

ROTURA COMPLETA TENDÓN CUÁDRICEPS A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES: MARÍA PUENTE ZARO, ALBERTO JESÚS RUIZ TORO, CAROLINA GARCÍA-HERRERA CRUCES, JESÚS PEREZ IGLESIAS, MARTA CANO FÁCILA, OMAR NOVILLO RODRIGUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La rotura del tendón del cuádriceps interrumpe la continuidad del mecanismo extensor de la rodilla y generalmente se produce en varones mayores de 40 años. La rotura se localiza habitualmente unos 2cm craneal al borde superior de la rótula coincidiendo con una zona hipovascular del tendón.

La rotura aguda traumática se produce por contracción brusca del cuádriceps o caída con flexión forzada de rodilla y es una patología poco común. Un 5% se produce bilateralmente. Mientras que para la rotura crónica existen factores de riesgo como la ERC, DM, AR y el uso de esteroides o quinolonas.

Es importante un reconocimiento precoz del diagnóstico y la realización de una correcta técnica quirúrgica para obtener buenos resultados.

Presentamos el caso de un paciente tratado en nuestro centro, analizándose el estado clínico, el diagnóstico por imagen, las indicaciones y técnicas quirúrgicas disponibles.

DISCUSIÓN

Diagnóstico de rotura traumática aguda completa en la unión osteotendinosa del tendón cuadricipital femoral de la rodilla izquierda.

El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con pruebas de imagen como radiografías, ultrasonidos y RMN que es la técnica de elección aunque no siempre es necesaria.

El tratamiento conservador sólo se acepta en roturas parciales y siempre que se conserve la extensión activa de la rodilla, mientras que en roturas completas está indicado el tratamiento quirúrgico mediante distintas técnicas de sutura y anclaje. Se ha descrito la artroscopia como técnica alternativa.

Se realiza exposición del tendón por vía anterior y se suturan los cabos con hilo no reabsorbible a la rótula a través de túneles transóseos realizados con guía de LCA. Se pueden utilizar arpones que van anclados a la



Imagen exposición quirúrgica



Imagen tras sutura de Kracow extremo proximal rotura

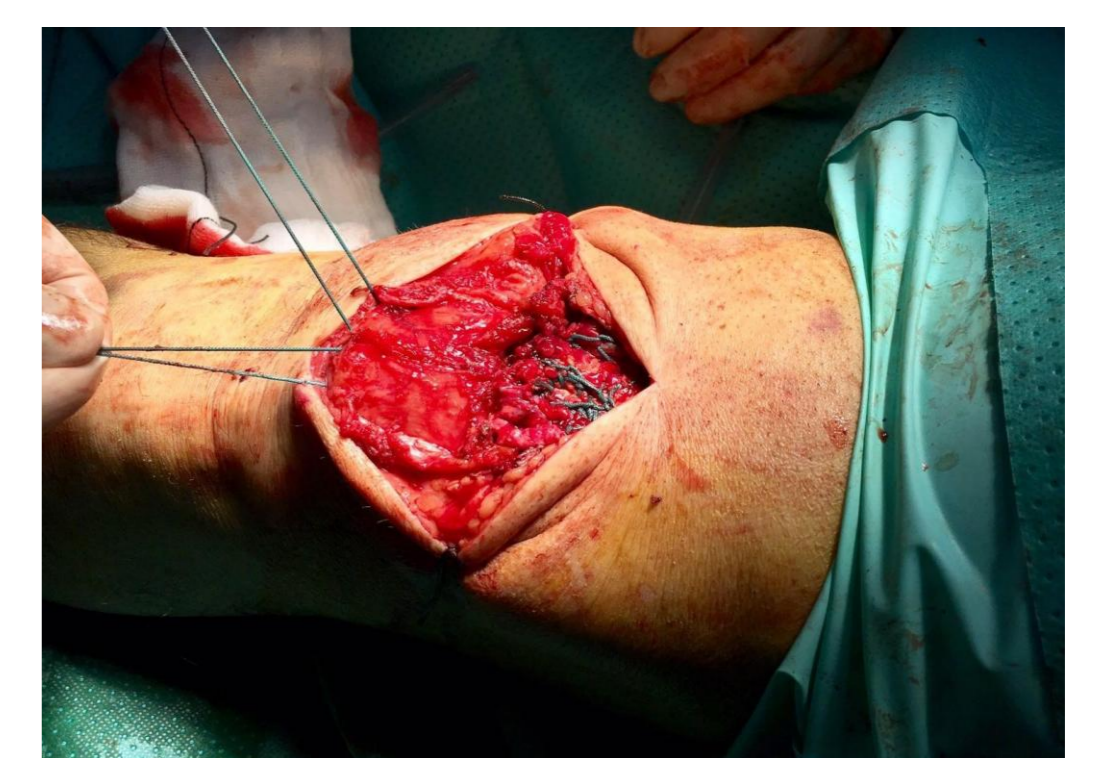


Imagen sutura atravesando tres túneles transóseos en rótula

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 63 años que acude a urgencias tras caída y sufrir dolor brusco en la rodilla. Fue atendido cuatro días atrás y diagnosticado de distensión muscular del muslo izquierdo. Acude nuevamente por imposibilidad de caminar de forma que lo hace arrastrando la pierna en extensión.

