

TRASPLANTE DE ALOINJERTO OSTEOCONDRALE EN FRESCO. LLEGÓ PARA QUEDARSE.

Devís García A, Marquina Ferrer H, González Pérez AD, Montero Acebal M, Górriz Aranda L, Aranda Palomo N.
Hospital Universitario de Torrevieja.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una mujer de 44 años con condropatía femorotibial interna + lesión osteocondral en cóndilo femoral externo que se manejó mediante trasplante de meseta interna con menisco insertado + injerto osteocondral en fresco del cóndilo medial + megaOATS de 15mm en cóndilo externo.



Figura 1. Radiografías rodilla derecha.
A. Telemetría de miembros inferiores.
B. Radiografía AP y Lateral de Rodilla derecha preoperatoria.

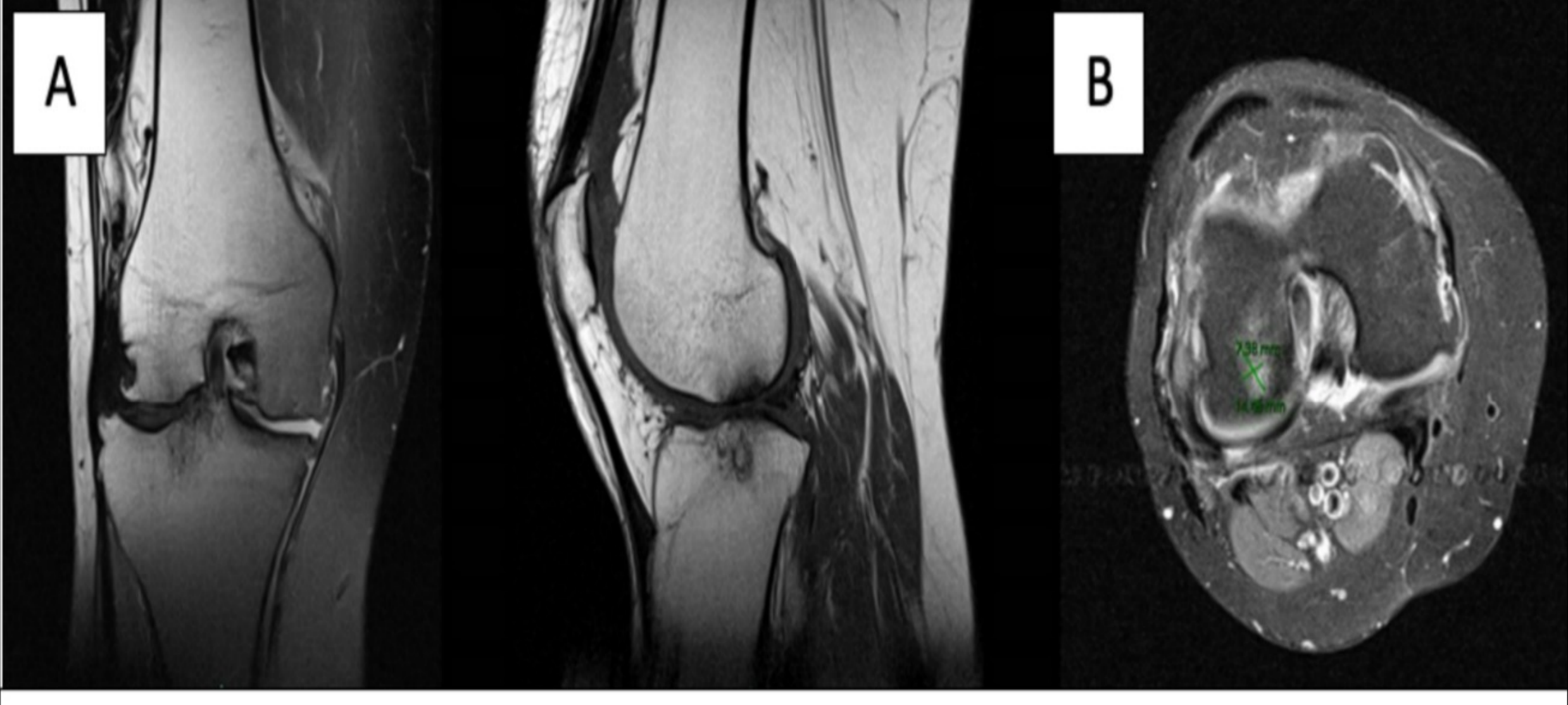


Figura 2. RMN rodilla derecha.
A. Corte RMN Coronal y Sagital Densidad Protónica.
B. Corte RMN Axial T2 (Marcada lesión 14 x 7 Cóndilo femoral externo).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente mujer de 44 años con dolor y limitación funcional de rodilla derecha sin mejoría clínica pese a cirugías previas. La telemetría revelaba un pinzamiento severo en compartimento femoro-tibial interno sin desaxación asociada. Se amplió estudio con RMN que identificó condropatía femoro-tibial interna grado IV junto con una lesión osteocondral de 14 x 7mm en zona de carga de cóndilo femoral externo asociada a rotura compleja del cuerno anterior del menisco externo. Además, presentaba ausencia de cuerpo y cuerno posterior de menisco interno. Se recogieron las puntuaciones en escalas EVA (9), Knee Score (32) y SF36. Tras fracaso del manejo conservador se intervino a la paciente mediante trasplante de meseta interna con menisco insertado + injerto osteocondral en fresco del cóndilo medial + megaOATS de 15mm en cóndilo externo. Tras la cirugía se colocó vendaje compresivo + ortesis articulada y se indicó descarga durante 6 semanas. Comenzó la rehabilitación a las 2 semanas postoperatorias.

