

Osteocondritis disecante: reporte de caso

Osteochondritis Dissecans: case report

Osteocondritis disecante: reporte de caso

Osteochondritis Dissecans: case report

Autores: Juan Sebastián Nanclares Gutiérrez, John
Byron Álzate Arboleda, Juan Pablo Ramírez Isaza

Introducción y Justificación

la osteocondritis disecante, patología osteoarticular inicialmente descrita y caracterizada por König en 1887, posteriormente se realizó una investigación multicéntrica en el año 2010 buscando llegar a un consenso en cuanto al abordaje y manejo; entendiéndose como una enfermedad multifactorial tomando importante relevancia alteraciones en la regresión vascular ósea lo que explica el pico de incidencia a la edad de 12 años, la obesidad y microtraumas repetitivos representando un pico de presentación en los adultos jóvenes¹.

la presentación clínica es variable según el compromiso condral, la clase funcional del paciente, la ubicación de la lesión, se puede encontrar lesiones condrales sin síntoma alguno, llegando hasta tener dolor articular con la marcha y en reposo, edema, sensación de bloqueo y derrame articular en lesiones inestables; El abordaje inicial siempre será una mediante radiografías en las que se podrá observar cuerpos libres, irregularidades y efusiones en superficie articular², la resonancia magnética con diferentes protocolos que evalúan médula ósea, lesiones condrales, la integridad ósea lo que permite llegar a un diagnóstico y caracterización adecuada siendo esta el estándar de oro³.

El tratamiento varía desde el reposo hasta la intervención quirúrgica con precusores condrales, osteosíntesis e injertos que según el tamaño del defecto de la superficie condral⁴; Se presenta el caso de un masculino adulto joven con presentación atípica dada por compromiso bilateral, mal alineación articular, lesiones inestables que requirió manejo quirúrgico con osteotomía y aloinjertos con muy buenos resultados funcionales a largo plazo.

Reporte de caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 18 años de edad, de la ciudad de Medellín, Colombia. Consultó en centro de 4to nivel de complejidad. Tiene antecedente de poliglobulia ya estudiada de causa no determinada y sin secuelas clínicas conocidas, sin antecedentes toxicológicos, sin historia familiar de enfermedades osteomusculares o cuadros similares

Presentó cuadro de aproximadamente 5 años de evolución, refiere dolor articular en rodillas, principalmente posterior a actividad física, no asociado a signos inflamatorios locales, asintomático en otras articulaciones, con historia de lesión meniscal en ambas rodillas, recibió manejo por artroscopia bilateral; La última artroscopia fue realizada a los 16 años, con posterior reintegración a sus actividades diarias con normalidad, pero con persistencia del dolor articular descrito.

Al momento de la consulta, en abril de 2013, refirió sintomatología de un año de evolución, con sensación de chasquido en la rodilla izquierda, que ha progresado y que adicionalmente ha presentado la presencia de “una pequeña masa” que protruye por la cara lateral de la rodilla de forma intermitente, no asociado a ningún movimiento específico, la cual puede ser manipulada por el paciente, que describe que la puede “acomodar”, el único síntoma asociado es molestia al presentar la protrusión de esta masa, que mejora al manipularla. Familiares del paciente describen percibir marcha con extensión de la rodilla izquierda. Niega dolor, bloqueo articular, edema o efusión. En RMN de marzo de 2013, de la rodilla izquierda, en la que se observa secuelas de OCD con defecto del cóndilo lateral posterior, con fragmentos libres osteocartilaginosos en receso lateral. Clínicamente se encuentra con rodillas con alineación valga, con rótulas en posición lateral y altas, con signo de la J invertida. Torsión femoral externa. Sin dolor, sinovitis, derrame o inestabilidad. En la zona de receso lateral se palpan cuerpo libre articulares, que se desplazan.

