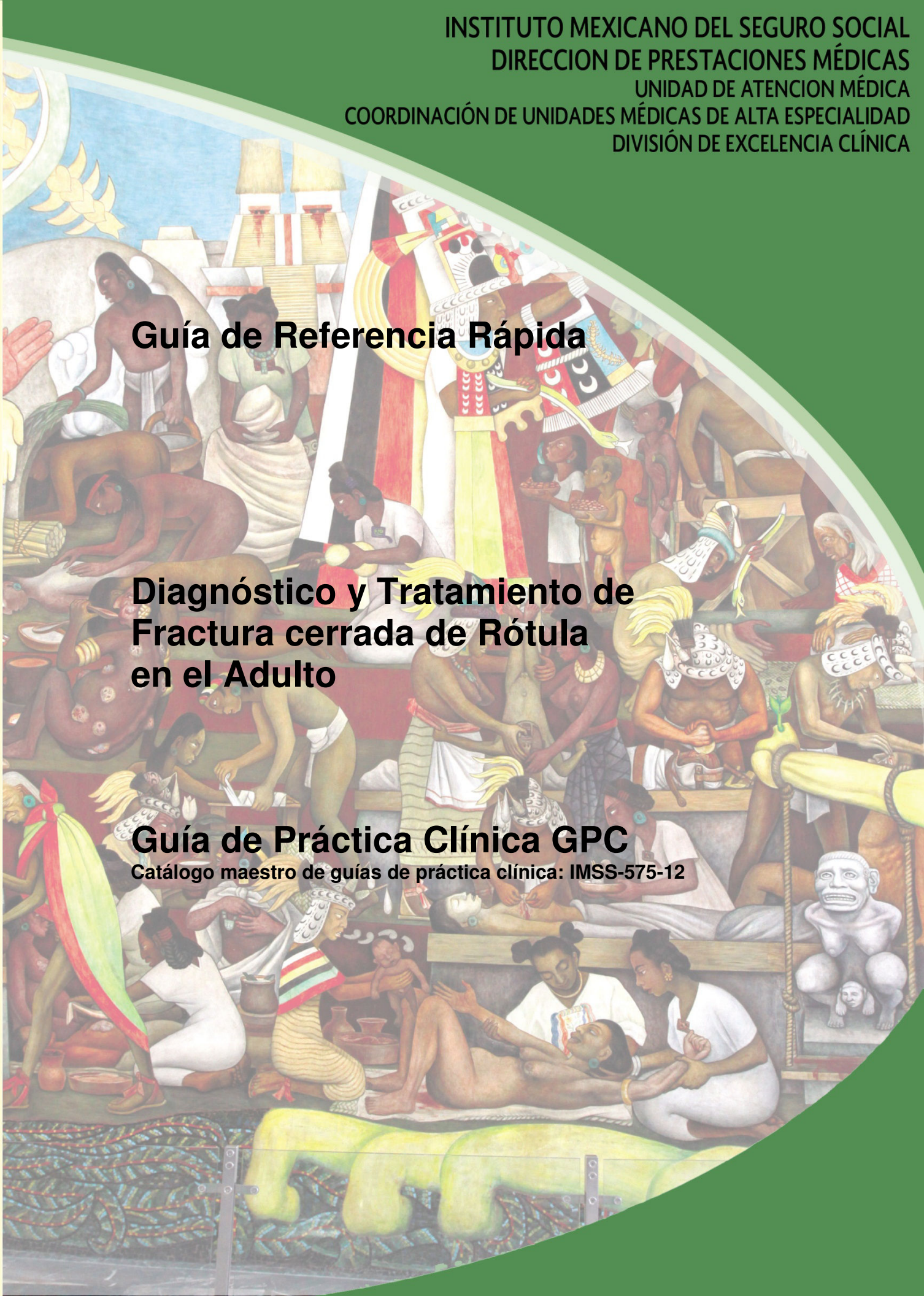


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Fractura cerrada de Rótula en el Adulto

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-575-12



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

S82.0 Fractura de la Rótula

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Fractura cerrada de Rótula en Adulto

ISBN

DEFINICIÓN

Fractura cerrada de rótula: Lesión ósea caracterizada por solución de continuidad a nivel de la rótula sin exposición al medio externo.

