

PTR COMPLEJA SOBRE RIGIDEZ DE RODILLA. PROBLEMA DEL APARATO EXTENSOR ASEGURADO

MARTIN SANCHEZ, ALBERTO; REVUELTA ROMO, JAVIER; SANCHEZ SANCHEZ, MARIANO; COMEZ ACOSTA, ATHINAI; ANGULO GUTIERREZ, JORGE
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME (SEVILLA)

INTRODUCCIÓN

La rigidez articular es un proceso que puede llegar a ser muy limitante para las actividades básicas de la vida diaria y con la cual nos enfrentamos constantemente en la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, principalmente como secuela de fracturas articulares, procesos sépticos o inmovilizaciones prolongadas.

OBJETIVOS

Se presenta un caso de un varón de 55 años con rigidez de rodilla derecha con gonartrosis Ahlback IV como secuela de fractura y proceso séptico de rodilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 55 años que sufre accidente de tráfico hace 30 años con diagnóstico de fractura conminuta de rótula derecha, fractura suprasindesmal de tobillo derecho y fractura diafisaria de fémur derecho tratadas con osteosíntesis.

Posteriormente, como complicación del proceso séptico en rodilla derecha que acaeció, se produjo una rigidez que requirió una artrolysis sin éxito.

Después de 30 años el paciente presentaba una importante limitación en su vida diaria por rigidez y gonalgia derecha y a la exploración destacaba un balance articular (BA) 0-30° con rótula adherida a planos profundos e importante amiotrofia de cuádriceps.

Proponemos intervención en 2 tiempos: 1- Extracción de clavo endomedular de fémur 2- Artroplastia total de rodilla derecha con constricción y artrolysis abierta. Explicamos riesgos y limitaciones de la intervención que el paciente entiende y acepta.

En quirófano a pesar de realizar una artrolysis en todos los compartimentos no conseguimos un balance articular mayor de 40° debido a la fibrosis del aparato extensor que presenta. Decidimos realizar una osteotomía de la tuberosidad tibial anterior para una correcta implantación de una prótesis con constricción y un ascenso de la misma en su síntesis con 2 suturas de alta resistencia más un tornillo canulado. En quirófano se consigue un balance articular pasivo de 0-60°.



RESULTADOS

En primera revisión postoperatoria al mes y medio de la intervención el paciente acude caminando con ayuda de 2 bastones, con dolor controlado y un balance articular activo de 0-95° con gran satisfacción del paciente.



CONCLUSIONES

El conocimiento de las técnicas de reconstrucción del aparato extensor de rodilla y una planificación prequirúrgica adecuada son factores determinantes para la obtención de resultados satisfactorios en la implantación de una prótesis de rodilla compleja secundaria a una rigidez postraumática.