

# REABSOCIÓN COMPLETA TENDON ROTULIANO

## TÉCNICA DE RESCATE

AUTORES: Dr. Juan Miguel Rodríguez Roiz (1,2); Dr. Jordi Montañana Burillo (1); Dr. José Sánchez Díaz (1)  
CENTROS: 1) Mutua Universal Mugenat Barcelona; 2) Quirón Aribau Barcelona

**OBJETIVOS:** Paciente de 38 años que presenta fractura de meseta tibial Schatzker V (Fig. 1) tratada en nuestro centro mediante doble abordaje, posteromedial y anterolateral, modificado por Frosch (sin osteotomía de peroné) y dos placas preconformadas. El paciente presenta al 4to mes de postoperatorio un balance articular de rodilla de 0-65º, sin patela baja asociada, por lo que se realiza artrolisis artroscópica. Durante el postoperatorio mediato, en sesión de rehabilitación (7 semanas postoperado) presenta rotura de tendón rotuliano (fig. 2).

**Objetivos** Paciente 38 años que presenta fractura meseta tibial Schatzker V (Fig 1) tratada en nuestro centro mediante doble abordaje (posteromedial y anterolateral modificado por Frosch--sin osteotomía perone) y dos placas perconformadas. Paciente presenta al 4to mes postoperatorio balance articular de rodilla de 0-65º, sin patela baja asociada, por lo que se realiza artrolisis artroscópica. Durante postoperatorio mediato en sesión de rehabilitación (7 semanas postop) presenta rotura de tendón rotuliano (fig 2)

**Material y metodología** Se solicita malla dérmica (arthroflex/MBA) para la cirugía. Se realiza acceso posteromedial iterativo para obtención de isquiotibiales autologos (semitendinoso y grácil) + acceso anterior/línea media, se identifica rotura y degeneración total de tendón rotuliano sin encontrar márgenes sanos, se realiza desbridamiento, se tuneliza de medio-lateral rotula y zona TTA insertando isquiotibiales en dichos túneles + incorporación de bordes de zona distal del tendón rotuliano mediante sutura de alta resistencia con árpones al polo inferior de rotula + aporte de malla dérmica (Fig 3).

