

# Causa infrecuente de bloqueo de rodilla: la migración intraarticular de una aguja de Palmer

J.J. Iglesias, E. Vallvé, I. Proubasta

Centro Médico Lenox. Barcelona.

**Correspondencia:**

Dr. José Juan Iglesias Diéguez  
Rambla Cataluña, 66  
08007 Barcelona

Se presenta un caso infrecuente de bloqueo de la articulación de la rodilla debido a la migración de una aguja osteocondral de Palmer, que había sido implantada por una osteocondritis disecante. Esta complicación, poco habitual, podría haberse evitado recurriendo a otros métodos alternativos de fijación.

**Palabras clave:** Rodilla, artroscopia, síntesis con agujas, complicaciones, bloqueo articular.

**An infrequent cause of locked knee: intraarticular migration of a Palmer needle.** We report a rare case of locked knee caused by the late intraarticular migration of an extruded osteochondral Palmer nail, which had been inserted for the management of a dissecting osteochondritis. This infrequent complication might perhaps have been prevented by using alternative methods of fixation.

**Key words:** Knee, arthroscopy, wire synthesis, complications, articular blockage.



Una de las patologías de la rodilla que con mayor frecuencia se complican con un bloqueo de la misma, es la lesión meniscal<sup>(1)</sup>. Sin embargo, existe una diversidad de procesos que también pueden cursar con el mismo problema, entre los que cabe destacar los cuerpos libres y las fracturas osteocondrales. No obstante, la migración intraarticular de agujas, que se utilizan para fijar fragmentos osteocondrales, puede considerarse como excepcional<sup>(2,3)</sup>.

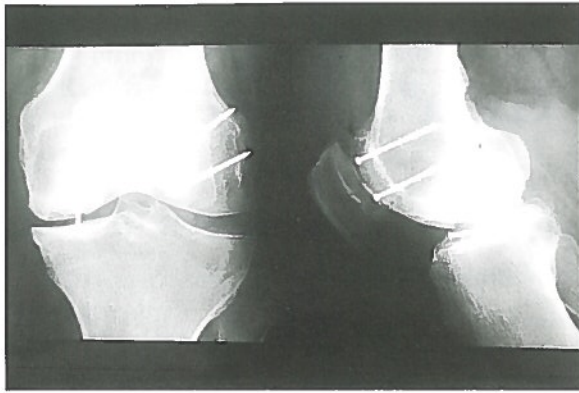
## CASO CLINICO

Mujer de 55 años de edad que, a los 9 meses de ser intervenida de una osteocondritis dise-

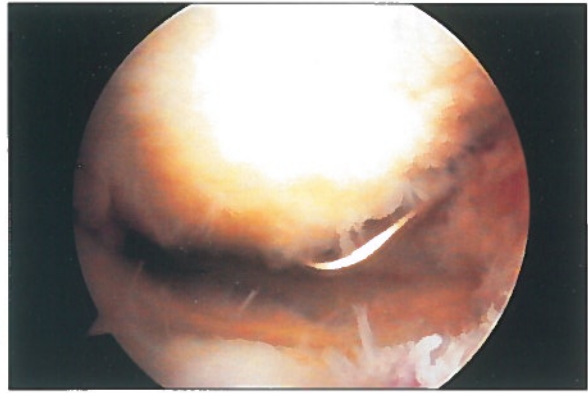
cante del cóndilo medial de la rodilla derecha mediante injerto osteocondral del propio cóndilo, fijado con agujas de Palmer, acude a nuestra consulta por dolor agudo, impotencia funcional y bloqueo a la extensión de 40° de la rodilla operada.

El examen radiográfico reveló la extrusión de una de las agujas que, por efecto de la compresión con el platillo tibial, se había doblado (Figura 1).

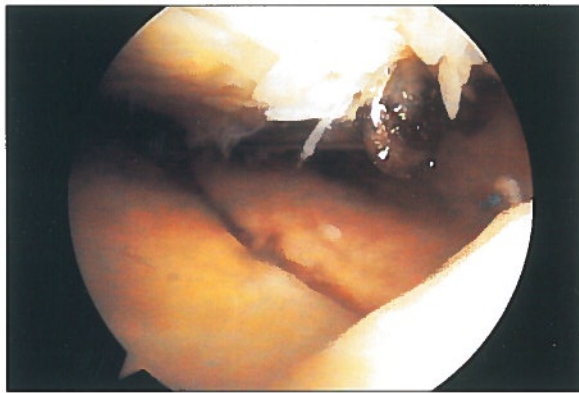
Al día siguiente, y bajo anestesia raquídea, se le practicó una artroscopia, observándose perfectamente la aguja extruida y doblada (Figura 2), así como la lesión efectuada por la misma sobre el cartílago articular del platillo tibial (Figura 3). El resto de las agujas es-



**Figura 1.** Extrusión de una de las agujas de Palmer hacia la cavidad articular, bloqueando la extensión de la rodilla. A) Proyección AP. B) Proyección de perfil.



