

GEL DE COLÁGENO TIPO I Y MOSAICOPLASTIA

Buscando una mejor superficie articular



De Lamo Rovira J., Quijada Rodríguez JL.

Servicio de Traumatología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

INTRODUCCIÓN

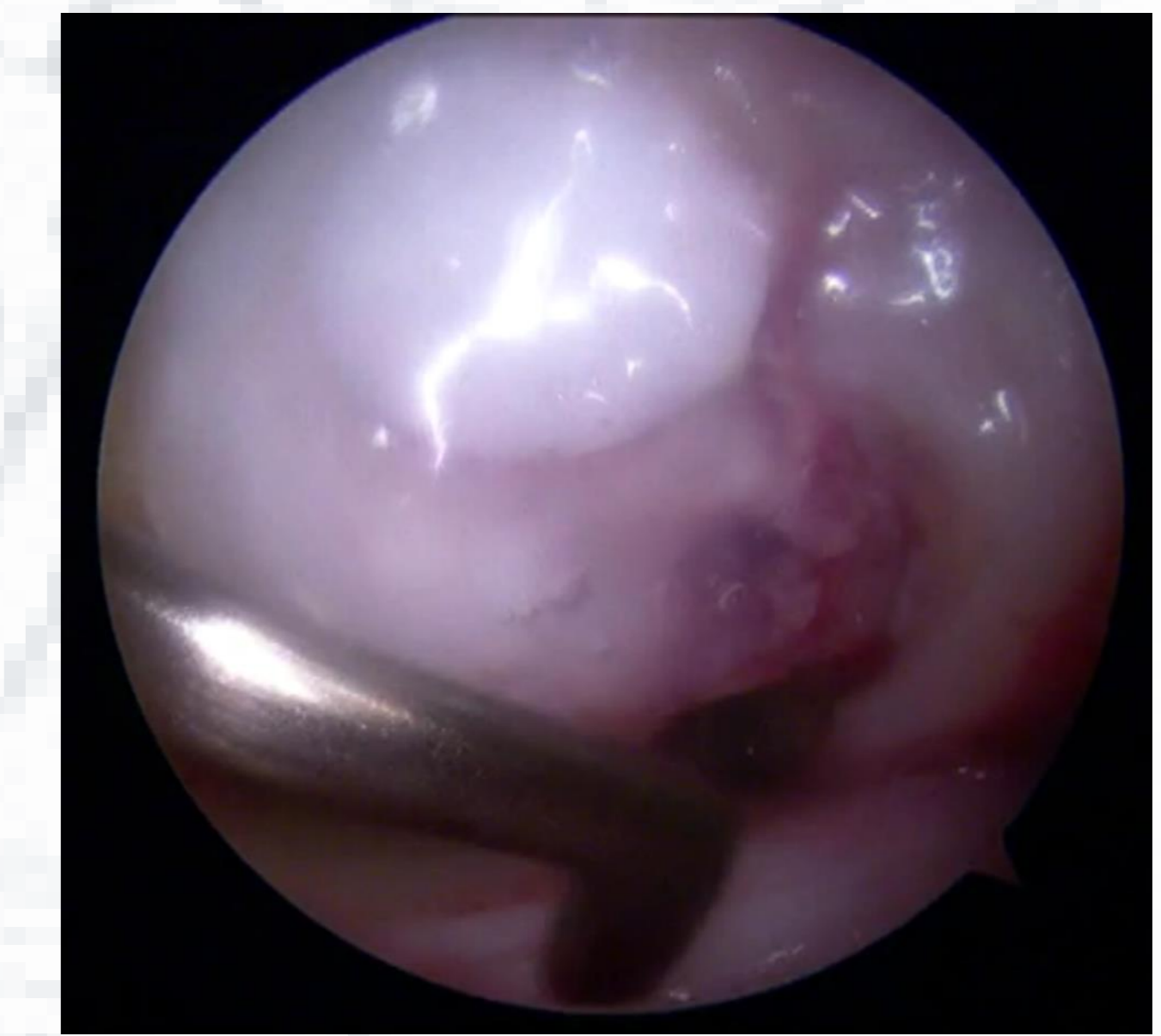
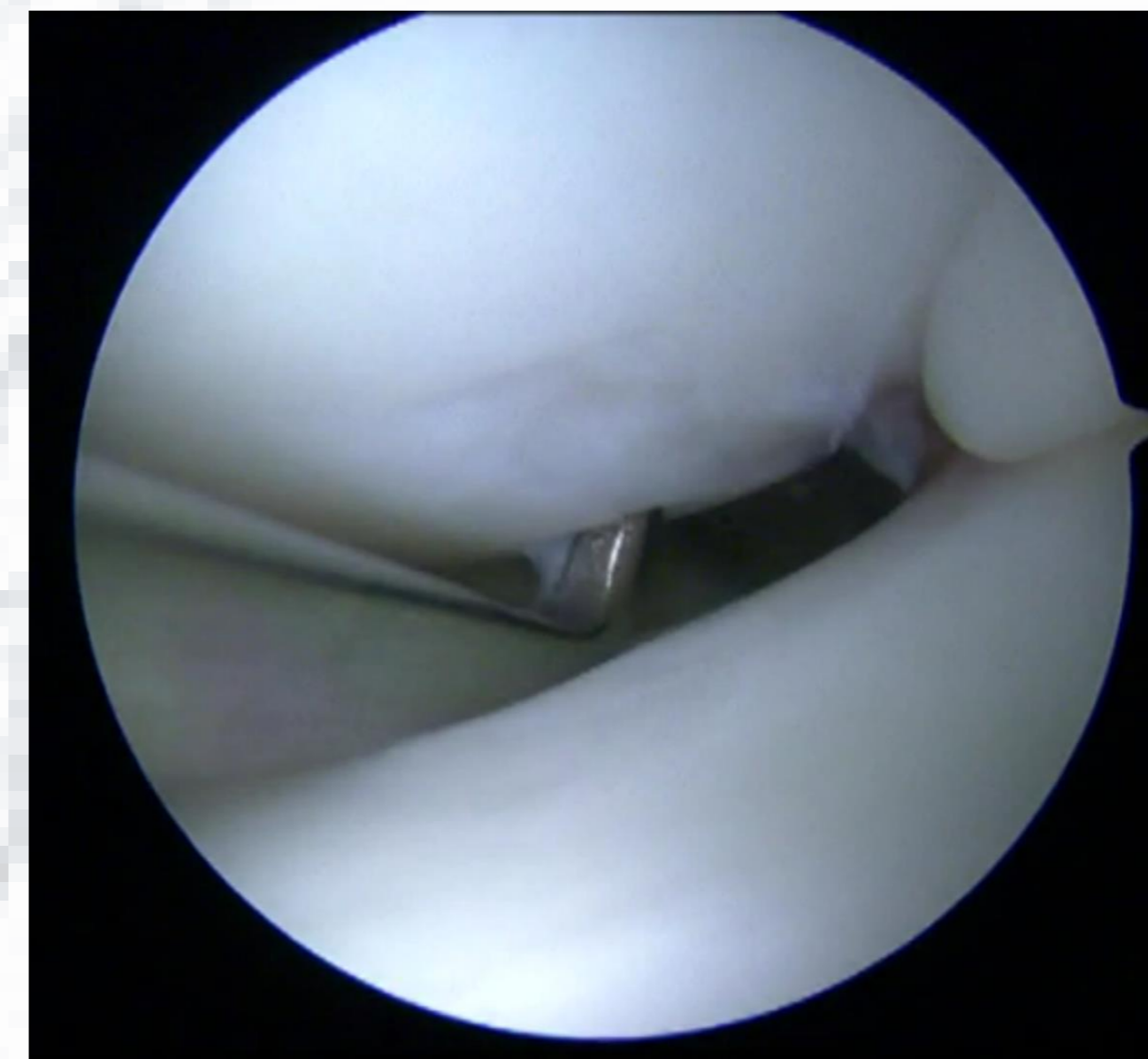
Los defectos condrales donde el cartílago nativo se ha perdido se pueden tratar con diversas técnicas. La mosaicoplastia es una opción que ha dado buenos resultados, pero tiene como desventajas la iatrogenia y la dificultad de recuperar la curvatura normal del cartílago.

