

Quistes meniscales, su tratamiento.

Dr. Jorge Antonio Santander (*)

RESUMEN: Se presentan 12 pacientes con diagnóstico de quistes del menisco externo (uno portador de menisco discoideo) que consultaron, 10 de ellos por tumoración en cara lateral de rodilla por debajo de la interfleja articular externa, 1 por fístula de líquido sinovial consecutiva a cistectomía previa y 1 caso por bloqueo articular. Se realizó punción para confirmar diagnóstico.

Se analiza la posible patogenia. Fueron tratados por meniscectomía parcial y cruentado de la comunicación articular. En 11 de los 12 pacientes se constató artroscópicamente lesión meniscal. Se controlaron 11 pacientes con más de un año de evolución con buenos resultados y sin recidivas.

Abstract: *Twelve patients with diagnostic of cystic lateral meniscus (one of them with discoid meniscus) are considered. Ten of them presented tender tumor in the lateral aspect of the knee joint, one a sinovial sinus tract consecutive to a prior isolated cystectomy and the other complained of locking of the knee. In 10 cases puncture aspiration confirmed the diagnostic. The possible pathogenesis is analyzed. The treatment consisted in partial meniscectomy and curettage of the capsular defect*

In all cases but one was arthroscopically confirmed the presence of meniscal tear. Eleven patients were evaluated with a minimum follow up of a year with good results without recurrence of the cyst.

INTRODUCCION

El objetivo de esta presentación es comunicar la experiencia realizada con el tratamiento de los quistes del menisco externo. Motiva el inicio de este estudio el fracaso en nuestras manos del tratamiento incruento de la patología para evitar su recidiva y alivio total de los síntomas; así como también el convencimiento de que se originaba en una patología intraarticular, y de no ser solucionada ésta, no se podría lograr la curación.

MATERIAL Y METODO

Sobre un total de 325 artroscopías realizadas en el período comprendido entre Marzo de 1986 y Julio de 1994, se trataron 12 quistes de menisco externo. De ellos, 7 pacientes fueron de sexo masculino y 5 femenino. Las edades oscilaron entre los 15 y los 53 años de edad.

En 10 pacientes el motivo de consulta fue dolor y

aparición de tumor en cara lateral de rodilla, localizada a nivel, ó a 1 ó 2 centímetros por debajo de la interfleja articular, y en la mayoría de los casos a posterior del tubérculo de Gerdy.

En un caso el motivo de consulta fue una fístula de líquido sinovial consecutiva a una cirugía realizada por un cirujano general, presentándose el paciente dos meses después de operado a la consulta en ese estado. En otro caso (el único que presentaba menisco discoideo) el motivo fue bloqueo articular. En los casos en que estuvo presente, fueron 10, la tumoración fue remitente y varió en tamaño desde 2 x 2 cm hasta el más grande, caso 12, que medía 3 x 3 cm.

La duración de los síntomas fue desde un año hasta tres meses antes de la consulta, siendo en general de comienzo insidioso y progresión lenta.

Se utilizó punción evacuadora con aguja de grueso calibre (dado que el contenido es gelatinoso) para obtener el material que confirme el diagnóstico.

Como lesiones asociadas se halló en un sólo caso la combinación de ruptura del ligamento cruzado anterior y el menisco interno.

Las radiografías y los estudios de laboratorio

(*) Para optar a miembro titular.
Azopardo 2929. Olavarría. Tel.: (0284) 21959.

fueron normales.

Resonancia Magnética Nuclear se solicitó en un solo paciente siendo informada como normal, presentando el mismo una lesión horizontal del menisco externo en su tercio medio.

Se les realizó a todos los pacientes artroscopía, debiéndose señalar que al caso 1, llevado a cabo el 26/9/86 se le practicó artroscopía con fistulografía con azul de metileno, obteniéndose el colorante en la articulación.

Se constataron las siguientes lesiones:

5 Horizontales del tercio medio

3 Compuestas del tercio medio

2 Horizontales del tercio anterior

1 Compuesta cuerno posterior

1 Caso, que correspondía al quiste clínicamente de mayores dimensiones, no presentaba en la semiología artroscópica lesión en el borde libre ni en sus caras tibial o femoral; si bien se apreciaba un engrosamiento en su parte media a nivel del tercio medio, dado la característica clínica, más la punción preoperatoria positiva se comenzó a trabajar el menisco con pinza basket en su parte media y al llegar a su tercio externo el contenido quístico se volcó en la articulación, hecho que es fácilmente apreciable porque dada su viscosidad no se mezcla con el líquido de lavado articular.

