

Osteonecrosis del cóndilo medial de la rodilla en pacientes jóvenes. Tratamiento mediante artroscopía y osteotomía tibial

Dr. Francisco Alberto Vidal Rodríguez*

Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez". Ciudad de México

RESUMEN. Se trataron 11 pacientes de 18 a 50 años con osteonecrosis del cóndilo femoral medial, mediante perforaciones y rasurado intra-articular por artroscopía. Cuando hubo enfermedad angular se hizo osteotomía fijada con fijador externo. Todos tuvieron exudado en el trayecto de los clavos y uno infección de partes blandas. Las osteotomías consolidaron en promedio en 3 meses y el resultado del tratamiento de las lesiones condrales fue satisfactorio en el 90% de los casos.

Palabras clave: necrosis, rodilla, fémur.

La osteonecrosis del cóndilo femoral medial es un padecimiento cuya etiología se encuentra aún en controversia, se presenta comúnmente en pacientes seniles mayores de 60 años y los criterios de tratamiento se encuentran bien definidos, sin embargo debido a la creciente sobrepoblación y al desarrollo de la tecnología e industria se han provocado mecanismos de lesión en pacientes jóvenes menores de 45 años y los tratamientos propuestos difieren en este rango de edad.

La osteonecrosis fue descrita por primera vez como una entidad nosológica separada por Ahlback en 1968 y clasificada por Ahuja y Bullough, desde entonces hasta la actualidad diversos autores han estudiado los problemas clínicos y diagnósticos, pronósticos, anatomía patológica, fisiopatología, radiología y tratamiento en el adulto. No contamos con literatura actual en donde se vierta la experiencia en el tratamiento en pacientes jóvenes.

Por lo anterior establecemos la siguiente hipótesis:

Con el tratamiento propuesto por nuestro servicio en los pacientes jóvenes con el diagnóstico de osteonecrosis de cóndilo medial de la rodilla ofrecen resultados óptimos, clínicos, radiográficos y funcionales, los objetivos son: 1) mostrar la experiencia del servicio mediante el análisis de los resultados durante el

SUMMARY. Osteonechrosis of the medial femoral condyle was treated by arthroscopic reaming and drilling in 11 patients ranging from 18 to 50 years of age. An osteotomy performed in the same operating time when angular deformity was present, was fixed by an external fixator. Good results were obtained in osteonechrosis in 90% of the cases while all cases who had osteotomy had mild suppuration in the pin tracts and one had soft tissue infection. Osteotomies healed in an average of 3 months.

Key words: nechrosis, knee, femur.

seguimiento de los casos y 2) analizar y discutir los resultados obtenidos con el fin de normar los criterios de tratamiento.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo en el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período comprendido de enero de 1992 a marzo de 1995; se identificaron 11 pacientes, los criterios de inclusión fueron: pacientes jóvenes mayores de 18 años y hasta los 50 de ambos sexos, con lesiones radiográficas compatibles con el padecimiento referido y cuya sintomatología era dolor en el compartimento medial de la rodilla incluso nocturno, que no cedieron a los analgésicos convencionales, con aparición súbita sin antecedente de traumatismo y con limitación funcional e incluso seudobloqueo, los criterios de exclusión fueron: pacientes con el diagnóstico de osteonecrosis mayores de 50 años y los pacientes jóvenes con antecedentes de traumatismo, se descartaron lesiones semejantes como la osteocondritis disecante.

A los pacientes seleccionados se les realizó historia clínica completa, se detectaron asociaciones con otros padecimientos como obesidad, enfermedad angular en varo, lesiones ocupacionales, e ingesta de esteroides. Se realizó estudio artroscópico diagnóstico y terapéutico (perforaciones y rasurado), así como osteotomía valguizante en caso de enfermedad angular en varo asociado, se les difirió el apoyo por 8 semanas, pero se iniciaron ejercicios de flexoextensión a las 24 horas: todos los pacientes fueron citados por la consulta ex-

* Cirujano de Base.

Dirección para correspondencia:

Dr. Francisco Alberto Vidal Rodríguez. Hospital de Ortopedia y Traumatología, "Dr. Victorio de la Fuente Narváez, IMSS, Colector 15, Esquina Politécnico. Col. Magdalena de las Salinas. México, D.F. C.P. 07760.

terna a fin de valorar su evolución y detectar posibles complicaciones postquirúrgicas. En algunos casos se completó el diagnóstico mediante tomografía axial computada de la rodilla afectada.

