

**Lesión condral en cóndilo  
femoral con fragmento libre  
intraarticular. Fijación con  
suturas**

**Lesión condral en cóndilo femoral  
con fragmento libre intraarticular.  
Fijación con suturas**

**Autores: Cristian Kamilo Carvajal Mora,  
Juan Pablo Martínez Cano**

# INTRODUCCIÓN

Las lesiones del cartílago en las articulaciones grandes son comunes y pueden ocurrir de forma aislada o en combinación con lesiones óseas, ligamentarias, meniscales ó lesiones traumáticas concomitantes. Los defectos focales del cartílago ocasionan gran incapacidad debido al dolor generado y pérdida funcional. La decisión de si una lesión del cartílago requiere tratamiento quirúrgico depende de una gran variedad de parámetros, teniendo claro el tipo de lesión se propondrá el tipo de tratamiento.

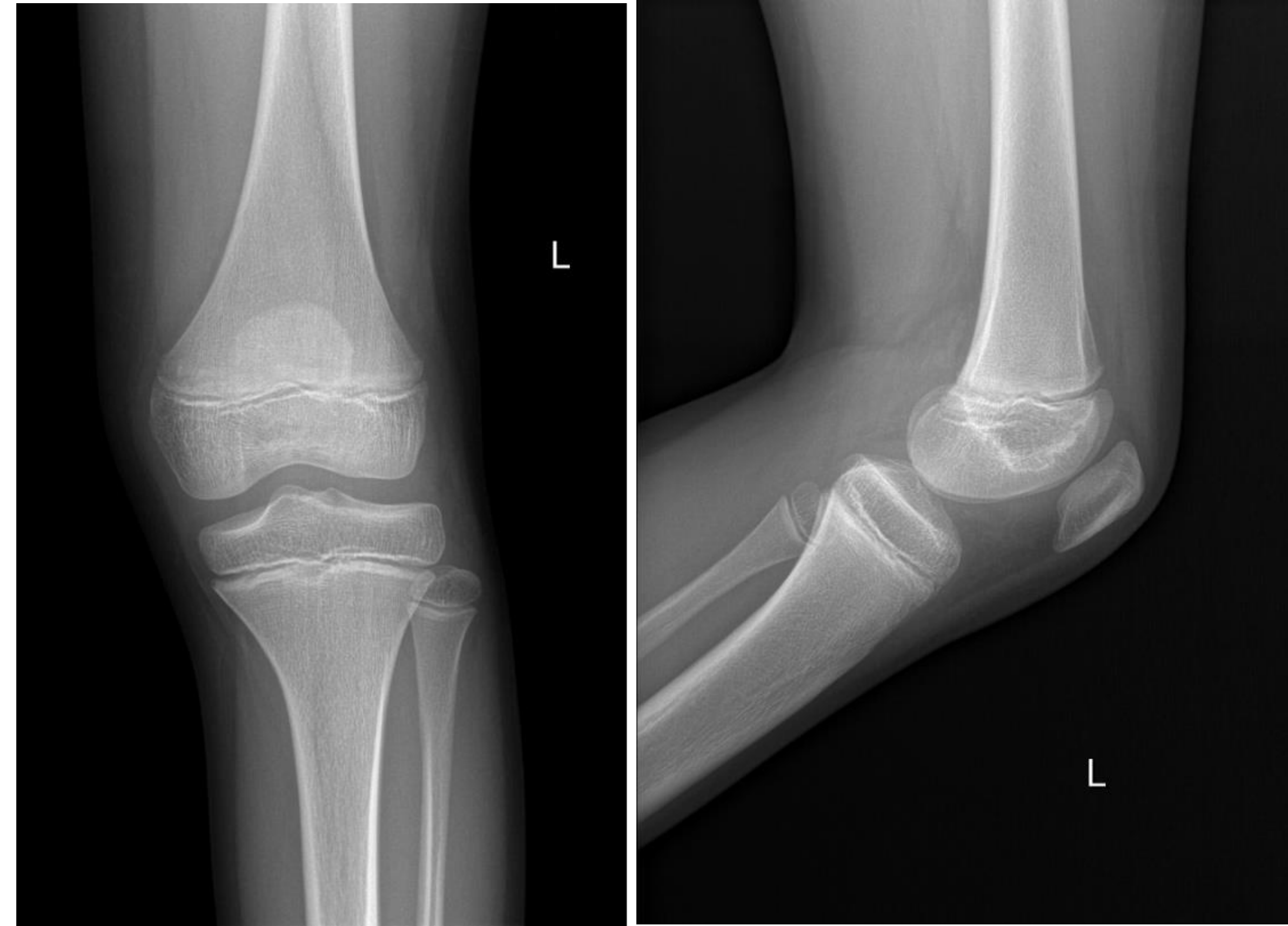
Las radiografías suelen ser poco reveladoras en pacientes con dolor articular agudo después de una lesión del cartílago. Se pueden observar signos indirectos, como un derrame o un cuerpo suelto, pero la resonancia magnética (MRI) es la modalidad de imagen preferida para evaluar la profundidad, el tamaño y la ubicación de las lesiones del cartílago y la afectación del hueso subcondral. Las condropatologías se pueden identificar más temprano en su progresión natural, lo que aumenta las oportunidades de tratamiento y preservación antes de la aparición de cambios degenerativos.