Una maniobra que se realiza una vez localizada la lesión meniscal consiste en introducir una aguja desde el centro del quiste hasta intraarticular, que habitualmente aparece coincidiendo con la zona lesionada.

En todos los casos, excepto el del menisco discoideo se continuó en la zona afectada del menisco discoideo, se continuó el trabajo de la zona afectada del menisco hasta llegar al borde periférico y allí se observa el hiato que comunica a través de la cápsula con la zona extraarticular. En este tiempo de la cirugía se realiza un cruentado del trayecto con resector sinovial motorizado buscando que produzca una reacción cicatrizal que evite la recidiva. Se conserva el anillo periférico de la zona afectada y el resto del menisco, buscando dejar una transición suave hacia el cuerno anterior y el posterior.

El cuidado postoperatorio es similar a cualquier cirugía artroscópica parcial del menisco, aunque el período de rehabilitación ha sido algo más prolongado por persistir alguna tumefacción en la cara lateral de rodilla.

Con respecto a los resultados se excluye el caso operado el 20/5/94 por su corto seguimiento. El resto de los pacientes supera el año de control. No hubo recidivas del quiste y todos volvieron a su

nivel de actividad previo a la aparición de los síntomas, incluso los que practican deportes recreativos. No hubo casos de deportistas de alta exigencia.

DISCUSION

La patogénesis de los quistes meniscales continúa siendo controvertida. Una de las explicaciones la vincula con el mayor volumen del menisco externo en su zona media y posterior y al estar alterada la vascularización periférica en esa zona por el hojal del poplíteo la hace más susceptible a la degeneración mucoide, y también de allí la mayor frecuencia de aparición de esta patología en el menisco externo.

Reagan y col. (13) en su trabajo mencionan dos posibles etiologías: a) una lesión comienza en el menisco y desde allí se extiende hacia la periferia y b) la lesión comienza con un trauma compresivo en la periferia vascular y se extiende centralmente produciendo una lesión meniscal, o periféricamente dando lugar al quiste, o bien en ambas direcciones.

Se han mencionado teorías sobre la presencia de células productoras de mucoide en el interior de la sustancia meniscal de origen congénito o adquirido de causa traumática, pero el trabajo de Barrie (1) en 1979 hecho sobre estudios histopatológicos de especímenes de meniscectomías demostraron lesiones horizontales en todos los casos de quistes meniscales, hecho que han corroborado estudios más recientes. Barrie (1) encontró una frecuencia de 7.1% de lesiones quísticas (entre las micro y macroscópicas) en una serie de 1571 meniscos estudiados. Ferrer y col. (3) consideraron que los quistes se deben a degeneración mixomatosa que obedece probablemente a una reacción inespecífica a los traumatismos, y que es común hallarlos.

En cuanto a la frecuencia varía también según los autores dese Passler y col (11) que mencionan 16 casos en 1160 artroscopías (1.4%) hasta quienes consideran, como Glasgow (5), que es una patología relativamente frecuente y muchas veces no diagnosticada, presentando una casuística de 98 quistes en 95 pacientes en el período comprendido entre 1979 y 1990 con una serie quirúrgica de 72 quistes en 69 rodillas.

En la presente serie tiene una incidencia mayor en el total de artroscopías (3.7%), pero quizás tenga relación con la indicación de la artroscopía general, pues en la serie hubo un sólo hallazgo (el del menisco discoideo) y el resto fueron diagnosticados previo a la indicación de la misma.

Su relación con lesiones meniscales: en esta serie hubo 11 lesiones evidentes del menisco de las cuales 10 se localizaban en la parte media y anterior y sólo una en el tercio posterior.

En la serie de Passler (11) hubo 12 lesiones en 14 quistes. En la Glasgow (5) encontraron lesiones meniscales en los 72 casos. López (7) halló una frecuencia del 100% en 17 meniscos. Parisien (10) comunicó también lesión en todos los meniscos operados para un total de 24.

Todas las series coinciden en que la lesión se encuentra en la parte media o anterior del menisco.

En cuanto al tratamiento se ha recomendado desde el tratamiento abierto sólo del quiste, la combinación del tratamiento intraarticular con el abordaje abierto del quiste, y el procedimiento artroscópico intraarticular exclusivamente de la lesión meniscal, con o sin evacuación del contenido del quiste hacia el interior de la articulación y cruentado del trayecto comunicante.

