

Revisando el síndrome del cílope

González-Martínez, A. ¹, Montes González, J. ¹, Sánchez Rodríguez, S. ¹, de Arce Ludeña, Á. ¹, Zorrilla Ribot, P. ^{1,2}

¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real.
² Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.



Introducción

El síndrome del cílope es una complicación importante de la ligamentoplastia de cruzado anterior. Presenta incidencia variable y se produce por un nódulo fibroso que se forma en el surco intercondíleo e impide la extensión de rodilla.

El objetivo es revisar en la literatura la etiopatogenia del síndrome del cílope, sus factores de riesgo y su tratamiento partiendo de un caso clínico

Material y métodos

Se presenta un caso clínico y se realiza revisión de la literatura en Pubmed.

Paciente varón de 30 años intervenido mediante reconstrucción de LCA hace 11 años. Actualmente consulta por entorsis de rodilla con bloqueo articular en flexión e inflamación importante hace 2 meses. Refiere que la inflamación ha mejorado, pero a la exploración presenta flexo irreductible de 5º, maniobras meniscales positivas para menisco interno y maniobras dudosas de lesión del LCA. Ante esta sintomatología, se solicita resonancia magnética nuclear (RMN).

La RMN se encuentra artefactada por el material quirúrgico previo, pero se aprecia túnel tibial anterior y túnel femoral vertical, menisco interno con pérdida de volumen (posiblemente postquirúrgica) y LCA no valorable, aunque la imagen impresiona de lesión de cílope.

Se decide realizar cirugía artroscópica, en la que se observa rotura anterior del menisco interno que se sutura y pinzamiento anterior debido a lesión en cílope en la plastia del LCA, realizándose escisión de la misma y comprobándose ausencia posterior de bloqueo.



Figura 1. RMN de rodilla. A) Corte coronal: Cicatriz quirúrgica. Túnel femoral vertical. B) Corte sagital: Túnel tibial anterior. C) Corte axial. La flecha roja señala el nódulo fibrótico en el surco intercondíleo, compatible con lesión en cílope, visible en los distintos cortes.

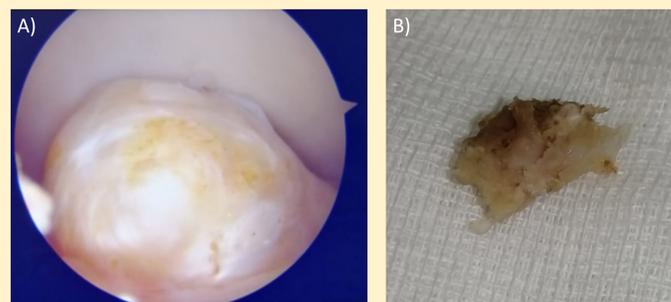


Figura 2. A) Visión artroscópica de nódulo fibrótico en surco intercondíleo compatible con lesión en cílope de la plastia de LCA. B) Visión macroscópica tras extraer el nódulo fibrótico.

FACTORES DE RIESGO		
Preoperatorios	Intraoperatorios	Postoperatorios
<ul style="list-style-type: none">• Surco intercondíleo estrecho.• Sexo femenino.• Avulsión ósea tibial o femoral.	<ul style="list-style-type: none">• Túnel tibial anterior.• Tensión inadecuada del injerto.• Fallo de la fijación de la plastia.• Reconstrucción con doble banda.	<ul style="list-style-type: none">• Contractura isquiotibial.• Artrofibrosis.• Infección.• Rotura de la plastia.• Osteoartritis.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a lesión de cílope tras reconstrucción artroscópica de LCA.

Prevención
<ul style="list-style-type: none">• Retrasar la cirugía hasta ROM completo.• Eliminación exhaustiva de desechos.• Posicionamiento correcto del túnel.• Desbridamiento dentro y alrededor del túnel óseo.• Prueba de extensión con fresa o taladro a través de túnel tibial para comprobar si choca con el surco.• Regularización del surco intercondíleo para prevenir el pinzamiento de la plastia.• Extraer primero el injerto del túnel femoral hacia el túnel tibial para extraer desechos en el túnel tibial.• Movilización posoperatoria temprana.

Tabla 2. Estrategias de prevención recomendadas para evitar el síndrome del cílope.

Resultados

Actualmente, 1 año después de la cirugía, el paciente presenta flexo-extensión completa, sin bloqueos y sin dolor.

Conclusiones

El síndrome del cílope es una complicación de la reconstrucción del LCA de incidencia variable (hasta el 46'8% en RMN, resultando sintomática solo en el 2-10% de los casos según Lavender et al.) pero que produce gran limitación, con bloqueo en flexo de la rodilla.

Noailles et al. describen factores de riesgo preoperatorios (surco intercondíleo estrecho, avulsión ósea del LCA, inflamación y restricción de movilidad), postoperatorios (contractura isquiotibial persistente) e intraoperatorios (anteriorización excesiva del túnel tibial). Es fundamental una correcta técnica quirúrgica para disminuir los factores de riesgo intraoperatorios.

El tratamiento de elección es la resección artroscópica temprana seguida de rehabilitación, con resultados excelentes, como en nuestro caso.

Agradecimientos: A los pacientes y autores.

Información de contacto: Email: gonzalez.martinez.angel@gmail.com

Bibliografía

1. Lavender C, Taylor S, Blickenstaff B, Macaskill M, Baria M. Excision of a Knee Cyclops Lesion Using a Needle Arthroscope. *Arthrosc Tech.* 2022;11(4):e563-e568. doi:10.1016/j.eats.2021.12.008
2. Noailles T, Chalopin A, Boissard M, Lopes R, Bouguennec N, Hardy A. Incidence and risk factors for cyclops syndrome after anterior cruciate ligament reconstruction: A systematic literature review. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR.* 2019;105(7):1401-1405. doi:10.1016/j.otsr.2019.07.007
3. Kambhampati SBS, Gollamudi S, Shanmugasundaram S, Josyula VVS. Cyclops Lesions of the Knee: A Narrative Review of the Literature. *Orthop J Sports Med.* 2020;8(8):2325967120945671. doi:10.1177/2325967120945671