La clasificación de las lesiones es de gran importancia clínica para determinar la opción de tratamiento adecuada. Mientras que la Clasificación de Outerbridge, publicada en 1961, tiene en cuenta el tamaño de la lesión (Grado 2: lesiones de espesor parcial  $<1,5$  cm de diámetro; Grado 3: lesiones  $>1,5$  cm de diámetro o espesor total), la Clasificación de la Sociedad Internacional de Reparación de Cartílago, ampliamente utilizada, (ICRSC) combina tamaño y profundidad para caracterizar y describir mejor los defectos.

La preservación articular es la estrategia de tratamiento preferida para las condropatologías de las grandes articulaciones en pacientes jóvenes y activos con el fin de mejorar el dolor, restaurar la actividad y prevenir la progresión de cambios degenerativos.

# CASO CLÍNICO

- Paciente masculino de 10 años de edad, el 24/10/23 sufre primer episodio de luxación de la patela izquierda mientras corría, no indica antecedente traumático. Ningún antecedente patológico de importante y deportivo juega 3 veces a la semana fútbol.
- Al examen físico
- IMC: 16.2
- Rodilla izquierda: ligero derrame articular, movilidad 0-20° limitada por dolor, no cajones, no bostezos, dolor al palpar carilla medial. Movilidad aumentada lateral de rótula 2Q, medial 1Q, aprensión negativa.

