

Dr. Mikel Sánchez

PATOLOGÍA DE LA RODILLA EN EL NIÑO

Cuatro causas diferentes pueden llevar a los padres a consultar por un problema patológico a nivel de la rodilla de su hijo:

- Deformidad de extremidades inferiores o dificultad para la deambulaci3n.
- Dolor acompa3ado de cojera.
- Inflamaci3n a nivel de su rodilla.
- Tras un traumatismo.

Podemos hablar de 3 grandes grupos patol3gicos como son, un problema ortop3dico, un problema inflamatorio, o un problema traumático.

PROBLEMAS ORTOPÉDICOS

El motivo de la consulta puede ser por una deformidad de extremidades inferiores o vicio de la marcha, o por un problema doloroso que dificulta la deambulaci3n.

- *Causa de consulta: deformidad de extremidades inferiores.*

Para poder valorar correctamente el eje mecánico de las extremidades inferiores debemos explorar al ni3o primero en bipedestaci3n, descalzo y tambi3n en decúbito supino. Es importante explorar el grado de movilidad de ambas caderas, prestando una especial atenci3n al estudio de las rotaciones.

Se pueden dividir estas deformidades en 4 grandes grupos esquemáticos:

- Genu-varo.
- Genu-varo torsional por alteraci3n rotacional de extremidades inferiores.
- Un genu-valgo.
- Un problema de inestabilidad femoro-patelar.

Genu-varo.

Suele ser a lo largo de los primeros meses de la marcha, cuando los padres aprecian un arqueado progresivo de las extremidades inferiores en el ni3o. En la exploraci3n en bipedestaci3n mediremos la distancia intergonal, se trata de la distancia medida en centímetros entre la cara interna de ambos c3ndilos internos. Esta medida nos servir3 para vigilar la evoluci3n de la deformidad. En la posici3n de decúbito supino mediremos la reductibilidad de la deformidad evaluando la elasticidad de los ligamentos laterales de la rodilla.

Podemos encontrar 3 etiologías esenciales:

- La tibia vara banal que se aprecia con mucha frecuencia, siendo su pronóstico siempre favorable.
- El raquitismo que es excepcional verlo en nuestro medio aunque en los problemas de inmigración podemos volver a ver su aparición.
- El síndrome de Blount: la enfermedad de Blount, también llamada epifisitis deformante de la extremidad superior de la tibia, es de etiología discutida. Parece que el mecanismo inicial de la lesión se debe a una afectación del cartílago de crecimiento proximal de la tibia responsable de un crecimiento asimétrico. Esta afectación del cartílago del crecimiento podría deberse a una hiperpresión anómala ya que se ve con más frecuencia en niños con sobrepeso. Sin embargo existen casos familiares por lo que la etiología podría ser más compleja. Habitualmente se trata de una deformidad bilateral y simétrica. Clínicamente se aprecia una desviación a nivel de la parte proximal de la tibia. Esta deformidad se confirmará en un estudio radiológico que mostrará, además de la deformidad de la epífisis tibial interna, una alteración del cartílago de crecimiento proximal de la tibia.

El tratamiento de un genu-varo dependerá de la edad del niño y de la gravedad de la deformación. Podemos utilizar plantillas correctoras con cuñas externas a fin de aumentar relativamente la sobrecarga a nivel de compartimento externo de la rodilla. En casos mas importantes y en niños de corta edad podremos utilizar férulas correctoras nocturnas. Si el diagnóstico se hace tardíamente el tratamiento sería entonces quirúrgico, mediante osteotomías correctoras asociando o no a epifisiodesis proximal de la tibia.

Genu-varo torsional: alteración rotacional de extremidades inferiores (EEII).

