

# Osteocondritis disecante: a propósito de un caso

Paula Ortiz Perojo<sup>1</sup>,  
Pablo A. Zurita Prada<sup>2</sup>,  
Claudia L. Urrego Laurín<sup>2</sup>,  
Regina Faré García<sup>2</sup>

## Resumen

Presentamos el caso de una paciente adolescente que debutó con gonalgia mecánica, derrame articular recurrente y bloqueos de dicha rodilla, sin mecanismo traumático desencadenante y que evolucionó de forma insidiosa sin mejoría del cuadro a lo largo de 4 meses. Tras la anamnesis y pruebas complementarias pertinentes, la paciente fue diagnosticada de Osteocondritis Disecante de Rodilla. Se trata de un caso característico de dicha patología, por lo que aprovechamos para realizar una revisión de la misma.

- 1 Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Segovia
- 2 Área de Dermatología. Complejo Asistencial de Segovia

## Correspondencia:

Paula Ortiz Perojo

✉ paula.micorreo@gmail.com

## Introducción

La Osteocondritis Disecante (OCD) es una patología articular de causa desconocida que afecta al cartílago y hueso subcondral de niños y adolescentes causando su destrucción progresiva y el consiguiente desarrollo precoz de artrosis. La localización más frecuente es la rodilla, manifestándose como gonalgia mecánica y derrame articular sin antecedente traumático<sup>1</sup>.

## Caso clínico

Mujer adolescente de 16 años sin antecedentes de interés ni familiares de Psoriasis o Enfermedad Inflamatoria Intestinal que consulta en el Servicio de Reumatología por gonalgia izquierda de 4 meses evolución sin desencadenante traumático que recordase. El dolor aumentaba con la actividad, llegando a experimentar bloqueos ocasionalmente. El cuadro no había mejorado de manera evidente con

la administración de AINEs. En la exploración física se objetivaba un buen estado general sin presencia de estigmas de conectivopatía, leve dolor con la flexión forzada de la articulación afecta sin existir signos de derrame. Aportaba Hemograma, Bioquímica, EEF, TSH y RFA normales; serologías VHB, VHC, Brucella, VEB y CMV negativas así como un estudio Inmunológico (FR, CCP, ANA y HLA B27) negativo. Exploración Oftalmológica y calprotectina en heces normales.

De las pruebas de imagen realizadas destacaba en Radiografía simple de rodilla (proyecciones antero-posterior y lateral en carga, **Figura 1**) una imagen subcondral ovalada hipodensa en cóndilo femoral interno. Ecográficamente no se apreciaba existencia sinovitis. Sin embargo, se observaba una solución de continuidad del cartílago de carga femoral del cóndilo interno.

Se completó el estudio con una RMN donde se confirmó una lesión subcondral en región lateral de la superficie de carga del cóndilo femoral medial de aproximadamente 16x10 mm con fragmento



**Figura 1.** Imágenes de radiografía simple de rodilla izquierda en carga. Izquierda, proyección antero-posterior en la que se aprecia imagen radioluciente en borde lateral de cóndilo medial. Derecha, proyección lateral en la que se observa dicha imagen en la región posterior del cóndilo medial.

osteocondral de bordes hiperintensos en T2 e hipointensos en T1 y cambios quísticos en el seno de dicho fragmento y hueso adyacente, hallazgos compatibles con osteocondritis disecante sin claros signos de inestabilidad del fragmento. El resto de las estructuras estudiadas eran normales (**Figura 2**).

## Discusión

La osteocondritis disecante (OCD) es una enfermedad articular adquirida que afecta al cartílago y hueso subcondral donde se produce una osteonecrosis con interrupción del cartílago suprayacente<sup>2</sup>. Es típica en niños y adolescentes siendo menos frecuente en adultos. Existe una mayor incidencia en varones así como en las articulaciones de carga, especialmente rodillas y tobillos, aunque también puede ocurrir en el codo y la muñeca. Su etiología permanece desconocida donde el factor mecánico

(traumático o por sobrecargas repetitivas) está implicado en un alto porcentaje de los casos al que se añade una posible predisposición genética fundamentada en su asociación con otras enfermedades hereditarias como la displasia epifisaria, la tibia vara y el Legg-Calve-Perthes y en haberse encontrado un patrón autosómico dominante asociado<sup>3,4</sup>. Su incidencia varía entre un 8,7 y 21,8 por 100.000 niños entre 6 y 11 años y adolescentes entre 12 y 19 años respectivamente debido a la mayor participación en actividades deportivas de alto rendimiento<sup>5</sup>. Esta incidencia puede estar sesgada por la existencia de casos asintomáticos y el hecho de que los hallazgos radiográficos en muchas ocasiones pueden haber pasado desapercibidos.

