

Tratamiento artroscópico del menisco externo discoide

Rodrigo Maestu,* Jorge Batista,** Pablo Aragona**

INTRODUCCIÓN

Desde 1993 hasta la actualidad, tratamos quirúrgicamente 37 pacientes (10 adultos) con diagnóstico de menisco externo discoideo.

El menisco externo discoideo fue descrito por Young en disecciones cadavéricas en 1889. Kroiss (1910) lo describió como

«Snapping-knee syndrome». La artroscopia dio mayor precisión al diagnóstico de esta lesión (Watanabe, Takeda e Ikeuchi 1979; Ikeuchi 1982; Hayashi y col 1987; Bellier y col. 1989).¹

Con respecto a la incidencia de esta anomalía meniscal, en la bibliografía angloamericana encontramos un porcentaje de 1.2 a 5.2 del total de cirugías meniscales, hallándose valores más altos en trabajos realizados en Asia. Es más común en ciertos grupos étnicos, lo que indicaría una predisposición genética a esta alteración embriológica.²⁻⁷

Nuestra incidencia en el periodo evaluado en el presente trabajo, desprende un porcentaje de 1.15 del total de cirugías meniscales registradas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron 37 pacientes operados por artroscopia que presentaron menisco externo discoideo intraoperatoriamente en el periodo 1993 a la actualidad. De los cuales 10 fueron adultos (mayores de 18 años). Siendo el paciente de menor edad de 6 años.

El predominio del sexo femenino sobre el masculino fue de 24 a 13.

Objetivos:

- Presentar incidencia clínica, conducta terapéutica, rehabilitación y resultados en pacientes con menisco externo discoideo.
- Citar la clasificación que utilizamos.
- Nombrar las complicaciones y las dificultades más frecuentes en el tratamiento.

* Director Ejecutivo del Curso Superior de Artroscopia de la Asociación Argentina de Artroscopia. Miembro de la Comisión Directiva de SLARD (Sociedad Latinoamericana de Artroscopia, Cirugía de Rodilla y Deporte). Artroscopista del Hospital de Niños de San Isidro, Buenos Aires, Argentina.

** Médico adscrito al Hospital de Niños de San Isidro, Buenos Aires, Argentina.

Dirección para correspondencia:

Dr. Rodrigo Maestu.

CETEA. Avenida Pueyrredón Núm. 2446. 4to piso. Capital Federal. Buenos Aires. Argentina (C1119ACU) Correo electrónico: Web: www.ceteatrauma.com.ar Mail: rmaestu@intramed.net.ar

No incluimos aquellos que respondieron al tratamiento conservador, dentro de este grupo el paciente de menor edad fue de 13 meses.

Etiología

Smille en 1948 hablaba de una alteración en el proceso normal de reabsorción fetal de la placa meniscal. Esta teoría fue apoyada por Hoods y Phelan en 1990. Mientras que Kaplan en 1957 lo asociaba a inserciones anormales de los ligamentos menisco-femorales (Wrisberg y Humphry), que al ser indebidamente cortos impiden el desplazamiento normal del menisco externo. Clark y Ogden publicaron un trabajo en 1983 afirmando esta última idea.^{2,3}

Clasificación

Smille los clasifica en tres tipos:

- I o primitivo (Figura 1)
- II o intermedio (Figura 2)
- III o infantil (Figura 3)

En nuestra opinión es más simple y práctica que la clasificación de Watanabe y col. que en 1979 los dividió en:

- 1) Completo
- 2) Incompleto
- 3) Hiper móvil o tipo Wrisberg

Este último tipo es de difícil diagnóstico y tiene la indicación precisa de meniscectomía total (Kaplan 1957; Tachdjian 1972; Dickhaut y DeLee 1982; Griffin 1986).^{2-4,6}

DIAGNÓSTICO

La clínica es de suma importancia, en el interrogatorio es necesario investigar la presencia de bloqueos, ruidos, chasquidos (generalmente a los 15 ó 20 grados de extensión) y sensación de inestabilidad.