DIAGNÓSTICO

Ante un paciente con sospecha de fractura de rótula se recomienda realizar una evaluación clínica completa que incluya: historia clínica (edad, y mecanismo de lesión) y la exploración física de la rodilla afectada.

En los pacientes que presentan cuadro clínico de fractura de rótula se recomienda realizar una exploración detallada del miembro inferior, poniendo atención al edema, presencia de hemartrosis, limitación funcional, y en el caso de existir heridas y/o dermoabrasiones, concomitantes descartar la presencia de una fractura expuesta.

Para complementar el diagnóstico de fractura de rótula se recomienda solicitar la radiografía simple en proyección anteroposterior de la rodilla, proyección lateral, y proyección axial.

En caso de duda en cuanto a la fragmentación y desplazamiento de la fractura de rótula, se recomienda realizar una Tomografía Axial Computarizada la cual permite realizar la reconstrucción tridimensional y sirve como apoyo del plan terapéutico.

En pacientes con datos clínicos de fractura pero sin confirmación tomográfica considerar el empleo de la Resonancia Magnética Nuclear para diagnosticar fracturas osteocondrales asociadas a lesiones de partes blandas o fracturas marginales y lesiones concomitantes de la rodilla.

Para definir el plan terapéutico de la fractura de rótula se recomienda tomar en consideración su grado de desplazamiento, el tipo de trazo y el compromiso o no del mecanismo extensor de la rodilla.

Se recomienda considerar en el diagnóstico diferencial: rótula bi o tripartita, luxación de rótula, ruptura del tendón del cuádriceps o tendón rotuliano y lesiones ligamentarias.

TRATAMIENTO

Previo a la inmovilización de la extremidad el médico se recomienda valorar la necesidad de drenar el hematoma intraarticular, en caso de dolor por aumento en la tensión de la cápsula articular, y cuando lo amerite aplicar inmovilización con una férula de yeso tipo calza, o un yeso completo con la rodilla en extensión, un mínimo de 4 semanas (en fracturas longitudinales), que deben prolongarse hasta las 6

semanas en el caso de fracturas transversas o con discreto desplazamiento.

TRATAMIENTO CONSERVADOR.

Se recomienda el tratamiento conservador en fractura cerrada de rótula:

- Separación o diastasis ≤ 3 mm
- Separación del escalón articular ≤ 2 mm
- Mecanismo extensor íntegro
- Pacientes con enfermedades concomitantes, identificados con alto riesgo quirúrgico.
- Sepsis

El tratamiento conservador otorga buenos resultados en un 90 % de los casos con indicación adecuada.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

El tratamiento quirúrgico se recomienda en:

- Más de 2 mm de desplazamiento articular.
- Más de 3 mm de separación entre los fragmentos.
- Disrupción del mecanismo extensor.
- Fracturas conminutas o fracturas osteocondrales.
- Fracturas marginales o de trazo longitudinal asociadas a conminución o desplazamiento.
- Fracturas expuestas.

Elegir el tipo de osteosíntesis a emplear (clavos, alambres, tornillos o la combinación de estos), teniendo en cuenta el trazo de fractura, conminución, edad del paciente y la calidad ósea.

Emplear la patelectomía parcial o total en aquellas fracturas donde la conminución ósea no permite la reconstrucción ni la osteosíntesis.

Identificar de manera oportuna las complicaciones asociadas con una fractura de la rótula que pueden incluir infección, rigidez articular, pérdida de reducción, pseudoartrosis, osteoartritis postraumática.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Se recomienda para el manejo postoperatorio del dolor en la fractura de rótula, la utilización de analgésicos como son: paracetamol vía oral, 500 mgs; y diclofenaco 100 mgs V.O. o I.M, 75 mgs; o ketorolaco I.M o I.V. 30 mgs, (Ver cuadro 1).

