

Enorme osteocondritis disecante juvenil completa del cóndilo lateral:

A propósito de un caso

Santana Suárez, R.Y.*; Montesdeoca, P.***; Valencia Sola, L.**; Erdocia Eguía, P.*; Navarro Navarro, R.*; Quintana, J.***

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Insular Gran Canaria

**Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Dr. Negrín

*** Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Materno Infantil de Gran Canaria

Osteocondritis Disecante

Es una enfermedad caracterizada por el desprendimiento parcial o total de un fragmento osteocondral de una epífisis de presión. No es enfermedad frecuente. Fue descrita por König³ en 1888 quien lo atribuyó a una reacción inflamatoria que afectaba al hueso y cartílago y que posteriormente pasaba por fase de necrosis; por esto le puso el término de “*osteochondritis*” para referirse a la inflamación del hueso subcondral y “*disecante*” para recalcar su tendencia a la separación. En los países germanos se le conoce como “*osteochondrosis dissecans*”.

Etiología y Patogenia

Se han propuesto varias teorías pero ninguna se acepta como cierta:

1. Los factores hereditarios parecen factores bastante importantes porque:
 - Hay familias con predisposición a padecer esta enfermedad.
 - Se ha observado asociada con otras enfermedades tales como enanismo, tibia vara, enfermedad de Perthes.
 - Un 30% de los pacientes tie-

- nen lesiones múltiples y un 13% tienen estatura corta.
- Presencia de núcleos epifisarios accesorios (Ribbing 1955)
2. Isquemia: consistente en la interrupción del aporte vascular a un área del hueso subcondral y la consiguiente necrosis (Paget 1870², Enneking 1977).
 3. El traumatismo juega también un papel importante en la causa de la osteocondritis disecante y hay autores como Langeskiöld que señalan que las fracturas del cartílago epifisario juegan un papel fundamental en la causa. Lo cierto es que en un 40% de los casos se recoge una historia de trauma previo.

El área de necrosis avascular en la superficie convexa de la epífisis no suele ser superior a los 2 cm de diámetro. Cualquiera que sea la causa, los osteocitos mueren, pero el cartílago articular que cubre al hueso, nutrido por el líquido sinovial, sigue vivo. El crecimiento de tejido de granulación en el lecho del fragmento diseca al fragmento necrótico y lo aísla. Si el cartílago articular permanece indemne suele acabar por curarse. Si se produce un traumatismo, se puede fracturar el cartílago y desprenderse el fragmento convirtiéndose en un cuer-

po libre intraarticular osteocartilaginoso llamado “ratón articular”.

Clínica

Es enfermedad más frecuente en chicos que en chicas en razón 2:1 y que se puede afectar por igual el miembro izquierdo que el derecho, siendo relativamente frecuente la afectación bilateral que se ha cifrado hasta un 30% de los casos.

Smillie (1960)¹ distingue dos formas clínicas, una la que afecta a los niños y adolescentes y otra a los adultos. Esta clasificación está en función de que aún permanezcan abiertos los cartílagos de crecimiento y en función de ello variará el pronóstico.

Las localizaciones más frecuentes son el cóndilo femoral medial, rótula, cóndilo radial, epífisis femoral y astrágalo.

Normalmente no existen síntomas durante las fases iniciales de necrosis. En la fase de revascularización el paciente puede tener dolor local intermitente con alteración leve en la función articular. Durante esta fase inicial muchos casos son hallazgos casuales al realizar exploración radiográfica por otros motivos. La exploración clínica en estas fases puede mostrar un ligero derrame sinovial, ligera atrofia muscular por desuso y no existe limitación de la movilidad. Luego estos síntomas no deben valorarse como signos de desprendimiento del fragmento.

Correspondencia

Santana Suárez, Romen
C/ Profesor Nicolás Espino nº1 Telde Las Palmas 35200
Teléfono: 639 242 919
romenyone@hotmail.com

Cuando el fragmento sufre disección y figuración del cartílago el dolor y las molestias se hacen más constantes y pueden llegar a aparecer bloqueos articulares intermitentes.

Cuando la lesión se localiza en el cóndilo medial cerca de la fosa intercondílea, localización más frecuente (50%) de los casos, al aplicar el test de Wilson aparece dolor. Esta prueba consiste en realizar la ligera flexión de la rodilla con rotación interna forzada de la pierna, aparece dolor al presionar el ligamento cruzado anterior sobre la zona afecta.

La exploración radiográfica se caracteriza por la aparición de una línea radiolúcida que rodea un segmento óseo más o menos denso. A veces para su visualización se requieren proyecciones oblicuas o tangenciales. En las radiografías no es posible determinar si el cartílago está o no intacto. Tampoco en la tomografía axial computarizada.

La artroscopia y la resonancia magnética con o sin ayuda de medio de contraste (gadolinio), si son las exploraciones útiles para valorar si hay fisuración o fractura en el cartílago.

Clasificación

Según estas exploraciones se clasifican en cuatro estadios o grados:

- **Grado I.** Lesión visible en las radiografías como área de compresión del hueso subcondral
- **Grado II.** Fragmento osteocondral parcialmente desinsertado
- **Grado III.** Fragmento completamente desinsertado pero que permanece en el cráter
- **Grado IV.** Fragmento completamente desinsertado con desplazamiento fuera del lecho (cuerpo libre)

Pronóstico

Aunque pueda pensarse no es una enfermedad totalmente benigna. En el tipo juvenil, una gran



Figura 1A

Imagen de radiolucencia en cara inferior del condilolateral

proporción de casos evolucionan hacia la curación al tener las fisuras abiertas y mayor posibilidad de remodelamiento. En el adulto con fisuras cerradas la evolución puede ser hacia el desprendimiento por la prolongación de la fase de necrosis.

