



Caso clínico

Hemartrosis de rodilla secundaria a osteocondritis disecante (enfermedad de König)



Carlos Guillén Astete^{a,b,*}, Patricia Alva García^a, María Carpena Zafrilla^a y Carmen Medina Quiñones^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de octubre de 2014

Aceptado el 23 de enero de 2015

On-line el 1 de mayo de 2015

Palabras clave:

Osteocondritis disecante
Hemartrosis

Keywords:

Osteochondritis dissecans
Hemarthrosis

R E S U M E N

Presentamos el caso de una hemartrosis de rodilla asociada a osteocondritis disecante en un adulto joven que consultó por urgencias debido a dolor y tumefacción de su rodilla derecha media hora después de un gesto rotacional del miembro inferior. Varios años antes el paciente sufrió un accidente deportivo en la misma rodilla por la que nunca consultó. El estudio radiológico mostró 2 fragmentos dentro de la cápsula sinovial y una artrocentesis demostró hemartrosis. Realizamos una revisión de la información disponible de esta patología infrecuente.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Knee hemarthrosis secondary to osteochondritis dissecans (König disease)

A B S T R A C T

A case is presented of a hemarthrosis associated with osteochondritis dissecans in a young man who arrived in the Emergency unit due to tender and swelling of his right knee one hour after a slightly rotational gesture of the lower limb. Many years before the patient suffered a sports injury in the same knee, but it was never assessed. Radiography studies showed bone fragments inside the synovial capsule, and the joint aspiration was compatible with hemarthrosis. A review of the available information of this uncommon condition is also presented.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La osteocondritis disecante (OCD) o enfermedad de König es una forma rara de osteocondrosis, en la que, como consecuencia de la necrosis de un pequeño fragmento de hueso subcondral, el secuestro óseo y el cartílago articular que lo recubre acaban desprendiéndose del hueso y del cartílago adyacentes, alojándose en la articulación como cuerpo libre^{1,2}. En niños deportistas se ha establecido una prevalencia inferior al 0,1%³ y se desconoce su prevalencia en población general, aunque su incidencia se estima entre 1,5 y 1,6 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año⁴⁻⁶. Aunque su fisiopatología no es del todo conocida, se considera que es

una consecuencia de microtraumatismos repetidos sobre un área subcondral débil. Es por ello que su prevalencia parece ser mayor en niños que en adultos^{2,3,7,8}. Se han descrito casos que afectan a ambas rodillas o incluso a distintas articulaciones simultáneamente, lo que indica que puede haber otras etiologías además de la traumática⁹⁻¹¹.

Observación clínica

Varón, 23 años. Consultó por dolor de 3 h de evolución asociado a aumento de volumen y limitación funcional de la rodilla derecha, media hora después de un gesto de rotación mientras andaba. El paciente era previamente sano. No realizaba actividad deportiva debido a dolores de rodilla al correr largas distancias desde que, a los 13 años, dejó de jugar al fútbol debido a múltiples lesiones en la rodilla derecha. El paciente no fue valorado en aquella época.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: cguillen.hrc@salud.madrid.org, caranguillen@gmail.com (C. Guillén Astete).



Figura 1. Estudio radiográfico de la rodilla derecha. A) Vista anteroposterior en la que se aprecian 2 fragmentos (flechas). B) Vista lateral. Las flechas apuntan al fragmento que con mayor probabilidad originó la hemartrosis. C) Rodilla en hiperflexión que permite localizar el mayor de los fragmentos en relación con el eje axial de la rodilla.

En el examen físico presentaba una rodilla con aumento de temperatura local, tumefacción y dolor. Una artrocentesis obtuvo 10 cc de líquido sero-hemático. Dicho líquido fue revisado bajo el microscopio de luz polarizada para descartar una enfermedad por depósito de microcristales. Se solicitaron, además, una tinción de gram y un cultivo del líquido que descartaron también un proceso infeccioso articular.

Tres radiografías demostraron 2 cuerpos flotantes radiopacos intraarticulares (fig. 1).

La artroscopia mostró una laceración sobre el cartílago de carga de aproximadamente 4 mm de longitud, en la que se anclaba un fragmento de 16.1 mm de diámetro mayor, mismo que fue retirado. Sobre esta lesión no se realizó ningún procedimiento. Un cuerpo libre adicional de 9,6 mm de diámetro fue removido, también, de la cavidad articular. Se identificó, además, una cicatriz a nivel de la porción posterolateral del cóndilo femoral interno, que se asumió como la lesión original que dio lugar a la OCD.

Discusión

La hemartrosis por laceración como forma de presentación de OCD antigua es inédita. Habitualmente, se diagnostican inmediatamente o poco tiempo después de una lesión subcondral en deportistas jóvenes o niños^{6,7,10-12}.

