

Etiología atípica de lesión Cíclope

Reporte de un caso

Dr. David P. Figueroa ; Dr. Patricio Q. Meleán, Dr. Alex V. Vaisman ;
Dr. Rafael R. Calvo •, Dr. Pablo M. Mocoçain

RESUMEN: El síndrome Cíclope se caracteriza por dolor asociado a la pérdida de la extensión de la rodilla luego de una reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior (LCA). Este cuadro clásicamente se debe a la formación de un nódulo fibroso dependiente del injerto, que produce limitación de la extensión articular. Nosotros presentamos el caso de un paciente varón de 22 años, de alta y completamente recuperado luego de su cirugía de reconstrucción del LCA, que presenta 2 años después dolor y pérdida en la extensión de la rodilla operada. El estudio imagenológico resultó compatible con una lesión Cíclope del LCA, sin embargo, tanto la artroscopia como la histología de la lesión no concuerdan con lo clásicamente descrito, ya que esta lesión fue causada por una lesión parcial del injerto Semitendinoso/Gracilis; por estas razones describimos este caso clínico como atípico.

Summary: The Cyclops syndrome is characterized by pain and loss of knee extension following anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction. This loss of extension is due to the formation of a fibrous nodule arising from the graft that causes limitation to the extension of the knee. We present the case of a man of 22 years, who was completely recovered after an ACL reconstruction, which 2 years later complains of pain and extension loss in the reconstructed knee. The imaging study was compatible with a Cyclops lesion, nevertheless, both the arthroscopic and histological study failed to confirm the typical findings of this pathology; they reported that a partial lesion of the Semitendinosus/Gracilis graft as the cause of the Cyclops; given these findings, we diagnosed an uncommon cause of Cyclops lesion.

Key words: Anterior cruciate ligament reconstruction – Complication - Cyclops syndrome – Partial lesion – Knee extension loss.

INTRODUCCION

La pérdida de la extensión de la rodilla luego de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA), es una de las complicaciones más temidas de esta cirugía¹. El diagnóstico diferencial incluye al posicionamiento muy anterior de los túneles óseos, artrofibrosis, síndrome de contractura infrapatelar, pellizcamiento del injerto con el surco intercondíleo, necrosis grasa del cuerpo de Hoffa y el Síndrome Cíclope. (1, 2).

Este último fue descrito por primera vez por Jackson y Schaefer en 1990 (3). Este se caracteriza por una pérdida de la extensión luego de una reconstrucción artroscópica del LCA, debido a la formación de un nódulo fibroso con tejido de granulación central, ubicado en la región antero lateral del surco intercondíleo. Clínicamente, este síndrome se puede acompañar de crepitaciones y un click audible al final de la extensión de rodilla, causando dolor algunas veces y una disminución de la capacidad de realizar actividades tanto de vida diaria como deportivas (1, 4). Su incidencia varía entre el 1 – 10% de las reconstrucciones de LCA, aunque también se ha descrito en pacientes con roturas no reparadas del LCA (1, 3, 5). Su nombre deriva de la apariencia de la lesión durante la artroscopia, siendo de etiología multifactorial, postulándose entre ellas la formación de tejido cicatricial a partir del detritus asociado a la permeabilización de los túneles óseos, restos del muñón del LCA lesionado y ruptura fibrilar del autoinjerto tendíneo, entre otras. (1, 4, 6).

Generalmente suele desarrollarse en los primeros dos meses del post operatorio, y no todas las lesiones

• Unidad de Cirugía de Rodilla y Artroscopia, Departamento de Traumatología y Ortopedia,
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago
Universidad del Desarrollo; Santiago, Chile.
Interno de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo; Santiago, Chile.
Correspondencia:
David Figueroa, teléfono: (0056)2070402,
email: dfigueroa@alemana.cl
Apoquindo 3990, Of. 401. - Las Condes; Santiago, Chile.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores del presente trabajo no refieren ningún conflicto de interés con ninguna entidad pública o privada.

nes cíclopes son sintomáticas. (1, 2, 5).