**Figura 2.** Aspecto artroscópico de la aguja de Palmer doblada y extruida.



**Figura 3.** Aspecto artroscópico de la lesión provocada por la aguja de Palmer en el platillo tibial.

taban recubiertas por cartílago. El postoperatorio cursó sin complicaciones, volviendo a sus actividades diarias a las pocas semanas de la intervención.

## DISCUSION

La fijación con agujas metálicas (Smillie, Palmer, Kirschner, etc.) de fragmentos osteocondrales a nivel de los cóndilos femorales y/o de la rótula, constituyen una técnica habitual en casos de osteocondritis o fracturas<sup>(4,5)</sup>. Sin

embargo, es preciso una perfecta colocación de las mismas para evitar la formación de procesos sinovíticos y/o erosiones de las superficies articulares.

En este sentido, Smillie<sup>(1,6)</sup> indica que existen "fuerzas expulsivas" dentro de la rodilla que facilitan la migración de las agujas, aún cuando no especifica ni su origen ni el carácter de su naturaleza. Bajo nuestro punto de vista creemos que, además de los inherentes defectos de colocación de las agujas, existe invariablemente una interfase hueso-aguja que presenta el potencial, como si de una prótesis se tratara, de provocar el aflojamiento del metal y su posterior deslizamiento hacia la cavidad articular.

De ahí que se haya intentado fijar estos fragmentos osteocondrales de muy diversas maneras, entre las que cabe citar los adhesivos de fibrina, las suturas reabsorbibles, las agujas extraíbles, las clavijas de hueso homólogo y, últimamente los tornillos de Herbert<sup>(7,8,9,10)</sup>.

Con independencia del método utilizado, es imprescindible que el material que se vaya a emplear para la fijación del fragmento tenga un buen agarre y/o que, al menos, pueda reabsorberse con el tiempo, para de esta forma minimizar la posibilidad de las migraciones posteriores.

## BIBLIOGRAFIA

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p>1. Smillie, I.S.: Injuries of the knee joint. Ed. 4. Edinburgh, Churchill &amp; Livingstone, 1970.</p> <p>2. Marcus, R.E.; Albers, W.E.; Thompson, G.H.: Extruded os-</p> | <p>teochondral nail: an interesting cause of knee locking. Clin Orthop, 1981; 157: 161-163.</p> <p>3. Proubasta, I.R.; Gimeno, F.; Celaya, F.; Palacio, A.: Una</p> | <p>causa infrecuente de bloqueo de rodilla: la migración intraarticular de una aguja de Smillie. Barcelona Quirúrgica, 1987; 30: 300-302.</p> |
|--|---|---|

4. Mathewson, M.H.; Dandy, D.J.: Osteochondral fractures of the lateral femoral condyle: a results of indirect violence to the knee. *J Bone Joint Surg*, 1978; 60 B: 199-202.
5. Bradley, J.; Dandy, D.J.: Osteochondritis dissecans and other lesions of the femoral condyles. *J Bone Joint Surg*, 1989; 71 B: 518-522.
6. Smillie, I.S.: Treatment of osteo-  
chondritis dissecans. *J Bone Joint Surg*, 1975; 39 B: 248-260.
7. Lipscomb, P.R. Jr.; Lipscomb, S.R.; Bryans, R.S.: Osteochondritis dissecans of the knee with loose fragments. *J Bone Joint Surg*, 1978; 60 A: 235-240.
8. Lindholm, S.; Pylkkanen, P.: Internal fixation of the fragment of osteochondritis dissecans in  
the knee by means of bone pins. *Acta Chir Scand*, 1974; 140: 626-629.
9. Johnson, E.W.; McLeod, T.L.: Osteochondral fragments of the distal end of the femur fixed with bone pegs. *J Bone Joint Surg*, 1977; 59 A: 677-679.
10. Guhl, J.F.: Arthroscopic treatment of osteochondritis dissecans. *Orthop Clin N Am*, 1979; 10: 671-674.