Se trata de una deformidad secundaria a un aumento de la anteversión femoral que se compensa secundariamente por una torsión tibial externa. Esto provoca durante el crecimiento una deformación muy característica de las extremidades inferiores con un aspecto de piernas arqueadas y rótulas “bizcas” o rótulas “en espejo”. Exploraremos al niño en bipedestación apreciando que cuando el niño tiene los pies juntos se aprecia un marcado genu-varo con rótulas en espejo. Si mandamos al niño hacer una rotación externa de sus pies, manteniendo los talones juntos, veremos una corrección del genu-varo, teniendo entonces la posición anterior de ambas rótulas. Para el diagnóstico de esta deformidad debemos explorar al niño en decúbito supino, teniendo especial cuidado en la exploración de las caderas. Apreciaremos una rotación interna exagerada comparándola con rotación externa.

Las consecuencias de esta deformidad se verán durante la adolescencia o en el adulto joven, apareciendo un síndrome rotuliano doloroso debido a una hiperpresión rotuliana externa.

El tratamiento en el niño pequeño debe ser postural, evitando los juegos en posición de rodillas y sentado sobre los talones e intentando que el niño permanezca el mayor tiempo posible en la posición de sentado como “los indios”. Las férulas

correctoras nocturnas son habitualmente mal toleradas por el niño y relativamente ineficaces.

Genu-valgo.

Existen 2 grandes grupos de genu-valgo: el genu-valgo articular y el genu-valgo óseo.

El genu-valgo articular se caracteriza por un espacio intermaleolar interno aumentado. Puede considerarse como patológico por encima de los 5-6 cm. en posición de bipedestación. Esta separación intermaleolar debe medirse también en decúbito, ya que así pondremos en evidencia el papel jugado por la laxitud ligamentosa debido a la posición de bipedestación. Valoraremos así mismo la laxitud articular con movimientos de varo-valgo de la rodilla. Buscaremos también signos de hiperlaxitud a nivel de otras articulaciones como el codo, muñeca y pies, siendo muy frecuente la asociación de un genu-valgo con un pie plano-valgo estático. Normalmente se trata de una desviación fisiológica debido a un sobrepeso en niños hiperlaxos.

El seguimiento de la deformidad lo haremos midiendo el ángulo diafisario fémoro-tibial, es decir, el ángulo que forman las líneas que van de la cresta ilíaca ántero-superior al centro de la rótula y del centro de la rótula al tobillo.

Se trata de deformidades con un buen pronóstico, por lo que el tratamiento será poco agresivo. En principio intentaremos una disminución de sobrepeso, asociando unas plantillas con una cuña supinadora.

El genu-valgo óseo: se trata de una deformidad no reductible ya que no encontraremos laxitud ligamentosa sino una actitud en valgo del fémur o la tibia, habitualmente a nivel metafisario. Son casos mucho menos frecuentes y el tratamiento en los casos acusados que impliquen una repercusión funcional se hará mediante una epifisiodesis interna del fémur y la tibia.

La luxación recidivante de la rótula.

Habitualmente se debe a una displasia regional que engloba al desarrollo asimétrico de la rótula con una hipoplasia de la carilla interna, asociándose a una tróclea plana con poca capacidad mecánica para retener a la rótula y a una asimetría en la tensión de las aletas rotulianas. Algunas veces encontraremos una asociación a un genu-valgo o a una alteración torsional de las extremidades inferiores.

Valoración clínica:

Valoraremos la hipermovilidad lateral de la rótula provocando un signo de aprehensión de Smillie que provoca un gran temor en el niño, ya que la rótula puede luxarse. Mediremos así mismo el ángulo Q, se trata del ángulo formado por una línea que va de la espina ilíaca ántero-superior al centro de la rótula y otra línea que va del centro de la rótula a la tuberosidad tibial anterior. Para medir este ángulo colocaremos

una toalla enrollada debajo de la rodilla para que ésta se mantenga en un ángulo de 10° a 20° de flexión. El diagnóstico de inestabilidad fémoro-patelar en el niño es esencialmente clínico. El estudio radiológico estándar no mostrará alteraciones salvo en caso de luxación habitual de la rótula. Puede medirse la congruencia fémoro-patelar con la ayuda de un TAC que nos informará así mismo de la displasia rotuliana y femoral.