El objetivo del presente artículo es describir el caso de un paciente varón de 22 años, de alta y completamente recuperado luego de su cirugía de reconstrucción del LCA, que presenta 2 años después dolor y pérdida en la extensión de la rodilla operada causado por una lesión parcial del injerto Semitendinoso/Gracilis (STG) posterior a una reconstrucción del LCA.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón de 22 años, previamente sano, sufre una rotura del LCA derecho el año 2005 jugando fútbol, sin trauma de por medio, forzando una rotación y momento de valgo con el pie afirmado al piso. A las 3 semanas luego de la lesión se realiza una reconstrucción de LCA con técnica STG, fijación transfixiante femoral y con tornillo absorbible tibial, la cirugía resulta absolutamente exitosa y sin complicaciones de ninguna índole durante el post operatorio inmediato y tardío. A los 3 días el paciente es dado de alta, por lo que se comienza con el protocolo de rehabilitación acelerado luego de una reconstrucción del LCA, completando un ciclo de diez sesiones, sin presentar problemas durante el mismo. El paciente evoluciona sin dolor, presentando rango articular completo, sin derrame articular y logrando, luego de 6 meses, retornar a la actividad deportiva previa sin ningún tipo de molestias.

En la primera semana de abril del 2007, durante un partido de fútbol, refiere gonalgia anterior súbita y aumento de volumen articular en la rodilla operada años atrás, sin un trauma evidente de por medio. Al examen físico se identifica derrame y dolor en la interlínea articular externa, presenta bloqueo y pérdida de la extensión de la rodilla, con dolor asociado. Se solicita una resonancia magnética (RM) que se informa como probable lesión Cíclope del injerto tendíneo. (Fig. 1).

Cirugía

Tres semanas después se realiza una artroscopia de la rodilla afectada. Durante el procedimiento se identifica una rotura parcial del injerto LCA a nivel femoral, dejando una banda libre intraarticular (Fig. 2), siendo la causal del límite de extensión referido por el paciente al ser luxada dentro del surco intercondíleo; no fue posible observar la típica lesión Cíclope. Se tomó una biopsia de la banda libre observada y posteriormente se regularizó con radiofrecuencia OPES® (Orthopaedic Procedure Electrosurgical System, Arthrex, Naples, FL, USA) con coagulación me-



Figura 1. Resonancia Magnética en secuencia T1 y corte sagital de rodilla derecha luego de reconstrucción LCA. El informe imagenológico describe una lesión cíclope del injerto tendíneo, que se destaca con la flecha blanca.

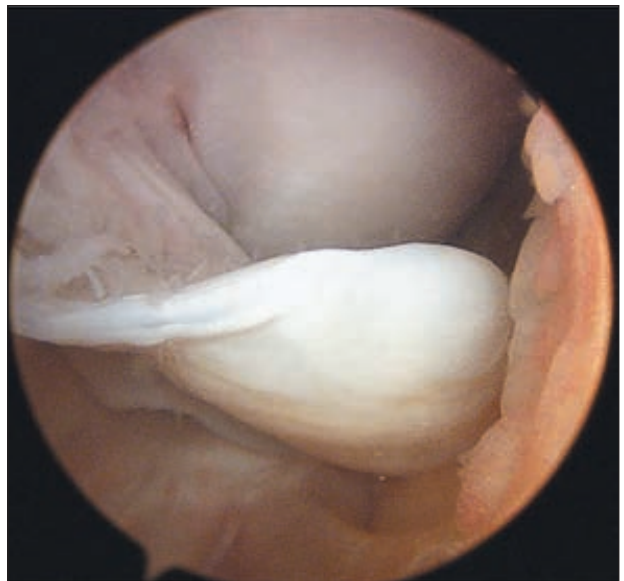


Figura 2. Visualización artroscópica del caso. Se observa rotura del injerto de LCA a nivel femoral, dejando una banda libre intra articular, causando el hallazgo atípico de lesión Cíclope.

dia con 1373 μm de potencia (67°C y 40 W), consiguiendo una regularización adecuada del injerto. Durante el procedimiento no se documentaron alteraciones patológicas condrales o sinoviales, así como tampoco cuerpos libres intra articulares.

Evolución

El informe de la biopsia documentó tejido conjuntivo con fibras de colágeno modeladas de forma tendínea y amplias lagunas de degeneración mixoide extensa, sin hallazgos de reacción inflamatoria local.

