

Osteonecrosis del platillo tibial interno.

A propósito de dos casos

Osteonecrosis of the medial tibial plateau.

Report of two cases

J. ANTOLÍN SUAREZ, D. HERNANDEZ VAQUERO, A. SUAREZ VAZQUEZ, M.J. OLAY GAYOSO.

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. OVIEDO.

Resumen. Presentamos dos casos de osteonecrosis idiopática del platillo tibial interno que aparecieron en mujeres. En ellas se dieron las características clínicas habituales de la enfermedad (inicio súbito de dolor intenso en rodilla sin traumatismo previo claramente diferenciado y marcada sensibilidad local en la zona interna de la rodilla) junto a radiografías iniciales normales ó con leves cambios degenerativos. Se describen los hallazgos encontrados con otros métodos diagnósticos (gammagrafía ósea y/ó resonancia magnética nuclear). En las dos pacientes el proceso evolucionó hacia una gonalgia intensa resistente a la medicación y con cambios degenerativos asociados y fue necesaria la implantación de sendas artroplastias totales de rodilla.

Summary. We report two cases of osteonecrosis of the medial tibial plateau with typical symptoms (sudden onset of pain at the knee, and marked tenderness over the medial tibial plateau). Initial roentgenograms were within normal limits or showed mild degenerative joint changes, being necessary a magnetic resonance imaging to achieve a diagnosis. The two cases we report didn't follow the typical evolution of the process (which is self-limiting in a period of 6 to 12 months), being necessary in both of them, a total knee replacement.

Correspondencia:

Dr. J. Antolín Suárez
Servicio de Cirugía Ortopédica y
Traumatología
Hospital San Agustín.
33400-Avilés, Oviedo
Teléfono: 98-5123000
Fax: 98-5123010

Introducción. La osteonecrosis del platillo tibial interno fue descrita por primera vez por Lotke y Ecker en 1983 (1) ante determinados pacientes con gonalgia intensa y localizada en la parte interna de la articulación, en los que se sospechaba un proceso similar a nivel del cóndilo femoral interno (osteonecrosis del cóndilo femoral interno ó enfermedad de Ahlbäck). Las características clínicas similares de ambas enfermedades llevaron a referirlas como dos posibilidades de la misma entidad clínica (osteonecrosis de la rodilla), en la que se podía afectar tanto el cóndilo femoral interno como el platillo tibial interno.

Sin embargo, hoy se sabe que la osteonecrosis del platillo tibial interno (OPTI) es una entidad clínica independiente. En la mayoría de los casos el proceso cursa con dolor en la parte interna de la rodilla de inicio agudo siguiendo un curso autolimitado, sucediéndose una mejoría al cabo de un tiempo variable entre seis y doce meses, sin

que previamente las medidas conservadoras (antiinflamatorios, bastón de descarga, fisioterapia) alivien los síntomas, ni actuaciones quirúrgicas como una meniscectomía o limpieza quirúrgica por artroscopia, ofrezcan resultados satisfactorios.

A pesar de esta evolución autolimitada, existen pacientes en los que el proceso progresa, agravándose la sintomatología y observándose un colapso del platillo tibial interno, siendo necesaria la implantación de una artroplastia de rodilla. Presentamos dos casos de OPTI con evolución hacia el hundimiento acentuado del platillo, y que fueron intervenidos para implantarles una artroplastia tricompartmental.

Caso 1. Mujer de 72 años que acude a consulta en Febrero de 1999, refiriendo intenso dolor en la rodilla derecha, con marcada sensibilidad a nivel del compartimento interno. La paciente informa que el comienzo del dolor fue agudo, tras hacer un

esfuerzo al levantar a un familiar unos meses antes. Unas radiografías realizadas al comienzo del cuadro no reflejaban lesión osteocondral alguna, observándose moderados cambios artrósicos. Nuevos estudios radiográficos, transcurridos 10 meses, mostraban una imagen osteolítica de bordes irregulares en el borde de la meseta tibial, con un gran pinzamiento del compartimento interno y formación ósea en media luna en el espacio femoro-rotuliano (Fig. 1). Se realizó una resonancia magnética en la que se apreció una artrosis femoro-patear y femoro-tibial, siendo las imágenes más llamativas en el compartimento interno de la articulación fémoro-tibial, donde se apreciaba un colapso en la parte medial de la meseta tibial interna. Igualmente, ambos meniscos sufrían cambios degenerativos, siendo más acusados en el interno, existiendo una rotura del cuerno posterior (Fig. 2).

Se decidió la implantación de una artroplastia total de rodilla, que se llevó a cabo en Junio de 1999. Tres meses después de la intervención, la paciente refería no tener dolor ni en reposo, ni con la actividad, la rodilla era estable y tenía una amplitud de movimientos de 110° de flexión y -5° de extensión.

