
Tratamiento Artroscópico del menisco externo discoideo

Dr. Jorge Luis Civetta (*)

SUMARIO: 10 pacientes con diagnóstico de Menisco Discoideo lateral externo de rodilla Sintomático fueron tratados Artroscópicamente desde Agosto de 1992 hasta Julio de 1994. Se utilizó la Clasificación de Watanabe, **Tipo 1:** Completa; **Tipo 2:** Incompleta y **Tipo 3:** Variedad de Wrisberg. El tratamiento utilizado fue la resección Artroscópica total o parcial dependiendo de cada caso en particular.

Utilizamos la Escala de Ikeuchi para evaluar resultados, y dentro de esta clasificación observamos que de nuestros casos el 70% fue Excelente y el 30% restante Bueno.

No pudimos evaluar los resultados comparativos entre Meniscectomía Total o Parcial debido al corto tiempo de seguimiento de nuestra casuística.

Summary: 10 Patients with the diagnosis of symptomatic lateral external discoid meniscus of the knee were treated with arthroscopy from August 1992 to July 1994.

The Watanabe classifications was used: 1-Complete, 2-Incomplete and 3-Wrisberg Type. The Treatment consisted of total or partial arthroscopic meniscectomy depending on the case.

We have used the Ikeuchi score to evaluate the results, and according to the it, we observed that in 70% of the cases, the results were Excelent and in 30% the results were Good.

We have not been able to evaluate comparative results between total or partial meniscectomy due to the short follow up.

INTRODUCCION

El Menisco Discoideo lateral de la rodilla, fue descrito por primera vez como hallazgo anatómico por Young en 1989 (13), pero recién en 1910 fue dado a conocer como una entidad nosológica por Kroiss quien la dio a conocer con el nombre de "Rodilla de Resorte". En 1936 Middleton recopila de toda la literatura médica 45 casos y agrega 4 casos personales (7).

Smillie (10), en 1948, sobre 1100 meniscectomías encuentra sólo 29 casos de los cuales sólo 4 eran sintomáticos.

Se trata de una patología poco frecuente, más común en sexo femenino y de mayor incidencia en los niños en los cuales se presenta como cuadro típico con resalto y dolor o molestia en el comportamiento antero externo de la rodilla (11).

(*) Para optar a Miembro Titular.
Hospital de Niños Eloisa Torrent de Vidal.
Sanatorio Cardiocentro, Corrientes.

El advenimiento de la Endoscopía, permitió obtener un diagnóstico preciso y clasificar los tipos anatómicos.

La clasificación más utilizada en la actualidad es la de Watanabe (12), que los divide en Completo - Incompleto y tipo Wrisberg.

El Tipo Completo: ocupa la totalidad de la superficie del platillo tibial externo, cubriéndolo. Se puede encontrar diferentes grosores del mismo.

El Tipo Incompleto: cubre parcialmente al platillo tibial externo, diferenciándose del anterior por el tamaño.

El Tipo Wrisberg: es una variedad del incompleto que carece de la unión menisco-tibial posterior y permanece unido al cóndilo femoral interno por el Ligamento de Wrisberg.

El tratamiento de elección para los casos sintomáticos, es la meniscectomía parcial o total por artrotomía convencional, por vía artroscópica o mixta. Ikeuchi (3) y Rosemberg (9) han descrito casos de reinserción en los tipos incompletos con las cuales no tenemos experiencia.

El objetivo de este trabajo, es presentar nuestra casuística y nuestra experiencia en el tratamiento del Menisco Discoideo Lateral Externo de la rodilla.

MATERIAL Y METODO

Desde Agosto de 1992 hasta Julio de 1994, observamos 12 casos de Menisco Discoideo lateral, 2 de los cuales fueron asintomáticos, y por lo tanto no fueron tratados; 3 (30%) fueron hallazgos artroscópicos y 7 (70%) operados con diagnóstico previo de Menisco Discoideo, 5 de los cuales consultaron por rodilla flexa de larga evolución y los 2 restantes por resalto, Clunck y dolor en el compartimiento antero - lateral de la rodilla,

En nuestra casuística, 5 casos fueron mujeres (50%) y 5 casos varones (50%), correspondiendo 7 (70%) a rodillas derechas y 3 (30%) a rodillas izquierdas. El promedio de edad fue 15.9 años siendo el mayor de 37 años y el menor de 4 años.