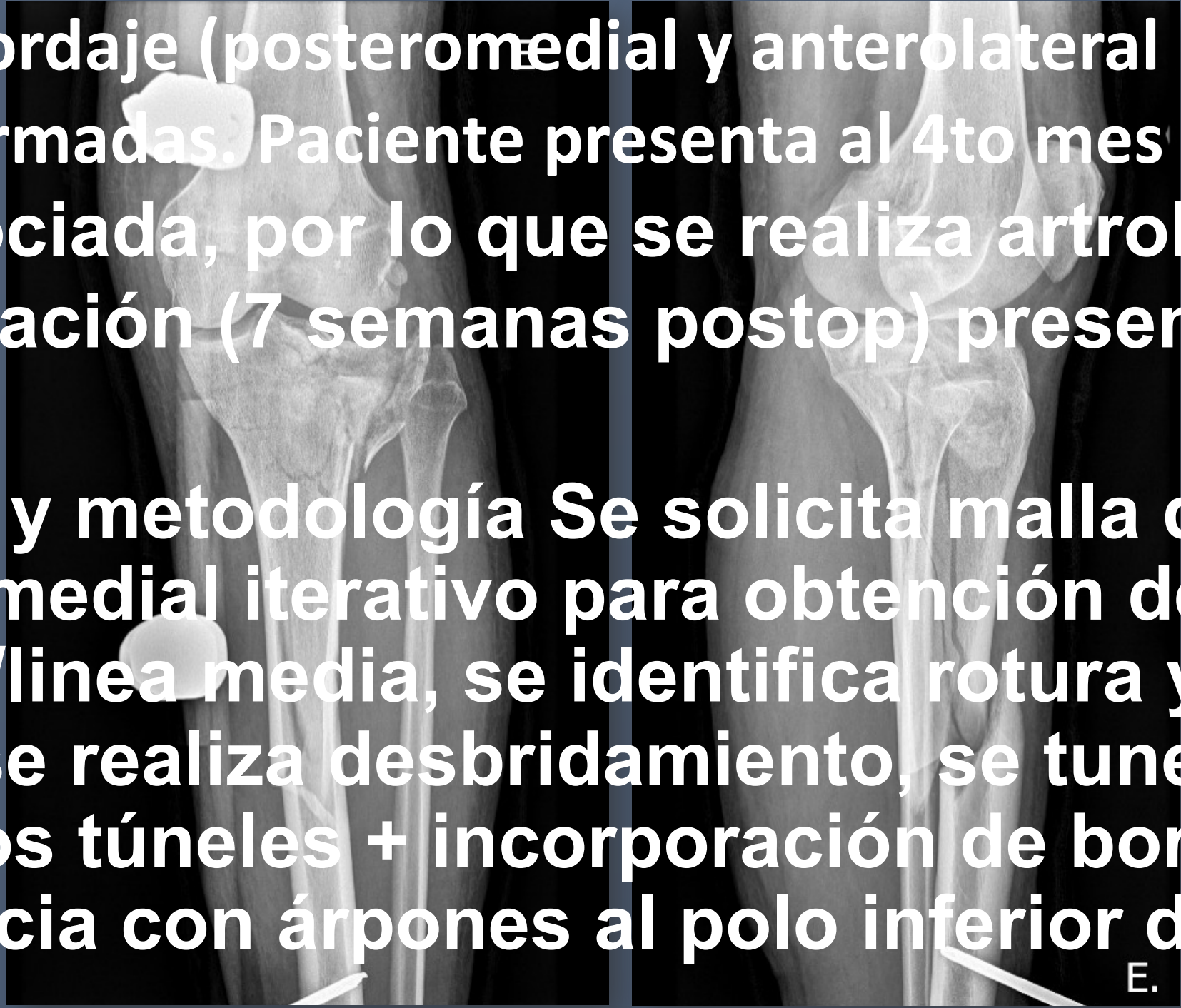


Fig. 1

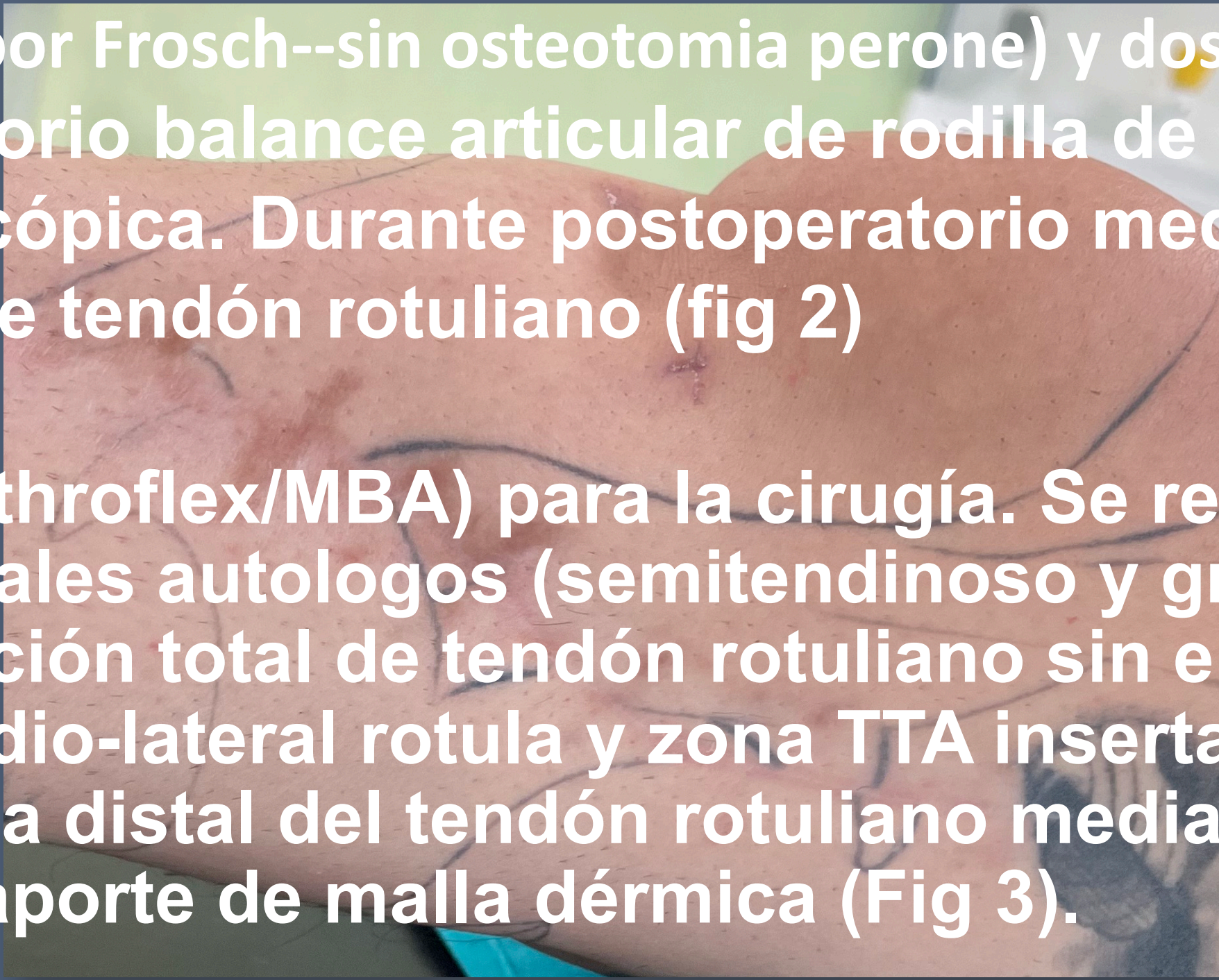


Fig. 2

**MATERIAL Y METODOLOGÍA:** Se solicita malla dérmica (arthroflex/MBA) para la cirugía. Se realiza acceso posteromedial iterativo para la obtención de isquiotibiales autólogos (semitendinoso y grácil) + acceso anterior/línea media; se identifica rotura y degeneración total de tendón rotuliano sin encontrar márgenes sanos. Se realiza desbridamiento, se tuneliza de medio-lateral rotula y zona TTA insertando isquiotibiales en dichos túneles + incorporación de bordes de zona distal del tendón rotuliano mediante sutura de alta resistencia con arpones al polo inferior de rotula + aporte de malla dérmica (Fig 3).

