

REPORTE DE CASO

# Rehabilitación física tras patelelectomía total secundaria a herida por arma de fuego: reporte de un caso

## *[Physical rehabilitation after total patellectomy secondary to gunshot wound: a case report]*

Walter Tozzi<sup>1</sup> , Adriano Javier Cura<sup>1</sup> , Francisco Esperon<sup>1</sup> , María Noelia Greschner<sup>1\*</sup> , Luciano Emanuel Carracedo<sup>1</sup> , Sofia Belén Zeballos<sup>1</sup> 

### Resumen

**Introducción:** La patelelectomía total es un procedimiento raramente indicado, ya que puede derivar en un resultado funcional deficiente. El objetivo de este estudio es describir el proceso de rehabilitación kinésica posoperatoria de un paciente sometido a patelelectomía total y su seguimiento ambulatorio durante 11 meses en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Presentación del caso:** Un paciente masculino de 19 años concurrió al servicio de kinesiología para realizar rehabilitación tras una patelelectomía total derecha secundaria a herida por arma de fuego. Luego del proceso de rehabilitación, el paciente alcanzó 110° de flexión activa de rodilla, fuerza del cuádriceps de 12 kgf (57 % respecto del miembro contralateral), marcha independiente y mejora sustancial en la escala funcional de las extremidades inferiores (LEFS, por sus siglas en inglés; de 11 a 66 puntos) y en la calidad de vida (SF-36, subescala de funcionamiento físico; de 0 % a 90 %).

**Conclusión:** Se describe el abordaje kinésico posoperatorio en un paciente sometido a patelelectomía total. El paciente presentó aumento significativo del rango de movimiento articular, incremento de fuerza y adquisición de marcha independiente sin asistencia técnica.

**Palabras clave:** rodilla; rótula; fractura de rótula; informe de casos; marcha; atención ambulatoria.

\* Correspondencia: [noeliagreschner@gmail.com](mailto:noeliagreschner@gmail.com)

<sup>1</sup> Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, CABA, Argentina.

## Abstract

**Introduction:** Total patellectomy is a rarely indicated procedure, as it may lead to poor functional outcomes. The objective of this study is to describe the postoperative physical therapy rehabilitation process of a patient who underwent total patellectomy and his outpatient follow-up over 11 months at a public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires.

**Case presentation:** A 19-year-old male patient attended the physical therapy department for rehabilitation following a right total patellectomy secondary to a gunshot wound. After the rehabilitation process, the patient achieved 110° of active knee flexion, quadriceps strength of 12 kgf (57 % compared with the contralateral limb), independent gait, and substantial improvement in the lower extremity function scale (LEFS; from 11 to 66 points) and in quality of life (SF-36, physical functioning subscale; from 0 % to 90 %).

**Conclusion:** The postoperative physical therapy approach in a patient who underwent total patellectomy is described. The patient showed a significant increase in joint range of motion, increased strength, and acquisition of independent gait without an assistive device.

**Keywords:** knee; patella; patella fracture; case reports; gait; outpatient care.

## Introducción

Las fracturas de rótula representan el 3,5 % del total de fracturas del miembro inferior.<sup>(1)</sup> La complicación más frecuente es la disminución del rango de movimiento (ROM, por sus siglas en inglés).<sup>(2)</sup> El tratamiento médico está determinado por el tipo de fractura.<sup>(1)</sup> El tratamiento quirúrgico incluye reducción con fijación o patelectomía parcial o total, procedimientos indicados en fracturas que presentan pérdida de extensión activa, incapacidad para alcanzar extensión completa, incongruencia articular mayor de 2 mm o fracturas conminutas o abiertas.<sup>(1,2,3)</sup> La patelectomía total es un procedimiento raramente indicado y suele reservarse como alternativa de último recurso, ya que puede derivar en numerosas complicaciones. La principal consecuencia es un resultado funcional deficiente debido al papel fundamental de la rótula en el aumento de la ventaja mecánica y la acción de palanca del tendón cuadriceps. Luego del proceso quirúrgico, existe la posibilidad de persistir una reducción de la fuerza del cuádriceps de hasta 50 %.<sup>(1,4)</sup> No obstante, existe evidencia que demuestra resultados clínicos satisfactorios.<sup>(5)</sup>