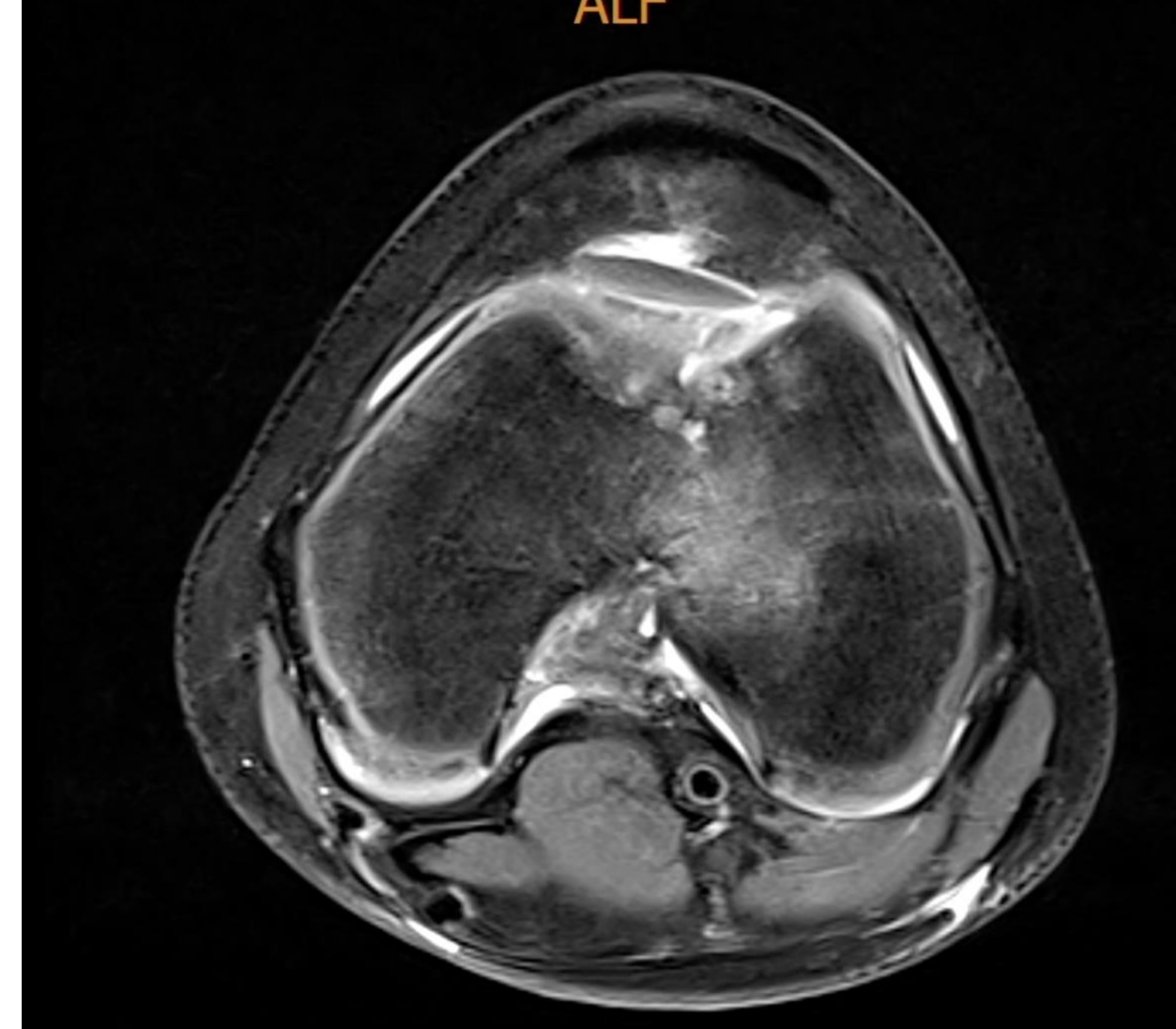


Estructuras óseas sin alteraciones