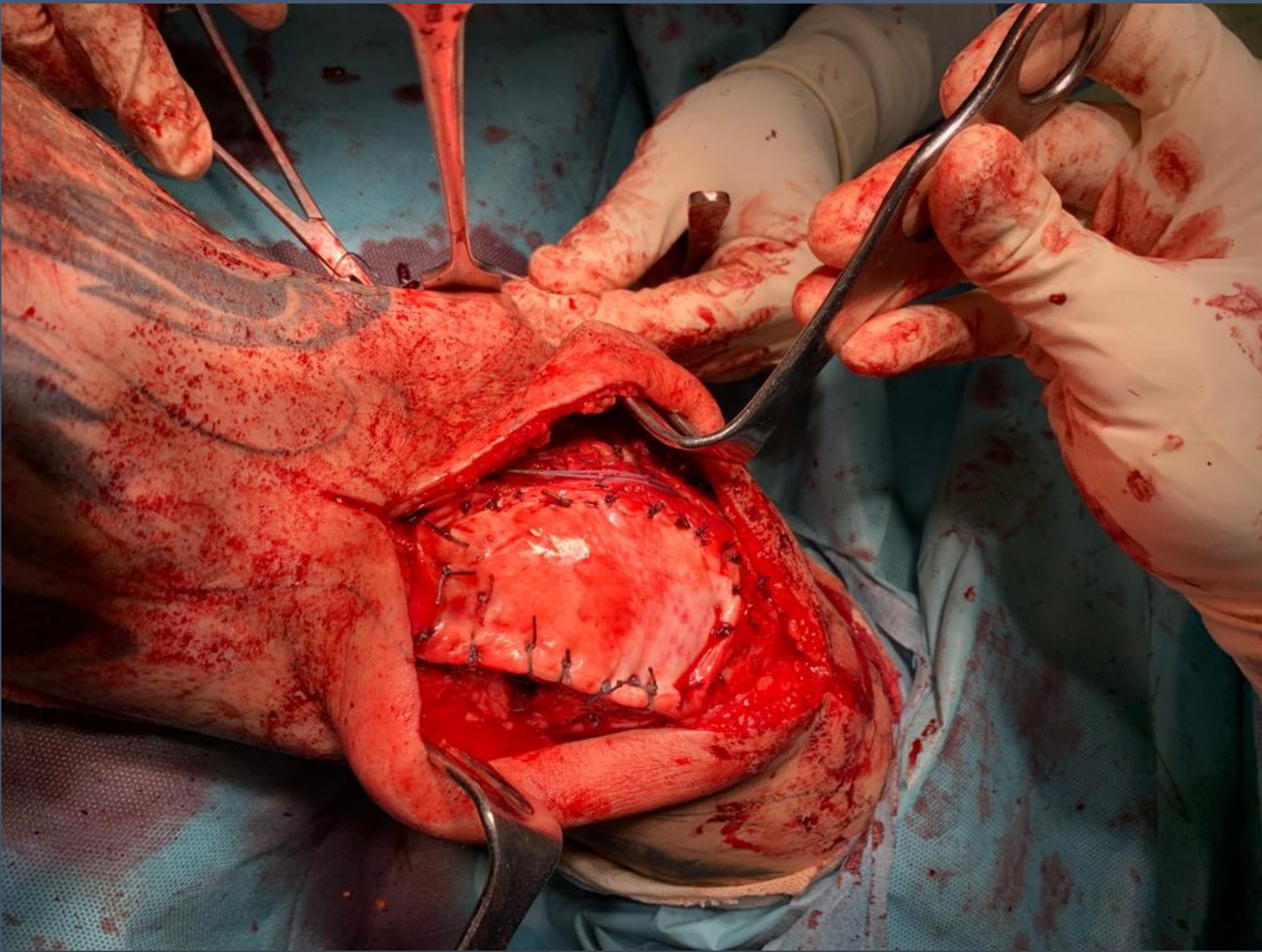


Fig. 3

**RESULTADOS:** Paciente completa 6 semanas en descarga con férula de yeso en extensión completa. Posteriormente se coloca ortesis DonJoy de rodilla y se va aumentando flexión de forma progresiva 15º cada 2 semanas, a la par de realizar carga parcial progresiva y tratamiento rehabilitador diario en nuestro centro. A los 6 meses postoperado, el paciente realiza carga completa sin dolor ni derrame, altura patelar baja según índice Insall/Salvati (Fig 4) y flexión activa de 80º.