A nivel internacional no se observó un consenso sobre la técnica quirúrgica más eficaz, mientras que en Argentina no se identificaron reportes sobre el abordaje más adecuado para esta lesión.<sup>(6)</sup> Sin embargo, la rehabilitación es un proceso fundamental que podría explicar la mejora funcional en el estadio posquirúrgico. La presentación de un reporte de caso sobre la rehabilitación de un paciente con patelectomía total puede contribuir a

visibilizar posibles opciones de evaluación y tratamiento, así como servir de base para futuras investigaciones.

Por lo expuesto, el objetivo del presente reporte es describir el proceso de rehabilitación kinésica posoperatoria de un paciente con patelectomía total y su seguimiento ambulatorio en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Presentación del caso

El presente estudio se reportó siguiendo las directrices CARE (acrónimo de reporte de caso en inglés) (**Material complementario 1**).<sup>(7)</sup> Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (número de expediente PRIISA BA: 16 832, agosto de 2025) y la firma del consentimiento informado. Se utilizó la guía TIDieR para describir detalladamente el tratamiento (**Material Complementario 2**).<sup>(8)</sup>

Un paciente de 19 años, sin antecedentes médicos de relevancia, laboralmente activo como repartidor en moto y jugador de fútbol amateur, fue derivado al servicio de kinesiólogía del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero con diagnóstico de posoperatorio de patelectomía total derecha debido a una fractura expuesta de rótula tipo Gustillo IIIA por herida de arma de fuego. La intervención kinésica se llevó a cabo entre septiembre de 2024 y mayo de 2025.

## Tratamiento y resultados

El tratamiento kinésico se inició un mes posterior al abordaje quirúrgico, período durante el cual el paciente fue inmovilizado en extensión completa de rodilla con

una valva larga de yeso por tres semanas. Ingresó con férula extensora de rodilla, utilizada durante una semana y retirada para el aseo personal. Deambulaba con dos muletas, a dos tiempos y con tres apoyos, sin autorización de carga de peso. Dos kinesiólogos participaron en la rehabilitación: uno realizó las evaluaciones y otro el tratamiento.

En la evaluación inicial se registraron presencia de dolor, ROM, funcionalidad de los miembros inferiores y calidad de vida. El dolor se cuantificó mediante la escala visual análoga (EVA), que presenta excelente fiabilidad test-retest.<sup>(9)</sup> Se midió en reposo y con movilidad pasiva debido a la imposibilidad de realizar movilidad activa por dolor. El ROM se evaluó con un goniómetro en decúbito supino, de forma pasiva. La flexión se encontraba limitada por el dolor y la rigidez, por lo que la fuerza no se cuantificó.

La funcionalidad de los miembros inferiores se registró mediante la escala funcional de las extremidades inferiores (LEFS, por sus siglas en inglés), validada transculturalmente en Argentina, fiable y con validez de constructo.<sup>(10)</sup> Consta de 20 ítems, cada uno puntuado en una escala de 5 puntos, con un total posible de 0 a 80 puntos, cuyo valor máximo corresponde al mejor nivel funcional.<sup>(11)</sup>

La calidad de vida se evaluó mediante la versión traducida al español del cuestionario de salud SF-36 (SF-36)<sup>(12)</sup>, herramienta válida y confiable, compuesta por 36 ítems que abarcan los siguientes dominios: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las respuestas se traducen en puntuaciones en una escala de 0 a 100, en la que 0 representa el peor estado de salud y 100 el mejor.<sup>(12)</sup> Los resultados de la evaluación inicial se encuentran detallados en la **Tabla 1**.

Finalizada la evaluación inicial, se planificó la rehabilitación con una frecuencia de dos sesiones semanales supervisadas de 45 minutos. A su vez, se indicaron pautas y ejercicios para realizar en el domicilio (**Material complementario 2**).

