



LESIONES CONDRALES

Cartílago - artroscopia

ANATOMÍA

Células. Matriz extracelular. Vascularización.
Inervación. Alimentación.

Anatomía macroscópica

➡ Zona 1. Tangencial. Más fina. Más contenido en colágena. Mas resistente a fuerzas de cizallamiento

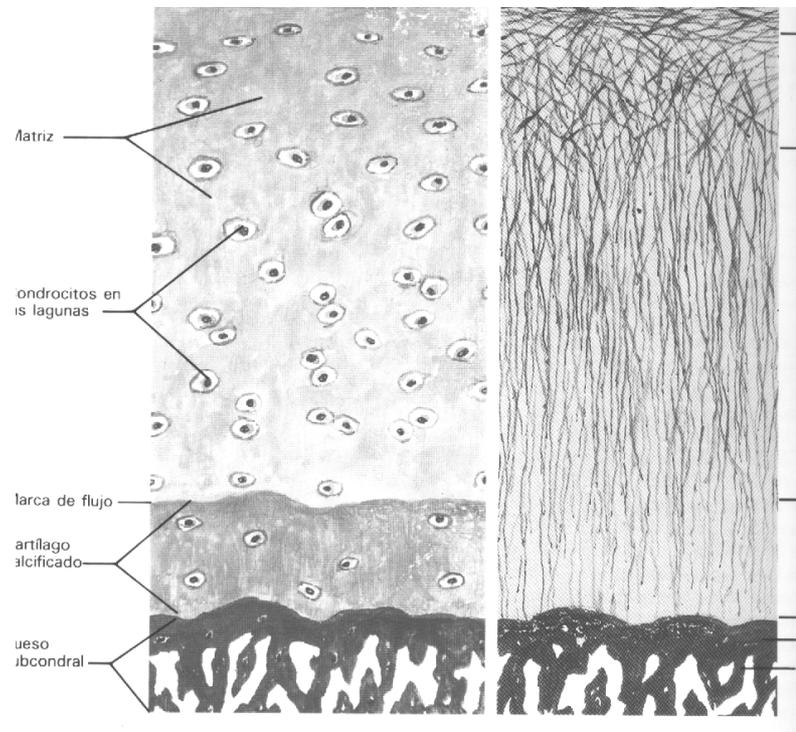
➡ Zona 2. Transicional. Abundante en proteoglicanos. Menos resistente. Es transición entre las fuerzas de cizallamiento de la capa superficial y las de compresión de la inferior.

➡ Zona 3. Radial profunda. Es la más grande. Resiste fuerzas de compresión

➡ Zona 4. Cartílago calcificado. Separa el cartílago del hueso subcondral



Tipos de reparación



MECANISMOS LESIONALES Y CLASIFICACIÓN

- ✓ Las fuerzas rotacionales son las más activas.
- ✓ Lesiones agudas y por repetición.
- ✓ Lesiones por compresión y por cizallamiento (zona superficial del cartílago)
- ✓ Fuerzas endógenas y exógenas.

Pueden conducir a degeneración artrítica.

Clasificación de **Bauer + Jackson**:



Linear (en el platillo tibial, ACL), estrellada (destrucción central del cartílago, colgajo (alcanza al hueso subcondral), cráter, fibrilación, degenerativa.



Linear



Stellate



Flap



Crater



Fibrillation



Degrading

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- ➔ Agudos /crónicos.
- ➔ Mimetiza todas las clínicas.
- ➔ Edema..

DIAGNÓSTICO

- Radiología
- Artrogramas



- MRI. Insensible a lesiones < 3 mm
- Artroscopia.

TRATAMIENTO

- ⇒ Retirada. > 5 mm. Más pequeños los embebe el líquido y son asintomáticos.
- ⇒ Debridamiento. 75% buen resultado a corto plazo.
- ⇒ Lavado articular. Disminuye la concentración de enzimas hidrolíticas y su lesión a la sustancia fundamental.
- ⇒ Pridie
- ⇒ Reducción y fijación. No buen resultado. Se hacen >25%.
- ⇒ Transplante de cartílago. 75% buen resultado a corto plazo.