

# Artroscopía en la artrosis de rodilla

## Su utilidad diagnóstica y terapéutica

Dr. Jorge Alfredo Mastrocesare (\*)

**RESUMEN:** En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento artroscópico de la artrosis de rodilla durante los años 1989/1991. Comentamos las técnicas artroscópicas utilizadas y los resultados alejados obtenidos en 52 enfermos. Finalmente pretendemos precisar las indicaciones para decidir la oportunidad del tratamiento artroscópico en la artrosis de rodilla.

**SUMMARY:** We report our experience in degenerative arthritis treatment of knee arthrosis during the years 1990-1991. The arthroscopic techniques used and the results obtained in fifty two patients are given.

Finally, we would like to state the indications so as to decide the opportunity of the arthroscopic treatment of knee for osteoarthritis.

### INTRODUCCION

Nuestro objetivo en esta presentación es tratar de precisar la indicación de la cirugía artroscópica en la artrosis de rodilla, donde el rol de la artroscopía es todavía controversial.

Ya en 1934 Burman Finkelstein y Mayer comentan la mejoría en casos de artrosis luego de una simple artroscopía diagnóstica de rodilla, observación que corroboran distintos autores en los años 1971, 1973 y 1982. Es evidente que el lavado artroscópico genera mejoría clínica temporaria en un 60 a 80% de los casos. Los procedimientos de Magnuson (1941) y Pridie (1959) realizados con técnicas artroscópicas (Sprague y Friedman) completan el tratamiento artroscópico de las lesiones artrósicas. Richards y Lonergan practican las perforaciones. Gardner presenta las resecciones meniscales. Johnson la artroplastía por abrasión.

### MATERIAL Y METODOS

De las artroscopías practicadas entre los años 1989/1991 hemos podido controlar 52 enfermos tratados por artrosis de rodillas (Fig. 1). De éstos, 38 enfermos de sexo femenino y 14 masculino. La edad

(\*) Castillo 637. CURUZU CUATIA (3460). Corrientes. Para optar a Miembro Titular.

### Artroscopía en la Artrosis de Rodilla

CASUISTICA  
Follow Up + 3 años  
52 Enfermos  
38 ♀ 14 ♂

Fig. 1

### Artroscopía en la Artrosis de Rodilla

Edad Promedio = 58 años  
Mínima = 32 años  
Máxima = 79 años

Fig. 2

promedio fue de 57 años con casos extremos de 32 años y 79 años (Fig. 2). Para la clasificación de las lesiones artrósicas utili-

## Artroscopía en la Artrosis de Rodilla

### CLASIFICACION DE LAS LESIONES ARTROSICAS ADAPTADA A LA ARTROSCOPIA (OUTERBRIDGE)

Grado I: cartilago blando, descolorido, fibrilación

Grado II: úlcera cartilaginosa < 1.3 cm<sup>2</sup>

Grado III: úlcera cartilaginosa > 1.3 cm<sup>2</sup>

Grado IV: úlcera hasta hueso subcondral)

Fig. 3

zamos la de Outerbridge adaptada a la artroscopía. (Fig. 3).

**GRADO I:** Cartilago blando, descolorido con fibrilación superficial.

**GRADO II:** Úlcera cartilaginosa menor de 1,3 cm<sup>2</sup>.

**GRADO III:** Úlcera cartilaginosa mayor de 1,3 cm<sup>2</sup>.

**GRADO IV:** Erosión hasta hueso sub - condral.

El procedimiento artroscópico es a demanda, requiere un cirujano entrenado en los distintos procedimientos artroscópicos, para enfrentarse con lesiones muy diversas, ya sean meniscales, ratas articulares, limpieza de osteofitos, sinovitis crónica hipertrófica, condromlacia, liberación rotuliana, etc., lesiones que deben ser evaluadas en su justo nivel.

La lesión que hemos hallado más frecuentemente ha sido la del tercio posterior del menisco interno de tipo colgajo con características degenerativas, aso-

## Artroscopía en la Artrosis de Rodilla

### COMPLICACIONES

**Hemartrosis: 3**

**Tromboflebitis: 1**

**Ecuación riesgo/beneficio**

Fig. 4

ciada con lesión de las superficies condíleas y tibiales de la vecindad.

## RESULTADOS

Recordamos que el procedimiento artroscópico lo realizamos con finalidad diagnóstica y/o terapéutica (Fig. 4)

## Artroscopía en la Artrosis de Rodilla

### RESULTADOS

**32 buenos**

**16 Osteotomías complementarias**

**4 Reemplazos articulares**

Fig. 5

De los 52 enfermos que hemos podido controlar su evolución durante más de dos años, observamos lo siguiente:

A 32 enfermos a los que sólo se les ha practicado el procedimiento artroscópico, han evolucionado favorablemente con buen control del dolor y de la función. Se trataba de enfermos con lesiones meniscales, lesiones Grado I y II del cartilago articular y poco dosaje.

A 16 enfermos le hemos practicado una osteotomía valguzante en forma inmediata o cercana. En este grupo de enfermos hemos hallado lesiones Grado III/IV de Outerbridge, grave deseje y artrosis unicompartimentales.

En 4 enfermos conociendo la gravedad de las lesiones con compromiso de ambos compartimientos, en enfermos añosos, poco exigentes funcionalmente, nos decidimos por el reemplazo total de rodilla.