Durante el mes 1 se trazaron los siguientes objetivos principales a corto plazo: mejorar el ROM y disminuir el dolor en el miembro inferior derecho. Como objetivo secundario, se planteó mejorar la fuerza muscular en la medida en que el ROM lo permitiese. Todos los ejercicios se indicaron con una tolerancia de dolor menor a 5/10 en la EVA. Las intervenciones se describen en el **Material complementario 2**.<sup>(13)</sup>

A largo plazo, los objetivos fueron lograr una deambulación funcional sin dispositivos de asistencia y el re-

torno a sus actividades previas. Antes de finalizar cada sesión, se realizaron 20 minutos de crioterapia en posición de Trendelenburg debido al dolor y edema.<sup>(14)</sup> En la **Figura 1** se observa la cronología de la rehabilitación.

Durante el mes 2 se agregaron ejercicios de movilidad autoasistida de rodilla con polea, técnica de energía muscular y premarcha en paralelas. La marcha progresó a carga parcial con autorización médica y uso de bastón unipodal.

Al finalizar el mes 3 se obtuvo una marcha con carga total, en la cual se observó un retraso en la traslación de la tibia derecha al comienzo de la fase de balanceo. Debido a la presencia reiterada de dolor en la cara anterior de la rodilla, se realizó una ecografía que evidenció un engrosamiento leve heterogéneo de 9,2 mm en el tendón del cuádriceps con calcificaciones de 6,6 mm, un espesor del tendón rotuliano de 4,4 mm y una presunta anastomosis término terminal (**Figura 1**). Se consideró la posibilidad de realizar movilización bajo anestesia, que fue contraindicada por el equipo médico dado el mecanismo causal y el extenso daño producido en los tejidos circundantes.

Por motivos personales, durante los meses 4 y 5 la rehabilitación kinésica continuó en domicilio, con el mismo plan de ejercicios, a una frecuencia diaria y con reportes quincenales vía WhatsApp®.

En la **Tabla 1** y la **Figura 1** se observa la reevaluación del mes 6, en la que, debido a la ausencia de dolor, se interrumpió el tratamiento de crioterapia y se midió la fuerza del cuádriceps con la máxima flexión alcanzada por el paciente con un dinamómetro de mano hidráulico (Baseline® Standard 12-0240), previamente validado.<sup>(15)</sup> Los valores obtenidos se presentan en la **Tabla 1**, con una diferencia del 64,3 % entre ambos miembros. Asimismo, se evaluó la masa muscular mediante la circunferencia del muslo y la pantorrilla con una cinta métrica plástica. La circunferencia del muslo se midió en decúbito supino, con extensión completa de rodilla, a 15 cm desde la interlínea articular.<sup>(16)</sup> En la pantorrilla, se colocó la cinta en la porción más ancha. El paciente debía permanecer en sedestación, con la máxima flexión de rodilla alcanzada y los pies apoyados sobre una superficie firme.<sup>(17)</sup> Se obtuvieron 46,5 cm en el muslo derecho y 48 cm en el izquierdo, mientras que la circunferencia de la pantorrilla derecha fue de 40 cm y la izquierda de 38 cm. No se registraron cambios en la marcha.

Durante el mes 8, el paciente sufrió una caída en la vía pública, que le provocó dolor, edema y limitación

**Tabla 1. Progresión de los resultados de dolor, movilidad, fuerza, funcionalidad y calidad de vida a lo largo de las sesiones**

Variables	Inicio	Mes 1	Mes 3	Mes 6	Mes 9	Mes 11
EVA, puntaje*	9/10	10/10	5/10	0/10	0/10	0/10
ROM flexión, pasiva/activa, grados	5/-	30/-	40/-	45/-	100/110	110/142
Fuerza, miembro lesionado/miembro sano, kgf	-	-	-	10/20	10/28	12/21
LEFS, puntaje	11	-	-	27	28	66
SF-36, %	0 %	-	-	20 %	25 %	90 %
Funcionamiento físico	0 %	-	-	25 %	50 %	50 %
Rol físico	10 %	-	-	35 %	45 %	45 %
Dolor corporal	30 %	-	-	40 %	45 %	45 %
Salud general	30 %	-	-	45 %	45 %	50 %
Vitalidad	47,5 %	-	-	80 %	55 %	90 %
Funcionamiento social	0 %	-	-	100 %	66,6 %	100 %
Rol emocional	40 %	-	-	56 %	56 %	68 %
Salud mental						

\*El puntaje se expresa como percibido/total.

