

# Osteocondritis disecante en meseta tibial interna

Francisco González Rodríguez\*  
Antonio Box Sinis\*\*

## RESUMEN

Presentamos un caso de osteocondritis disecante en meseta tibial que por ser muy rara en esta localización hace interesante su publicación. En la literatura revisada tan sólo han sido publicados tres casos hasta la fecha. Se comenta su etiología, la clínica y el tratamiento a que fue sometido el enfermo.

## SUMMARY

We present a case of dissecting osteochondritis of the tibial plateau that draws its interest from its very rare occurrence in this localization, with only three such cases published to - date. Etiology, clinic and treatment are commented.

## INTRODUCCION

Hemos considerado oportuna la publicación de este artículo en el que se describe un caso de osteocondritis disecante localizada en meseta tibial interna, ya que después de haber revisado la literatura que sobre el tema se ha escrito se ha podido comprobar que se trata de una localización muy poco frecuente y de la que tan sólo hemos encontrado descritos tres casos, dos de ellos por Smillie en su libro «Enfermedades de la rodilla» (1981) y el otro publicado por J. Towbin y cols. en 1982 (J.B.J.S., 64-A, 783).

La osteocondritis disecante (O.D.) se considera como una alteración vascular localizada que afecta a un segmento de cartilago articular y hueso subcondral subyacente, con necrosis de dicho segmento. La primera descripción de la enfermedad con tal calificativo fue hecha por Köning en 1887, aunque una decena de años antes J.

Paget definía un proceso que llamaba «necrosis silenciosa» y que se correspondía con el cuadro que más tarde estudiaría Köning. Incluso A. Pare extrajo en 1558 un cuerpo libre intraarticular que muy bien pudiera ser un fragmento osteocondral.

Es una enfermedad relativamente frecuente si se considera su localización más habitual, que es el cóndilo femoral interno (Fig. 1), pero es rara en otras localizaciones tanto de la propia rodilla como de otras articulaciones. No obstante su relativa frecuencia, no son muy grandes las estadísticas publicadas en cuanto a número de casos se refiere, siendo la única excepción la de Aichroth, que en 1971 revisa 200 casos recopilados durante 18 años y en los que no encuentra caso alguno localizado en la meseta tibial. En España el mayor número de casos revisados ha sido descrito por C. Ramírez y cols. en 1977, con 45. Nosotros (González-Sopesén) tenemos pendiente de publicación en la Revista de la S.E.C.O.T. un trabajo iniciado en el Hospital Militar «Gómez Ulla» y continuado posteriormente en el Hospital Militar de Burgos, en el que se revisan durante un pe-

riodo de cinco años y medio 30 enfermos con O.D. que han sido tratados quirúrgicamente, quedando fuera de revisión aquellos que, aun siendo observados y diagnosticados, no necesitaron cirugía o fueron excluidos del Servicio Militar. Con esto se pone en evidencia la importante casuística que pueden aportar los hospitales militares, ya que las edades de la mayoría de los enfermos que acuden a nuestras consultas se corresponden con aquellas en las que la O.D. es más frecuente (la O.D. se describe como enfermedad del adulto joven).

## HISTORIA CLINICA

Varón de 21 años de edad (M.D.I.) que acude al Servicio diagnosticado de una posible rotura de menisco interno de rodilla izquierda y con una historia de dolor en compartimiento antero-interno de dicha rodilla de cuatro meses de evolución que había aumentado progresivamente. No existían antecedentes traumáticos directos, si bien realizaba una actividad deportiva intensa. No se constataron episodios de bloqueo ni derrames. Los antecedentes

\* Capitán Médico Jefe del Servicio.

\*\* Capitán Médico Ayudante.

Hospital Militar de Burgos. Servicio de Traumatología y Ortopedia.

personales y familiares carecían de interés clínico.

En la exploración llamó la atención un genu varo bilateral y un atrofia de cuádriceps no intensa con signos meniscales muy positivos, que en un principio hicieron pensar en la rotura de menisco de la que previamente había sido diagnosticado.

