OBJETIVOS**  
Mostrar una técnica de creación propia, inspirada en la técnica Matti-Russe utilizado en pseudoartrosis de escafoides, no descrita en la literatura revisada y presentarla como una opción terapéutica ante una pseudoartrosis séptica de rótula tras el fracaso de las técnicas habituales.

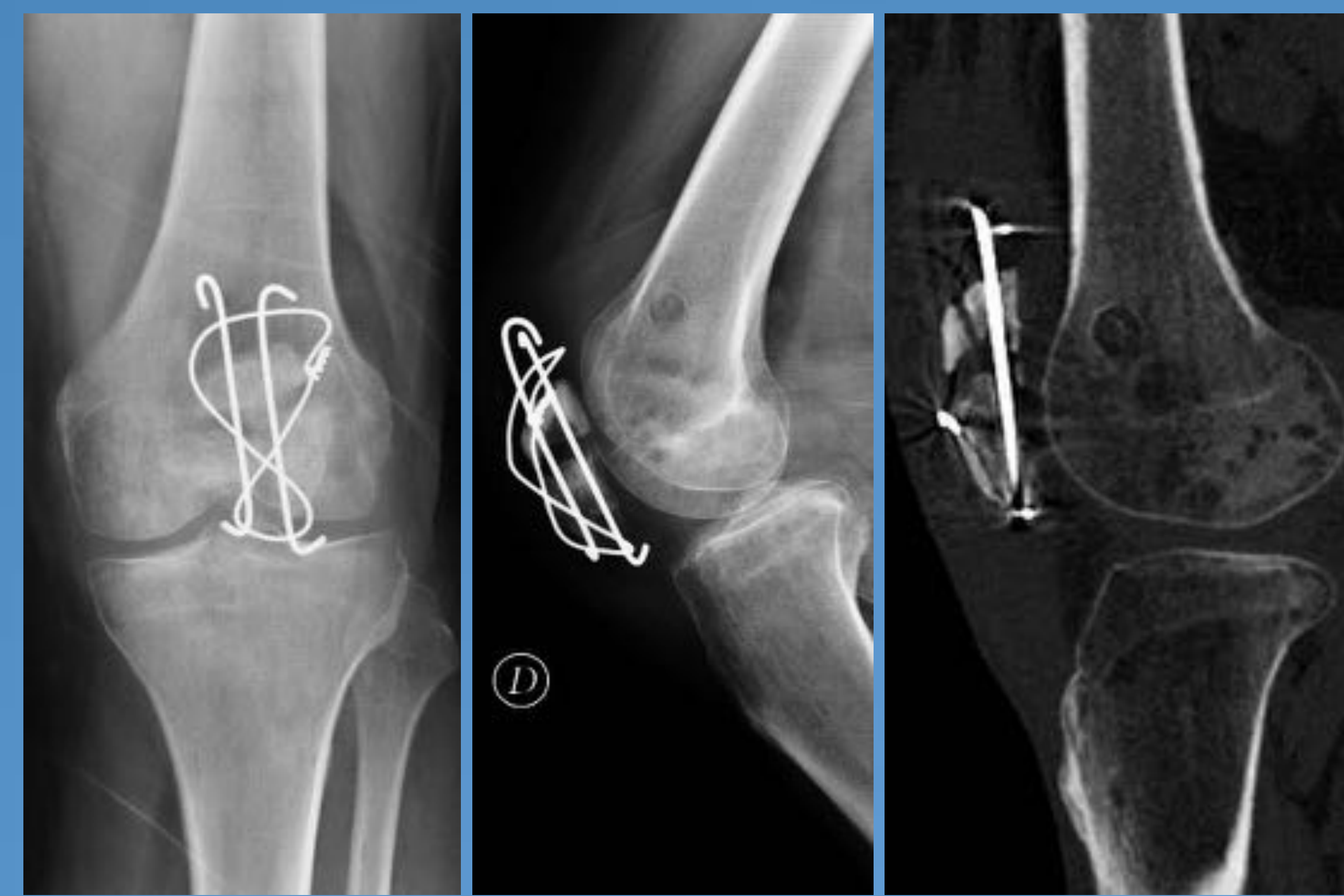


Imagen 1; Pseudoartrosis atrófica de rótula

**RESULTADOS**  
Se mantuvo descarga durante 6 semanas y se aumentan en 20 grados la flexión de la rodillera cada 2 semanas hasta liberarla al alcanzar 90º obteniendo balance articular completo. No existen signos radiológicos de resorción del injerto. La mejoría clínica es significativa siendo valorada a través del cuestionario KOOS, recogido previa y posteriormente a la cirugía.

**CONCLUSIÓN**  
No se ha descrito la extensión de la técnica descrita por Matti-Russe para la pseudoartrosis en otros huesos cortos. Con este caso demostramos que su adaptación a pseudoartrosis sépticas de otros huesos promete ser una solución efectiva a considerar como una opción terapéutica.

