



HOMOINJERTO DE APARATO EXTENSOR EN EL TRATAMIENTO DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE LA RODILLA.

Dra. M. A. Ayala Rodrigo, Dr. P. A. Cortés García, Dr. S. González Casamayor, Dr. A. Guerra Ferraz, Dr. D. Solano Miranda, Dra. I. G. Guillén Morales

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

INTRODUCCIÓN

La gran cantidad de técnicas quirúrgicas existentes para tratar las roturas crónicas del tendón rotuliano nos da idea de la dificultad de su tratamiento. La utilización de **aloinjerto rótula- tendón rotuliano-tuberosidad tibial** ha obtenido buenos resultados en roturas crónicas del tendón rotuliano tras PTR por lo que han podido ser extrapoladas y dar solución a patología tumoral de igual localización. Este tipo de aloinjerto ha permitido un anclaje óseo en ambos extremos que da muchísima seguridad, permitiéndose una rehabilitación precoz.

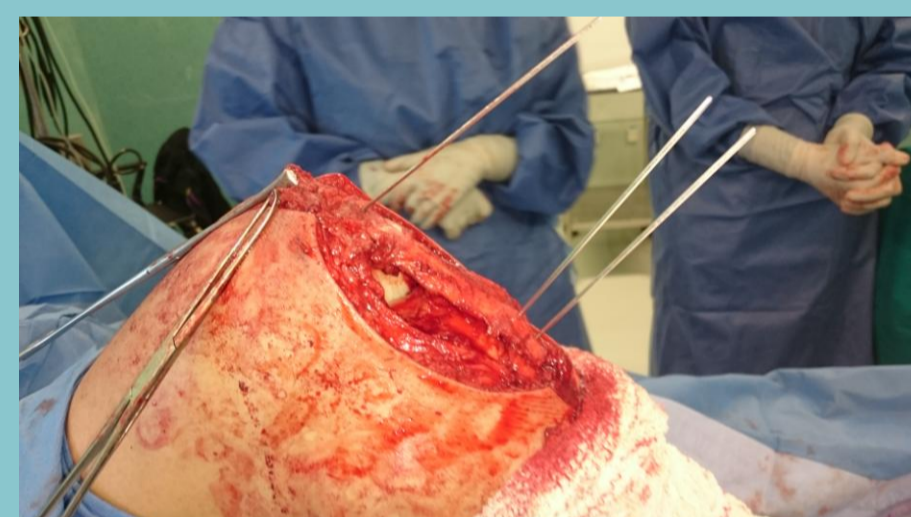
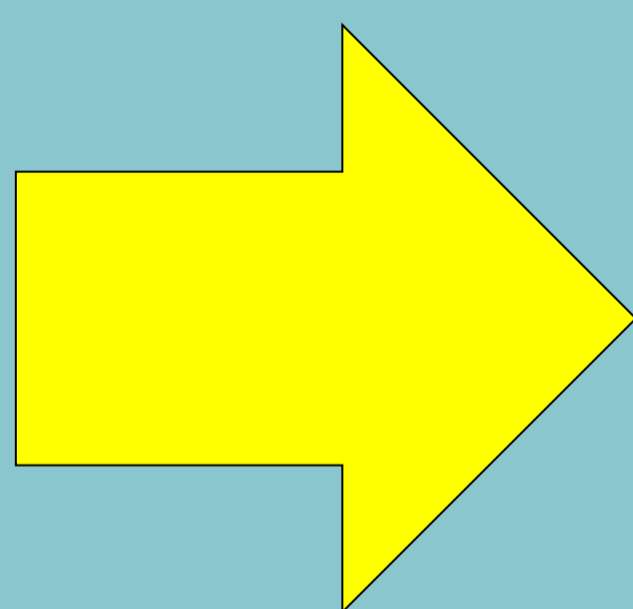
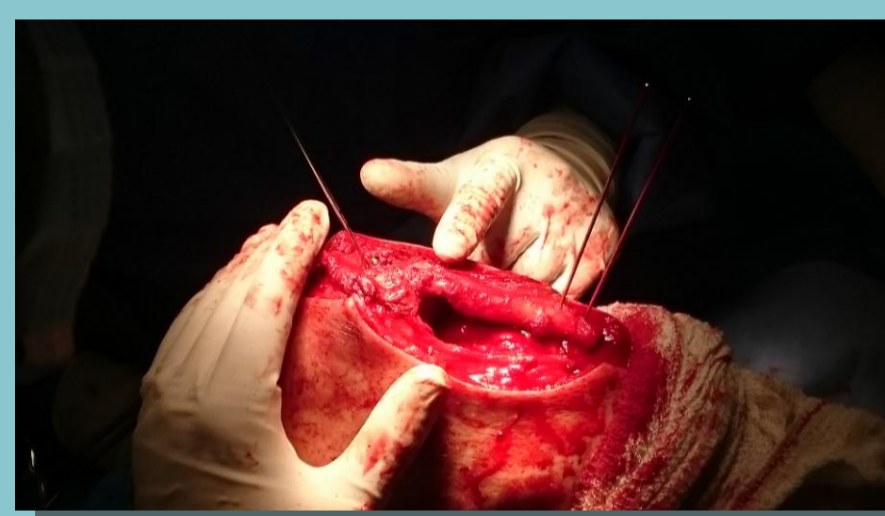
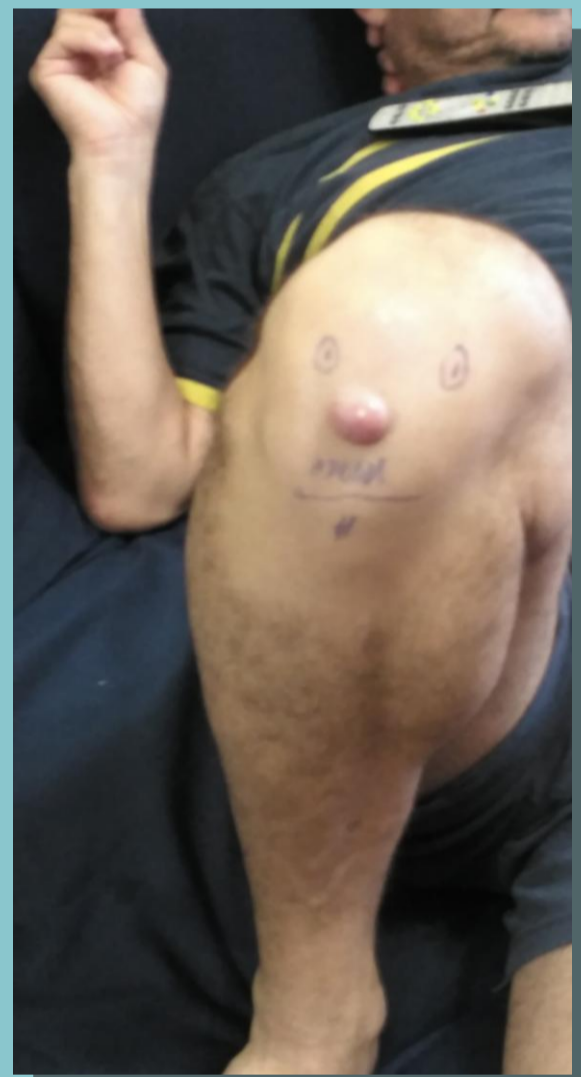