**EVA:** escala visual análoga; **ROM:** rango de movimiento; **kgf:** kilogramo-fuerza.;

**LEFS:** siglas en inglés de escala funcional de las extremidades inferiores;

**SF-36:** cuestionario de salud SF-36.

funcional durante cinco días. Se realizó una interconsulta con el servicio de traumatología, que mantuvo una conducta expectante sin solicitar estudios complementarios. Al mes 9 se cuantificó un aumento de 65° en el ROM pasivo de rodilla y se registró ausencia de dolor, junto con aumento en la funcionalidad y calidad de vida. Se continuó el proceso de rehabilitación, con prioridad en el fortalecimiento muscular, orientado a optimizar la capacidad funcional. Los valores obtenidos se detallan en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Al mes 11 el paciente logró reincorporarse a su trabajo y retornar a la práctica deportiva recreativa, sin presentar diferencias en la marcha ni en el ROM de flexión activa (**Tabla 1** y **Figura 2**). Considerando los valores funcionales alcanzados, se decidió, en consenso con el paciente, otorgar el alta kinésica.

## Discusión

En el presente estudio se describió la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de un paciente con pateleotomía total derecha. Se cumplieron los objetivos establecidos y se logró una mejoría en el ROM, disminución del dolor y marcha funcional sin dispositivo