# CASO CLINICO

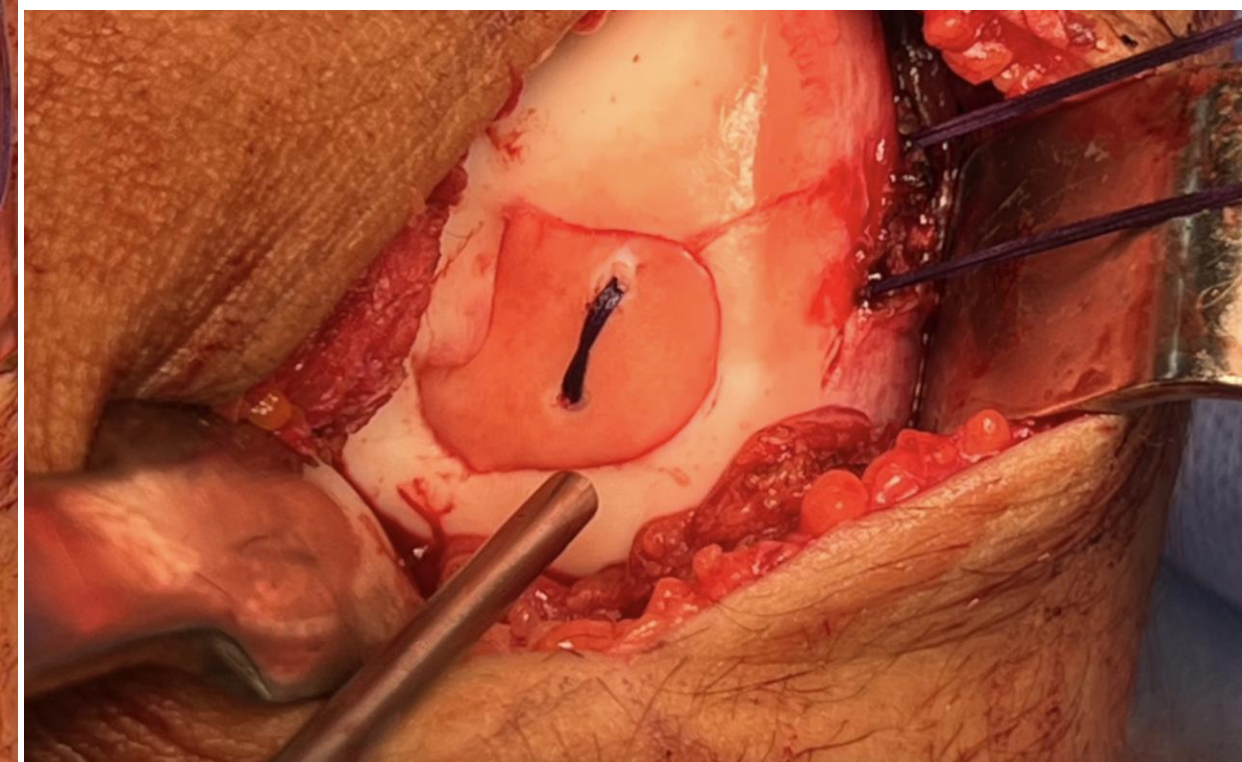
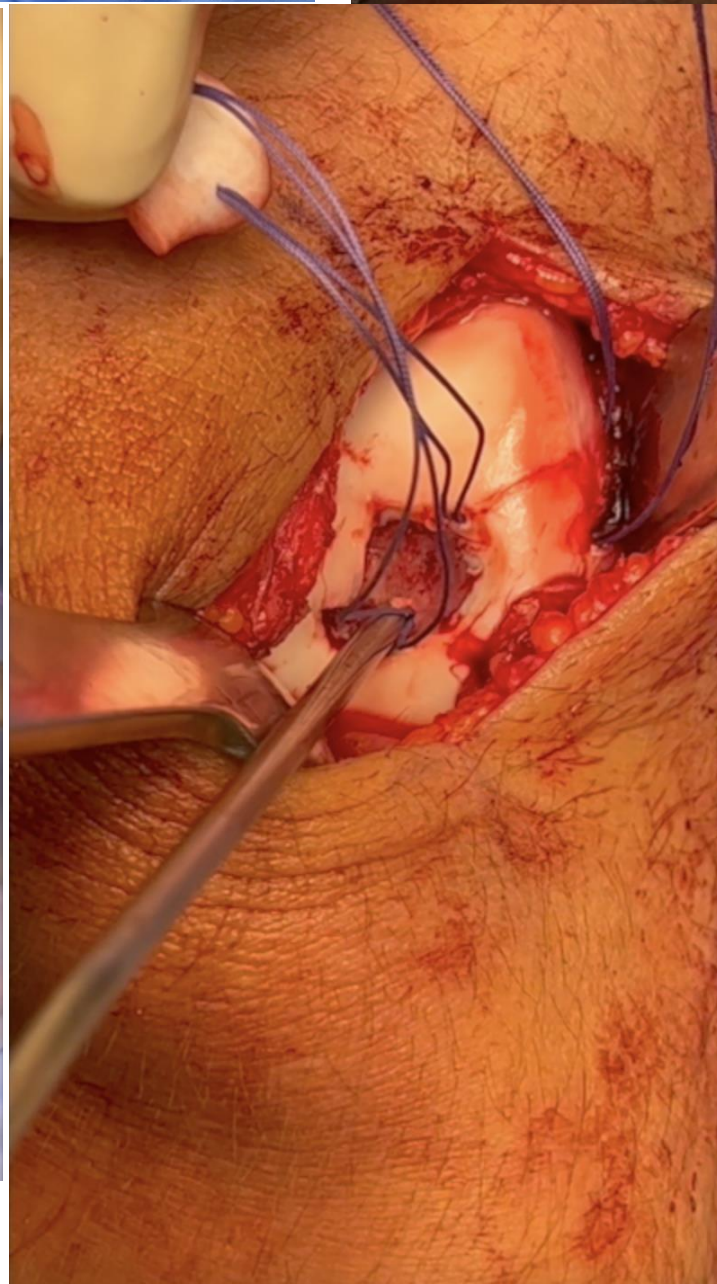
