

CIRUGÍA DE LA RÓTULA BIPARTITA DOLOROSA: técnica quirúrgica a propósito de un caso y revisión de la literatura.

DRA. SARA SÁNCHEZ LÓPEZ. 1; DR. MIGUEL ANGEL SANCHEZ CARRASCO. 2; DRA. ISABEL MEDRANO MORTE. 1; DR. DANIEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ. 2;

1. HGU. Rafael Méndez, Lorca, Murcia
2. HGU. Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN

El origen de la rótula bipartita es controvertido. Suele tratarse de un hallazgo casual y ser asintomática. Son varias las técnicas quirúrgicas propuestas por los autores para su tratamiento cuando los síntomas persisten tras tratamiento conservador y se deben analizar factores como el tipo de rótula bipartita, la edad, características del aparato extensor y actividad física para decidir la más adecuada.

OBJETIVOS

Se presenta un caso de rótula bipartita sintomática tratada mediante exéresis del núcleo superolateral con reinserción transósea del vasto externo y liberación del retináculo externo. Mostramos la técnica quirúrgica, analizamos la patología, etiología, formas de presentación y tratamientos propuestos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 30 años monitora de gimnasio con dolor anterior de rodilla centrado en retináculo lateral y polo superlateral de rótula. En la exploración presentaba signo de la butaca + y Glide test +. Las radiografías anteroposterior y lateral de rodilla mostraban rótula bipartita. En proyección de Laurin además tilt rotuliano lateral. Se solicitó gammagrafía que informaba de hipercaptación en rótula y cóndilo femoral externo. Ante la persistencia de síntomas refractarios al tratamiento conservador se interviene mediante cirugía abierta: exéresis de núcleo rotuliano superoexterno con desinserción de fibras del vasto lateral que se reinserían con sutura tipo Krackow transósea en lecho resultante. Se asocia liberación de alerón rotuliano externo.

RESULTADOS

En postoperatorio inmediato inició movilización pasiva sin restricción y carga parcial durante tres semanas, tras la cuales siguió un protocolo de rehabilitación durante dos meses. A los tres meses caminaba sin ayudas ni dolor. Reanudó su actividad laboral a los seis meses.

CONCLUSIONES

La frecuencia de rótula bipartita es del 0,2 al 6 % siendo bilateral un 57 %. Es más frecuente en varones y mayoritariamente asintomática, aunque escasas veces es dolorosa, habitualmente por microtraumatismos repetidos. Saupe la clasificó en 3 tipos: tipo I (5 %) en polo distal; tipo II (20%) ocupando casi todo el tercio lateral de la rótula; tipo III (75 %) en polo supero externo de la rótula. El tratamiento conservador suele ser efectivo, pero ante respuestas insatisfactorias está recomendada la cirugía. Existen diferentes técnicas: resección del fragmento con cirugía abierta con o sin plástica del aparato extensor; sección de la inserción del vasto externo en polo superior de la rótula, osteosíntesis del fragmento o resección artroscópica.