Se recomienda para el manejo del dolor moderado postoperatorio de la fractura de rótula, la administración de analgésicos tipo opioides (buprenorfina y nalbufina) en combinación con analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos. (Ver cuadro 1.)

Se recomienda la profilaxis antibiótica en los pacientes candidatos a manejo quirúrgico con fractura cerrada de rótula mediante la administración de los siguientes antibióticos: Cefazolina 1 o 2 gramos pre inducción, continuar 1 gramo cada 8 hrs por 24 hrs. Antibióticos alternativos: Cefalotina 1 o 2 gr. Pre inducción, continuar 1 gr. cada 6 horas por 24 hrs. Alergia a beta-lactámicos: Clindamicina 600 mg pre inducción, continuar 600 mg cada 8 horas por 24 hrs.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Se recomienda individualizar la rehabilitación, teniendo en cuenta: edad, ocupación, requerimientos funcionales, calidad ósea, estabilidad de la fractura, dispositivo de fijación y las condiciones de los tejidos blandos. Todo manejo fisiátrico debe ser supervisado por médicos de medicina física y rehabilitación.

Los pacientes que recibieron tratamiento conservador deben ser enviados a medicina de rehabilitación y terapia física, una vez confirmada clínica y radiológicamente la consolidación de la fractura, con la indicación de iniciar los ejercicios de flexo-extensión de la rodilla.

De ser posible, se recomienda empezar los ejercicios de flexo-extensión de la cadera y del tobillo desde los primeros días del tratamiento inicial.

Se recomienda citar a la consulta externa al paciente postoperado de fractura de rótula, con un control radiográfico a la segunda y cuarta semana y en los casos que no haya evidencia radiográfica de consolidación ósea hasta la sexta u octava semana; confirmada la consolidación ósea, y en los casos donde la osteosíntesis es estable se debe enviar al paciente a medicina de rehabilitación y terapia física, con la indicación de efectuar los ejercicios de flexo-extensión de la rodilla.

DIAS DE INCAPACIDAD

Se recomienda que el tiempo del certificado temporal del trabajo de un paciente con fractura cerrada de rótula, comprenda un periodo de 6 a 12 semanas, dependiendo del tipo de lesión, del tratamiento efectuado, del tiempo de consolidación ósea y de rehabilitación requerido.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El paciente que acude al primer nivel de atención con antecedente de mecanismo de lesión y cuadro clínico de fractura cerrada de rótula, corroborado con estudio radiológico (proyección antero-posterior, lateral y axial), deberá ser enviado, al segundo nivel para valoración por el servicio de traumatología y ortopedia.

Los pacientes con fractura cerrada de la rótula se deben enviar al servicio de urgencias del segundo nivel de atención médica, que cuente con la infraestructura y recursos necesarios para la resolución de esta patología. En caso contrario enviarlo al tercer nivel de atención.

Se recomienda enviar al paciente que recibió tratamiento conservador de fractura cerrada de rótula al servicio de medicina física y rehabilitación, a las 4 o 6 semanas de la lesión inicial, cuando se ha retirado la inmovilización y se ha corroborado clínicamente y con los estudios de imagen la consolidación de la fractura; con la indicación de realizar ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps, de flexo-extensión de la rodilla afectada y con tratamiento del proceso inflamatorio residual.

Los pacientes que fueron sometidos a reducción abierta y fijación interna por fractura cerrada de rótula, en donde la osteosíntesis es estable, se manejarán con rehabilitación física con ejercicios de flexoextensión desde su inicio, los que presentan síntesis inestable o multifragmentación deben ser enviados a las 4 a 6

semanas al servicio de medicina física y rehabilitación, con la indicación de efectuar ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps, de flexo-extensión de la rodilla afectada y con tratamiento del proceso inflamatorio residual.

Cuando exista evidencia clínica de recuperación funcional completa de la rodilla afectada, el paciente será referido al primer nivel de atención; en caso de alguna secuela, el paciente se referirá al médico especialista en ortopedia.

ALGORITMOS