La presentación clínica: fue en 3 casos (30%) como Síndrome Meniscal, sin diagnóstico previo de Menisco Discoideo, que correspondió a los pacientes adultos, donde el hallazgo fue casual, y se asoció en los mismos Condritis del Cóndilo externo.

De los 7 casos más jóvenes (70%), 5 (50%) consultaron con rodilla flexa (déficit de extensión en los últimos 20 grados) con una evolución promedio de 16.8 meses (rango de 6 a 36 meses), y sólo 2 casos (20%) por dolor, resalto o Clunck y molestias en el compartimiento anterointerno de la rodilla, a veces acompañado con cuadros de sinovitis, ningún caso presentó episodios de bloqueos. Estos 2 últimos casos tienen diagnóstico clínico de menisco discoideo bilateral, pero aún no se realizó el tratamiento del lado opuesto.

Con respecto al plan de estudio, nos basamos en el examen clínico, realizamos estudios radiológicos de rutina, que no nos aportó datos y en 2 casos realizamos Ecografía, que creo que por la falta de experiencia tampoco aportó datos.

No realizamos Artroneumografía en ningún caso. Siguiendo la clasificación de Watanabe, 6 (60%) de los casos fueron tipo Completo, y 4 (40%) Incompletos. No tuvimos ningún caso de la variedad de Wrisberg. (Tabla I)

El tratamiento fue la resección artroscópica en todos los casos. De los casos operados, 8 (80%) tuvieron rotura meniscal y en 2 (20%) de los casos se trataban de meniscos discoideos completos con reborde engrosado que impedía la extensión completa.

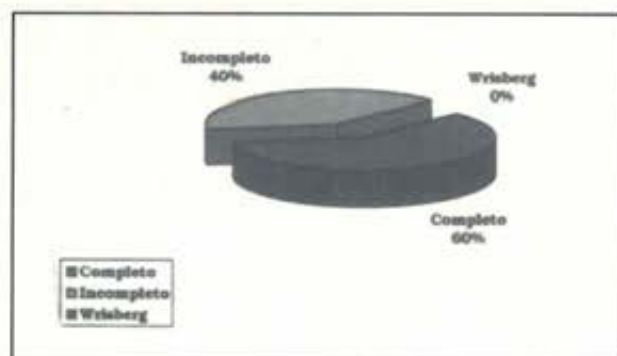


Tabla 1

Se realizaron 3 (30%) de menisectomías totales coincidentes con los 3 pacientes adultos por desinserción total periférica en asa de balde y los otros 7 (70%) de los casos se les realizó menisectomía parcial y remodelación tratando de respetar el ancho normal de menisco externo. (Tabla II)

Técnica Quirúrgica

El procedimiento quirúrgico se realizó en sala de operaciones, en los casos adultos con anestesia raquídea y con anestesia general inhalatoria en los 7 casos restantes debido a la edad de los pacientes. En ningún caso utilizamos manguito hamostático, sólo utilizamos 1 ampolla de adrenalina cada 2000 ml de agua de irrigación quirúrgica, con lo cual obtuvimos excelente visualización.

Con el paciente en decúbito dorsal sobre la mesa de cirugía general, y la rodilla en extensión, colocamos un brete lateral que nos hace de apoyo para realizar las maniobras de flexión y de varo-valgo forzado. En ningún caso realizamos artrotomía.

Utilizando el artroscopio de 4 mm y 30 grados de visión y videoartroscopía realizamos en todos los casos las tres vías clásicas, intercambiando la entrada de la óptica con el instrumental según necesidad. Utilizamos instrumental mecánico con sacabocados y tijeras y sólo utilizamos la unidad motorizada con sinoviotomo en los casos en que había condritis asociadas.

En aquellos casos en los que había rotura meniscal, aprovechamos la brecha para iniciar desde atrás hacia adelante; y en los con menisco íntegro y con reborde engrosado, iniciamos la resección desde el reborde medial hacia atrás y luego hacia adelante, en forma de pequeños fragmentos.