OBJETIVOS

La afectación de la rodilla por sarcomas de partes blandas es **rara y muy difícil de tratar**. Sabemos que la reconstrucción de la rodilla es fundamental para restaurar la funcionalidad, que el resultado funcional estará comprometido por la cobertura deficiente de tejidos blandos, la radioterapia local adyuvante y la resección del aparato extensor. Nuestro objetivo es presentar uno de los métodos de reconstrucción y los resultados funcionales.

MÉTODO

Presentamos un caso de **leiomiosarcoma** de localización a nivel del tendón rotuliano, de historia de 1,5 años de evolución, que fue tratado inicialmente en otro centro mediante resección atípica, y posteriormente en el nuestro mediante **resección amplia y reconstrucción** del defecto mediante **homoinjerto** de cadáver criopreservado, reforzado con **tendón de semitendinoso autólogo**, cubierto mediante **gemelo interno** tunelizado e injertado con piel



RESULTADOS

Tras más de 1 años de seguimiento el paciente está libre de enfermedad, presenta buen balance articular y existe **total integración**.

CONCLUSIÓN

La resección tumoral con adecuados márgenes de seguridad y la reconstrucción mediante **homoinjerto de cadáver** permite preservar el mecanismo extensor y la funcionalidad. La cobertura de tejidos blandos es un problema añadido que puede solventarse mediante la cobertura con **colgajos**. Después de la cirugía la rodilla se ha de inmovilizar con una ortesis en extensión. La reconstrucción del aparato extensor de la rodilla con homoinjerto es una **alternativa funcional** a la amputación, y **no contraindica** la radioterapia adyuvante para mejorar el control local de la enfermedad.