Se consideraron como resultados buenos a los pacientes con arcos de movilidad completos, sin dolor y que pudieran continuar con su actividad laboral previa; regulares a los pacientes con flexión de la rodilla hasta 90 grados, dolor tolerado y deambulacion asistida por bastón y malos a los pacientes con rigidez articular y dolor severo que ameritaron artrodesis.

Cuando se hizo osteotomía se fijó con fijador externo.

De los 11 pacientes estudiados 7 fueron masculinos y 4 femeninos, la rodilla más afectada fue la derecha, la edad fluctuó entre los 20 y los 45 años (media de 32.5 años), en todos los pacientes la osteonecrosis se presentó en el cóndilo medial, en el área de carga.

Los factores de riesgo o padecimientos asociados fueron: 1 paciente con lupus eritematoso con ingesta crónica de esteroides, 5 con obesidad exógena grado III y 3 pacientes con genu varo.

En cuanto a la actividad ocupacional los factores de riesgo fueron: 1 cargador, 1 maratonista, 1 empleada doméstica y 2 transportistas.

Resultados

A todos los pacientes se les diagnosticaron por artroscopía lesiones condrales extensas en el área de carga (cráter) cuya extensión en promedio abarcó 2.5 cm de longitud por 2 cm de ancho y 5 mm de profundidad.

Los resultados fueron buenos en 90%, regulares en 10% y malos 0.

Las osteotomías consolidaron en un promedio de 3 meses, y presentaron exudados a través de los clavos durante el seguimiento de los mismos, 1 caso con celulitis.

Discusión

Los pacientes estudiados rechazaron la artrodesis como tratamiento debido a la gran limitación funcional para realizar sus actividades, asimismo no fueron candidatos para sustitución protésica por la edad y la actividad que desempeñan. De ellos, 10 se encuentran satisfechos con el tratamiento ofrecido ya que conservan sus arcos de movilidad, no tienen dolor y pueden realizar sus actividades previas,

no se encontró una asociación directa entre los factores de riesgo, sin embargo deben tomarse en cuenta ya que la obesidad y la ingesta de esteroides pueden provocar microembolismos grasos en los sinusoides del cóndilo. El genu varo y las actividades ocupacionales condicionan microtraumatismos que pueden dañar de manera crónica el cartílago produciendo reblandecimiento, fisuración hasta la necrosis, durante el seguimiento de los pacientes se comprobó que las perforaciones en el cóndilo medial producen descompresión del cóndilo y revascularización de la zona afectada (comprobada radiográficamente ya que los defectos se rellenaron), asimismo se deben corregir las deformidades angulares en el mismo tiempo quirúrgico para aliviar la sobrecarga mecánica en la zona de carga.

La severidad del padecimiento y la tardanza en el diagnóstico son factores importantes pronósticos, todos los pacientes cursaron con un promedio de 6 meses a un año con tratamiento conservador ya que en la fase inicial los diagnósticos vertidos fueron erróneos.

La celulitis cedió al tratamiento habitual con antibioterapia, el exudado se presentó por efecto de reacción a cuerpo extraño y en un caso por aflojamiento de los clavos. No tuvimos problemas con la consolidación.

En 2 pacientes existió duda diagnóstica por lo que se recurrió a la tomografía en donde se detectaron las zonas de lesión en el cóndilo. En nuestro medio no tenemos a la mano el recurso de la centelleografía ni la resonancia magnética que son estudios de gabinete muy útiles en la fase inicial.

En resumen, el tratamiento propuesto permite obtener resultados clínicos radiográficos y funcionales óptimos, permitiéndole al paciente una mejor calidad de vida, previniendo la artrosis temprana y evitando tratamientos funcionalmente limitantes como la artrodesis, o costosos como la artroplastía con prótesis total de rodilla.

Bibliografía

1. Bertram Z. Principios de artroscopía y cirugía artroscópica, Springer-Verlag Ibérica 1993: 195-213.
2. Bisese HJ. Orthopaedic MRI, McGraw-Hill 1991; 92,94: 100-102.
3. Insall NJ. Surgery of the knee. Churchill Livingstone, 2ª. De vol 2 609-633.
4. Maquet P. Valgus osteotomy for osteoarthritis of the knee. Clin Orthop 1976; 120: 143-148.