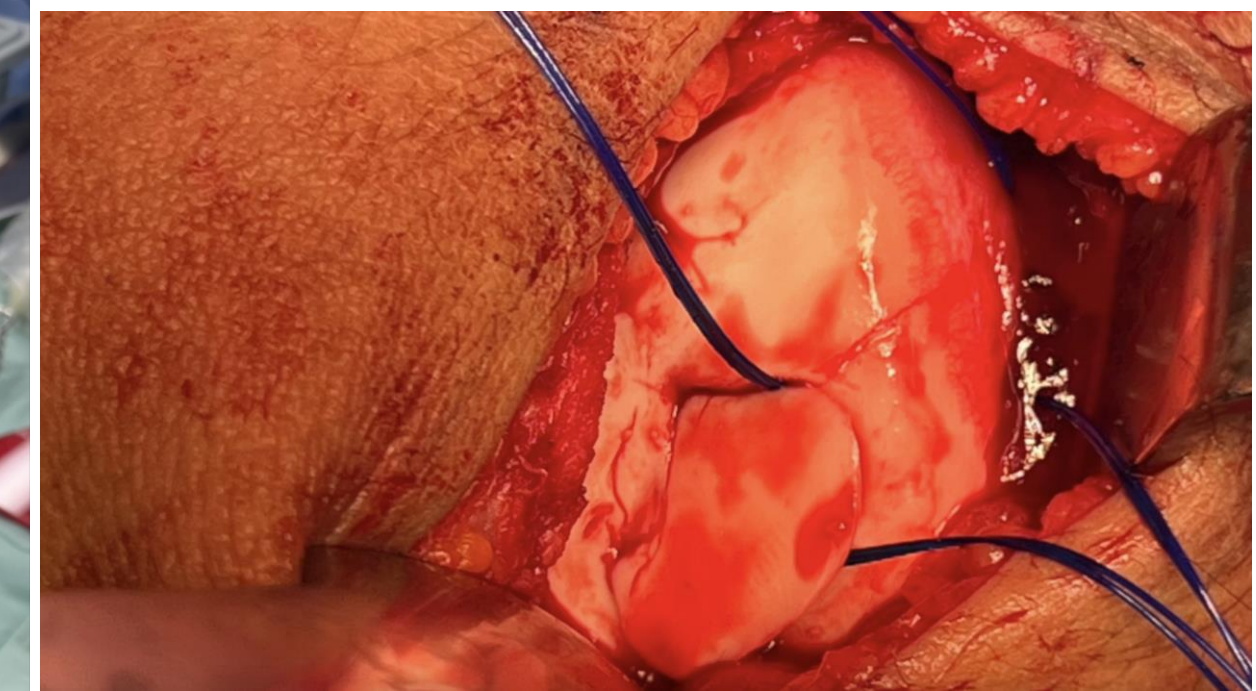
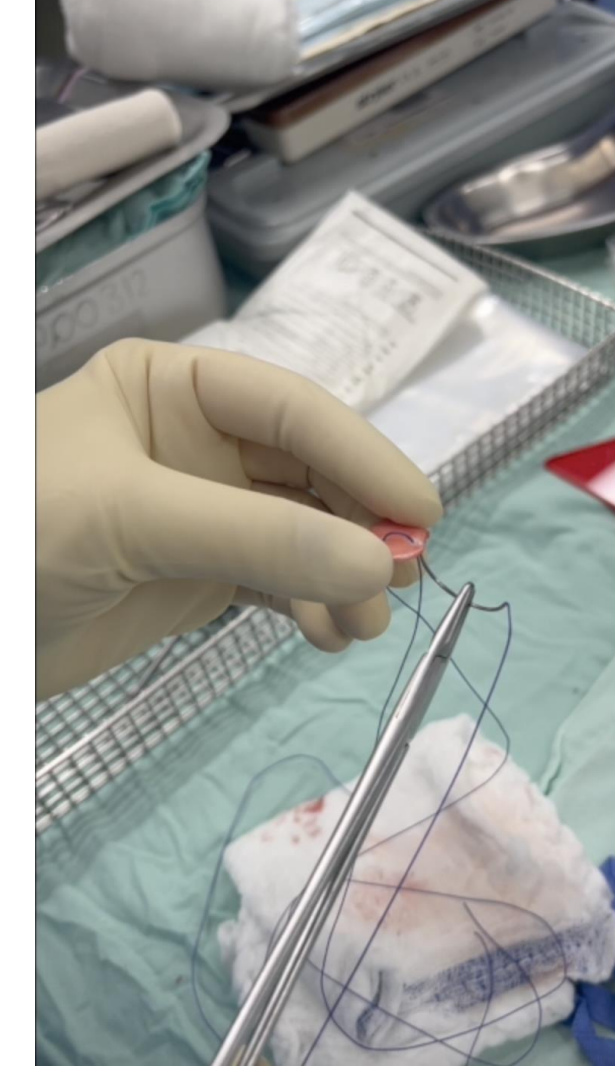