El tratamiento deberá ser en principio ortopédico, mediante el uso de ortesis de contención rotuliana y una fisioterapia progresiva y prolongada. Con cierta frecuencia, en caso de luxaciones verdaderas de la rótula, el tratamiento será quirúrgico, con el fin de estabilizar la rótula en su canal troclear y permitir un crecimiento congruente de ambos huesos.

- *Causa de consulta: dolor y cojera.*

Debemos hacer un diagnóstico diferencial entre el dolor referido en la rodilla y originado en ella y el dolor referido en la rodilla pero no originado en ella, tratándose entonces de un dolor que puede irradiarse desde la columna o desde la cadera. Es importante por ello realizar una exploración de la movilidad de la columna lumbar y una exploración de la movilidad de la cadera para descartar problemas de sinovitis transitoria o enfermedad de Perthes. Así mismo no es raro ver un dolor en cara anterior de rodilla por sobresolicitación fémoro-patelar secundario a una deambulación en actitud de flexo de la rodilla debido a un acortamiento de la musculatura isquio-tibial. Ante un problema de dolor espontáneo en la rodilla sin signos inflamatorios y sin antecedente traumático, debemos pensar en 4 grandes entidades como son:

- Un problema meniscal congénito (menisco discoideo, menisco externo hiper móvil)
- Epifisitis:
 - Osgood-Schlater.
 - Sinding-Larsen.
 - Rótula bipartita.
 - Osteocondritis disecante.
 - Quiste de Baker.

Exploración clínica:

- Estudio de ejes: valoraremos, como hemos visto previamente, la presencia de un genu-valgo o genu-varo con o sin alteración torsional, tanto en bipedestación como en decúbito supino.
- Presencia de derrame: apreciando si existe una presencia globulosa y un choque rotuliano. Comprobaremos así mismo la presencia o no de calor local que nos enfocará hacia un problema inflamatorio de la rodilla.
- Búsqueda de puntos dolorosos. Debemos palpar cuidadosamente ambas interlineas articulares. Así mismo palparemos la tuberosidad tibial anterior, las carillas articulares y el polo distal de la rótula.

El dolor e inflamación localizado a nivel de la tuberosidad tibial anterior nos hará pensar en una enfermedad de Osgood-Schlater. Un dolor e inflamación a nivel del

polo distal de rótula nos hará pensar en una enfermedad de Sinding-Larsen. Así mismo un dolor selectivo a nivel de carilla rotuliana externa puede hacernos pensar en la presencia de una rótula bipartita.

- Palparemos cuidadosamente el hueso poplíteo buscando un quiste de Baker que se trata de una tumoración más o menos fluctuante localizada fundamentalmente a nivel de la zona interna y distal del hueso poplíteo.

- Exploración meniscal: la exploración meniscal sin traumatismo previo es muy poco concluyente en el niño. Sospecharemos la presencia de un menisco discoideo o de un menisco externo hipermóvil ante la presencia de pseudobloqueos o chasquidos referidos en interlínea externa y provocados por los movimientos de flexo-extensión de rodilla, asociando diferentes movimientos de rotación, forzando el varo o el valgo.

- Finalmente debemos buscar signos de osteocondritis disecante de rodilla. Son muy poco específicos, se describe un dolor provocado por un movimiento de hiperextensión de rodilla forzando la rotación interna de la tibia (signo de Wilson) que es un dolor provocado al entrar en contacto la espina tibial anterior donde se inserta el L.C.A. contra la zona de osteocondritis del cóndilo interno. Así mismo podemos encontrar un punto doloroso selectivo palpando el cóndilo interno en su cara anterior durante un movimiento de flexo-extensión de rodilla. En caso de que la osteocondritis se encuentre en fase de fragmento suelto (preadolescencia) podemos encontrar asociado un derrame articular de tipo mecánico refiriendo el niño episodios de bloqueo articular. El diagnóstico se hará mediante un estudio radiológico y se confirmará con R.M.N.