En las radiografías simples se observa un pequeño nicho en platillo tibial anterior y un cuerpo libre desprendido (Fig. 2).

Se practica artrotomía y encontramos un nicho de aproximadamente 15 mm de diámetro localizado por detrás del cuerno anterior del menisco interno y un ratón en la zona intercondílea. Al abrir la articulación llamó la atención un surco labrado en la super-



Fig. 1.—Osteocondritis en cóndilo interno que ocupa la mayor parte de su zona de apoyo. Esta localización es la más frecuente de todas y supone aproximadamente el 80%.

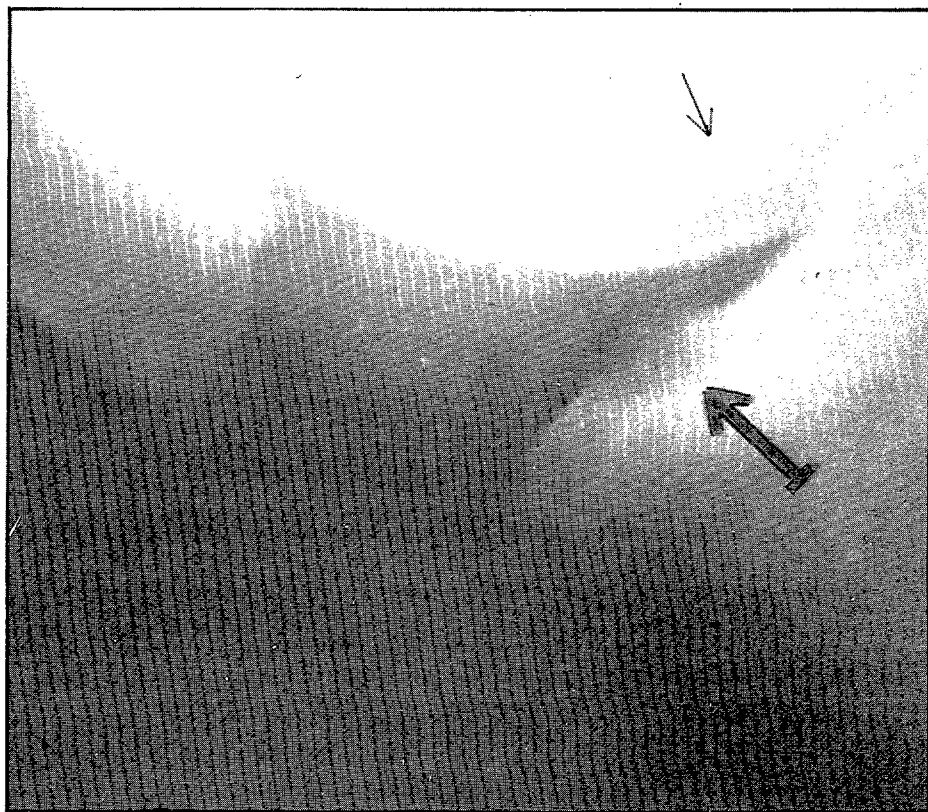


Fig. 2.—Radiografía simple de rodilla, en la que se observa un nicho en el platillo tibial anterior (flecha de trazo grueso) y un cuerpo libre en la zona intercondílea (flecha de trazo fino).

ficie del cóndilo de orientación sagital, debajo del cual subyacía el nicho en la meseta (Fig. 3). Posiblemente fue ocasionado al desprenderse parcialmente el fragmento osteocondrial y hacer resalte sobre el platillo, erosionando el cóndilo en el momento de la flexoextensión.

Se realizó extirpación del cuerpo libre, curetaje del foco y perforaciones a la PRIDIE, que debido a la localización tuvimos que practicar con la fresa de dentista que habitualmente se emplea en el Bankar. No fue necesario actuar sobre el menisco, que se encontraba íntegro y bien insertado.

El enfermo evolucionó satisfactoriamente, encontrándose en la actualidad asintomático y realizando una actividad normal.