Las **complicaciones** han sido menores y se pudieron resolver fácilmente (Fig. 5):

1 Tromboflebitis de miembro inferior

3 Hemartrosis

Es evidente que la ecuación riesgo/beneficio es muy positiva.

## DISCUSION

El tratamiento artroscópico de la artrosis de rodilla es una valiosa alternativa; a veces parece paliativa,

pero puede brindar mejorías prolongadas o permanentes en enfermos de poca demanda o en enfermos que están lejos de la edad ideal para un reemplazo protésico.

El aumento de la edad de nuestra población junto a las mayores demandas deportivas y sociales hace que se incrementen los enfermos de artrosis en nuestro consultorio.

La artroscopía aparece como una opción en el tratamiento quirúrgico de la artrosis de rodilla junto con las osteotomías correctoras, las prótesis unicompartmentales o totales.

Las posibilidades diagnósticas de la artroscopía en la artrosis de rodilla nos permiten detectar lesiones precoces, que no tienen manifestación evidente en la clásica radiografía de frente con apoyo; nos permite controlar el compartimiento "sano" o asintomático, etc.

El simple lavado mecánico con solución normal de cloruro de sodio, por probable arrastre de detritus, restos cartilagosos, enzimas proteolíticas, etc. da un alivio a veces duradero que nos ha permitido postergar un procedimiento quirúrgico mayor.

La limpieza quirúrgica del compartimiento externo previa a una osteotomía valgizante, (en dos casos de nuestra casuística hemos tratado lesiones de menisco externo post - osteotomía valgizante) nos asegura mejores resultados.

Los mejores resultados del tratamiento artroscópico se observan cuando tratamos rodillas con lesiones meniscales o con enfermedad cartilaginosa grado I o II y con poco deseje. Los signos de bloqueo mecánicos nos indican la presencia de ratas articulares, lesiones meniscales o colgajos cartilagosos que nos prometen los mejores resultados (Tabla I - Tabla II).

**TABLA I - FAVORABLE      TABLA II - DESFAVORABLE**

Rupturas meniscales	Lesiones cartilagosas generalizadas
Colgajos cartilagosos	Sinovitis inflamatoria
Ratas articulares	Marcado deseje
	Obesidad
Buena Alineación	Condrocálcinosis
Lesiones Cartilagosas	Rodillas inestables
Grado I/II	Operaciones anteriores (menisectomía)

## CONCLUSIONES

La artroscopía está jugando un rol cada vez más importante, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la artrosis unicompartmental.

La correcta selección de enfermos para el trabajo artroscópico de la artrosis de rodilla aumentará el porcentaje de beneficiados con el procedimiento.

El advenimiento de mejores técnicas quirúrgicas y el desarrollo tecnológico para un más exacto diagnóstico de las lesiones del cartilago articular nos darán evidentemente nuevas posibilidades terapéuticas de la artrosis de rodilla mediante la cirugía artroscópica.

## BIBLIOGRAFIA

- Burman MS, Finkelstein H, Mayer L: Arthroscopy of the knee joint. *J Bone Joint Surg* 1934; 16: 225 - 68.
- Dandy DJ: Arthroscopic debridement of the knee for Osteoarthritis (editorial). *J Bone Joint Surg (England)* Nov. 1991; 73 (6) p 877 - 8.
- Fisseler - Eckhoff and Muller KM: Arthroscopy an condrocalcinosi. *Arthroscopy* 1992; 8 (1); 98 - 104.
- Gibson JN, White MD, Chapman VM, Strachan RK for osteoarthritis of the knee. *J Bone Joint Surg (Br)*, Jul 1992, 74 (4) p 534 - 7.
- Jackson RW, Mc Carty DO: Arthroscopy of the knee. Toronto University of Toronto Press 1971; 293.
- Livesley PJ, Doherty Mand others: Arthroscopic lavage of osteoarthritis knee. *J Bone Surg* Nov 1991, 73 (6) 922.6.
- Lysholm MB y al: The Correlation Between Osteoarthritis as seen on Radiographs and on Arthroscopy. *Arthroscopy* 1987, 3 (3); 161 - 165.
- Magnuson PB: joint debridement a surgical treatment of degenerative arthritis. *Surg Gynecol Obst* 1941; ; 73: 1- 9.
- Ogilvie-Harris and Pitsialos op. Arthroscopic Management of the degenerative knee. *Arthroscopy* 1991; 7 (2); 151-157.
- Outerbridge RE: the etiology of chondromalacia patella. *J Bone Joint Surg (B)* 1961; 43 BJ 752-7.
- Pridie KH: A method of resurfacing osteo arthritis knee joints. *J Bone Joint Surg (Br)* 1959; 41 - B: 618-9.
- Rand JA: Arthroscopic management of degenerative meniscus tears in patients with degenerative arthritis. *Arthroscopy* 1985; 1: 253-8.

13. Rand JA: role of arthroscopy in Osteoarthritis of the knee. *Arthroscopy* 1991; 7 (4) 358-363.
14. Salisbury RN, Nottape VM, Gardner V: the effect of alignment on results in arthroscopic debridement of degenerative knee *Clin Orthop*. Sep 1985; (198) p 268 -72.
15. Schonhaltz GJ: Arthroscopy debridement of the knee Joint. *Orthop Clin North Am (US)* Apr 1989; 20 (2) p 257-63.
16. Sprague NF III: Arthroscopic debridement for degenerative knee Joint disease. *Clin Orthop* 1981; 160: 118 - 23.