- *Otras causas de dolor regional a nivel de la rodilla.*

Estamos hablando de un dolor de origen tumoral. Habitualmente se trata de tumores benignos, siendo los más frecuentes los siguientes:

- Osteocondroma. La localización más frecuente a nivel de la rodilla es en cara interna de la metafisis tibial a nivel de inserción de la pata de ganso y en cara interna del cóndilo interno por encima del epicóndilo. Habitualmente pueden palparse cuando son de un volumen suficiente. El niño puede referir episodios de bloqueo dolorosos debido a un enganche de los tendones de la pata de ganso con el osteocondroma, debido a ciertos movimientos de la rodilla.

- Fibromas no osteogénicos: es muy raro que provoquen dolor y el diagnóstico suele ser radiológico por hallazgo fortuito de un defecto óseo cortical a nivel de metafisis, tanto femoral como tibial.

Osteoma-osteoide: hay que pensar en él ante la presencia de un dolor de difícil explicación en el niño que llega a la adolescencia. Es muy típico el cese del dolor mediante la toma de Aspirina o de antiinflamatorios habituales. Se trata de un dolor de incremento nocturno, responsable así mismo de una cojera, que lleva al paciente a la toma repetida de antiinflamatorios y Aspirina. Con mucha frecuencia no son diagnosticados y el niño deambula de médico en médico no siendo raro ver algunos que siguen un tratamiento psiquiátrico. El diagnóstico se hará mediante exploraciones complementarias radiológicas y mediante gammagrafía ósea.

PROBLEMA INFLAMATORIO.

Habitualmente la causa de consulta suele ser un dolor a nivel de la rodilla acompañado de inflamación local. Normalmente se trata de un dolor no relacionado con el ejercicio e incluso de incremento nocturno, es decir de un dolor con características inflamatorias. Habitualmente encontraremos una rodilla inflamada con relativo aumento del calor local. Comprobaremos la presencia de derrame articular mediante la palpación cuidadosa de los fondos de saco a la búsqueda de un choque rotuliano. Debemos así mismo, ante la sospecha de un problema reumático, buscar síntomas similares a nivel de otras articulaciones, manos, muñecas, codos o tobillos.

- *Características del derrame articular.*

Siempre que estemos en presencia de un derrame articular de cantidad moderada, debemos puncionarlo a fin de ver su aspecto macroscópico, como color viscosidad, etc., y realizar un estudio de células.

Para puncionar una rodilla lo haremos en decúbito supino con la rodilla en extensión, abordando a nivel de la cara externa y a la altura del polo superior. Debemos utilizar una aguja de cierto calibre, ya que si sospechamos un proceso inflamatorio, pueden existir flóculos de fibrina que pueden tapan la aguja impidiendo la salida del líquido sinovial.

Existen 4 tipos diferentes de líquido sinovial:

- Líquido mecánico: su aspecto macroscópico es limpio y transparente, de color amarillo claro, con una viscosidad relativa que al caer gota a gota forma un filamento. El líquido de origen mecánico (provocado por una lesión meniscal, osteocondritis, etc.) debe contener menos de 2000 leucocitos.
- Líquido inflamatorio: se trata de un líquido de aspecto turbio, poco transparente, con una disminución de la viscosidad, es decir, que no forma filamento al dejar caer gota a gota. En el análisis microscópico encontraremos un número de células entre 2000 y 20.000.
- Líquido séptico: ante una artritis séptica a nivel de rodilla encontraremos un líquido de aspecto lechoso conteniendo, en el análisis microscópico, por encima de 20.000 leucocitos, fundamentalmente polinucleares.
- Líquido hemorrágico: el hemartros espontáneo de rodilla en ausencia de un traumatismo previo conocido, pudiera deberse a una enfermedad relacionada con problemas de coagulación o a una sinovitis vello-nodular pigmentada, precisando exámenes complementarios adicionales para realizar un diagnóstico correcto.