OBJETIVOS

Describir un gesto quirúrgico simple, realizable por artroscopia, para mejorar el contorno de la superficie articular de un defecto tratado con mosaicoplastia.

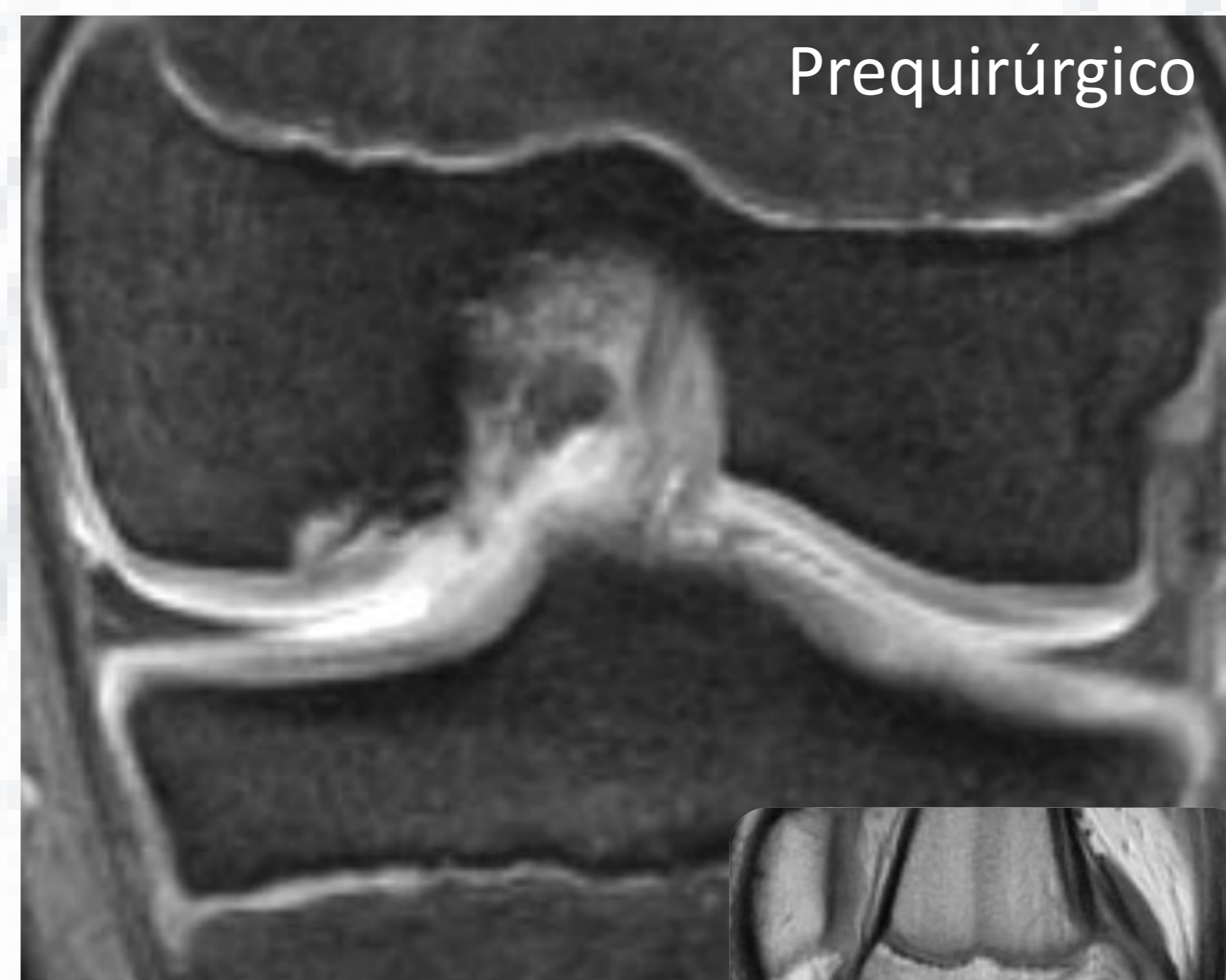
MATERIAL Y METODOLOGÍA

El caso corresponde a un paciente de 13 años con dolor mecánico de año y medio de evolución durante la actividad deportiva. La exploración era normal salvo por un signo de Wilson positivo. Tras RMN se le diagnóstico de un defecto condral de unos 2cm² en zona clásica sin apreciarse fragmento libre. Presentaba discreta pérdida de hueso subcondral. La lesión fue identificada por artroscopia, delimitada y desbridada hasta hueso subcondral y bordes condrales estables. Se extrajo un cilindro con control radiológico del escudo femoral externo de 6x15 mm que se implantó para cubrir la zona principal de carga de la lesión. El defecto restante fue cubierto con un gel de colágeno tipo I. Se realizó flexo extensión suave para que la masa gelificada adoptase la forma adecuada.



RESULTADOS

Tras 8 semanas sin apoyo, se realizó carga progresiva y reincorporación a su vida normal. Se permitió deporte en descarga. Desde el tercer mes el paciente está asintomático con una exploración normal y sin dolor fémoropatelar. La RMN de control a los 9 meses muestra curación completa con una recuperación del perfil normal del cóndilo interno.