#### DISCUSION

La O.D. se encuentra en la actualidad muy bien definida desde el punto de vista clínico, pero su etiología es totalmente desconocida. A este respecto se han propuesto muchas teorías y de entre ellas se han ido decantando dos escuelas: una que supone como causa desencadenante el traumatismo y que es defendida por Köning, Fairbank y

Smillie, entre otros, y otra que defiende como causa una interrupción del flujo sanguíneo en el área subcondral que da origen a la secuestación del fragmento óseo acompañado de la zona de cartílago correspondiente (Axhausen, Reiger, Watson-Jones). Ninguna de ellas explica con satisfacción el origen y son rebatidas en muchos puntos. Más recientemente se piensa en la herencia y predisposición familiar (Wagoner y Cohn) o en alteraciones de tipo endocrino (White). Seguramente no sea posible explicar la O.D. como causa de una de ellas aisladamente y sean varias las responsables.

En el caso que presentamos no podemos demostrar ninguna etiología como responsable y en todo caso el único factor a tener en cuenta sería la actividad deportiva desarrollada por el enfermo (futbolista) asociada a la alteración mecánica que supone el genu varo con una alteración importante en la distribución de cargas.

La clínica no difiere fundamentalmente con respecto a otras localizaciones dentro de la rodilla y figura como síntoma primordial el dolor. Es de destacar la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial con la rotura de menisco basándonos exclusivamente

en la exploración clínica, pues en este caso eran positivas todas las maniobras que habitualmente empleamos para la exploración de meniscos. De ahí la importancia de un buen estudio radiográfico, que es la base esencial para establecer un diagnóstico definitivo de O.D. y que en el mayor número de casos se va a presentar localizada en el cóndilo interno (aproximadamente el 80% de los casos), seguida en frecuencia, aunque muy a distancia, por la localización en cóndilo externo (15-20%), siendo muy rara en otras zonas como la rótula y, sobre todo, en la meseta tibial, que es el caso presentado.

En cuanto al tratamiento, se han tenido en cuenta los criterios actuales que abogan por las técnicas quirúrgicas más conservadoras que en este caso nos ha sido posible poner en práctica debido a la poca extensión de la lesión. En este sentido se ha realizado exclusivamente un curetaje del foco con perforaciones del lecho para intentar restablecer la vascularización, no creyéndose necesario restituir la superficie articular aplicando un injerto. Se aplicó vendaje compresivo hasta retirar los puntos y después realiza rehabilitación durante 36 días, quedando asintomático y con movilidad total en su rodilla.

