

# OSTEOCONDROITIS DISECANTE DE RODILLA

## LOCALIZACIÓN

En el 85% de los casos se localiza a nivel del cóndilo femoral interno

En el 13 % de los casos está localizada la lesión en el cóndilo femoral externo

En el 2% de los casos, se localiza en la tróclea femoral

## INCIDENCIA

En un 15 % de los casos se acompaña de lesiones asociadas, tanto meniscales o del ligamento cruzado anterior

El 10 % de pacientes con menisco discoide presentan igualmente esta lesión

Algunos pacientes con ODR bilateral y simétrica sufren frecuentemente de una displasia tipo epifisario, de una enfermedad de Blount o de una alteración metabólica

## ETIOLOGÍA

- **TEORÍA TRAUMÁTICA:** se trata de impactos traumáticos que produce la espina tibial anterior la cual al ser prominente impacta en la cara externa del cóndilo interno femoral
- **TEORÍA CIRCULATORIA:** producción de émbolos que impactan en esta zona condílea. Está rechazada por la aparición de la enfermedad en ambas rodillas
- **TEORÍA ENDOCRINA:** o desequilibrios endocrinológicos asociados a la obesidad, al genu valgo, etc.
- **TEORÍA HEREDITARIA:** por casos que se asocian a herencia o predisposición familiar

## PATOLOGÍA

Es un Cuadro de necrosis ósea aséptica, que por la acción de algún factor y posiblemente traumático, un pequeño fragmento óseo queda sin aporte sanguíneo suficiente

Habrán una desintegración de los osteocitos en la zona de la lesión que se transformarán en restos amorfos, sin sustancia ósea

El hueso circundante a este círculo amorfo, mostrará una hiperemia y una descalcificación que será mayor según el grado de la lesión

En ocasiones, este hueso necrótico (muerto) y por medio de una nueva revascularización arterial y nutrición de la sinovial próxima sobrevive y se reintegra poco a poco al resto del cóndilo sano

En otras ocasiones, la mayoría de los casos, y debido a la movilidad de la articulación de la rodilla, se impide la revascularización y la nutrición, haciendo que se desprenda

lentamente de su lecho de origen y estando prendido del mismo solo por un pedículo o hilo del tejido sinovial

La cavidad que deja y de la que se desprende se convertirá en fibro cartílago de forma irregular en su superficie lo que conducirá en el futuro a una artropatía degenerativa de la rodilla y asentada sobre el cóndilo femoral

### **FASES DE LA PRODUCCIÓN DE LA LESIÓN OSTEOCONDRIÁTICA**



### **CLÍNICA-DIAGNÓSTICO**

Aparece en niños y adolescentes con predominio del varón

Posibilidad de que sea bilateral

Molestias vagas al inicio del proceso que aumentan con la práctica del ejercicio, persistiendo al final del proceso ya con el reposo

Sensación de rigidez articular

Posibilidad en ocasiones de bloqueo en la articulación por cuerpo libre articular (secuestro óseo)

Dolor a la exploración sobre la zona del cóndilo interno de la rodilla

**RESONANCIA MAGNÉTICA:** prueba selectiva de la enfermedad, que predice con exactitud la estabilidad de la lesión y por tanto la necesidad o no de la intervención quirúrgica

En las radiografías: Aparición de zona en cóndilo interno en forma de nicho o en fase de estado inicial. Las lesiones radiográficas con un margen esclerótico en el nicho y superior a los 3 mm tienen un porcentaje muy elevado de desprendimiento para llegar a convertirse en un cuerpo libre articular



Radiografía de rodilla: Osteocondritis disecante de rodilla derecha  
(Foto del autor)



Caso anterior en proyección axial de rodilla  
(Foto del autor)

### CLASIFICACIÓN ARTROSCÓPICA (según la RMN-O'Connor)

Grado I: cartílago blando e irregular sin fisura en la zona del mismo

Grado II: cartílago con fisura, no desplazable

Grado III: Cartílago definido y desplazable, aún unido por un colgajo (lesión en colgajo)

Grado IV: cuerpo libre articular con lesión en forma de cráter en superficie articular

## TRATAMIENTO

Estará determinado el mismo por la estabilidad del fragmento y el estado del cartílago vecino

Las posibilidades pueden llegar desde el tratamiento ortopédico o reposo y dependiendo de la edad del paciente, las perforaciones múltiples con la artroscopia, la fijación del fragmento, extirpación de la lesión o el injerto autólogo osteocondral

El tratamiento inicial en el niño deberá ser siempre ortopédico, no quirúrgico. Se limitará la actividad deportiva y se podrá llegar incluso a la inmovilización durante 6 semanas

Si tras 3 o 6 meses fracasa el ortopédico, se indicará el tratamiento quirúrgico por medio de la cirugía artroscópica

**Jorge Hodgson Ravina**

Cirujano Ortopédico y Traumatólogo Infantil  
Socio y Miembro Fundador Sociedad Española  
de Ortopedia Pediátrica

(Todo el contenido e imágenes son del autor)