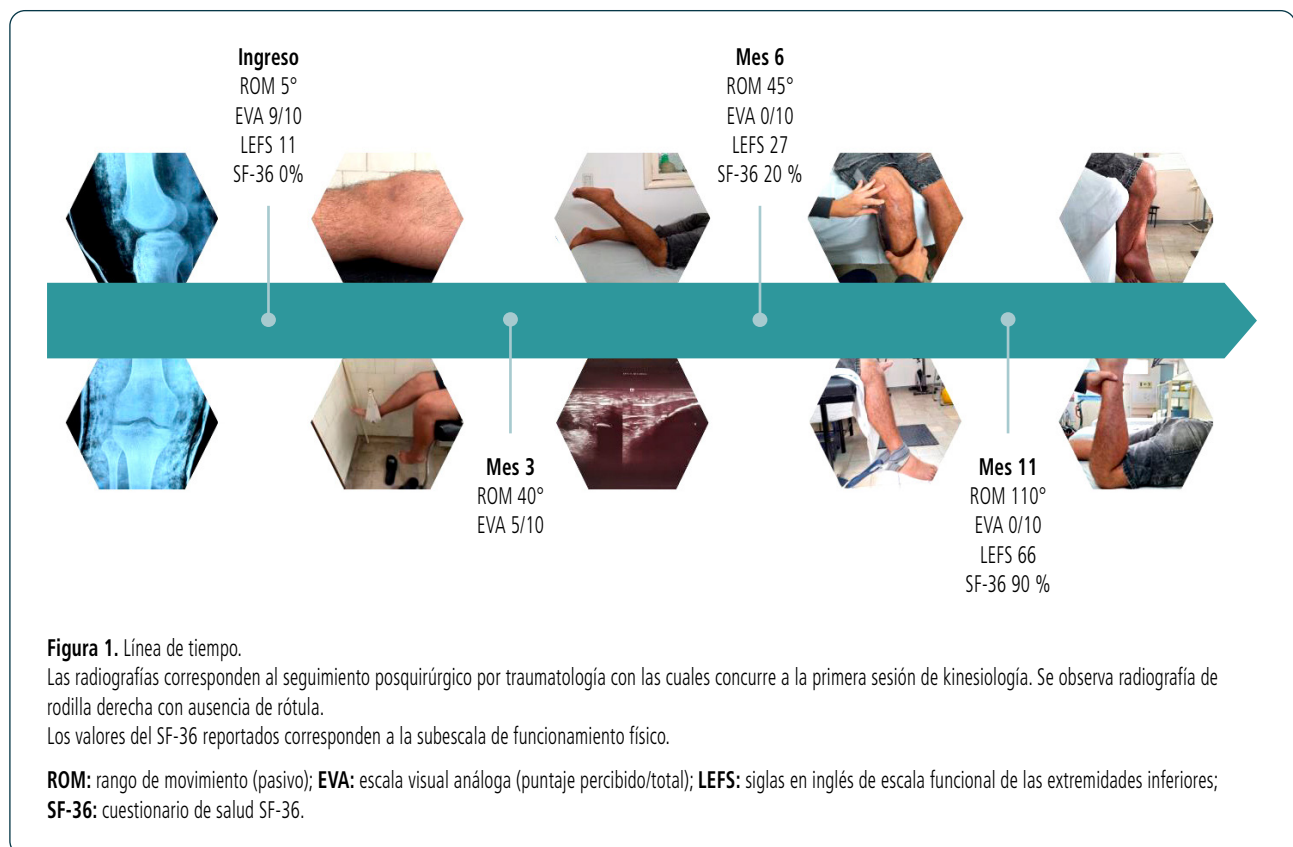




Figura 2. Flexión de rodilla activa al mes 11 de rehabilitación.

de asistencia. Aunque no se observaron avances en el ROM ni en la fuerza desde el mes 9, el paciente experimentó mejoras en la calidad de vida y la funcionalidad debido a la disminución del dolor y al ROM alcanzado hasta ese momento.

Los hallazgos principales del presente reporte coinciden con lo publicado por Cavaignac et al.<sup>(6)</sup>, quienes detallaron resultados funcionales de buenos a excelentes en el 68,8 % de los sujetos con patelectomía total en términos de dolor, movilidad y fuerza del cuádriceps. Entre las principales complicaciones se describe la presencia de calcificaciones, caracterizadas por la ausencia de células inflamatorias alrededor de los depósitos calcificados y por alteraciones en el colágeno.<sup>(18)</sup> Clínicamente se destacan el dolor relacionado con la actividad, la sensibilidad, el edema localizado y la disminución del ROM, los cuales podrían explicar la meseta del ROM

observada entre los meses 4 y 7 de rehabilitación.<sup>(18)</sup> Sin embargo, Wilkinson et al.<sup>(19)</sup> no hallaron correlación entre la calcificación del tendón rotuliano y la funcionalidad de la rodilla.

Sharafatvaziri et al.<sup>(3)</sup> describen en un reporte de caso un sujeto con patelectomía total que alcanzó 90° de flexión pasiva de rodilla tras dos semanas de rehabilitación. Cabe destacar que al sujeto se le había realizado una movilización bajo anestesia.<sup>(3)</sup> A diferencia de lo reportado por el autor, en el presente caso la patelectomía total fue la primera opción de tratamiento médico por el tipo de fractura, y tras 11 meses de rehabilitación se logró extensión completa y 142° de flexión pasiva.

Einola et al.<sup>(20)</sup> demostraron una asociación entre la fuerza de extensión del cuádriceps y el dolor, y observaron que, a mayor fuerza, se presentaba menor dolor. Aunque en el presente estudio no se analizó esta asociación, se observó que al mes 6 se alcanzó un valor de fuerza del 50 % respecto del contralateral, con un puntaje de 0 en la EVA. Este porcentaje resulta similar a lo reportado por la literatura.<sup>(1)</sup>

Como fortaleza, este estudio constituye el primer reporte a nivel nacional que describe la rehabilitación kinésica de un paciente con patelectomía total y que podría ser de utilidad para futuros profesionales. Entre las limitaciones se destacan la ausencia de objetivos específicos y de una planificación de rehabilitación en etapas por la falta de un protocolo y de valores funcionales y analíticos para la progresión, la escasez de seguimiento de datos objetivos y funcionales para futuras comparaciones y la ausencia de la supervisión durante dos meses. Además, el mecanismo causal podría haber influido en la motivación, adherencia al tratamiento y percepción de dolor. Por último, al ser un paciente joven sin comorbilidades, representa un escenario óptimo para la rehabilitación y afecta la validez externa.