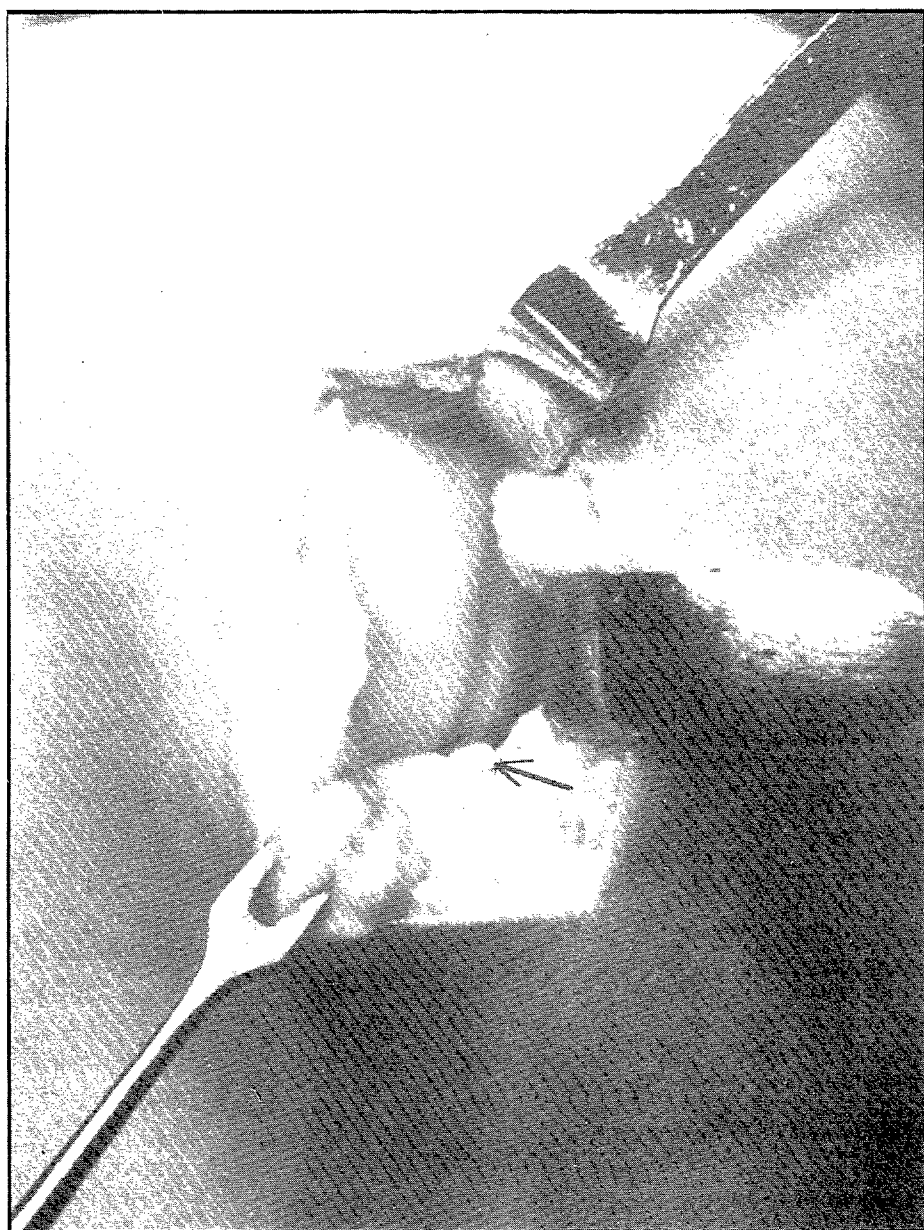


Fig. 3.—Cóndilo interno en el que se puede apreciar en su superficie un surco de orientación sagital debajo del cual yacía el nicho de osteocondritis. También puede verse el fragmento osteocondral que se ha extraído de la zona intercondílea y se ha colocado debajo del surco para comparar las dimensiones de uno y otro (flecha).

## BIBLIOGRAFIA

- AICHROTH, P. M.: «Osteochondritis dissecans of the knee». *J. Bone Jt. Surg.*, 53-B, 440-447, 1971.
- CAMPBELL, W. C.: «Cirugía Ortopédica». Panamericana, 6.ª edic., 1981.
- EDEIKEN, J.: «Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos». Panamericana, 2.ª edic., 1982.
- FICAT, P.: «Le cartilage articulaire de l'adulte, structure et fonction». E.M.C. (Paris), 14003 A<sub>10</sub>, 1981.
- GREEN, J. P.: «Osteochondritis dissecans of the knee». *J. Bone Jt. Surg.*, 48-B, 82-91, 1966.
- LINDEN, B.: «Osteochondritis dissecans. A histologic and autoradiographic. Study in man». *Acta Ortop. Scand.*, 48/6:682-686, 1977.
- PETRIE, P. W. R.: «Aetiology of osteochondritis dissecans». *J. Bone Jt. Surg.*, 59-b/3:336-367, 1977.
- RAMIREZ, C., y cols.: «Osteochondritis dissecante de rodilla». Barcelona. *Quirurg.*, 21/5:339-348, 1977.
- SMILLIE, I. S.: «Enfermedades de la articulación de la rodilla». Jims, 2.ª edic., 1981 (400-401).
- TRILLAT, T.: «Considerations sur les osteochondritis dissequantes du genou». *Acta Ortop. Belg.*, 29/2:501-507, 1973.
- TOWBIN, J.: «Osteochondritis dissecans of the tibial plateau». *J. Bone Jt. Surg.*, 64-a:783-784, 1982.