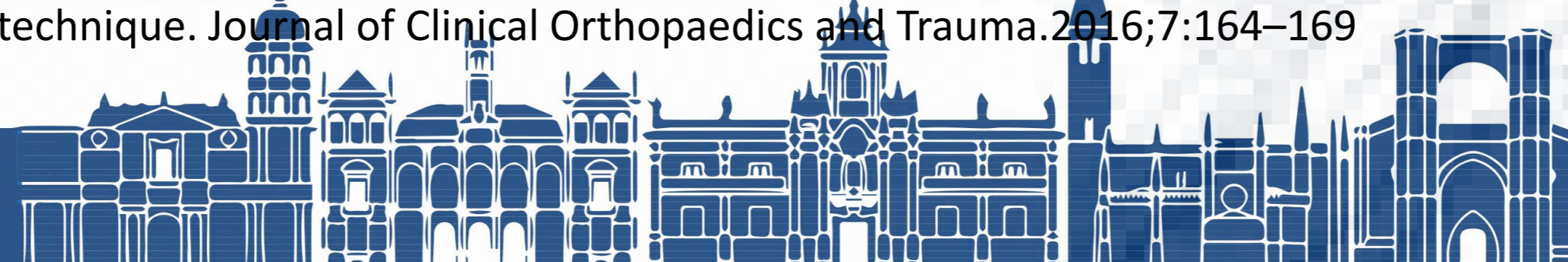


CONCLUSIONES

La mosaicoplastia presenta la dificultad técnica de conseguir reproducir el contorno de la superficie articular. La zona clásica puede ser especialmente difícil por la doble curvatura en el plano frontal y sagital del borde lateral del cóndilo medial. Asociar una capa de colágeno tipo I a la mosaicoplastia podría ayudar a lograr una curvatura adecuada tanto en el plano AP como en el lateral.

BIBLIOGRAFÍA

- Robert H. Chondral repair of the knee joint using mosaicplasty. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2011;97:418—429
- Welton KL, et al. Knee Cartilage Repair and Restoration: Common Problems and Solutions. Clin Sports Med. 2018;37:307—330
- Hunkizer EB. et al. An educational review of cartilage repair: precepts & practice e myths & misconceptions e progress & prospects. Osteoarthritis and Cartilage. 2015;23:334-350
- Shetty, A. et al. Autologous collagen induced chondrogenesis (ACIC: Shetty-Kim technique) – A matrix based acellular single stage arthroscopic cartilage repair technique. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. 2016;7:164–169



55 CONGRESO
secot