Cuando no hay signos de disección el pronóstico es mucho más favorable al igual que cuando el fragmento es pequeño y no se afectan áreas de carga. En los miembros superiores, es menos frecuente pero hay mayor posibilidad de generar cuerpos libres.

Tratamiento

El tratamiento a utilizar depende del estadio en el que se encuentre el fragmento y de que el paciente sea joven o adulto.

Cuando el cartílago está indemne total o parcialmente (Estadios I y II), el objetivo debe ser evitar su desprendimiento.

Para ello hay que limitar temporalmente las actividades deportivas e incluso la descarga temporal del miembro. No parece que la inmovilización enyesada de mejores resultados. No deben realizarse perforaciones en este estadio ya que además de no acelerar la curación aumenta las posibilidades de desprendimiento.

Cuando el fragmento está desprendido (Estadios III y IV), si es pequeño y el cartílago está alterado o se trata de un cuerpo libre, puede realizarse la extirpación del fragmento y el curetaje del lecho para facilitar la neoformación de un tejido fibrocartilaginoso.

Si el fragmento es grande debe fijarse con injertos o bien materiales reabsorbibles de poliglucósidos. Cuando el defecto es grande, localizado en zona de carga y el cartílago está muy deteriorado se puede recurrir a cubrir la zona

con autoinjertos osteocartilaginosos obtenidos de zonas de no carga (técnica de la mosaicoplastia)^{7,8}.

A propósito de un caso

Introducción

Son pocos los casos presentes de osteocondritis disecante femoral describiendo un tamaño tan grande de la lesión osteocondral que abarca un cóndilo por completo y una ubicación del defecto poco común como es el cóndilo lateral, siendo más frecuente el cóndilo femoral medial en su cara lateral.^(4,5)

Muchas veces la presentación del cuadro clínico es confuso, sobre todo en aquellos casos no asociados a trauma, pudiendo confundirse con meniscopatías, síndromes femoropatelares⁽⁶⁾ u otras condropatías.

Anamnesis

Se presenta el caso de un paciente varón de 15 años de raza caucásica sin cirugía ni traumatismo previos conocidos ni antecedentes patológicos de interés que en el transcurso de 6 meses presenta inicialmente un cuadro clínico de gonalgia derecha asociada a bloqueo de la articulación transitorio.

Exploración física

El paciente se presenta con la rodilla derecha en flexión de 90° bloqueada sin signos de inflamación locales ni signos de ocupación articular.

En el examen físico el paciente se aqueja de dolor tanto a la palpación en la cara lateral del fémur distal derecho como al intento de movilización pasiva de la rodilla afecta.

Las pruebas de cajón anterior y posterior son negativas. Las pruebas del bostezo en varo y en valgo son negativas. La prueba de Wilson es dudosa

Pruebas complementarias

En la radiología simple en la proyección anteroposterior se aprecia una imagen radioluscente en el cóndilo lateral del fémur derecho sugerente de osteocondritis disecante de amplitud considerada. (Fig. 1A)

En la tomografía axial computarizada se observa un fragmento osteocondral desprendido a nivel del cóndilo lateral que lo abarca casi por completo.

Diagnóstico definitivo

Se le diagnostica de extensa osteocondritis disecante de cóndilo femoral lateral derecho.

Tratamiento

Se realiza una vía lateral abierta, se extrae injerto osteocondral de

las caras superiores condilares libres de contacto y se rellena el defecto condilar lateral inferior.

El paciente presenta una evolución satisfactoria y se da el alta hospitalaria.

Evolución

El paciente se remite al servicio de rehabilitación teniendo un buena progresión en el movimiento articular, con integración osteocondral de la mosaicoplastia.

En la consulta externa el paciente presenta una flexión de 110° (Fig 2 A)

Y una extensión completa sin dolor a los 6 meses. (Fig. 2 B)

El paciente en la actualidad puede desempeñar sus actividades de la vida diaria sin limitaciones aunque se le han limitado los deportes de contacto de las extremidades inferiores.



Figura 1B TAC

Imagen de defecto osteocondral en condilo lateral



Figura 2A
Flexión de 110° a los 6 meses



Figura 2B
Extensión completa a los 6 meses

Discusión

El cóndilo femoral medial o interno es el lugar más común de aparición de esta patología.

Al ser poco frecuente este tamaño de osteocondritis disecante asociado a una localización poco común vemos un interés especial en describir este caso, además de conseguir buenos resultados con una indicación límite de la mosaico-plastia dado el considerado tamaño del defecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smillie IS. Treatment of osteochondritis dissecans. *J Bone Joint Surg Br* 1957;39:248-60.
2. Paget J. On the production of some of the loose bodies in joints. *St Bartholomews Hosp Rep* 1870;6:1.
3. König. Ueber freie Körper in den Gelenken. *Dtsche Zeit Chir* 1888;27:90.
4. Buckwalter JA, et al. Articular cartilage injuries. *Clin Orthop*, 402: 21-37, 2002.
5. Schenck R, et al. Osteochondritis Dissecans. *J Bone Joint Surg*, Vol 78-A: 439-456, 1996
6. Morelli M, et al. Articular lesions in the knee : evaluation and treatment options. *Current Opinion in Orthopaedics*, 13:155-161. 2002
7. Pantazis E, et al. Arthroscopic treatment of osteochondritis dissecans of the knee with reattachment of the loose body. *J Bone Joint Surg*, 86-B:Supp II, 2002
8. Matsumoto H, et al. Choice of operative methods for osteochondritis dissecans Of the femoral condyles. *J Bone Joint Surg*, 85-B:Supp I, 2003