La aplicación de un programa de rehabilitación individualizado, estructurado y progresivo mediante técnicas específicas (**Material complementario 2**) permitió obtener resultados satisfactorios. En este sentido, el paciente comentó: «Recuerdo llegar a la primera sesión con mucho dolor y miedo. Con el paso de los meses, el dolor fue disminuyendo y me di cuenta de que con los ejercicios fui mejorando hasta poder retomar mis actividades».

## Conclusión

El presente reporte de caso describe el abordaje kinésico posoperatorio en un paciente sometido a patelec-

tomía total, quien presentó un notable aumento del ROM articular, una mejora en la fuerza del músculo cuádriceps y una adquisición de marcha independiente sin asistencia técnica.

### Agradecimientos

A la Lic. Eva Grosman, Jefa del Servicio de Kinesiología del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero y a todos los/las integrantes del mismo.

---

Para obtener el material complementario de este estudio enviar un correo electrónico a [info@ajrpt.com](mailto:info@ajrpt.com)

### Fuente de financiamiento

Sin financiamiento.

### Conflicto de intereses

Las autoras y los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Declaración sobre el uso de IA en la redacción

Se utilizó la herramienta Chat GPT para sugerencias de redacción. Las autoras y los autores revisaron y editaron el contenido generado por la IA y asumen total responsabilidad sobre el manuscrito.

### Contribución de las autoras y los autores

Conceptualización: AJC, WT; curación de datos: AJC, WT, MNG; investigación, metodología: AJC, WT, FE, MNG, LEC, SBZ; administración del proyecto: WT; recursos: AJC, WT, FE, MNG, LEC, SBZ; supervisión: WT, FE, MNG; validación: AJC, WT, MNG; visualización: AJC, FE; redacción – borrador original, redacción – revisión y edición: AJC, WT, FE, MNG, LC, SBZ.

**Recibido:** 17 de noviembre de 2025. **Aceptado:** 16 de febrero de 2026.

### Editor responsable

Federico Villalba

### Referencias

1. A. Egol, M.D; J Koval, M.D; D Zuckerman, M.D. Lesiones de la rótula y del mecanismo extensor de la rodilla. En: Egol KA, Koval KJ, Zuckerman JD, eds. Manual de fracturas. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.p.439-454.
2. Gwinner C, Märdian S, Schwabe P, Schaser KD, Krapohl BD, Jung TM. Fractures of the patella. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW*. 2016 Jan 18;5:Doc01. doi: [10.3205/iprs000080](https://doi.org/10.3205/iprs000080)
3. Sharafatvaziri A, Esfandiari S, Vosoughi F, Shayan-Moghadam R, Soleymani M. Patellectomy, an old treatment in patellar fracture which is still alive: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2024;118:109604. doi: [10.1016/j.ijscr.2024.109604](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109604)
4. Deng X, Zhu L, Hu H, Zhu J, Liu W, Zhang J, et.al. Comparison of total patellectomy and osteosynthesis with tension band wiring in patients with highly comminuted patella fractures: a 10-20-year follow-up study. *J Orthop Surg Res*. 2021;16(1):497. doi: [10.1186/s13018-021-02656-3](https://doi.org/10.1186/s13018-021-02656-3)
5. Levack B, Flannagan JP, Hobbs S. Results of surgical treatment of patellar fractures. *J Bone Joint Surg Br*. 1985;67(3):416-9. doi: [10.1302/0301-620X.67B3.3997951](https://doi.org/10.1302/0301-620X.67B3.3997951)
6. Cavaignac E, Pailhé R, Reina N, Wargny M, Bellemans J, Chiron P. Total patellectomy in knees without prior arthroplasty: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2014;22(12):3083-92. doi: [10.1007/s00167-014-3012-7](https://doi.org/10.1007/s00167-014-3012-7)
7. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017;89:218-235. doi: [10.1016/j.jclinepi.2017.04.026](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026)
8. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687. doi: [10.1136/bmj.g1687](https://doi.org/10.1136/bmj.g1687)
9. Alghadir AH, Anwer S, Iqbal A, Iqbal ZA. Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *J Pain Res*. 2018;11:851-856. doi: [10.2147/JPR.S158847](https://doi.org/10.2147/JPR.S158847)
10. Dell'Éra S, Dimaro M, Gamboa A, Spath MB, Salzberg S, Hernández D. Adaptación transcultural y validación argentina del cuestionario Lower Extremity Functional Scale [Cross-cultural adaptation and Argentine validation of the Lower Extremity Functional Scale Questionnaire]. *Medicina (B Aires)*. 2016;76(5):279-285. Spanish.
11. Binkley JM, Stratford PW, Lott SA, Riddle DL. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application. *North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. Phys Ther*. 1999;79(4):371-83. doi: [10.1093/ptj/79.4.371](https://doi.org/10.1093/ptj/79.4.371)
12. Augustovski FA, Lewin G, García-Elorrio E, Rubinstein A. The Argentine-Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(12):1279-1284.e6. doi: [10.1016/j.jclinepi.2008.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.004)
13. Hernandez D, Claret M, Silva N, Montiel N, Félix N, García D, et. al. En: Hernández D. Técnicas kinésicas y rehabilitación. Una mirada integral basada en la evidencia y orientada a la práctica clínica. 1a ed. Buenos Aires: Eudeba; 2022.p.31-58.
14. Tauseef A, Mannan M, Shrivastava N, Hamid MA, Mehmood R, Haider FUR, Farooque K. A Prospective Comparative Study of Postoperative Pain and Functional Outcomes With and Without Cryotherapy Following

