

Menisco interno discoideo

Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Dr. Esteban G. Beron, Dr. Hernan del Sel

RESUMEN: Se presentan dos pacientes con menisco interno discoideo. Se describen las imágenes de RNM y las características artroscópicas. Se realiza además una revisión de la literatura al respecto.

SUMMARY: Two cases of discoid medial meniscus are reported together with the arthroscopic findings and comprehensive review of the literature.

INTRODUCCION

El menisco interno discoideo es una entidad poco frecuente, mucho menos común que el menisco discoideo externo. Este aparece en el 1,5% (2) de las lesiones del menisco externo, mientras que la incidencia del discoideo interno ha sido calculada en 0,09% de las lesiones meniscales internas (6). En la literatura anglosajona se han comunicado menos de 40 casos desde 1941 a la fecha.

Smillie (5) en una revisión de 10.000 meniscectomías encontró 7 meniscos discoideos internos y 467 discoideos externos y describió tres variedades de menisco discoideo (4):

Masivo (anteriormente llamado primitivo), menisco que ocupa todo el platillo e impediría el contacto directo entre femur y tibia, **Intermedio**, variedad cuya parte central es más delgada o está ausente y **Análogo** (antes llamado infantil) que asemeja al menisco normal pero es más grande (Figura 1).

Debido a su grosor anormal, los meniscos discoideos reciben, además de las fuerzas habituales rotatorias y anteroposteriores, una gran cantidad de fuerzas de compresión directa. Se postula entonces que fisiopatológicamente la lesión del menisco discoideo del tipo masivo se produciría durante la flexo-extensión de la rodilla ya que debido al espesor excesivo de la compresión hará que sus caras superior e inferior sufran fuerzas de cizallamiento de direcciones opuestas, las que producirían el tipo de lesión más frecuente: la ruptura horizontal. Con el

tiempo aparece un fenómeno erosivo articular: la cara inferior se lesiona y desgasta, y la cara superior, adelgaza y se hunde en el centro. Eventualmente aparecen lesiones longitudinales agregadas. Los de tipo intermedio y análogo generalmente presentan lesiones longitudinales semejantes a las de los meniscos normales (2).

Caso 1:

Varón de 16 años que consulta por resalto moderadamente doloroso en cara interna de rodilla izquierda de unos 8 años de evolución. Refiere no haber tenido nunca bloqueo articular. Al examen físico se evidencia una rodilla con estabilidad ligamentaria, hipotrofia cuadricepsal y maniobras meniscales positivas para menisco interno.

La radiografía mostró una interlinea articular interna significativamente más ancha que la externa.

En la artroneumografía se evidencia un menisco interno muy grueso que ocupa todo el platillo y que presenta una ruptura horizontal.

Artroscópicamente se confirma el menisco interno discoideo tipo masivo y se realiza una meniscectomía total.

El resultado fue satisfactorio con desaparición del resalto.

Caso 2:

Varón de 22 años de edad que refiere dolor esporádico e inespecífico en interlinea interna de muchos años de evolución. Un año antes de la consulta sufrió una entorsis y desde entonces comenzó con cuadros de hiartrrosis y bloqueos a repetición.

Al examen físico, las maniobras meniscales fueron positivas para menisco interno y mostró una franca

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Español Central y Centro Traumatológico Uriburu. J. E. Uriburu 1521. (1114). Buenos Aires. Argentina.



Fig. 1- Caso 1: Radiografías de ambas rodillas de frente donde se observa la mayor luz articular en el compartimento medial.



Fig. 2- Caso 1: Visión artroscópica del menisco interno discoideo.

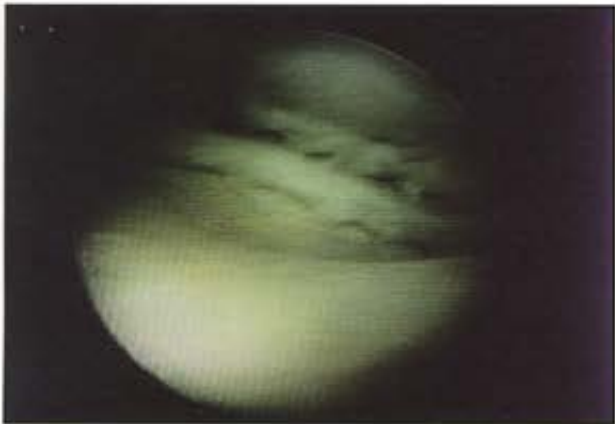


Fig. 3- Caso 1: Visión artroscópica de la septima periférica.

hipotrofia de cuádriceps.

La RMI mostró un menisco anormalmente grande ocupando toda la superficie del platillo tibial interno, con signos de ruptura de tipo horizontal en hoja de libro.

Artroscópicamente se confirma el diagnóstico de R. M. de menisco interno discoideo masivo y se efectuó la meniscectomía total.