El síntoma cardinal es el dolor que suele ser difuso, de difícil localización y ritmo fluctuante aunque típicamente aumenta con la actividad física. Existe hasta un 30% de casos asintomáticos. En la OCD



**Figura 2.** Imágenes de RMN de rodilla izquierda. Izquierda superior: corte coronal potenciado en T1 donde observamos una solución de continuidad de bordes hipointensos a nivel del borde lateral del cóndilo femoral interno. Izquierda inferior: corte coronal potenciado en T2 en el que se observa la misma imagen, con aumento de señal a nivel intraóseo. Derecha: corte parasagital potenciado en T2 que muestra el fragmento osteocondral rodeado de una línea hiperintensa discontinua en la región de carga del cóndilo femoral interno.

de rodilla pueden existir bloqueo articular, derrame y atrofia del cuádriceps en casos de larga evolución por retraso diagnóstico. La localización más frecuente es el borde lateral del cóndilo femoral medial (70-80% de casos), aunque también puede afectar al cóndilo lateral, a la rótula y a la meseta tibial. La afectación unilateral es la norma y sólo entre 12%-30% presentan afectación bilateral<sup>1,6</sup>. La prueba de Wilson se considera de especial interés para el diagnóstico y consiste en reproducir el dolor con la flexión a 90° de rodilla aplicando rotación interna máxima y proceder a la extensión gradual. Al llegar a los 30° de flexión, la espina tibial se pinza contra el cóndilo medial y origina el dolor. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con

la tendinopatía rotuliana o rodilla del saltador, el Osgood-Schlatter y el síndrome patelo-femoral, pero también con fracturas osteocondrales, osteonecrosis, centros de osificación accesorios, osteocondrosis y displasia epifisaria.

El tratamiento de la OCD depende de la edad y del estado de las fisis así como de la gravedad de la lesión condral en función de criterios radiológicos<sup>1,7</sup>.

Atendiendo a las fisis, la OCD se clasifica en juvenil si están abiertas y del adulto si están cerradas. En términos generales, la mayoría de las OCD juveniles curarán con tratamiento ortopédico, mientras que las OCD del adulto requerirán con gran frecuencia de intervención quirúrgica.

Atendiendo a la lesión, se aceptan cuatro estadios secuenciales visibles por RMN: I) Fragmento comprimido no desplazado, II) Fragmento parcialmente desprendido, III) Cuerpo extraño (totalmente desprendido) no desplazado, IV) Cuerpo extraño libre. En términos generales, las lesiones tipo I y II se consideran estables mientras que las de tipo III y IV serían inestables, con una correlación del 85% con los hallazgos artroscópicos<sup>6,8</sup>.

Las lesiones estables se tratan dependiendo del estado de la fisis. Si la fisis se encuentra abierta (OCD juvenil), el tratamiento conservador es la norma, procediéndose al cese de la actividad deportiva, descarga de peso, toma de AINES e inmovilización temporal entre 6 y 8 semanas. Se procederá a reevaluaciones periódicas para evitar la atrofia muscular o el riesgo de rigidez articular residual. Entre el 50-67% de las OCD juveniles pueden curarse con tratamiento conservador en un periodo de 6 a 18 meses, aunque este porcentaje puede llegar al 90% en algunas series<sup>9</sup>.

El tratamiento quirúrgico está indicado en OCD del adulto, en pacientes que no han respondido tras 6-12 meses de tratamiento conservador, que inician sintomatología cerca del periodo de cierre fisario o que presentan lesiones inestables.