En todos los casos la técnica fue dificultosa, laboriosa y más prolongada que lo habitual, pero fuimos mejorando a medida que creció nuestra experiencia.

TABLA II
Meniscos Discoideos Laterales Sintomáticos tratados Artroscópicamente

CASO	EDAD	SEXO	LADO	INICIO	SINTOMAS	ROTURA	CIRUGIA	FECHA	LESIONES ASOCIADAS	TIPO	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
A.A.	33 a.	Fem.	Dcho.	6 meses	S. Meniscal	Asa luxada	Menisc. total	27.08.92	Condritis	Incompleto	6 meses	Bueno
J.B.	37 a.	Masc.	Izq.	5 años	S. Meniscal	Radiada	Menisc. total	02.09.93	Condritis	Completo	10 meses	Bueno
W.S.	28 a.	Masc.	Izq.	2 años	S. Meniscal	Asa luxada	Menisc.. total	25.11.93	Condritis	Incompleto	8 meses	Bueno
M.R.	13 a.	Fem.	Dcho.	6 meses	S. Meniscal	Longitudinal	Menisc.. parcial	28.04.94	No	Completo	4 meses	Excelente
R.A.	4 a.	Fem.	Dcho.	1 año	Rodilla Flexa	Longitudinal	Menisc. parcial	29.04.94	No	Completo	4 meses	Excelente
M.M.	11 a.	Masc.	Dcho.	2 a.	Rodilla Flexa	No	Menisc. parcial	29.04.94	No	Completo	4 meses	Excelente
V.M.	10 a.	Fem.	Dcho.	3 a.	Rodilla Flexa	Asa Balde	Menisc. parcial	03.05.94	No	Incompleto	3 meses	Excelente
A.S.	4 a.	Fem.	Dcho.	6 meses	Rodilla Flexa	No	Menisc. parcial	17.05.94	No	Completo	3 meses	Excelente
J.C.	9 a.	Masc.	Izq.	1 año	Rodilla Flexa	Longitudinal	Menisc. parcial	07.06.94	No	Incompleto	2 meses	Excelente
A.T.	10 a.	Masc.	Dcho.	6 meses	Rodilla Flexa	Longitudinal	Menisc. parcial	12.07.94	No	Completo	2 meses	Excelente

RESULTADOS

Los pacientes con menisco discoideo asintomático no fueron tratados quirúrgicamente y sólo se los controla periódicamente.

Los 10 pacientes restantes, 3 con hallazgo casual y 7 con diagnóstico preoperatorio fueron evaluados hasta la fecha.

Utilizamos la escala de Ikeuchi (3) que divide a los pacientes en cuatro grupos.

1. **Excelente:** Movilidad completa. No resalto. No dolor.
2. **Bueno:** Leve dolor ocasional al movimiento. No resalto. Movilidad completa.
3. **Regular:** Movilidad completa. Leve resalto o clike con el movimiento.
4. **Malo:** Limitación del movimiento. Dolor al reposo y movimiento.

En nuestra casística los 7 pacientes (70%) con diagnóstico preoperatorio fueron encuadrados en el grupo Excelente y los 3 restantes (30%) en Bueno debido a las patologías asociadas. No presentamos ninguna complicación postoperatoria.

DISCUSION

El menisco Discoideo lateral de la rodilla es una patología poco frecuente, de la cual se reportan incidencias que varían de 1,4% al 16,5% según la población evaluada.

Con respecto a la etiopatogenia, existen controversias; por ejemplo Smillie (10) considera que se trata de una detención del desarrollo embrionario del disco o placa meniscal, en cambio Kaplan (4) considera que se trata de una patología adquirida por inserciones anormales de los Ligamentos de Wrisberg y Humphry, con la consiguiente hiper-movilidad posterior (6).

La clasificación más utilizada es la de Watanabe descripta según la visión artroscópica en Completa, Incompleta y tipo Wrisberg, apoyando esta última la teoría de Kaplan.

El criterio quirúrgico lo basamos en la clínica, siendo el dolor, el déficit de extensión y el resalto o Clunk doloroso los que nos llevaron al tratamiento operatorio.