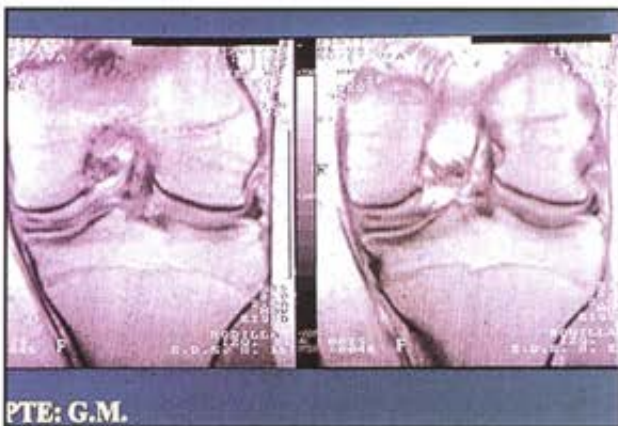


Fig. 4- Caso 2: RNM de frente donde se observa el menisco interno discoideo.



Fig. 5- Caso 2: RNM de perfil.

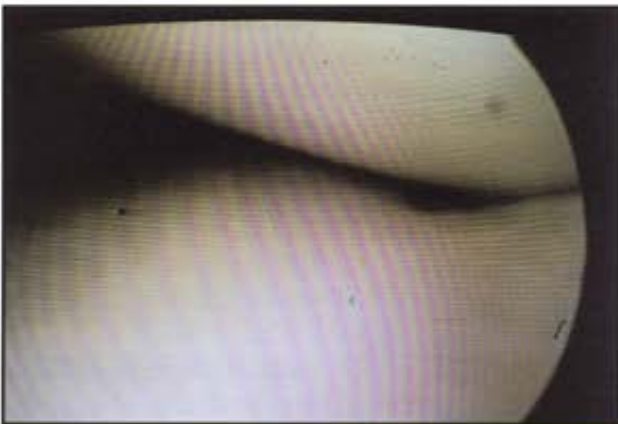


Fig. 2- Caso 2: Visión artroscópica del menisco interno discoideo.

El resultado fue satisfactorio con mejora del cuadro doloroso y la desaparición del bloqueo articular.

DISCUSION

El primer menisco discoideo externo fue descrito por Young en 1889, quien lo encontró en una disección cadavérica (7). La incidencia se ha calculado

entre 1.5 y 4.6% de las lesiones del menisco externo, y clásicamente se describe que el paciente refiere un "resalto" externo. Esta sintomatología se describía clásicamente en niños y adolescentes pero series recientes han demostrado una incidencia comparable en adultos. En la actualidad, no es infrecuente encontrar un menisco externo discoideo asintomático durante un examen artroscópico efectuado por otro diagnóstico presuntivo. (2)

Los primeros dos casos de menisco discoideo interno fueron presentados por Cave en 1941 (1) y desde entonces se han dado a conocer algo menos de 40 casos. Dickason (2) en 1982, aporta 10 casos y agrega una extensa revisión de la literatura hasta ese momento. Encuentra que la frecuencia es de 3 a 1 entre varones y mujeres, que el 65% de los pacientes son mayores de 18 años y que el 66% de los casos refieren que la sintomatología comenzó luego de un trauma a la rodilla.

La génesis del menisco discoideo no ha sido aún aclarada. Sillie (4) en 1948 sugirió que los meniscos normales se formaban por resorción de la parte central de supuestos "discos meniscales fetales" y que el menisco discoideo sería una resultante de la falla de este mecanismo. Esto es posteriormente refutado por Kaplan, (3) quien en 1955 realiza estudios anatómicos en fetos y demuestra que la única formación anatómica con forma de disco en la futura rodilla del embrión sería la de una masa de mesénquima indiferenciado que aparece tempranamente entre los

precursores cartilagosos y que la diferenciación meniscal se evidencia ya en un embrión de 10 semanas (37 milímetros) con una morfología muy semejante a la de los meniscos normales del adulto. Los meniscos discoideos, por lo tanto, se generarían por malformación congénita, y no es infrecuente la asociación de menisco discoideo externo con otras malformaciones congénitas de la región en el lado peroneal: hipoplasia de cóndilo femoral externo, defectos en la musculatura peronea o en la forma de la extremidad proximal o el maleolo peroneo.

BIBLIOGRAFIA

1. Cave EF y Staples OS: Congenital discoid meniscus. A Cause of internal derangement of knee. *Am J Surg*. 54, 371-376, 1941.
2. Dickason JM y otros: A series of ten discoid medial menisci. *Clin. Orthop. Rel Res*. 168, pags. 75-79, 1982.
3. Kaplan EB: The embryology of menisci of the knee joint. *Bull. Hosp. Joint. Dis.* vol. 16, pag 111, 1955.
4. Smillie IS: the congenital discoid meniscus. *J Bone Surg*. 30B, 671, 1948.
5. Smillie IS: Injuries of knee joint, pag. 98-103, Fifth edition, Churchill Livingstone, Edimburgh 1978.
6. Vilalta C y otros: Menisco dicoideo interno. Presentación de un caso. *Rev. Ortop. y Traum.* vol. 23 IB, num. 4, pags. 517-522, 1979.
7. Young RB: The extenal semilunar cartilage as a complete disc, pag. 179 en Cleland J y otros, editores de "Memories and memoranda in anatomy", vol. 1