

## ALOINJERTO OSTEOCONDAL DE RODILLA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Sánchez López D, Palomino Nieto D, Picazo Belinchon J, González Herrero J, Gálvez González J.  
Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

### 1. OBJETIVO:

Presentar dos casos de aloinjerto osteocondral en pacientes con lesión extensa de cóndilo femoral.

### 2. MATERIAL Y MÉTODOS:

#### Caso 1:

Paciente de 21 años derivada desde urgencias por gonalgia derecha. AP: Enfermedad de Kawasaki. EF: flexo de 20º, dolor generalizado y flexo-extensión muy limitada por dolor. En la radiografía se aprecia úlcera condral a nivel del cóndilo femoral externo. La RM que se informa como: colapso de la superficie de carga del cóndilo femoral externo de aspecto quístico multiloculado de márgenes escleróticos de 25x30mm, con fragmento condral libre.

#### Caso 2:

Paciente de 42 años. Sin antecedentes médicos de interés. En seguimiento por implante de condrocitos a nivel de rodilla derecha tras osteocondritis de la misma. Clínicamente con dolor generalizado y derrames de repetición. EF: dolor difuso, derrame moderado y flexo-extensión completa. La radiografía muestra lesión osteocondral en cóndilo femoral interno con quiste óseo de gran tamaño. La RM se informa como: defecto condral en la porción central externa del cóndilo interno con unos diámetros anteroposterior y transversal de 17,3 x 12,6 mm. Cambios quísticos subyacentes de hasta 19 mm de diámetro.

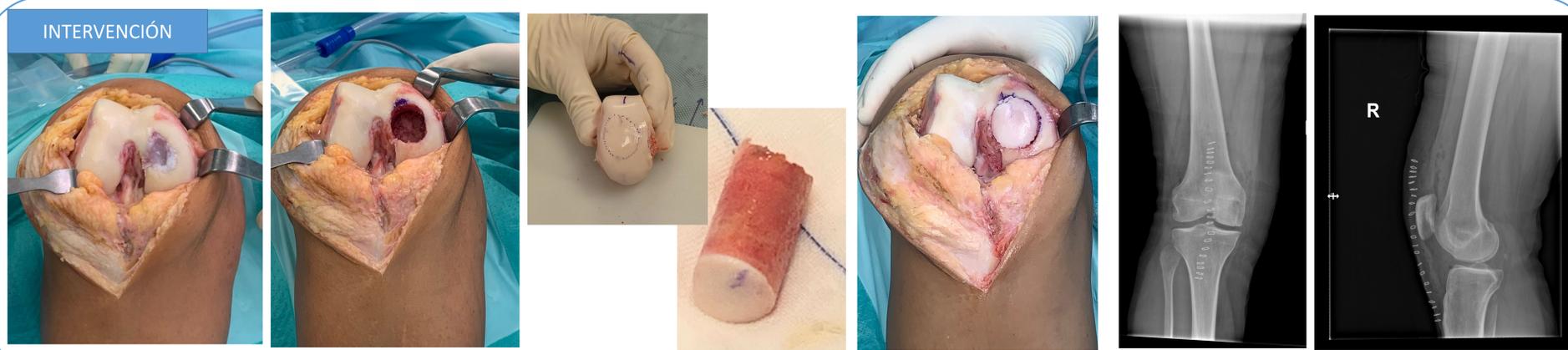
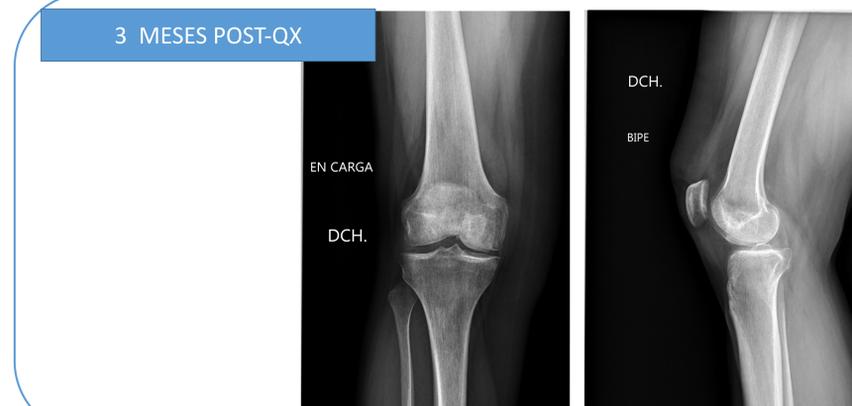
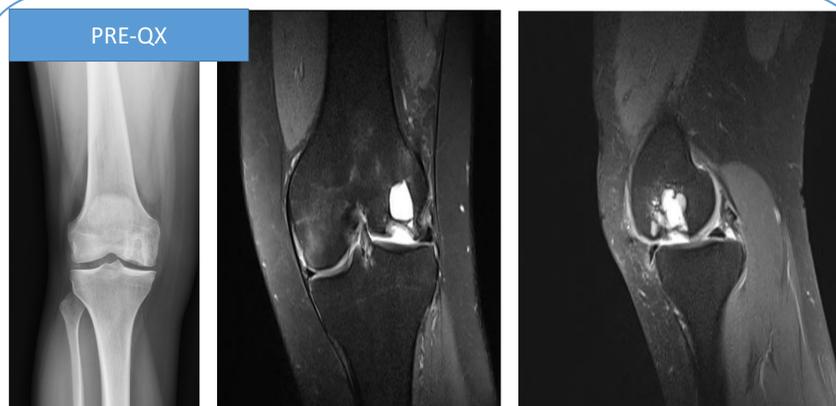
### 3. RESULTADOS:

Ambos pacientes fueron intervenidos mediante la misma técnica quirúrgica.

Se realizó desbridamiento amplio del lecho de la lesión osteocondral mediante curetaje y fresado. Tras la toma de medidas del defecto, se procede a tallado del injerto en cóndilo femoral de cadáver (preservando el cartílago) para su posterior implantación a press-fit en el lecho ya curetado. No se utiliza material de osteosíntesis para su fijación.

Se mantiene descarga durante el primer mes postoperatorio. Durante el segundo mes se permite carga parcial con ayuda de una muleta. En el tercer mes se retiran las ayudas y se inicia carga total.

A los 3 meses los dos pacientes están asintomáticos y presentan movilidad completa de rodilla. La radiografía muestra relleno total del defecto y signos radiológicos de osteointegración. No se han documentado complicaciones derivadas del acto quirúrgico.



### 4. CONCLUSIÓN:

El aloinjerto de cadáver es una buena alternativa terapéutica en pacientes con defectos osteocondrales amplios en cóndilos femorales de rodilla. La técnica quirúrgica es relativamente sencilla y los pacientes presentan buenos resultados a las pocas semanas de la cirugía.