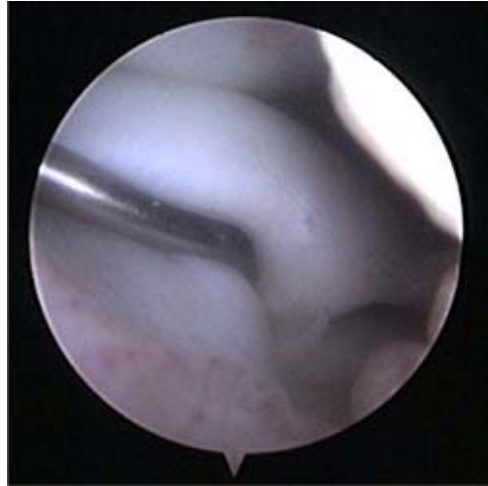


Figura 1. Menisco primitivo o tipo I (Smille).

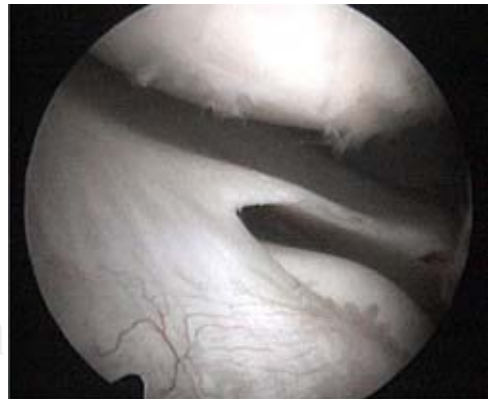


Figura 2. Menisco discoide intermedio o tipo II (Smille).

En el examen físico se debe buscar la presencia de dolor (compartimiento externo), sinovitis, resaltos, atrofia muscular y limitación a la extensión.

Como métodos complementarios se solicitan radiografías simples en proyecciones anteroposterior y perfil, así como resonancia magnética nuclear.

En las radiografías simples se puede observar un aumento del compartimiento externo, hipoplasia del cóndilo externo e irregularidad de la superficie articular (Figura 4).^{4,2}

Donde se puede ver con mayor claridad el menisco externo discoideo es en la RMN, tanto en cortes coronales (Figura 5) como sagitales (Figura 6). Algunos niños requieren sedación o anestesia general para realizar este estudio.

Tratamiento

No es imperativo operar si el paciente está asintomático. Preservar el menisco es una elección razonable si es bien tolerado por el paciente. Numerosos trabajos han demostrado la vital importancia del menisco con respecto a la degeneración de la rodilla.^{1-4,7,6}

Si se opta por el tratamiento quirúrgico, se utiliza anestesia general (máscara laríngea) y manguito hemostático. Irrigamos con solución fisiológica, dándole la suficiente altura como para que tenga buena presión, generalmente no se utiliza bomba.

Se coloca el paciente en decúbito dorsal con rodillas en 90 grados y posición de cuatro. Los portales habituales son el anteromedial y el anterolateral. El procedimiento artroscópico es exigente y debe ser realizado por un cirujano artroscópico con experiencia.¹ El platillo tibial puede estar cubierto por completo por el menisco y en consecuencia da la impresión que el compartimiento lateral no tiene menisco externo. Para iniciar su identificación, se busca el borde libre en la eminencia intercondílea y al hacer la remodelación del

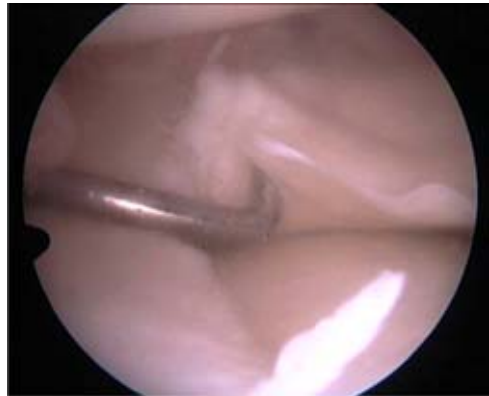


Figura 3. Menisco discoide infantil tipo III (Smille).

