

Uxue Agirregoitia Enzunza

Introducción y objetivos

El movimiento rotuliano depende de una interacción compleja de músculos, ligamentos, morfología ósea y alineamiento de la extremidad inferior. Cuando tengamos una alteración en la morfología normal de esas estructuras (patela alta, displasia rotuliana/troclear, aumento del ángulo Q, anteversión femoral y/o rotación tibial externa, por ejemplo) o un mecanismo que haya producido alguna lesión en las mismas (como puede ser la lesión del ligamento patelofemoral medial o atrofia del vasto medial oblicuo) va a aparecer la inestabilidad femoropatelar.

Los ligamentos fémoro-rotulianos retinaculares son elementos importantes para la estabilidad rotuliana y el ligamento patelofemoral medial es el principal elemento estabilizador del desplazamiento externo de la rótula durante los primeros 20° a 30° de flexión de la rodilla. Una vez que la rótula encaja en la tróclea, la compresión de la articulación fémoro-rotuliana resultante por los vectores de fuerza de magnitud creciente de los tendones cuadricepsital y rotuliano, combinada con la configuración geométrica de la articulación fémoro-rotuliana, es el factor determinante en la flexión de la rodilla.

El objetivo es presentar el caso de una paciente con luxación recidivante de rótula.

Material y metodología

Paciente mujer de 26 años acude a consultas externas de la unidad de rodilla tras cuatro episodios de luxación de rótula izquierda.



El estudio mediante radiología muestra un incremento del ángulo de anteversión femoral, una patela alta asociado a displasia troclear y rotuliana. Se plantea la cirugía que la paciente acepta.

Se realiza osteotomía desrotadora del fémur distal de 20° aproximadamente fijado con placa newclip. En segundo lugar, se practica una osteotomía de Fulkerson de 6-7 cm distalizando la TTA 5 mm y fijación con dos tornillos de 4.5 de rosca completa. Por último, se realiza plastia PF medial técnica Monllau a través del tendón aductor y con túneles convergentes de 4.5 con autoinjerto de semitendinoso.



Resultados

Tras tres días de ingreso es dada de alta una vez conseguido el control del dolor mediante analgesia oral y portando férula de Jerome.

Discusión y conclusión

El tratamiento de inestabilidad rotuliana se basa en el abordaje a la carta popularizado por la escuela de Lyon. Tras la reconstrucción del LPFM es destinado a corregir las diferentes alteraciones anatómicas de riesgo predisponentes para la inestabilidad lateral de la rótula

- 1- Dejour DH, Mazy D, Pineda T, Cance N, Dan MJ, Giovannetti de Sanctis E. Patellar instability: current approach. EFORT Open Rev. 2025 Jun 2;10(6):378-387.
- 2- Floyd ER, Kennedy NI, Tagliero AJ, Carlson GB, LaPrade RF. Complex Patellofemoral Reconstruction for Recurrent Instability. Video J Sports Med. 2022 Jan 4;2(1):26350254211035396.
- 3- Nelitz M. Femoral Derotational Osteotomies. Curr Rev Musculoskelet Med. 2018 Jun;11(2):272-279.