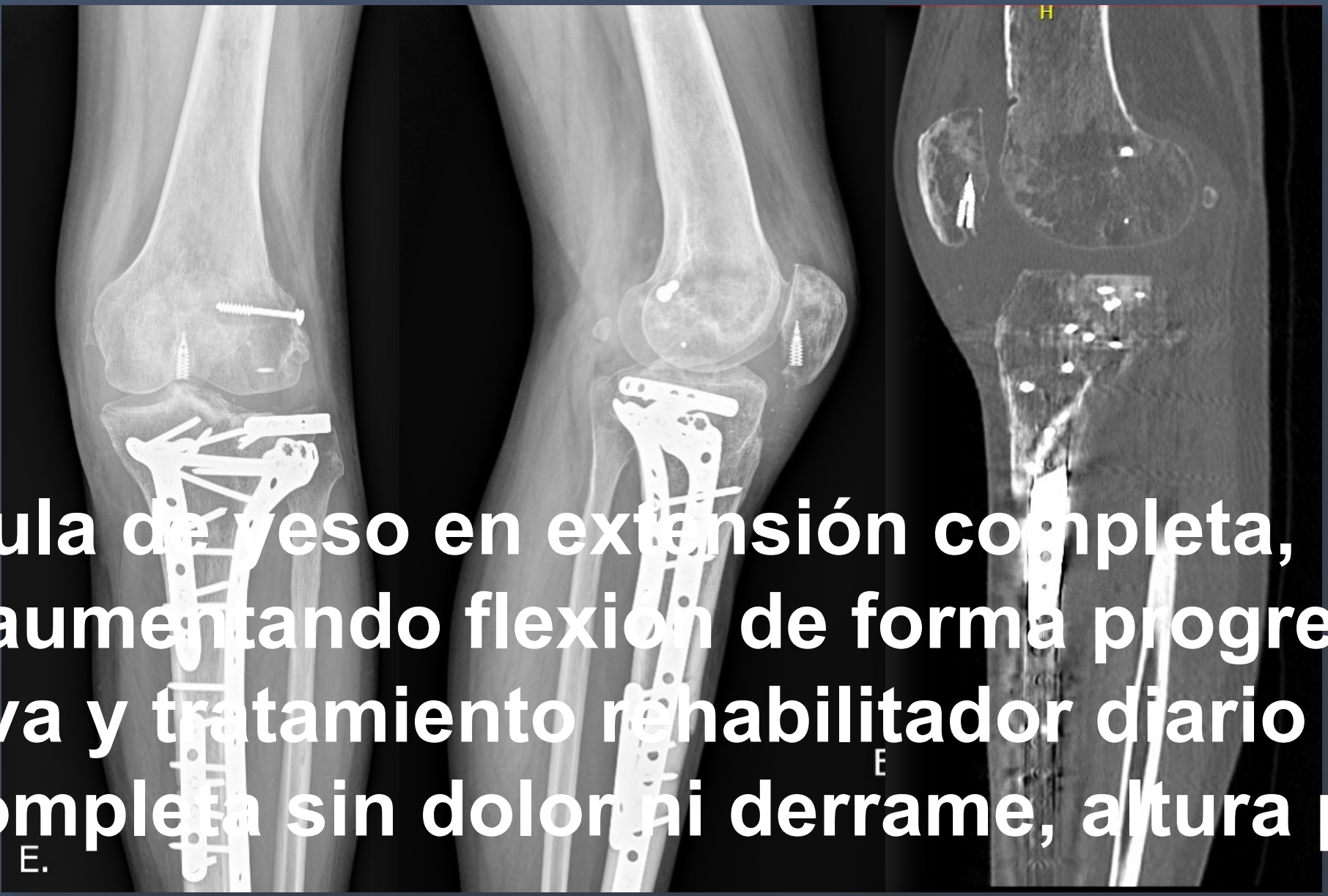


Fig. 4

**Conclusiones** La rotura de tendón rotuliano es una rara pero temible complicación de la artrolisis artroscópica de rodilla, más aún en este caso donde no existía patela baja asociada. Se debe tener en cuenta la posibilidad de que el tendón se encuentre muy degenerado y la posibilidad de reconstruirlo de forma convencional (túneles transósseos o arpones). Lo ideal es contar con aloinjertos, pero técnicas de rescate como la acá descrita pueden ayudar a resolver casos como el explicado, especialmente cuando no hay aloinjertos disponibles.