

FÁTIMA JUAN MANGAS; LUIS ANTONIO RUIZ VILLANUEVA; CELIA ARRIBAS PINILLOS;
VICENTA IGLESIA CABANEIRO; JESUS FERNANDEZ DIAZ

Objetivos

Describir la técnica quirúrgica del trasplante osteocondral y plastia de LCA alogénico por cirugía abierta como alternativa a la artroscopia habitual.

Material y metodología

Se presenta un varón de 27 años con episodios de inestabilidad y bloqueo de rodilla. En la RMN se objetiva rotura de LCA y lesiones osteocondrales de gran tamaño en ambos cóndilos femorales (Fig. 1). Se plantea trasplante osteocondral realizado de la siguiente forma:

1. Identificación, vía artroscópica, del defecto condral en ambos cóndilos y su relación con el surco terminal (Fig. 2 A).
2. Abordaje con mini-artrotomía pararrotuliana medial para exponer el cóndilo femoral medial y dimensionar el defecto (Fig. 2 B).



Fig. 2 Defecto condral A) Visión artroscópica. B) Visión directa.

4. Preparación de zona receptora: extracción del cilindro con lesión osteocondral y dilatación cónica del sitio receptor (Fig. 4 A).
5. Implantación a presión del tejido donante asegurando su correcta orientación (Fig. 4 B).

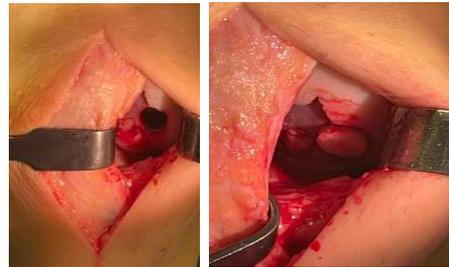


Fig. 4 A) Zona receptora.
B) Cilindro implantado.

Adicionalmente, se realiza plastia de LCA con tendones criopreservados:

1. Se suturan los extremos de los mismos, de manera independiente, para tener un cabo desde el que traccionar. Se colocan en un sistema de suspensión cortical: TightRope®.
2. Se realizan los túneles tibial y femoral en la posición y orientación adecuadas.
3. Se introduce el injerto por los túneles óseos: Se realiza la fijación femoral con el sistema TightRope®; posteriormente se fija en tibia con un tornillo interferencial biodegradable.

Resultados

Tras un tratamiento rehabilitador intenso el paciente presenta evolución clínica favorable: buena movilidad, sin dolor y sin nuevos episodios de inestabilidad articular.

Conclusiones

El trasplante osteocondral con aloinjerto mediante cirugía abierta ofrece buenos resultados para tratar defectos osteocondrales de gran tamaño localizados muy posteriores en el cóndilo.

El factor pronóstico más importante al realizar la plastia de LCA es la realización del túnel tibial y femoral en la posición adecuada. Es recomendable realizar estos de forma artroscópica, previos a la mini-artrotomía, para no distorsionar la orientación espacial, a la que estamos acostumbrados al realizar esta técnica de forma artroscópica.

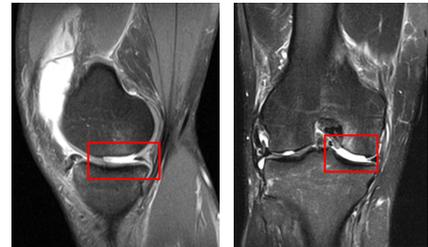


Fig. 1 Lesión condral RM en T2 A) Corte sagital. B) Corte coronal.



Fig. 3 Cóndilo donante.

Se repiten los pasos 3 a 5 hasta **rellenar al menos el 80% del defecto condral** de ambos cóndilos (Fig. 4).

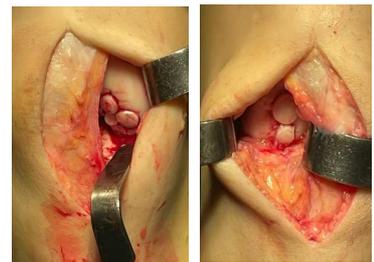


Fig. 4 Mosaicoplastia A) Cóndilo medial. B) Cóndilo lateral.