PROBLEMA TRAUMÁTICO

En este caso la teoría es evidente, pudiendo encontrar, a nivel de la rodilla, lesiones óseas, meniscales o ligamentosas. Habitualmente las fracturas, tanto del fémur como de la tibia, se producen a nivel de las epífisis y cuando afectan a la epífisis distal del fémur o proximal de la tibia, habitualmente son niños enviados al Servicio de Urgencias ya que son fracturas que producen una impotencia funcional absoluta e inmediata.

Sin embargo con frecuencia podemos ver fracturas osteocondrales que pueden presentarse a nivel de la zona articular del fémur, de la tibia o de la rótula, siendo muy frecuentes en los casos de luxación traumática de la rótula con reducción espontánea de la luxación, por lo que el diagnóstico es difícil. Estas fracturas osteocondrales provocan un hemartros inmediato que suele ser a tensión, apareciendo en las horas siguientes al traumatismo. Debemos puncionar dicho hemartros e inspeccionarlo cuidadosamente a la búsqueda de presencia de gotas de grasa, ya que un hemartros que contenga grasa siempre es de origen óseo, indicando una lesión osteocondral.

A parte de estas fracturas osteocondrales son típicas en el niño las fracturas-avulsión de una epífisis, siendo las más típicas la avulsión de la tuberosidad tibial anterior o la avulsión del polo distal de la rótula. Con frecuencia estas avulsiones no son completas o tienen un desplazamiento moderado, por lo que el diagnóstico es difícil. Encontraremos una impotencia funcional para la extensión de la rodilla con un dolor e inflamación muy selectiva a nivel de tuberosidad tibial anterior o de polo distal de la tibia. El diagnóstico será radiológico o mediante R.M.N., debiendo ser preciso, ya que según el desplazamiento el tratamiento pudiera ser quirúrgico.

Por último son típicas en el niño las fracturas de la espina tibial anterior tras un traumatismo con un mecanismo que pudiera lesionar el L.C.A. En el niño la zona más frágil es su inserción en la espina tibial anterior, por lo que, en caso de lesión, frecuentemente se produce una fractura-avulsión de la misma. Realizaremos un diagnóstico según la estabilidad de la rodilla como veremos más tarde, seguido de una punción del hemartros conteniendo grasa.

Lesiones meniscales.

Así como en el adulto la exploración meniscal suele ser típica, no ocurre lo mismo en el niño. En el niño el dolor agudo provoca una actitud de defensa con una limitación de la movilidad que sería muy difícil de diferenciar de un verdadero bloqueo articular por una rotura meniscal desplazada. Los signos clínicos clásicos como el McMurray o Appley, etc., habitualmente no son específicos en el niño. Sospecharemos el diagnóstico ante la presencia de un dolor a nivel de una interlínea articular, con una limitación de la movilidad y la presencia de un derrame articular que suele ser hemático.

Podemos encontrar 3 tipos fundamentales de roturas en el niño:

- Rotura radial: suele presentarse en el tercio medio del menisco, ocasionando una sintomatología poco expresiva. El tratamiento será en función de la sintomatología y de los riesgos de las exploraciones complementarias.
- Roturas longitudinales: suelen dar una sintomatología más florida, ya que las desinserciones meniscales permiten un desplazamiento del mismo, siendo responsables de bloqueos o pseudobloqueos articulares. Es preciso realizar un diagnóstico temprano de la lesión ya que en el niño las posibilidades de cicatrización de la lesión meniscal deben llevarnos a realizar una sutura del menisco.
- Rotura sobre un menisco discoideo: es diagnóstico difícil ya que en nada difiere a la sintomatología de un menisco discoideo habitual o de un menisco externo hipermóvil.

