

FRACTURA DE RÓTULA CON NECESIDAD DE VARIAS REINTERVENCIONES. LA IMPORTANCIA DE LAS PARTES BLANDAS.



Garrido Díaz, Yanira; Vera Porras, Eva María; Franco Rodríguez, David; Cano Martínez, José Antonio; Jimenez Saez, Antonio

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las fracturas de rótula representan el 1% de las fracturas en el adulto. Pueden ser producidas por traumatismo directo, siendo lo más habitual, o de forma indirecta tras contracción forzada del cuádriceps con la rodilla en flexión. Según el trazo de fractura pueden ser transversales, vertical o estrelladas.

El diagnóstico es clínico con necesidad de confirmación con radiografía simple en al menos dos proyecciones: anteroposterior y axial.

El tratamiento es quirúrgico cuando el paciente no puede levantar la pierna por ausencia del mecanismo extensor, el desplazamiento articular es mayor a 2 mm o el desplazamiento interfragmentarios es mayor a 3 mm. Los objetivos del tratamiento son la reducción anatómica, la fijación estable y la preservación del aparato extensor funcional.

Nuestro objetivo consiste en el estudio de las fracturas de rótula y sus opciones terapéuticas así como las complicaciones derivadas de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de una mujer de 62 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II mal controlada y hábito tabáquico, que presenta tras caída accidental fractura transversa de rótula derecha.

A la exploración física se evidencia dolor, deformidad e impotencia funcional de rodilla derecha sin focalidad neurovascular distal.

Se realiza intervención quirúrgica de urgencia con reducción abierta y osteosíntesis con dos tornillos canulados más sutura de alta resistencia y cerclaje con sutura peripatelar.

A los 3 meses en la revisión se aprecia radiológicamente un desplazamiento secundario del fragmento distal, y se decide reintervenir, realizando reducción abierta más fijación interna con cerclaje con alambre y placa anterior de rótula.

A pesar de ello persiste el desplazamiento y además presenta dehiscencia de herida quirúrgica, por lo que se decide a los dos meses nueva intervención quirúrgica, realizándose extracción de material de osteosíntesis y nueva osteosíntesis con placa mas cerclaje peripatelar con sutura de alta resistencia.

Tras evolución tórpida de la herida quirúrgica y necesidad de varias curas y desbridamientos quirúrgicos, se decide realizar una patelectomía parcial.

RESULTADOS

El tratamiento quirúrgico de la fractura de rótula es variable, si bien, la técnica más utilizada es el cerclaje de alambre de banda de tensión o tornillos perpendiculares con cerclaje metálico anterior en 8.

A menudo, se requiere cirugía secundaria para EMO, dado que el tejido blando que recubre la rótula es delgado y provoca intolerancia y retraso en la cicatrización de la herida. Se ha descrito una tasa del 30-50% de necesidad de extracción de los implantes. Este problema se puede solucionar utilizando suturas trenzadas no absorbibles de alta resistencia.

En nuestro caso, se decide realizar osteosíntesis con dos tornillos perpendiculares y cerclaje metálico anterior en 8, siendo necesaria la EMO posterior, y dado la evolución tórpida de la herida quirúrgica, se opta finalmente por patelectomía parcial.

CONCLUSIONES

- Las fracturas de rótula corresponden el 1% de las fracturas en adulto
- El tratamiento quirúrgico estándar es el cableado de alambre de banda de tensión o tornillos perpendiculares con cerclaje metálico anterior en 8.
- La técnica de fijación con banda de tensión de sutura puede ser una alternativa para reducir la necesidad de EMO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adjal J, Ban I. Patella fractures treated with suture tension band fixation. J Orthop Surg Res. 202;16(1):179.
2. Lee KW, Ma SB, Yang DS, Oh SH, Park SH. Open reduction and internal fixation using multiple nonabsorbable suture materials in acute patella fracture: comparison of clinical and radiological outcome with tension band wiring. Knee Surg Relat Res. 2021; 33(1):34.
3. Jirangkul P, Kosiyatrakul A. Abstaining from symptomatic implants of modified tension band wiring by nonabsorbable suture fixation for transverse patella fractures. J Orthop Surg Res. 2021;16(1):367.



Imagen 1: Fractura transversa de rótula derecha.



Imagen 2: Osteosíntesis con dos tornillos canulados de 3,5 mm más sutura de alta resistencia y cerclaje con sutura peripatelar.



Imagen 3: Fractura transversa de rótula derecha con desplazamiento secundario de fragmento distal tras reducción y osteosíntesis.



Imagen 4: Reducción abierta más fijación interna con cerclaje con alambre y placa anterior de rótula VA Synthes.



Imagen 5: EMO y osteosíntesis con placa específica de rótula más cerclaje peripatelar con sutura de alta resistencia.



Imagen 6: EMO placa y marco con sutura peripatelar con sutura de alta resistencia en rótula derecha.