

# El uso de injerto óseo alogénico preservado en fresco para tratamiento de Osteocondritis disecante (OD) de rodilla del adulto: A propósito de un caso

Dr Firas Nehme Abouzeid , Dr . Mariano López Franco, Dr. Pedro Moreno Tallón, Dra. Marta expósito Álvarez, Dr. Ana Santamaría López

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de la OD sintomática en pacientes jóvenes supone un gran desafío para los cirujanos ortopédicos. Dentro de las opciones terapéuticas destaca el uso de injertos osteocondrales alogénicos, los cuales han demostrado mayor efectividad cuando son conservados en fresco<sup>1,2,3,4</sup>.

**OBJETIVO:** En este estudio, compartimos nuestra experiencia en la colaboración y aplicación de un protocolo para obtener este tipo de injertos a través de un banco de tejidos y el resultado obtenido con nuestra primera paciente.

## MATERIAL Y MÉTODOLOGÍA:

- Se presenta el caso de paciente de 32 años sin enfermedades previas con obesidad mórbida, como único antecedente personal, con clínica de gonalgia derecha crónica con maniobras meniscales negativas. La paciente presenta un EVA de 8 y un IKDC de 72 en el momento de la consulta.

- Tanto en la radiografía como en la resonancia magnética (*Figura 1 y Figura 2*) se observa una lesión osteocondral en cóndilo femoral interno de 18x13 mm de bordes bien definidos en relación con osteocondritis disecante grado 2.



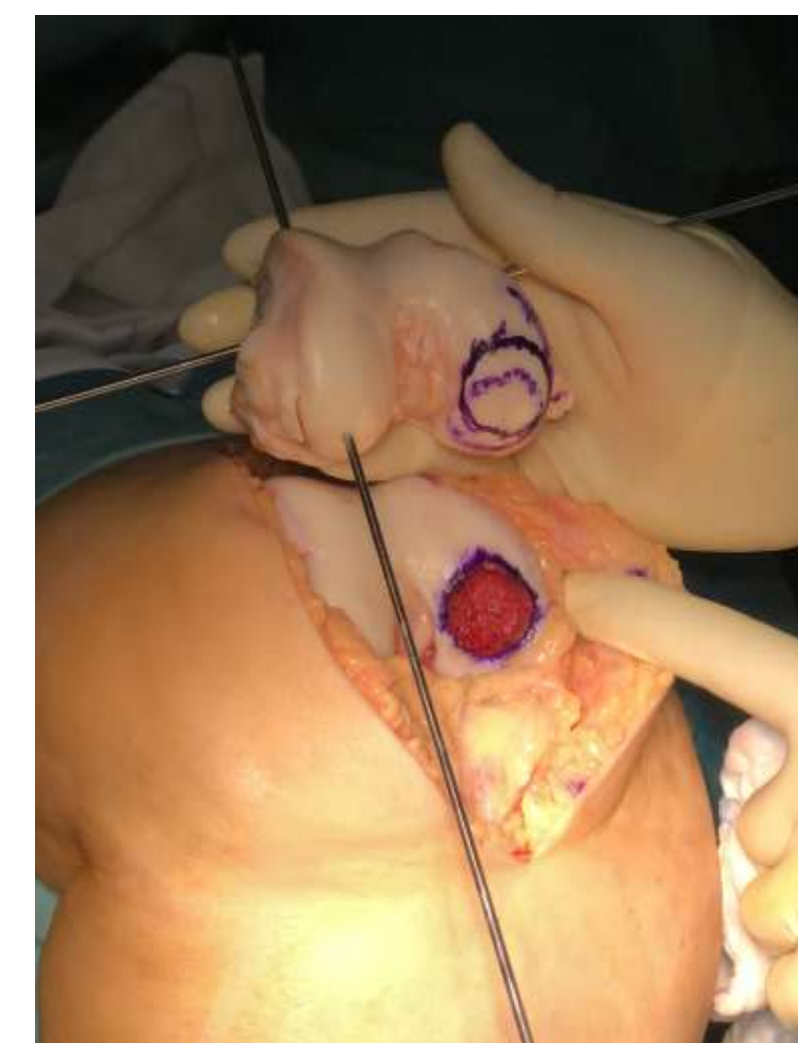
- Tras ausencia de mejoría se plantean diferentes opciones quirúrgicas (Desbridamiento artroscópico, mosaicoplastia, autoinjertos..).
- Se opta por meter en lista de espera quirúrgica para aloinjerto en espera de disposición de injerto y se informa a banco de tejidos.
- Se permite movilidad articular sin restricción desde el principio y carga con ayuda de bastones ingleses a las 3 semanas.

Se realiza cirugía abierta por un abordaje pararrotuliano medial

Se extrae injerto alogénico con trefina de cadera de 18,5 mm de diámetro que en ambas pacientes cubre todo el defecto

Se implanta a compresión, NO SE USA NINGÚN IMPLANTE

Se testa estabilidad resultando satisfactoria



**RESULTADOS:** La paciente se evalúa radiográficamente al mes, a los 3, 6 y 12 meses (*Figura 3*). La paciente realiza ejercicios de fortalecimiento y rehabilitación con una evolución adecuada. Tras dos años presenta un dolor inferior a 3 en escala EVA y 30 en escala IKDC, estando asintomática en actividades de su vida diaria. Se realiza nueva RMN donde se observan la integración de injerto sin necrosis.



**CONCLUSIONES:** El uso de aloinjerto en fresco implica un desafío técnico considerable y requiere acceso a un banco de tejidos. Sin embargo esta técnica quirúrgica representa una alternativa válida a procedimientos que no preservan el hueso sin cerrar las puertas a futuras reintervenciones

## BIBLIOGRAFÍA:

- Chan C, Richmond C, Shea KG, Frick SL. Management of osteochondritis dissecans of the femoral condyle: A critical analysis review. JBJS Rev. 2018;6(3):1–12.
- Kocher MS, Czarnecki JJ. Management of osteochondritis dissecans. Cartil Repair Strateg. 2007;253–70.
- Villalba J, Peñalver JM, Sánchez J. Tratamiento de los grandes defectos osteocondrales de cóndilo femoral externo en pacientes jóvenes mediante autoinjerto y malla de colágeno. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2021;65(5):317–21.
- Fernández Rodríguez T, Leboráns Eiras S. Lesiones Cartilago-Osteocondritis-Osteonecrosis. Complejo Hosp Santiago Compost [Internet]. 2015;392–8. Available from: [https://unitia.secot.es/web/manual\\_residente/CAPITULO\\_82.pdf](https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO_82.pdf)