Caso 2. Paciente de 73 años, de sexo femenino, que acudió a consulta por dolor en rodilla izquierda de seis meses de evolución, la paciente refería haber sufrido una caída, con traumatismo en la rodilla izquierda, unos meses antes, aumentando posteriormente el dolor en intensidad y frecuencia. La exploración clínica mostraba un aumento del perímetro de la rodilla en 2 cm, dolor a la palpación del compartimento interno que se agudizaba con la rotación interna de la pierna y el varo forzado de la rodilla, y dolor en la cara interna de la epífisis proximal de la tibia izquierda.

Las radiografías de la rodilla realizadas unos meses, antes presentaban, a nivel de la meseta tibial interna un hundimiento oblicuo con inclinación hacia su borde interno de unos 20°, y en el extremo interno de esta depresión se apreciaba un resalte óseo en

forma de decalaje. En la zona correspondiente a la masa ósea subcondral, se comprobaba una imagen de mayor densidad ósea, elíptica, de diámetro horizontal de unos 3 cm y vertical de 1 cm. En la proyección lateral dicha imagen presentaba más ó menos en su centro, una línea

vertical de menor densidad ósea, que pudiera corresponder a una hendidura del núcleo óseo de una necrosis osteocondral, circunscribiéndolo, existía un halo de menor densidad ósea.

En las radiografías más recientes se observaba una mejor definición morfológica de las alteraciones osteonecróticas. El platillo tibial se había deprimido 1 cm y el ángulo formado entre el punto más caudal de la escotadura entre las espinas tibiales y el borde interno de la meseta tibial aumentó en 9° (Fig. 3).

En una resonancia magnética se observó rotura del cuerno posterior del menisco interno, hundimiento del platillo tibial interno, con significativo colapso subcondral, alteración difusa de las trabéculas óseas regionales (hipointensa en secuencias cortas e hiperintensa en secuencias largas) y un cierto componente de partes blandas asociado, compatible con una osteonecrosis espontánea del platillo tibial interno.



Fig. 1. Caso 1. Afectación radiográfica del platillo tibial interno.

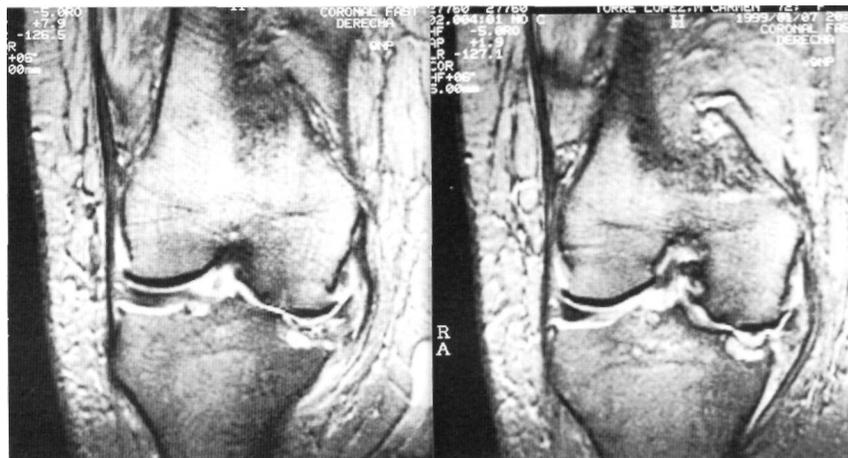


Fig. 2. Caso 1. Imagen de resonancia nuclear donde se aprecia el colapso de la parte más medial de la meseta tibial interna.



Fig. 3. Caso 2. Colapso radiográfico del platillo tibial interno, de unos 30° con vertiente hacia el borde interno.

La paciente es intervenida procediéndose a limpiar y cuartear el foco de necrosis y se implanta una artroplastia tricompartmental con cuña tibial cementada suplementaria de 11° en meseta interna.

Discusión. La OPTI es una enfermedad que debe diferenciarse de otros procesos que afectan a la rodilla. Aunque su incidencia parece ser baja, probablemente el difícil diagnóstico precoz y la ausencia de hallazgos radiográficos significativos en los primeros estadios, hacen que el diagnóstico se realice cuando el proceso ha evolucionado hacia una artrosis fémoro-tibial, después de haber sometido al paciente a múltiples tratamientos médicos o actuaciones quirúrgicas como menisectomías o artroscopias exploradoras.