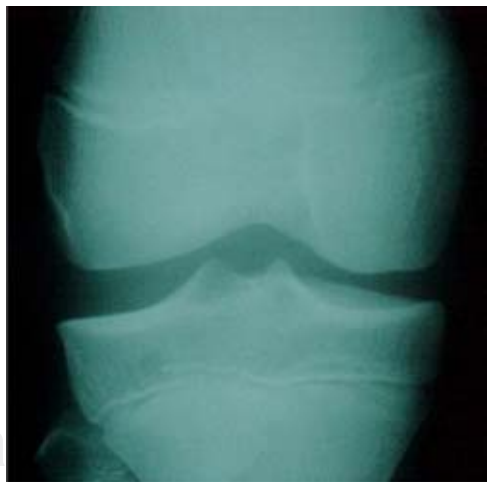


Figura 4. Obsérvese el incremento en el espacio interarticular lateral en comparación con el medial, por la presencia de un menisco discoide.

menisco se trata de dejar un margen de aproximadamente 6 mm remanente (Figuras 7 y 8). Es sumamente difícil resecar la parte media en un solo fragmento. Se utilizan distintas pinzas tipo basket de diferentes tamaños (ancha, angosta, 90 grados derecha e izquierda), tijeras y sistema motorizado Shaver. Si hubiera una ruptura en zona posible de sutura debe realizarse.

En nuestra casuística realizamos suturas en dos pacientes, ambas en cuernos anteriores con sutura afuera adentro con PDF, pasando el hilo simplemente con una aguja raquídea y realizando puntos deslizantes. Es útil la radiofrecuencia en algunos casos para remodelar el cuerpo del menisco y dejar la pared del mismo no en forma vertical abrupta, sino suavemente biselada, con lo que se evita el chasquido postquirúrgico, tan frustrante para el cirujano.

En la literatura asiática se pregona la meniscectomía total (Ikeuchi 1982; Kurosaka 1987; Hayashi 1988; Sugawara 1991). Algunos autores (Hamada 1994) lo deciden según el porcentaje de degeneración meniscal en la RMN.

Rehabilitación

Dividimos a los pacientes en dos grupos: El primero incluye a pacientes generalmente mayores de 12 años, que comprenden el procedimiento y lo realizan en forma consciente. En este grupo los pacientes deambulan y comienzan con ejercicios isométricos en forma inmediata a la intervención. No se inmovilizan y se indica fisioterapia a las 48 ó 72 horas.

El otro grupo está constituido por pacientes que no colaboran en el proceso de rehabilitación y es de suma importancia cómo se encara, ya que las complicaciones que se han tenido en este tipo de patología, aparte de rupturas del menisco remanente, son por problemas en la rehabilitación.

Es fundamental para el paciente y su grupo familiar tomar contacto y confianza con el rehabilitador, practicar los ejercicios previos a la cirugía e intentar mantener la rodilla en extensión, ya que lo típico en el postoperatorio es dejarla en semi-



Figura 5. Imagen de ROM en la que se aprecia menisco discoide en el compartimento lateral.



Figura 6. Imagen sagital de rodilla que muestra menisco discoide.

flexión. Por ese motivo, en este grupo, indicamos un inmovilizador para dejar la rodilla en extensión durante las primeras tres semanas.