El acceso artroscópico suele preferirse aunque puede estar condicionado por el tamaño de la le-

sión. La simple escisión del fragmento no da buenos resultados, debiéndonos plantear mantener el fragmento y aumentar su aporte vascular en caso de ser viable. La fijación del fragmento puede hacerse mediante clavos lisos, tornillos de rosca normal o canulados, biomateriales reabsorbibles o clavijas óseas. En caso de pérdida de sustancia, podemos intentar la regeneración del cartílago mediante perforaciones (con génesis de fibrocartílago), mosaico-plastias con autoinjertos de cartílago desde zonas donantes, aloinjertos osteocondrales o transferencia de condrocitos autólogos<sup>7, 10,11</sup>.

En resumen, la OCD es una patología típica a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial del dolor de rodilla del niño y adolescente para evitar un posible retraso diagnóstico que conlleve su evolución hacia la limitación funcional, la inestabilidad articular, el dolor crónico o el desarrollo precoz de osteoartritis. El tratamiento incluye opciones conservadoras o quirúrgicas en función de la edad, del tamaño y de la inestabilidad de la lesión condral.

## Bibliografía

1. Dennis C. Crawford, MD, PhD Marc R. Safran, MD. Osteochondritis Dissecans of Knee, J. Am. Acad. Orthop. Surg., 2006;14:90-100.
2. Linden B. The incidence of osteochondritis dissecans in the condyles of the femur. Acta Orthop Scand 1976; 47:664-7.
3. Mubarak SJ, Carroll NC. Juvenile osteochondritis dissecans of the knee: etiology. Clin Orthop Relat Res. 1981;200-211.
4. Jeong JH, Mascarenhas R, Yoon HS. Bilateral osteochondritis dissecans of the femoral condyles in both knees: a report of two sibling cases. Knee Surg Relat Res. 2013; 25:88-92.
5. Eismann EA, Pettit RJ, Wall EJ, Myer GD. Management strategies for osteochondritis dissecans of the knee in the skeletally immature athlete. J Orthop Sports Phys Ther. 2014; 44(9):665-79.
6. Kessler JJ, Nikizad H, Shea KG, Jacobs JC, Jr., Bechuk JD, Weiss JM. The demographics and epidemiology of osteochondritis dissecans of the knee in children and adolescents. Am J Sports Med. 2014;42:320-326.
7. Brandon J. Erickson, Peter N. Chalmers, Adam B. Yanke, and Brian J. Cole. Management of osteochondritis dissecans of the knee. Curr Rev Musculoskelet Med. 2013; 6(2): 102-114.

8. Quatman CE, Quatman-Yates CC, Schmitt LC, Paterno MV. The clinical utility and diagnostic performance of MRI for identification and classification of knee osteochondritis dissecans. J Bone Joint Surg Am Vol. 2012; 94(11):1036-44.
9. Krause M, Hapfelmeier A, Möller M, Amling M, Bohndorf K, Meenen NM. Healing predictors of stable juvenile osteochondritis dissecans knee lesions after 6 and 12 months of nonoperative treatment. Am J Sports Med. 2013;41:2384-2391
10. Kevin D'Angelo, BSc (Hons), DC, Peter Kim, BSc, DC, FCCS(C), and M. Lucas Murnaghan, MD, MEd, FRCSC. Juvenile Osteochondritis Dissecans in a 13-year-old male athlete: A case report. J Can Chiropr Assoc. 2014; 58(4): 384-394.
11. Pascual-Garrido C, Tanoira I, Muscolo DL, Ayerza MA, Makino A. Viability of loose body fragments in osteochondritis dissecans of the knee. A series of cases. Int Orthop. 2010; 34:827-831.

### Opina sobre este artículo:



<http://medicalia.org.es/>

Los médicos disponen de una red social para intercambiar experiencias clínicas, comentar casos y compartir conocimiento. También proporciona acceso gratuito a numerosas publicaciones. **¡Únase ahora!**

### Publish with iMedPub

<http://www.imed.pub>

Acta Reumatológica es una revista que tiene por fin la difusión de estudios clínicos relacionados con aspectos prácticos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con patología reumatológica, de estudios epidemiológicos relacionados con patología inflamatoria y musculoesquelética de presentación común o infrecuente en la práctica clínica tanto en población adulta como pediátrica, de casos clínicos de patología poco habitual o de presentaciones inusuales de patología frecuente, de imágenes didácticas e ilustrativas en reumatología y del estado actual e innovación en la formación especializada en reumatología.