

# TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS DE RÓTULA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

•SARA SÁNCHEZ LÓPEZ 1, SALVADOR GARCIA HORTELANO 1, SOFIA AMORÓS RIVERA 2, DANIEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ 2

•1. HGU Rafael Méndez, Lorca, Murcia  
•2. HGU Santa Lucía, Cartagena, Murcia

**Objetivos:** Presentar un caso de pseudoartrosis de rótula sintomática, complicación muy infrecuente tras este tipo de fracturas, descripción de las opciones de tratamiento según la evidencia científica y de la técnica quirúrgica empleada en el caso, mediante fijación con placa específica de patela de ángulo variable y reinserción de tendón rotuliano.

**Material y metodología:** Paciente de 77 años con antecedente de fractura transversa de rótula no desplazada de tercio medio-inferior, tratada con férula suropédica y posterior ortesis de rodilla con flexoextensión bloqueada hace un año. Consultaba por dolor anterior de rodilla incapacitante y sensación de chasquido, precisando muleta para la deambulación. El aparato extensor era competente. En radiografías y TAC se observaba pseudoartrosis de la fractura. Ante los hallazgos clínico-radiológicos se decidió tratamiento quirúrgico realizando cruentado del foco, reducción de superficie articular, aporte de injerto óseo en defecto dorsal y estabilización con placa en estrella de ángulo variable y tornillos bloqueados. Se realizó refuerzo en la inserción del tendón rotuliano con arpones y sutura tipo krakow de alta resistencia.

**Resultados:** Se inmovilizó con férula suropédica 3 semanas y posteriormente ortesis de rodilla con flexoextensión variable progresiva 6 semanas más. A los 3 meses había consolidación radiográfica. Se derivó a rehabilitación por atrofia moderada de cuádriceps que recuperó a los 6 meses, caminando sin ayudas ni dolor, y con aparato extensor competente.

**Conclusiones:** La pseudoartrosis de rótula es una de las complicaciones de menor incidencia tras la fractura de rótula, menos del 1%. No suele necesitar tratamiento al ser generalmente asintomática y con mecanismo extensor intacto pero cuando existe dolor y/o debilidad del mecanismo extensor el tratamiento quirúrgico está indicado, realizando reducción cruenta, osteosíntesis y relleno del defecto dorsal con injerto óseo. Además se puede valorar la posibilidad de la patelectomía parcial en casos en que la fijación no sea posible e individualizando el caso según edad y actividad física del paciente entre otros aspectos. Se debe conservar la mayor longitud de rótula posible, hasta un tercio de la rótula proximal. La reconstrucción y fijación interna ofrece mejores resultados, debido a que conserva en mayor medida la longitud del cuádriceps y por tanto la funcionalidad de la rodilla.

