

# ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN ROTULIANO BILATERAL ASOCIADA A ARTRITIS GOTOSA Y CORTICOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Rodríguez Zamorano, María Galán Olleros, Gustavo Aparicio Campillo, Rodrigo García Crespo, Juan Carlos Sanchez Barbero, Rafael Otero Fernández.  
Unidad de Rodilla. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

## INTRODUCCIÓN

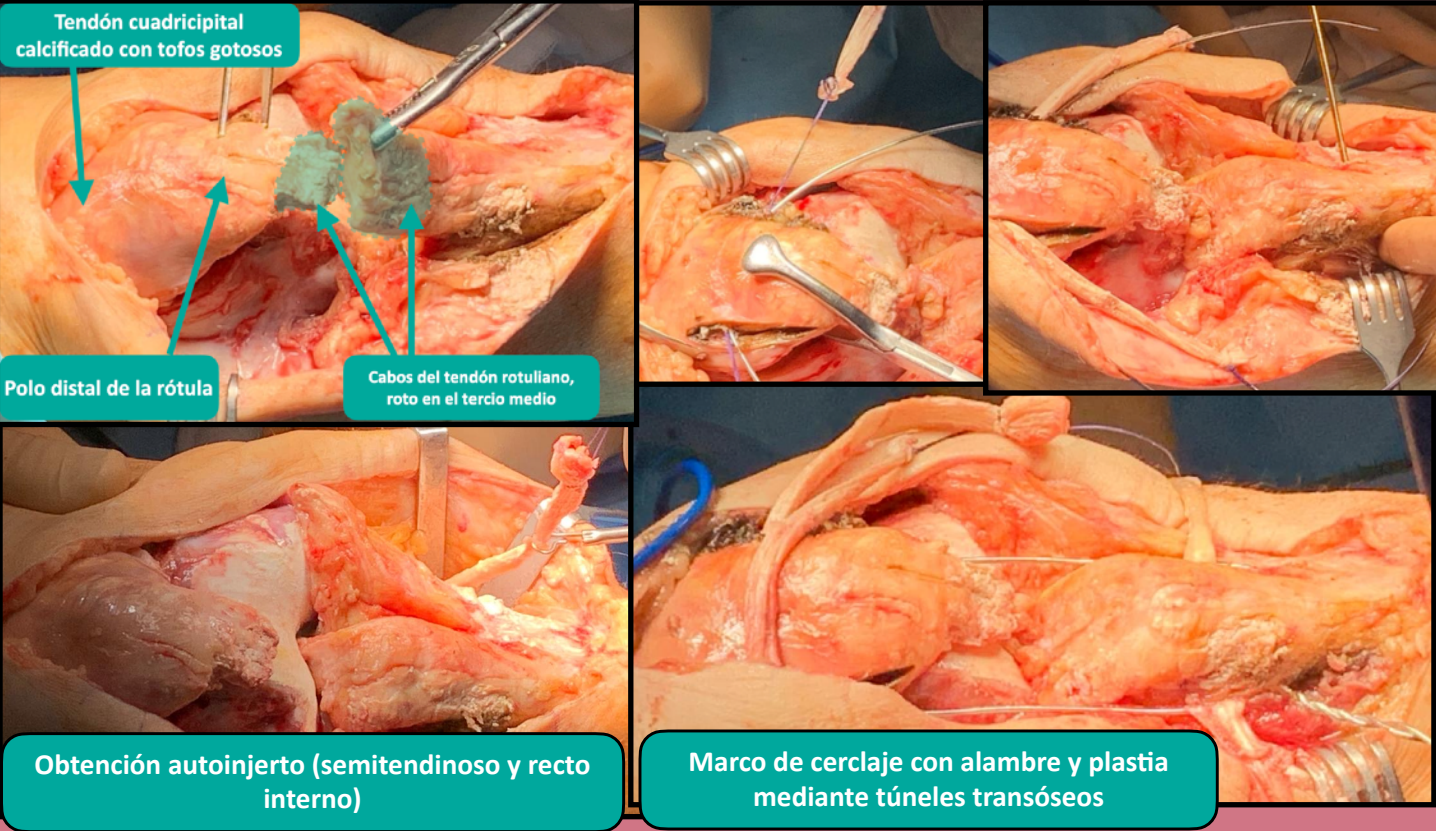
Entre las lesiones del aparato extensor de la rodilla, la **rotura del tendón rotuliano** es poco común, particularmente, los **casos bilaterales**. Mientras que la rotura unilateral afecta principalmente a jóvenes y deportistas, **las bilaterales concurrentes, son atraumáticas, a nivel del polo inferior de la rótula y se asocian a enfermedades sistémicas** que deterioran el tejido tendinoso, como **artritis reumatoide, hiperuricemia, patología renal y lupus eritematoso, así como al uso prolongado de corticoides**. Estas **lesiones se diagnostican a menudo de forma tardía**, consultando el paciente por impotencia funcional pudiendo haber desaparecido el dolor.

## OBJETIVO

Presentar el caso clínico de un paciente con **rotura crónica de tendón rotuliano bilateral** y el **tratamiento quirúrgico realizado**.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 63 años, con **artritis gotosa severa en tratamiento con corticoides de larga evolución**, que consulta por **gonalgia bilateral e imposibilidad para la deambulación de cuatro meses de evolución**. En la exploración destacaba **incapacidad para la extensión de ambas rodillas**, con signo del **hachazo positivo** y **patelas altas**. Los hallazgos radiológicos confirmaron el diagnóstico de **rotura de tendón rotuliano bilateral** y se programó la **reconstrucción quirúrgica simultánea de ambos tendones**.



Planificación preoperatoria

## RESULTADOS

Se evidenció una solución de continuidad a nivel del **tercio medio de ambos tendones**, por lo que se realizó una reparación tendinosa mediante **sutura tipo Krackow** y **reconstrucción mediante aumento con plastia de semitendinoso y recto interno autólogos con marco de refuerzo con cerclaje de alambre mediante túneles transóseos a nivel de rótula y tuberosidad tibial**. Intraoperatoriamente fue relevante la infiltración cálcica severa a nivel de los tendones rotulianos rotos y cuadricepsitales, otorgándoles rigidez y desdiferenciación que imposibilitó la realización de una cuadricepsplastia para el descenso y reducción de la rótula y liberación de la tensión tendinosa. En el postoperatorio inmediato se inmovilizaron ambas rodillas con **ortesis articuladas limitándose el rango articular a 30/0°**, se autorizó la **carga inmediata** y **rehabilitación intensiva**.

## CONCLUSIONES

Se trata de lesiones altamente incapacitantes que requieren un diagnóstico certero y son subsidiarias de tratamiento quirúrgico para recuperar la funcionalidad. A pesar de que **no existe mucha experiencia en la literatura** sobre el tipo de tratamiento quirúrgico a realizar, consideramos que el **manejo propuesto es adecuado en roturas crónicas intrasustancia**, en las que no existe la posibilidad de la reparación mediante anclajes de sutura.

1. Sutura (no reabsorbible) tipo Krackow con puntos de refuerzo.
2. Sutura (no reabsorbible) de cabos de las plastias para unificar el marco tendinoso.
3. Puntos sueltos (sutura reabsorbible) de refuerzo y unión del marco de plastia al tendón rotuliano.