Lesiones ligamentosas.

Ante la sospecha de una lesión ligamentosa traumática de la rodilla, es fundamental conocer el mecanismo del traumatismo, ya que dicho mecanismo nos puede hacer sospechar la lesión de uno u otro ligamento. Así mismo es importante conocer la sensación inmediata del paciente, es decir, si ha podido o no iniciar la marcha y si presentaba o no sensación de inestabilidad inmediata de la rodilla. Es muy difícil explorar una rodilla traumática en el niño ya que la exploración de una laxitud ligamentosa precisa de una relajación muscular absoluta. En el niño esto es difícil debido al dolor y al miedo. En el niño es importante explorar la rodilla sana, ya que existe habitualmente una laxitud constitucional.

Podemos encontrarnos una lesión de los ligamentos laterales o una lesión de pivote central.

Lesión de ligamentos laterales: esguince del L.L.I.

Es la lesión ligamentosa más típica y frecuente. En el niño es muy difícil encontrar roturas completas de dicho ligamento, tratándose habitualmente de esguinces de grado leve/moderado.

Encontraremos un dolor selectivo a nivel del epicóndilo interno o a nivel de la inserción distal de la tibia, es decir a nivel de la pata de ganso. Con cierta frecuencia se producen en las horas siguientes un proceso inflamatorio con presencia de derrame que suele ser teñido de sangre, ya que pueden asociarse pequeñas desinserciones del menisco interno. Buscaremos una laxitud en valgo en extensión completa y en ligera flexión, y siempre comparándolo con la rodilla sana.

Lesión de pivote central.

La lesión del L.C.P. en el niño es excepcional, salvo en traumatismos graves de accidentes de tráfico. Habitualmente se trata de lesiones del L.C.A. produciéndose, en la mayoría de los casos, una fractura/arrancamiento de la espina tibial anterior.

Estaremos en presencia de una rodilla dolorosa, con importante inflamación, debido a un hemartros a tensión en el que, tras la punción, deberemos buscar la presencia de grasa. El niño puede referir sensación de inestabilidad inmediata con importante dificultad para la marcha.

Deberemos buscar los signos de laxitud anterior de la rodilla que, como hemos dicho previamente, son muy difíciles de explorar en el niño. Deberemos siempre compararlos con la rodilla sana. Buscaremos 2 signos fundamentales:

- El signo de Lachman: se trata de un cajón anterior en extensión. Se debe realizar con suavidad, siendo positivo cuando el desplazamiento es superior a la rodilla sana sin encontrar un tope duro.
- Los signos dinámicos: se trata del Pivot-Shift. Es muy difícil de poner en evidencia ante una lesión aguda en el niño. Por el contrario suele ser más evidente cuando se trata de una laxitud crónica tras una lesión previa no diagnosticada de L.C.A. Se trata del

típico signo de resalte que se provoca al realizar un movimiento desde extensión completa a flexión, forzando el valgo y la rotación interna de la tibia.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

Radiología estándar.

- Solicitaremos 3 proyecciones: ántero-posterior, lateral pura, y axial de rótula. Es imprescindible, para confirmar el diagnóstico de una enfermedad de Osgood-Schlater, enfermedad de Sinding-Larsen, osteocondritis disecante, la presencia de tumores óseos o para descartar fracturas intraarticulares.

- Estudio de ejes: debe realizarse un estudio de ambas extremidades inferiores en su totalidad y en bipedestación descalzo. Son imprescindibles para medir el eje mecánico de la extremidad, es decir para el diagnóstico de un genu-varo o un genu-valgo.

TAC.