La etiología del proceso no es conocida. Los estudios histológicos (con hallazgos similares a los descritos en otras publicaciones sobre la osteonecrosis del cóndilo femoral interno (2) no han mostrado evidencias de un posible origen vascular, sin embargo, se han hallado quistes e imágenes de consolidación de microfracturas de estrés en la zona subcondral, lo que unido a los habituales cambios degenerativos por la artrosis que suele afectar a la mayoría de los enfermos afectados, ha llevado a plantear una teoría que hoy es aceptada mayoritariamente. La superficie articular suele estar afectada por la artrosis y esta alteración lleva a una distribución deficiente de cargas en la articulación; al ser un hueso osteoporótico se altera también el soporte ante la carga produciéndose microfracturas de estrés, a veces relacionadas con algún esfuerzo (un simple paseo más largo de lo normal) o un traumatismo leve. Estas fracturas permiten a su vez el paso de fluido al hueso subcon-

dral, originando el aumento de la presión intraósea y la creación de quistes, debilitando el hueso subcondral que puede originar colapsos locales del hueso. Cabe añadir que el proceso suele aparecer en la zona más periférica del platillo, que es a su vez la zona que mayor estrés soporta (3).

La enfermedad viene determinada por una marcada sensibilidad en el compartimento interno de la rodilla. El dolor es de inicio súbito (4) y en ocasiones el paciente (que suele ser mayor de 60 años y más frecuentemente del sexo femenino) puede referirlo en relación con un traumatismo ó un sobreesfuerzo como anteriormente hemos descrito (5); suele, además, empeorar con la actividad y estar presente incluso durante la noche.

Los hallazgos radiográficos iniciales (6) presentan únicamente cambios degenerativos artrósicos, comunes para la edad del paciente, sólo en algunas ocasiones se aprecian zonas de radiotransparencia coincidentes con zonas de hipercaptación gammagráfica. La realización de este estudio escintigráfico o una resonancia magnética puede llevar a un diagnóstico en la fase inicial de la enfermedad.

El dolor suele estar presente en la mayoría de los casos, entre 6 y 12 meses siguiendo una evolución autolimitada, durante la cual sólo se logra un alivio parcial mediante medidas conservadoras, pero generalmente nunca satisfactorio para el paciente que suele demandar nuevas medidas diagnósticas o terapéuticas.

Se han descrito en otras publicaciones, confusión con roturas meniscales que fueron tratadas con menisectomía artroscópica, sin que se consiguiera alivio (7), también se ha confundido con una tendinitis de la pata de ganso sin que las infiltraciones con corticoides obtuvieran resultado.

Por ello, es conveniente destacar las características del dolor, especialmente su inicio súbito y la marcada sensibilidad a la palpación de la meseta tibial interna y la interlínea articular interna, lo que debería alertar sobre la posibilidad de la existencia de la osteonecrosis.

Diversas técnicas quirúrgicas se han descrito para tratar esta alteración consistentes en curetajes o perforaciones de la zona necrótica y osteotomías correctoras, sin que los resultados hayan sido suficientemente satisfactorios (6).

La conducta terapéutica más aconsejable parece ser una pauta expectante al inicio de los síntomas, basada en medidas conservadoras, sobretudo la descarga de la extremidad. Si en la evolución se aprecia una progresión hacia el colapso de la meseta tibial o los síntomas no disminuyen, está indicada una

artroplastia unicompartimental si no existe afectación del compartimento externo o fémoro-patelar. En nuestros casos esta alternativa no pudo ser utilizada teniendo en cuenta la afectación global de la articulación que obligó al implante de una artroplastia tricompartmental. Creemos necesario destacar la OPTI como posibilidad diagnóstica ante una gonalgia que afecta una persona mayor y que cumpla las características antes mencionadas. Su conocimiento evitará la realización de pruebas diagnósticas innecesarias y terapéuticas erróneas. ■■■■■

Bibliografía

1. **Ecker M, Lotke P.** Osteonecrosis of the Medial Part of the Tibial Plateau. *J Bone Joint Surg* 1995; 77:596-601.
2. **Ahuja SC, Bullough PG.** Osteonecrosis of the knee. A clinicopathological study in twenty-eight patients. *J Bone Joint Surg* 1978; 60A:191-7.
3. **Lotke P, Ecker M.** Osteonecrosis of the knee. *Orth Clin North Am* 1985;16:797-808.
4. **Carpintero-Benitez P, Collantes-Estevez E.** Osteonecrosis of the tibial plateau. *Clin Rheumatol* 1998; 17:95-8.
5. **Lotke P, Ecker M.** Osteonecrosis-like Syndrome of the Medial Tibial Plateau. *Clin Orthop* 1983; 176:148-53.
6. **Traflet R, Desai A, Park C.** Spontaneous Osteonecrosis of the Knee. Scintigraphic Findings. *Clin Nucl Med* 1987; 12:525-8.
7. **Marmor L.** Fracture as a complication of the Osteonecrosis of the Tibial Plateau. A Case Report. *J Bone Joint Surg* 1988; 70A:454-7.