- Total Knee Arthroplasty. *Cureus*. 2025;17(6):e85227. doi: [10.7759/cureus.85227](https://doi.org/10.7759/cureus.85227)
15. Mathiowetz V, Vizenor L, Melander D. Comparison of Baseline Instruments to the Jamar Dynamometer and the B&L Engineering Pinch Gauge. *The Occupational Therapy Journal of Research*. 2000;20(3):147-162. doi: [10.1177/153944920002000301](https://doi.org/10.1177/153944920002000301)
16. Krahn AN, Monson JK, LaPrade RF, Eggleston GG, Greufe NA. The Clinical Utility of Thigh Circumferential Measurement in Association with Quadriceps Limb Symmetry. *Int J Sports Phys Ther*. 2025;20(6):885-891. doi: [10.26603/001c.138312](https://doi.org/10.26603/001c.138312)
17. Akın S, Mucuk S, Öztürk A, Mazıcıoğlu M, Göçer Ş, Arguvanlı S, Şafak ED. Muscle function-dependent sarcopenia and cut-off values of possible predictors in community-dwelling Turkish elderly: calf circumference, midarm muscle circumference and walking speed. *Eur J Clin Nutr*. 2015;69(10):1087-90. doi: [10.1038/ejcn.2015.42](https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.42)
18. Oliva F, Via AG, Maffulli N. Physiopathology of intratendinous calcific deposition. *BMC Med*. 2012;10:95. doi: [10.1186/1741-7015-10-95](https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-95)
19. Wilkinson J. Fracture of the patella treated by total excision. A long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Br*. 1977;59-B(3):352-354. doi: [10.1302/0301-620X.59B3.893514](https://doi.org/10.1302/0301-620X.59B3.893514)

20. Einola S, Aho AJ, Kallio P. Patellectomy after fracture. Long-term follow-up results with special reference to functional disability. *Acta Orthop Scand*. 1976;47(4):441-7. doi: [10.3109/17453677608988717](https://doi.org/10.3109/17453677608988717)



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com). Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)

**Citar este artículo como:** Tozzi W, Cura AJ, Esperon F, Greschner MN, Carracedo LE, Zeballos SB. **Rehabilitación física tras patelectomía total secundaria a herida por arma de fuego: reporte de un caso.** *AJRPT*. 2026;8(1):46-52. doi: [10.58172/ajrpt.v8i1.411](https://doi.org/10.58172/ajrpt.v8i1.411)

Participe en nuestra revista



@ajrptther

Lo invitamos a visitar e interactuar a través de la página  
[www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)



Envíenos sus manuscritos