Luego de esta nueva artroscopia, se realizan 10 sesiones de kinesioterapia con kinesiólogos especialistas en rodilla y tratamiento habitual para el tipo de lesión. En el control a los seis meses del procedimiento, el paciente se presenta sin derrame, sin clínica de inestabilidad ni síntomas meniscales. Presenta un rango articular completo indoloro y un valor en la escala funcional de de Lysholm de 100 puntos.

DISCUSION

En 1990 Jackson y Schaefer (3) describieron un nódulo fibrovascular adherido al injerto tendinoso como causa de déficit en la extensión de la rodilla luego de una cirugía de reconstrucción del LCA, y lo llamaron síndrome Cíclope. Este síndrome produce habitualmente una pérdida del rango de movilidad normal de la rodilla afectada, limitando puntualmente los últimos grados de extensión articular, ya que a medida que se completa la extensión, el nódulo se acerca al surco intercondíleo, hasta contactar con este, deteniendo el movimiento articular al producir un tope mecánico muchas veces doloroso (1, 4). La presentación clásica es que se presente hasta los dos meses del post operatorio (1), con un inicio gradual, asociado a dolor. Puede ser altamente limitante, incluso mayor que la inestabilidad inicial. Pérdidas tan pequeñas como 5° en la extensión pueden ser suficientes para que un paciente no logre retomar su actividad deportiva previa (1, 3, 7).

Un adecuado estudio imagenológico resulta de utilidad al permitir evaluar las distintas posibilidades diagnósticas, principalmente la situación del túnel y las fijaciones, permitiendo diferenciar el pellizcamiento del injerto con la lesión Cíclope.

En este caso sin embargo, los síntomas fueron de aparición tardía y presentación súbita. Al producirse una rotura longitudinal parcial del injerto tendinoso, desde su porción femoral, este tiende a enrollarse sobre sí mismo y a formar un nódulo de ubicación

habitualmente proximal. El informe de la biopsia tampoco es concordante con los hallazgos histopatológicos clásicamente descritos en la literatura (3), ya que no muestra signos de inflamación local, ni tejido fibrovascular, sino que es histológicamente compatible con tejido tendíneo, en este caso proveniente del injerto dañado. Es por estos antecedentes que nosotros creemos que la lesión de nuestro paciente forma parte de una presentación atípica del síndrome Cíclope, prestando una imagen radiológica congruente y una sintomatología similar.

Al enfrentarse a un paciente con pérdida de la extensión luego de una reconstrucción artroscópica del LCA, hay que tener en mente todos los diagnósticos anteriormente planteados, por lo que una anamnesis y un examen físico cuidadoso, sumado a una evaluación imageneológica adecuada son preponderantes al momento de definir una conducta terapéutica indicada para el caso a tratar. Una vez diagnosticada la lesión cíclope, la cirugía artroscópica está indicada, para reseca las áreas de fibrosis que producen la sintomatología, ya que la respuesta a la terapia física es escasa sin lograr resultados óptimos para los casos a tratar (1,5,6).

REFERENCIAS

1. Nuccion SL, Hame SL. A symptomatic cyclops lesion 4 years after anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy*. 2001 Feb;17(2):E8.
2. Delincé P, Krallis P, Descamps PY, Fabeck L, Hardy D. Different aspects of the cyclops lesion following anterior cruciate ligament reconstruction: a multifactorial etiopathogenesis. *Arthroscopy*. 1998 Nov-Dec;14(8):869-76.
3. Jackson DW, Schaefer RK. Cyclops syndrome: Loss of extension following intra-articular anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy* 1990 Sep;6(3): 171-178.
4. Veselko M, Rotter A, Tonin M. Cyclops syndrome occurring after partial rupture of the anterior cruciate ligament not treated by surgical reconstruction. *Arthroscopy*. 2000 Apr;16(3):328-31.
5. Wang J, Ao Y. Analysis of different kinds of cyclops lesions with or without extension loss. *Arthroscopy*. 2009 Jun;25(6):626-31. Epub 2009 Feb 23.
6. McMahan PJ, Dettling JR, Yocum LA, Glousman RE. The cyclops lesion: a cause of diminished knee extension after rupture of the anterior cruciate ligament. *Arthroscopy*. 1999 Oct;15(7):757-61.
7. Huang GS, Lee CH, Chan WP, Lee HS, Chen CY, Yu JS. Acute anterior cruciate ligament stump entrapment in anterior cruciate ligament tears: MR imaging appearance. *Radiology*. 2002 Nov;225(2):537-40.