AP: HTA sin tratamiento, resto resto sin interés.

Presenta:

- EXPL: dolor en región suprapatelar, equimosis de la piel, presenta masa por encima de una depresión suprapatelar (signo del hachazo) e imposibilidad de la extensión activa de la rodilla.



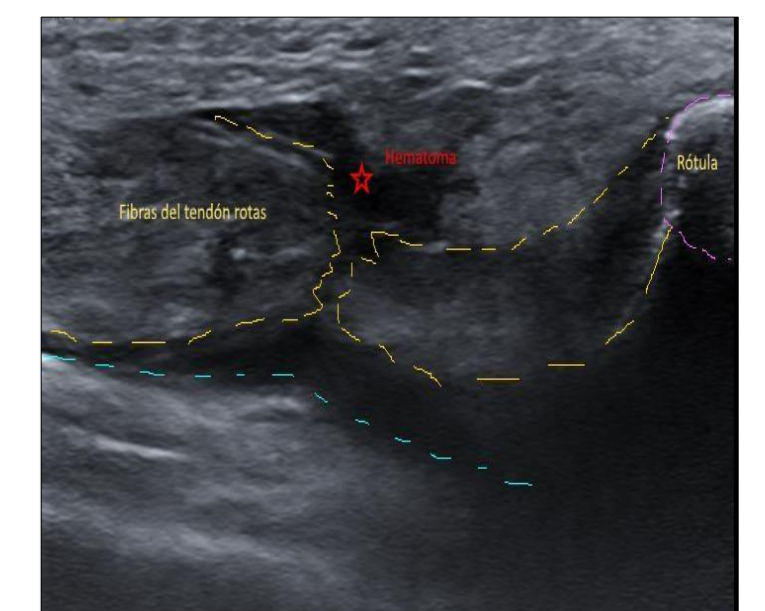
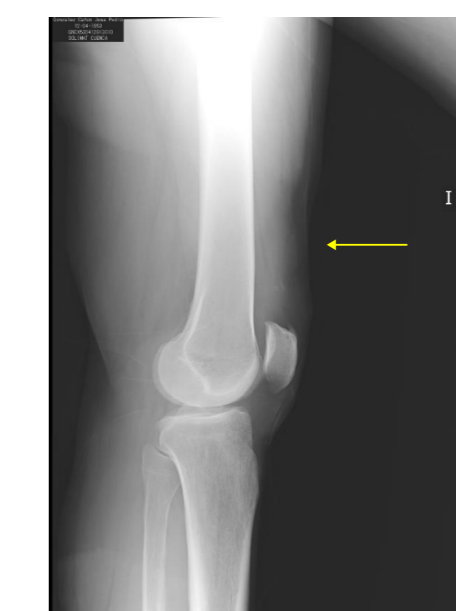
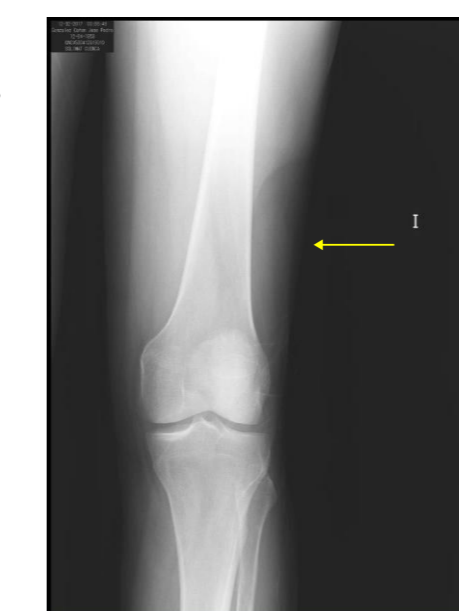
Zona del defecto palpable región suprapatelar



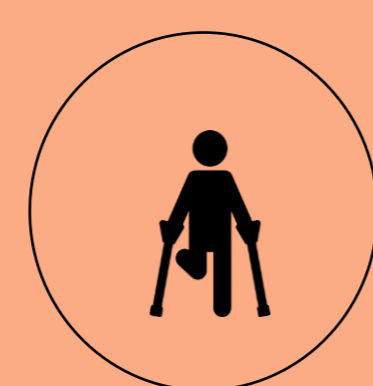
Zona del defecto palpable región suprapatelar

- RX: Sombra de la zona que debería ocupar el musculo. Comparando con rodilla sana. Se suele ver rótula baja (Índice de IS menor 0.8) aunque no se observa esto en nuestra radiografía (IS = 1).