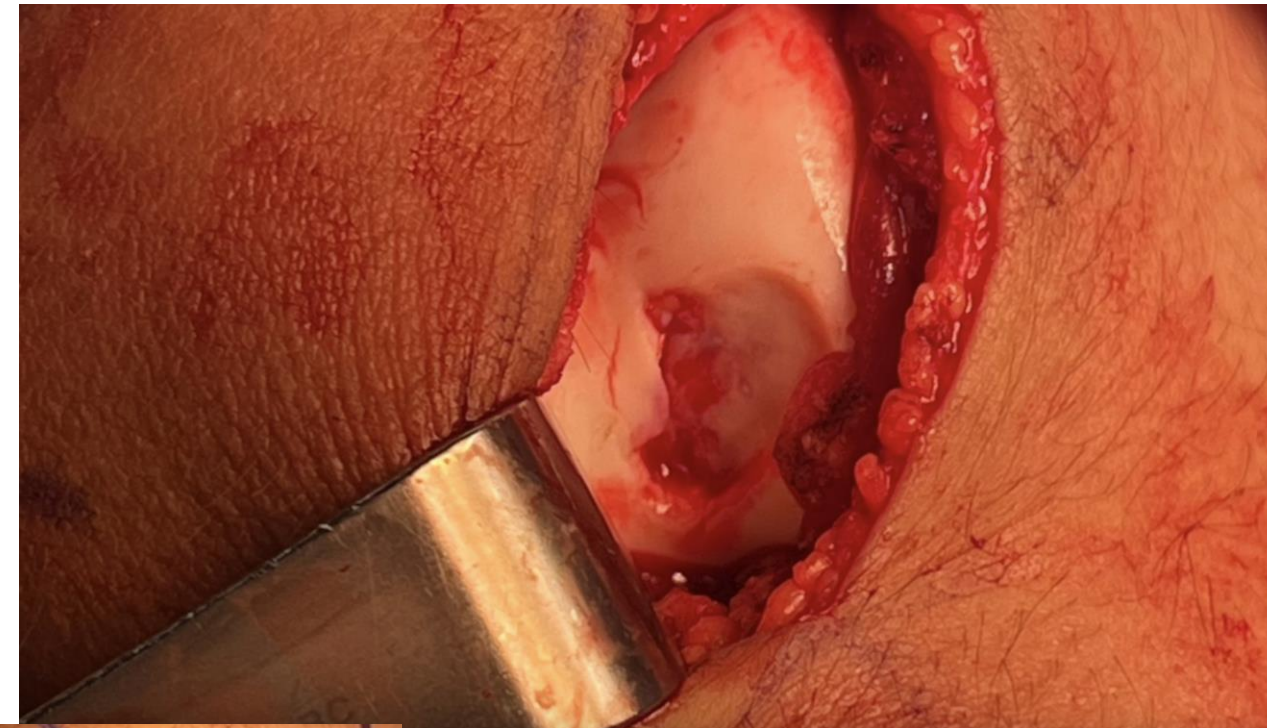
## Resonancia magnética