Se debe solicitar para el estudio de la congruencia femoro-patelar ante la sospecha de una inestabilidad rotuliana. Así mismo es imprescindible para el diagnóstico de los diferentes tumores óseos. Nos ayudará en gran medida para el diagnóstico de fracturas osteocondrales o de osteocondritis disecante.

R.M.N.

Es fundamental para toda valoración meniscal, fracturas condrales u osteocondritis disecante. Así mismo es importante para el estudio y diagnóstico de las lesiones ligamentosas.

GAMMAGRAFÍA ÓSEA.

Es fundamental para el diagnóstico de ciertos tumores óseos como el osteoma-osteóide cuyas imágenes son patognomónicas. Así mismo es importante para el diagnóstico diferencial de la osteocondritis disecante de rodilla. Pueden existir, a nivel de ambos cóndilos femorales, núcleos accesorios de osificación que pueden dar imágenes radiológicas similares a una osteocondritis disecante. En caso de que en un estudio con gammagrafía ósea no se aprecien asimetrías importantes en la captación, podemos descartar en principio una osteocondritis disecante diagnosticando en este caso un núcleo de osificación accesorio.

POSIBILIDADES QUIRÚRGICAS EN LA RODILLA DEL NIÑO.

Lesiones meniscales.

Ante una lesión meniscal sintomática en el niño está indicado un tratamiento quirúrgico. Dicha cirugía se realiza siempre bajo control artroscópico. En el niño realizaremos siempre meniscectomías lo más económicas posible, siempre pensando en las posibilidades de sutura meniscal, ya que las posibilidades de cicatrización son muy superiores a las del adulto. Ante la presencia de un menisco discoide, sólo se indicará

una cirugía cuando provoque síntomas mecánicos con bloqueos articulares. La cirugía consistirá en reconstruir, bajo control artroscópico, un menisco de forma y tamaño lo más cercano posible al menisco normal.

Fracturas de espinas tibiales.

Habitualmente presentan siempre un desplazamiento suficiente como para indicar un tratamiento quirúrgico. Dicho tratamiento consistiría en la reinserción y osteosíntesis de la espina tibial a través de una cirugía artroscópica y evitando siempre la lesión de los cartílagos de crecimiento.

Lesión de L.C.A.

En principio el tratamiento de una lesión aislada de L.C.A. es siempre ortopédico, mediante la utilización de una ortesis de protección y realizando un plan de musculación específico. En los casos en que se asocien lesiones meniscales estaría indicada la cirugía a fin de reparar la lesión meniscal y reconstruir un pivote central lo más parecido posible al normal. En el niño existe una dificultad técnica, ya que durante el acto quirúrgico no podremos tunelizar ni la tibia ni el fémur, ya que atravesaríamos los cartílagos de crecimiento provocando anomalías en el crecimiento metafisario del fémur y la tibia. Por ello intentaremos retrasar la cirugía hasta el final del crecimiento. En caso de que esté indicada una plastia de L.C.A. se realizan técnicas especiales que evitan el atravesar los cartílagos de crecimiento.

Osteocondritis disecante.

El tratamiento de la osteocondritis disecante debe ser en principio expectante. Un porcentaje no despreciable de osteocondritis curan espontáneamente durante el crecimiento. Antiguamente realizábamos un tratamiento con inmovilización y descarga que no aportaba ningún beneficio y que además provocaba atrofas musculares y rigidez articular de difícil recuperación. Por ello realizamos un tratamiento conservador mediante potenciación muscular relativa, evitando los deportes de riesgo y contacto. Si en la preadolescencia se mantiene la sintomatología y las imágenes de las exploraciones complementarias, indicamos un tratamiento quirúrgico que consistiría, siempre que sea posible, en la osteosíntesis previo refrescamiento del fragmento necrosado. En caso de que el fragmento se haya desprendido realizamos una extracción del cuerpo libre bajo control artroscópico y una esponjiolización de lesión. También cabe la posibilidad de realizar injertos osteocartilaginosos.