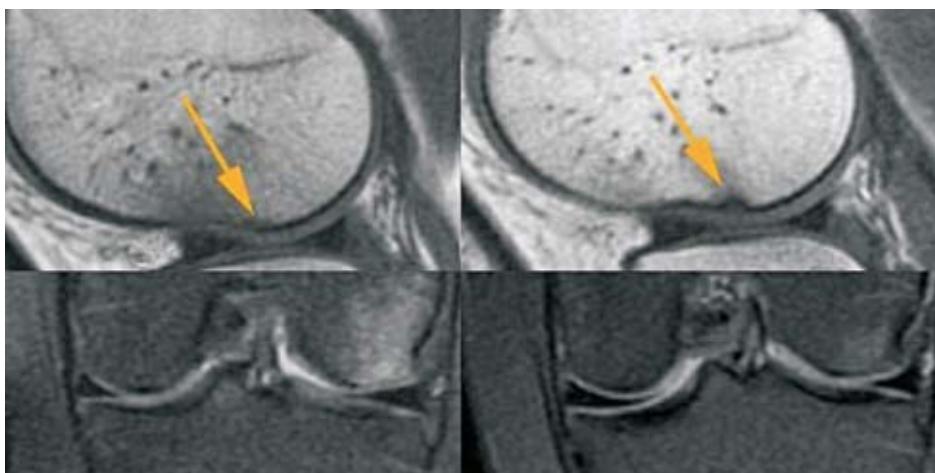


## Comentarios al caso clínico sobre reparación biológica de la rodilla

Publicado en *Orthotips-AMOT*; 2009; 5(4):361-362

Adolfo Yáñez Acevedo\*

1. Las posibilidades diagnósticas son las siguientes: Deportista de alto rendimiento con antecedentes de síntomas desencadenados directamente por la actividad física de impacto, así como por la zona geográfica donde se desarrolló la lesión. Se debe considerar como primera posibilidad diagnóstica: una lesión osteocondral postraumática en zona de carga. Sin embargo, en otras circunstancias se debe descartar: osteonecrosis idiopática espontánea de la rodilla y osteoartritis de origen a determinar (metabólica, reumática, etcétera).



**Figura 1.** Imagen sagital de la resonancia magnética de la rodilla en la que se aprecia una zona hipointensa en la zona de carga del cóndilo.

\* Staff Médico del Hospital Ángeles de Las Lomas.

Dirección para correspondencia:

Dr. Adolfo Yáñez Acevedo

Vialidad de la Barranca s/n PB Cons. 50. Valle de Las Palmas.

52763 Huixquilucan, Estado de México. México.

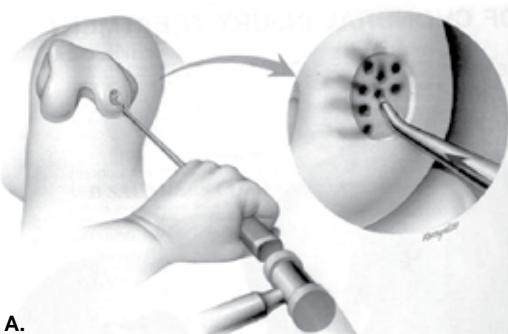
Correo electrónico: [adolfoyanez@prodigy.net.mx](mailto:adolfoyanez@prodigy.net.mx)

2. Las radiografías simples en proyecciones anteroposterior y lateral, así como una vista de túnel asociado al estudio de imagen de resonancia magnética simple y contrastada con gadolinio son suficientes. En caso de que se quisiera realizar diagnóstico diferencial con las patologías anteriormente señaladas se deberá realizar gammagrafía ósea, artroneumorresonancia y perfil hemático, según sea el caso.

3. En este caso, la imagen de resonancia magnética en proyección sagital y coronal en tiempo de relajación T1, T2 eco spin y técnica de supresión de grasa, muestra defecto hipointenso con pérdida de la continuidad de la superficie cartilaginosa en la zona de carga del cóndilo femoral medial (Tipo IV de ICRS: *International Cartilage Repair Society*) (*Figura 1*).  
 4. Durante el procedimiento artroscópico se encontró una sinovitis hipertrófica del compartimiento medial femorotibial, así como defecto osteocondral de espesor total con exposición de hueso subcondral y condromalacia circunscrita a la lesión original (*Figura 2*).  
 5. Opciones de tratamiento: 1. Desbridación; 2. Microfracturas (*Figuras 3A, B*); 3. Mosaicoplastia con injerto autólogo (*Figuras 4A, B*); 4. Mosaicoplastia con aloinjerto; 5. Implante de condrocitos autólogos.  
 6. El pronóstico es directamente proporcional a la zona de afección, integridad del resto de las superficies articulares, zona de carga, capacidad de remodelación tisular, tratamiento de elección, edad y actividades físicas y/o deportivas del paciente.



**Figura 2.** Zona de fractura del cartílago que recubre el cóndilo femoral que abarca todo su espesor y permite ver el hueso subcondral al fondo.

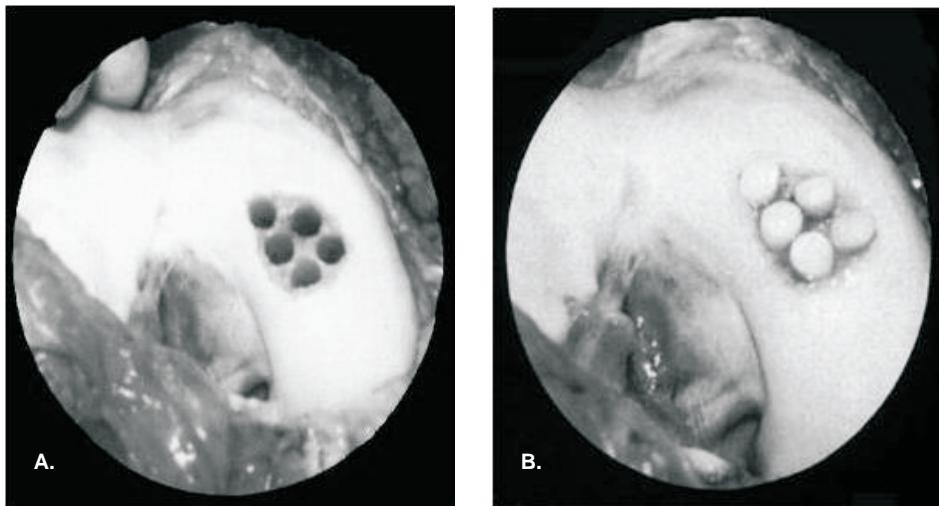


A.



B.

**Figura 3 A.** Esquema de la zona afectada desbridada y con la realización de microfracturas.  
**B.** Imagen artroscópica.



**Figura 4 A.** Imagen artroscópica de la zona afectada, desbridada y preparada para la realización de una mosaicoplastia. **B.** Zona dañada, reparada con taquetes osteocartilaginosos.