La resección completa o incompleta sistemática es controvertida. Kurasaka realizó meniscectomías

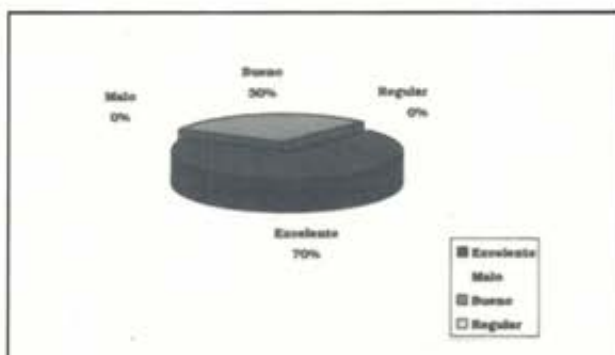


Tabla 3

totales y en un seguimiento a 20 años muestra resultados buenos subjetivos en más del 90% de los casos. En cambio Ikeuchi considera que hubo mejores resultados con la meniscectomía parcial que con la total.

En los análisis retrospectivos realizados por Rosemberg e Ikeuchi, encontraron mejores resultados alejados con las meniscectomías parciales que con las totales, y también mejores con aquellas realizadas por vía artroscópica que por artrotomías o técnicas mixtas (1-3-5-9-12).

En nuestros casos se realizó siempre meniscectomías parciales en todos los casos en que el tipo de lesión lo permitía y siempre por vía artroscópica, no necesitando nunca realizar artrotomía.

Por último, cuando se realiza el diagnóstico de menisco discoideo lateral sintomático, creemos que la artroscopía es el tratamiento de elección, tratando de realizar la meniscectomía parcial siempre que el caso lo permita, conservando la mayor cantidad del menisco que no cause sintomatología, y afirmando también que es una técnica difícil y laboriosa que pone a prueba la habilidad y experiencia en cirugía artroscópica del cirujano.

BIBLIOGRAFIA

1. Bellier G, Dupont JY, Larrain M, Caudron C, Carlioz H: Lateral discoid menisci in children. *Arthroscopy* 1989; 5: 52-6.
2. Fujakawa K, Iseki F, Mikura Y: Partial resection of the discoid lateral meniscus in the child's knee. *J Bone Joint Surgery (Br)* 1981; 63: 391-5
3. Ikeuchi H. Arthroscopy treatment of the discoid lateral meniscus: technique and long-term results. *Clin. Orthop.* 1982; 167: 19-28.
4. Kaplan EB: Discoid lateral meniscus of the knee joint nature mechanism and operative treatment *JBJS* 39-A:77-78, 1950.
5. Kurosaka M, Yoshiya S, Ohno O, Hiroata K: Lateral discoid meniscectomy. A 20 years follow up. *American Academy Orthopedic Meeting*. San Francisco, 1987.
6. Makino A: Menisco discoideo lateral de rodilla. Diagnóstico y tratamiento. *Rev. Asoc. Arg. Ort. y Traumatología*. 58 - 1. 46-52. 1993
7. Middleton DS. Congenital disc shaped lateral menisci with snapping knee. *Br J Surgery* 1936; 24: 246-55.
8. Naves Janer J *Traumatología de la rodilla*. Edit. Salvat. 1985. 133-39.
9. Rosemberg TD, Paulos LE, Parker RD, Harner CD, Gurley WD: Discoid lateral meniscus case report of arthroscopic attachment of syntomatic Wrisberg - ligament type. *Arthroscopy* 1987; 3: 277-82.
10. Smillie IS: The congenital discoid meniscus. *JBJS (Br)*. 1948; 30 671-82.
11. Tachdjian MD. *Pediatric orthopaedics*. Philadelphia: WB Saunders 1972: 721-29.
12. Watanabe M. *Arthroscopy of the knee joint*. In: Helfet AJ, ed. *Disorders of the knee joint*. Philadelphia : JB Lippincott, 1974:145.
13. Young RB. The external semilunar cartilage as a complete disc. In: Cleland J., Mackay JY, Young RB, cds. *Memoirs and memoranda in anatomy*. London: Williams and Norgate, 1989: 179.