RESULTADOS Y COMPLICACIONES

Según los grados de la clasificación de Smille obtuvimos los siguientes datos:

- I) 50%
- II) 25%
- III) 25%

Tres pacientes del total de operados (de 6, 9 y 10 años) tuvieron una rehabilitación tórpida. Se negaban a movilizar la rodilla manteniéndola en semiflexión. Recién al segundo mes se logró movilización completa y la cojera desapareció al tercer mes con toda la angustia que eso significa para los familiares y por supuesto para el médico tratante.

Se tuvo que reintervenir a tres pacientes por presentar ruptura del menisco remanente, lo que se atribuye a que se realizó una meniscectomía muy económica en el primer procedimiento.

Hasta la fecha, consideramos excelentes los resultados si se toma en cuenta que ningún paciente ha presentado secuelas y realizan cualquier tipo de actividad de acuerdo a sexo y edad. Sin embargo, es necesario darles seguimiento para determinar el tiempo promedio de aparición de artrosis.

DISCUSIÓN

En los países asiáticos, sobre todo Japón, se preconiza la meniscectomía total. En cambio en el resto, se prefiere realizar una remodelación del menisco y dejar un margen como protección. Nosotros pensamos que al



Figura 7. Imagen artroscópica de la remodelación meniscal.

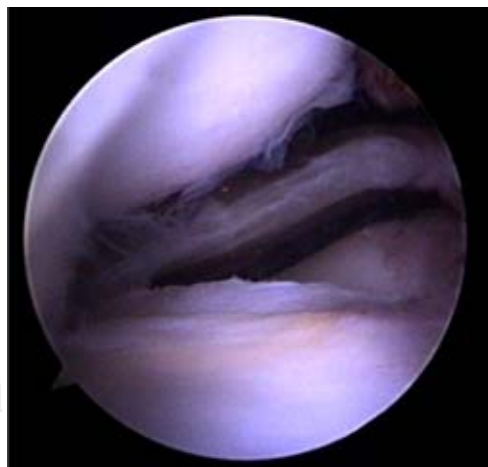


Figura 8. Menisco discoide remodelado con un margen periférico de aprox. 6 mm.

dejar un remanente del menisco estamos previniendo la degeneración articular temprana.

Hay que tener en cuenta que nuestra incidencia de menisco externo discoideo es inferior a trabajos japoneses que hablan de hasta 15% o más.

CONCLUSIONES

- De aproximadamente 3,200 cirugías artroscópicas de rodilla realizadas desde 1993 a la fecha, 37 fueron meniscos externos discoideos o sea 1.15%. Estos valores no difieren de los trabajos presentados a nivel mundial.
- Predominó el sexo femenino (64.8%).
- Hacer hincapié en la rehabilitación, sobre todo en los pacientes de menor edad.
- Se debería evaluar estos pacientes en un lapso de 20 años o más para estimar la degeneración de sus rodillas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aichroth PM, Patel DV, Marx CL. Congenital discoid lateral meniscus in children. A follow-up study and evolution of management. *J Bone Joint Surg Am* 1991; 73(6): 932-936.
2. Andrish JT. Meniscal injuries in children and adolescents: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg* 1996; 4(5): 231-237.
3. Barrera OA, Lopera M, Gigante F, Cortes W. Sutura artroscópica de menisco externo discoideo. *Rev Arg Artros* 1997; 4: 85-89.
4. Bellier G, Dupont JY, Larrain M, Caudron C, Carlizoz H. Lateral Discoid Menisci in children. *Arthroscopy* 1989; 5(1): 52-56.
5. Maffulli N, Chan KM, Bundoc RC, Cheng JC. Knee Arthroscopy in Chinese Children and Adolescents: an eight-year prospective study. *Arthroscopy* 1997; 13(1): 18-23.
6. Makino A, Garces E, Puigdevall M, Ayerza M, Muscolo DL. Menisco externo discoideo. Tratamiento artroscópico con 9 años de seguimiento. *Rev Asoc Arg Ortop Traum* 2000; 292-294.
7. McGinty JB. Operative Arthroscopy. *Raven Press* 1991; 59: 230-231.