Se acepta que la OCD se debe al resultado de un arresto temporal o definitivo de la circulación sanguínea en una sección de tejido subcondral^{4,6,7}. Por ello, este tejido se despegaba de la superficie articular, empeorando más la falta de aporte nutricional hasta que finalmente se necrosa y reabsorbe^{2,5-7}. En situaciones raras, como la del caso presentado, la isquemia involucra una gran sección de tejido subcondral. Los componentes orgánicos del fragmento óseo siguen la historia natural, mientras que la porción inorgánica se desprende pasando a ser cuerpos flotantes intraarticulares^{4,6,7,12,13}. Estos cuerpos flotantes explican ciertos bloqueos articulares por contacto con otras estructuras⁶.

En la actualidad se considera que el desarrollo de los eventos que conducen al desarrollo de una OCE obedece a un proceso multifactorial: los grandes traumatismos, los microtraumas repetidos, procesos de osificación anormales, mecánica articular aberrante y la predisposición genética^{2,6,7}.

La OCD se presenta en la cara posterolateral del cóndilo femoral medial en aproximadamente un 70% de los casos, la porción inferocentral del cóndilo lateral se afecta entre un 10 a 20% de las veces, mientras que otras localizaciones totalizan menos del 1% de la casuística^{5,6}.

En nuestro paciente, podemos establecer la hipótesis de que uno de los fragmentos produjo una laceración que finalmente desencadenó la hemartrosis y los signos que llevaron al diagnóstico.

La lesión original de una OCD puede tomar lugar meses o años antes del diagnóstico, aunque lo habitual es que el paciente consulte de inmediato debido al dolor^{6,7}. Aunque nuestro paciente no tiene documentada la lesión original, la historia clínica indica que pudieron pasar alrededor de 10 años entre esta y la hemartrosis.

Conclusiones

El caso presentado subraya 2 consideraciones importantes en el momento de valorar a un paciente con dolor de rodilla: la importancia de una historia clínica con énfasis en la actividad física y las lesiones en el pasado, y el considerar la OCD como parte del diagnóstico diferencial de la hemartrosis en el adulto joven.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos versión impresa. 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2011.
- Grimm NL, Weiss JM, Kessler JI, Aoki SK. Osteochondritis dissecans of the knee: Pathoanatomy, epidemiology, and diagnosis. *Clin Sports Med.* 2014;33:181–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.csm.2013.11.006>.
- Suzue N, Matsuura T, Iwame T, Hamada D, Goto T, Takata Y, et al. Prevalence of childhood and adolescent soccer-related overuse injuries. *J Med Invest JMI.* 2014;61:369–73.
- Keenan OJF, Turner PG, Yeates D, Goldacre MJ. Epidemiology of hospitalised osteochondritis dissecans in young people: Incidence, geographical variation and trends over time in England from 2002 to 2010. *Knee.* 2014;21:497–500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.knee.2013.11.010>.

5. Kessler JI, Nikizad H, Shea KG, Jacobs JC, Bechuck JD, Weiss JM. The demographics and epidemiology of osteochondritis dissecans of the knee in children and adolescents. *Am J Sports Med.* 2014;42:320–6, <http://dx.doi.org/10.1177/0363546513510390>.
6. Sum JC, Hatch GF. Osteochondritis dissecans. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2011;41:796, <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2011.0421>.
7. Carey JL, Anderson AF, Shea KG. Osteochondritis dissecans in an adult. *Orthopedics.* 2012;35:413–4, <http://dx.doi.org/10.3928/01477447-20120426-10>.
8. Kodali P, Islam A, Andrish J. Anterior knee pain in the young athlete: Diagnosis and treatment. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2011;19:27–33, <http://dx.doi.org/10.1097/JSA.0b013e3182045aa1>.
9. Hay BM. Two cases of osteochondritis dissecans affecting several joints. *J Bone Joint Surg Br.* 1950;32-B:361–7.
10. Hermanson RH. Bilateral osteochondritis dissecans of the knee. *Radiology.* 1946;47:349–54, <http://dx.doi.org/10.1148/47.4.349>.
11. Smith P, Coker TP. Osteochondrosis dissecans occurring in the knee and ankle of the same patient. *Foot Ankle.* 1985;6:83–4.
12. Vajnar J. Knee pain and a limp after a fall. *JAAPA Off J Am Acad Physician Assist.* 2005;18:72, 77.
13. Luisiri A, Silberstein MJ, McGuire M, Graviss ER, Sundaram M. Radiologic case study. Osteochondritis dissecans. *Orthopedics.* 1986;9:434, 436–40.