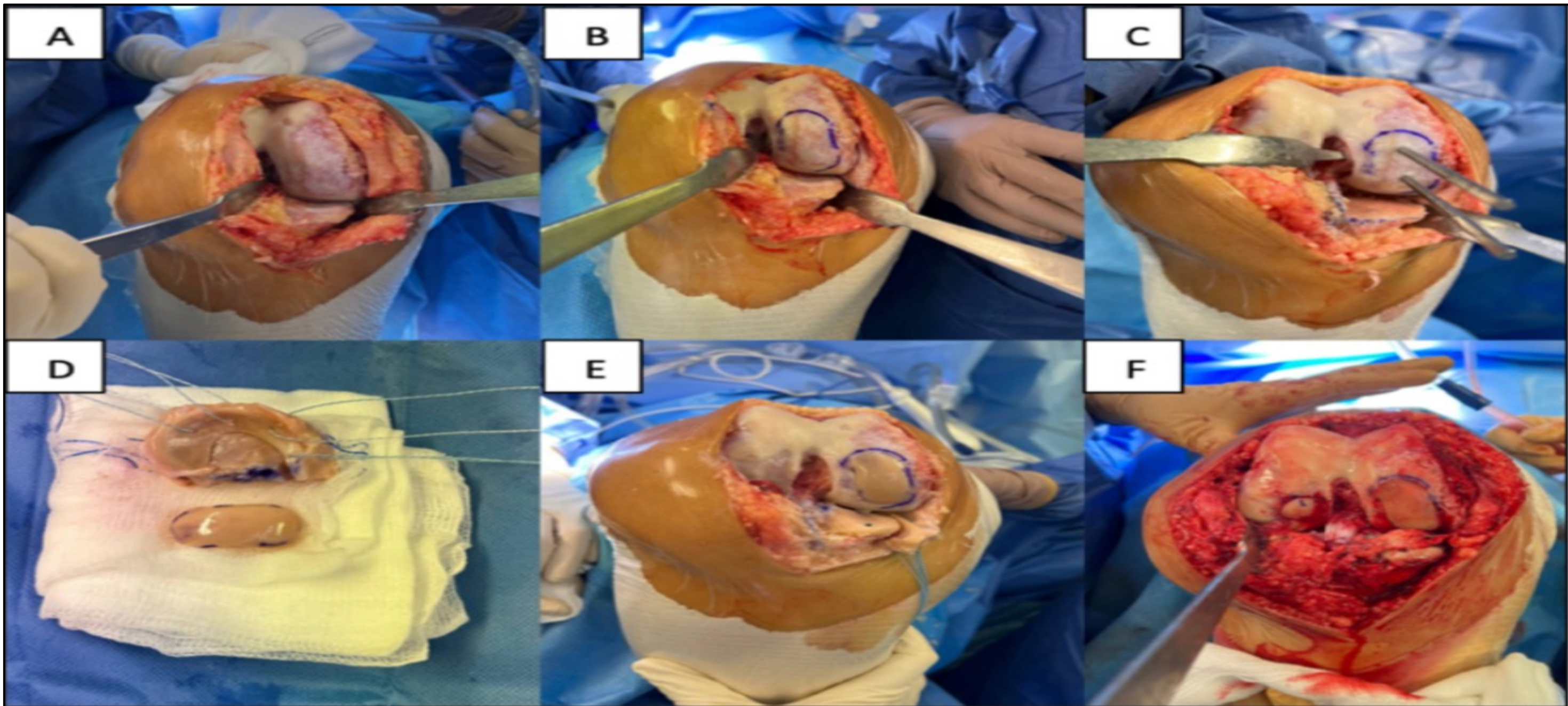


Figura 3. Imágenes intraoperatorias
A. Exposición de la lesión del compartimento interno.
B. Marcado de la lesión.
C. Fresado inicial del defecto cóndilo interno.
D. Injertos preparados de meseta tibial interna + menisco interno y Biouni cóndilo medial.
E. Resultado compartimento interno.
F. Resultado final junto MegaOATS cóndilo externo sin isquemia.

RESULTADOS:

A las 16 semanas postoperatorias la paciente toleraba carga sin dolor y presentaba balance articular de -5º de extensión y 120º de flexión junto con un balance muscular a nivel cuádriceps de 4+/5. A partir de la 6a semana comenzó con ejercicio suave en bicicleta y natación. Se han obtenido mejoría de las puntuaciones de escalas EVA (3) y KSS (74) y SF36 a las 16 semanas postoperatorias.

CONCLUSIONES:

El trasplante con aloinjerto osteocondral en fresco es un procedimiento válido para tratar grandes defectos osteocondrales de rodilla en determinados pacientes jóvenes y activos, cuando la cirugía protésica no está indicada.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Roselló-Añón A, Mirabet Lis V, Fariñas O, Gelber P, Sanchís-Alfonso V. Injerto de cartilago en fresco. Indicaciones, técnica quirúrgica y evidencia científica. Rev esp artrosc cir articul. 2021;28(1):17.
2. Bravo-Molina B, Forriol Campos F, Álvarez-Lozano E. Regenerar el cartilago articular: perspectivas y futuro. Rev esp artrosc cir articul. 2021;28(1):51.
3. Sherman SL, Garrity J, Bauer K, Cook J, Stannard J, Bugbee W. Fresh Osteochondral Allograft Transplantation for the Knee: Current Concepts. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2014;22(2):13.
4. Godin JA, Sanchez G, Cinque ME, Chahla J, Kennedy NI, Provencher MT. Osteochondral Allograft Transplantation for Treatment of Medial Femoral Condyle Defect. Arthroscopy Techniques. Agosto de 2017;6(4):e1239-44.
5. Levy YD, Görtz S, Pulido PA, McCauley JC, Bugbee WD. Do fresh osteochondral allografts successfully treat femoral condyle lesions? Clin Orthop Relat Res 2013;471:231-237.