En este primer contacto con el paciente se diagnostica OCD bilateral del cóndilo femoral posterolateral de ambas rodillas, y se solicita complementar estudios con radiografías de rodilla (serie de artrosis) y TAC de rodillas con anteversión femoral y tibial.

Reporte de caso

Fue llevado a un primer tiempo quirúrgico en julio/2013 donde se corrigió un defecto osteocondral de 24 mm de ancho por 26 mm de largo y 5 mm de profundidad en zona de apoyo posterior del cóndilo lateral con aloinjerto estructural osteocondral del cóndilo femoral izquierdo fijado con 3 tornillos de compresión de cabeza ocultable. Posteriormente se realiza osteotomía en cuña de cierre medial de 11 mm en zona supracondílea y fijación con 1 placa de 4.5 mm en T bloqueada. a los 5 meses en rodilla derecha se realizo rx y artroresonancia en las que se encuentra defecto condral de 15 mm de diámetro en cóndilo lateral por lo cual fue llevado a un

Segundo tiempo quirúrgico en febrero/2014 donde se corrigió lesion condral por hundimiento de 2 mm de profundidad y 12 mm de diámetro en zona posterior de la superficie de apoyo del cóndilo lateral se procede a realizar osteotomía en cuña de cierre medial de 7 mm mm en zona supracondílea y fijación con 1 placa de 4. 5 mm en T bloqueada. a los 3 años en agosto/2017 se realiza retiro de la placa de rodilla derecha por molestia durante de la actividad física, con resolución de los síntomas

En el seguimiento se documenta Resolución por completo de la sintomatología descrita en el seguimiento. Para el mes de julio de 2023, 10 años después de la primera cirugía, el paciente persiste asintomático.

Discusión.

La osteocondritis disecante sigue siendo una patología prevalente en la juventud - adultez temprana, es importante tener un alto índice de sospecha a la hora del abordaje del paciente con dolor articular, el reconocimiento de los múltiples procesos fisiopatológicos que tienen como desenlace final la destrucción condral con la carga sintomática secundaria; La imagen inicial siempre será una radiografía ap y lateral, será mandatorio complementar con RMN para definir el grado de compromiso, si bien la ubicación más común a nivel de la rodilla son los cóndilos mediales⁵, es importante recordar que la mal alineación articular, los microtraumas deportivos repetitivos pueden llevar a presentaciones atípicas dadas por: la ubicación, presentación bilateral⁴; Se deberá individualizar cada paciente y diseñar un plan de manejo adecuado recordando que se dispone de múltiples opciones desde la terapia física hasta el manejo quirúrgico con precusores condrales e injertos osteocondrales.

Referencias

1. Edmonds EW, Polousky J. A review of knowledge in osteochondritis dissecans: 123 years of minimal evolution from König to the ROCK study group. Clin Orthop Relat Res [Internet]. 2013 [cited 2023 Nov 30];471(4):1118–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22362466/>
2. Steele, John & Dekker, Travis & Federer, Andrew & Liles, Jordan & Adams, Samuel & Easley, Mark. (2018). Osteochondral Lesions of the Talus: Current Concepts in Diagnosis and Treatment. Foot & Ankle Orthopaedics.[Internet]. 2013 [cited 2023 Nov 30]; 3. 247301141877955. 10.1177/2473011418779559.
3. Bruns J, Werner M, Habermann C. Osteochondritis dissecans: Etiology, pathology, and imaging with a special focus on the knee joint. Cartilage [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 30];9(4):346–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639852/>
4. Chau MM, Klimstra MA, Wise KL, Ellermann JM, Tóth F, Carlson CS, et al. Osteochondritis dissecans: Current understanding of epidemiology, etiology, management, and outcomes. J Bone Joint Surg Am [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 30];103(12):1132–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34109940/>
5. Kessler JI, Nikizad H, Shea KG, Jacobs JC Jr, Bebchuk JD, Weiss JM. The demographics and epidemiology of osteochondritis dissecans of the knee in children and adolescents. Am J Sports Med [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 30];42(2):320–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24272456/>