- Resonancia magnética simple con evidencia de fragmento condral de 2.4 cm<sup>2</sup>, libre, no otras lesiones.



# PROCEDIMIENTO



- Abordaje parapatelar externo
- Identificación de lesión condral
- Preparación de cama para posterior reducción y fijación del fragmento condral
- Paso de suturas para fijación
- Reducción del fragmento condral
- Reducción satisfactoria del fragmento condral, fijación condral con suturas.



# RESULTADOS

- Nuestro paciente posee una lesión condral única, inestable  $>2 \text{ cm}^2$ , se decide una fijación con suturas logrando una reducción completa y estable. La evolución del paciente después de 2 meses es satisfactoria, logrando una movilidad de  $0-110^\circ$  de flexo - extensión sin dolor.



# DISCUSIÓN

Los pacientes con lesiones del cartílago articular al no ser manejadas pueden evolucionar a una osteoartrosis de rodilla, las lesiones menores a 2 cm se consideran pequeñas y pueden llegar a ser silenciosas, lesiones de mayor tamaño como el diagnosticado en nuestro caso tiene una variedad de tratamientos como lo son los autoinjertos osteocondrales, aloinjertos osteocondrales y en fragmentos condrales fijación con suturas. En los casos de fragmentos condrales libres la recomendación es identificarlos y extraerlos; sin embargo en defectos condrales grandes la fijación es recomendable.

# REFERENCIAS

MAJ Travis J. Dekker, Zachary S. Aman, Nicholas N. DePhillipo, Jonathan F. Dickens, Adam W. Anz, Robert F. LaPrade, Current Concepts Review Chondral Lesions of the Knee: An Evidence-Based Approach, THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY, 2021.

Martin Husena , Roel J.H. Custers b , Mario Hevesi, Aaron J. Krycha , and Daniel B.F. Saris, Size of cartilage defects and the need for repair: a systematic review, Journal of Cartilage & Joint Preservation, 2022

Marcantonio Machado da Cunha Cavalcanti Filho, Daniel Doca, Moisés Cohen, Mário Ferretti, UPDATING ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHONDRAL LESION OF THE KNEE, Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2012.

Betina B. Hinckel<sup>1</sup>, Dimitri Thomas, Evan E. Vellios, Kyle John Hancock, Jacob G. Calcei, Seth L. Sherman, Claire D. Eliasberg, Tiago L. Fernandes, Jack Farr, Christian Lattermann, Andreas H. Gomoll, Algorithm for Treatment of Focal Cartilage Defects of the Knee: Classic and New Procedures, Cartilage 2021.