Flynn y Kelly (4) recomendaron que en ausencia de lesión meniscal se reseca solamente el quiste y presentaron 11 pacientes tratados con esa modalidad sin recidivas con un seguimiento mínimo de un año y un promedio de 7.5.

Sin embargo Seger y Woods (14), Metcalf (2), Lopez (7), Glasgow y col. (5) con la serie mayor (72 casos), y en nuestro medio Raijman y Berenstein (12) con 14 casos, consideran que el tratamiento artroscópico con meniscectomía parcial y cruentado de la fístula es el tratamiento de elección. En estas series y con esa conducta terapéutica no ha habido recidivas del quiste.

CONCLUSION

Se comenzó a realizar el tratamiento de los quistes meniscales que se manifiestan en la cara lateral de la articulación con un procedimiento intraarticular (tratar la lesión meniscal) en el convencimiento de que esa manifestación clínica, el quiste, es secundaria a la patología meniscal, y que la solución de ésta traería como consecuencia la curación. A la vista de la revisión bibliográfica y de la experiencia obtenida concluimos en que **el tratamiento por vía artroscópica de la patología meniscal, con el cruentado del trayecto comunicante es una terapéutica suficiente para tratar los quistes meniscales.**

Es de destacar la escasa frecuencia de asociación con otras lesiones intraarticulares, fundamentalmente del ligamento cruzado anterior, en la serie un

sólo caso, y en el resto en general no se mencionan lesiones asociadas, a diferencia del resto de las lesiones meniscales en que la presencia de la insuficiencia del ligamento cruzado se estima en más del 80%, lo que lleva a pensar que la causa de las lesiones quísticas podría tener relación con el microtraumatismo más que con la alteración biomecánica de la articulación por inestabilidad como ocurre con el resto de las lesiones meniscales.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrie HJ: The pathogenesis and significance of meniscal cyst. JBJS (B) 1979; 61B: 184-9.
2. Campbell: Cirugía Ortopédica. Octava Edición. Editorial Panamericana. 1993. Vol. 2. Págs. 1440-41 y Pág. 1717.
3. Ferrer, Roca, Villata: Lesion of meniscus. Part II. Horizontal cleavages and lateral cyst. Clinic Orthopedic 1980 B; 146: 301-7.
4. Flynn M, Kelly JP. Local Excision of Cyst of Lateral Meniscus of the Knee without Recurrence. J. B. J. S. (A) 1976; 58B: 88-9.
5. Glasgow MM, Allen PW, Blakeway C: Arthroscopy Treatment of Cysts of the Lateral meniscus. J. B. J. S. (B) 1993. 75 (2) 299-302.
6. Lantz B, Singer KM: Meniscal Cysts: Clin Sports Med. (United States), July 1990,9 (3) 707-25.
7. Lopez RA: Arthroscopy Management of Cysts of the Lateral Meniscus. Arthroscopy Management of Cysts of the Lateral Meniscus. Arthroscopy 1990. 6. 156-7.
8. Mills CA, Henderson IJ: Cysts of the Medial Meniscus. Arthroscopy Diagnosis and Management. J. B. J. S. (B). Mar 1993 75(2) pg 293-8.
9. Muddu BN, Barrie JL, Morris MA: Aspiration and Injection for Meniscal Cysts. J. B. J. S. (B). Jul 1992, 74 (4) p627-B.
10. Parisien JS: Arthroscopy Treatment of Cysts of Menisci. A Preliminary Report. Clinic Orthopedic (United States) Aug 1990. (267) p154-8.
11. Passler JM, Hoffer HP; Peicha G, Wildburger R. Arthroscopy Treatment Of Meniscal Cysts. J. B. J. S. (B) Mar 1993, 75 (2) p 303-4.
12. Raijman M, Berenstein M: Tratamiento Artroscópico de los Quistes Meniscales. IV Congreso Argentino de la Asociación Argentina de Artroscopía. Abril 1993.
13. Reagan WD, McConkey JP, Loomer RL, Davidson RG. Cysts of the lateral Meniscus: Arthroscopy versus Arthroscopy plus open Cystectomy. Erthroscopy Management of Lateral Meniscus Cysts. Am. J Sorts Medicine (United States). Mar 1986.14 (2) p 105-B.
15. Woolf VJ, Wilde GP: Meniscal Cysts and Tears. J. B. J. S (B). Mar 1993, 75 (2) p 334.