**MATERIAL Y MÉTODOS**  
Se presenta el caso de un varón de 60 años que sufre fractura multifragmentaria de rótula intervenida mediante cerclaje de obenque. En postoperatorio presenta clínica compatible con infección aguda. Se trata mediante desbridamiento, retirada del material y antibioterapia. Una vez confirmada curación de la infección, se reinterviene mediante nuevo cerclaje con aporte de autoinjerto óseo de cóndilo femoral. A los 6 meses presenta clínica y estudios de imagen que confirman pseudoartrosis atrófica de rótula.

Se decide reintervención. Posterior a la retirada del material de osteosíntesis y desbridamiento, se labra un “sarcófago” longitudinal al eje mayor de la rótula y se incrusta a compresión injerto corticoesponjoso autólogo de cresta ilíaca, tallado según tamaño del sarcófago labrado. La compresión interfragmentaria y del injerto se realiza mediante dos tornillos canulados de esponjosa perpendiculares a la línea de pseudoartrosis y paralelos al eje mayor del injerto tricortical. Se coloca cerclaje de alambre a través del ánima de los tornillos. Se completó la cirugía con cerclaje de descarga. Se deja rodillera con flejes bloqueada a 20 grados.



Imagen 2; Injerto + “Sarcófago”

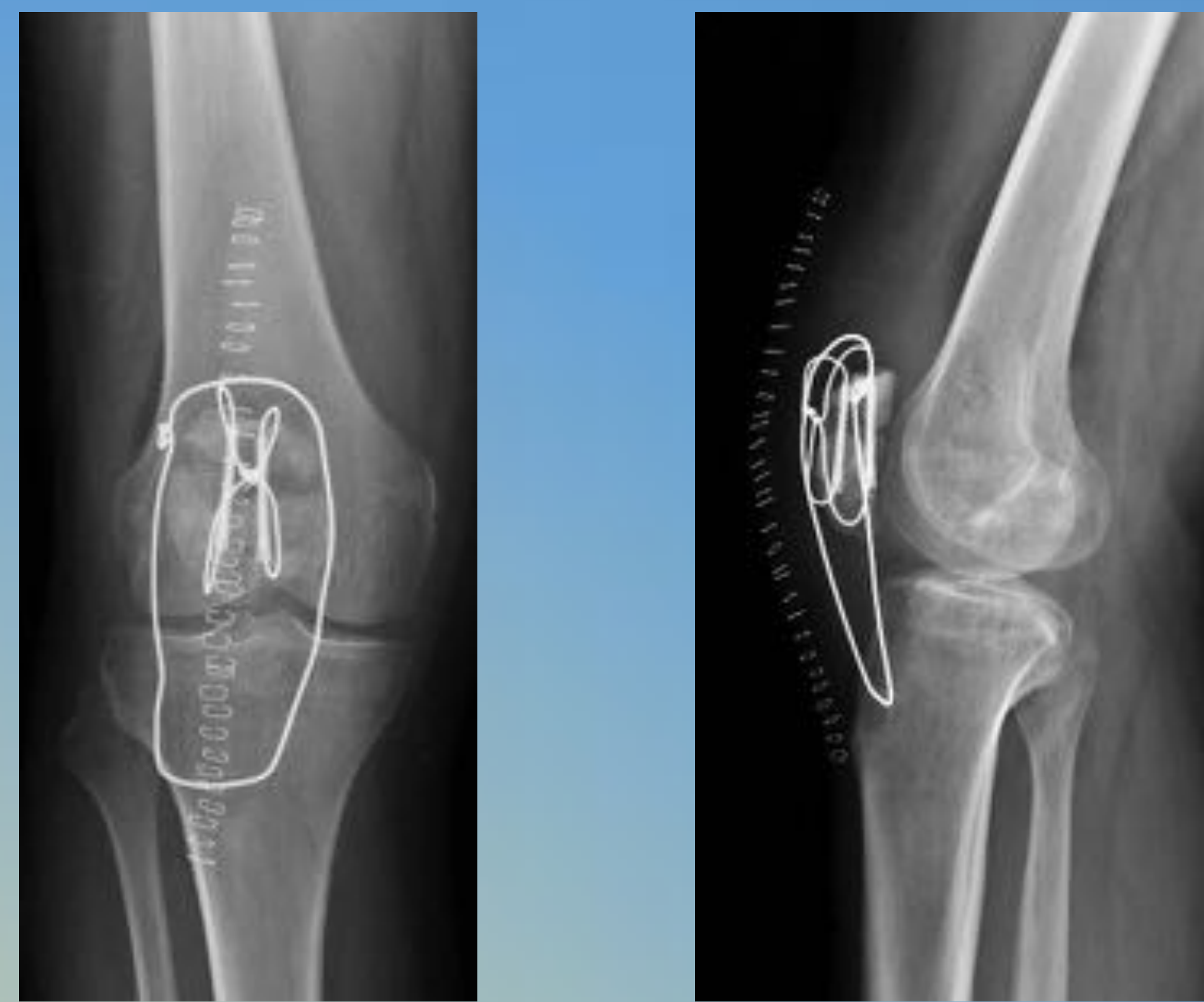


Imagen 3; Resultados

**Conflicto de intereses**  
Los autores declaran no tener conflictos de intereses