- ECO URG: Prueba confirma el diagnóstico y de gran sensibilidad. Rotura completa inserción distal tendón cuadricipital.



Reparación quirúrgica tan pronto como sea posible para evitar retracción y resultados poco satisfactorios

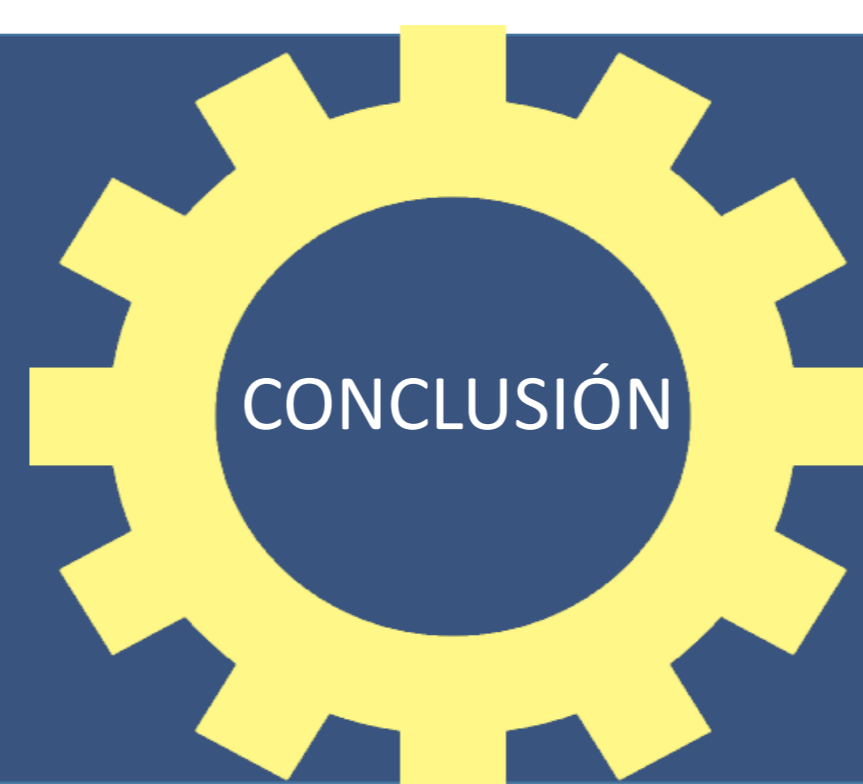


- Yeso inguinopédico o ortesis bloqueada en extensión 6 semanas.
- Ortesis articulada aumentando progresivamente rango flexión.
- Se permite la carga a partir de la 0-3 semana de la cirugía.



Programa rehabilitación haciendo hincapié en el fortalecimiento y la ganancia de amplitud articular.

- Debe sospecharse la rotura de este tendón en la sala de urgencias ante el antecedente de traumatismo en la rodilla con imposibilidad de extensión
- La ecografía es esencial para el diagnóstico aunque el gold estándar es la RMN que es especialmente útil para diferenciar roturas parciales de las completas o cuando existen dudas de la rotura.



- La cirugía de elección es la sutura a través de puentes rotulianos, alineando el tendón y controlando la posición y el movimiento de la rótula.
- La cirugía de elección es la sutura a través de puentes rotulianos, alineando el tendón y controlando la posición y el movimiento de la rótula.

BIBLIOGRAFÍA

- Frederick MA, James H. Beaty, S. Terry Canale. *Campbell's Operative Orthopaedics*, 13 ed. : Elsevier; 2017.
- W. Norman Scott. *Insall & Scott, Surgery of the knee*, 5 ed. : elsevier; 2012.
- Pengas IP, Assiotis A, Khan W, Spalding T. Adult native knee extensor mechanism ruptures. *Injury*. 2016.
- Perfitt JS, Petrie MJ, Blundell CM, Davies MB. Acute quadriceps tendon rupture : a pragmatic approach to diagnostic imaging. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2013;
- Zlupko G. Ultrasound diagnosis of quadricepstendon rupture. *Ultrasound Emerg Med*. 2008;35(3):293-5.