

# Tratamiento artroscópico de los quistes del menisco externo

Dr. Jorge Antonio Santander, Dr. Horacio Daniel Iraporda

**RESUMEN:** Se presentan 36 casos intervenidos en 34 pacientes con diagnóstico de quistes del menisco externo. El tratamiento, exclusivamente artroscópico, se realizó entre Agosto de 1986 y Mayo de 1999. Del total, 34 casos presentaban un seguimiento mayor al año. Los resultados fueron 32 buenos o excelentes, 1 caso regular y 1 recidiva.

A 10 de estos pacientes, los postoperatorios más largos, se les realizó Rx de rodilla con apoyo monopodálico, encontrándose que los cambios radiológicos no fueron significativos en el mediano plazo.

**ABSTRACT:** 36 cases in 34 patients, treated between August 1986 and May 1999 with diagnosis of cists of the lateral meniscus are reported. 34 of them presented at least one year of follow up. 32 showed a good or excellent result, there was a fair result and one patient with cist recurrence.

In 10 cases, those with the larger follow up, bearing radiograph of the affected knee were obtained. No significative changes were observed.

## INTRODUCCION

Analizaremos brevemente la etiopatogenia de los quistes, su relación con las lesiones del menisco, y por último su tratamiento. Desde el punto de vista etiopatogénico se han mencionado distintas teorías. Ebner en 1904 lo relacionó con una degeneración mucoide. Blanco y Bonin en 1953 con restos sinoviales congénitos vacuolizados en el interior del menisco. Reagan en 1989 propone una teoría microtraumática.

Con respecto a la relación entre quiste y lesión hay distintas opiniones desde Smillie y Reagan que encuentran entre 84 y 86% de lesión asociada a los quistes hasta Lopez, Glasgow y Parissien que lo encuentran en el 100% de los casos.

El objetivo de este trabajo es analizar 34 pacientes con quiste meniscal, que fueron tratados en forma artroscópica.

## MATERIAL Y METODO

Desde agosto de 1986 hasta mayo de 1999 fueron tratadas 36 rodillas en 34 pacientes. La edad media fue de 30 con rango de 15 a 55 años; 24 pacientes fueron de sexo masculino y 10 de sexo femenino. En 2 pacientes de sexo masculino la patología fue bilateral, 19 rodillas fueron derechas y 17 izquierdas.

El motivo de consulta fue dolor y tumoración en cara lateral de rodilla de aparición espontánea y crecimiento progresivo. Un paciente consultó por bloqueo articular y uno por una fístula, consecuencia de una cistectomía simple. En todos los casos tratados no había cirugía intraarticular previa. A excepción de 2 casos (uno con lesión del ligamento cruzado anterior y otro con inestabilidad lateral) las rodillas fueron estables en todos los planos y no referían que el inicio de los síntomas hubieran seguido a un traumatismo en particular.

Para la evaluación se realizaron Rx de rodilla F y P y RMN, que consideramos de suma importancia por

Azopardo 2929 - Olavarría CP (7400)

la posibilidad de evidenciar el sufrimiento de la sustancia del menisco externo que en algunos casos puede no ser evidente en la artroscopía.

Se realizaron también punciones del quiste con aguja de grueso calibre que permitieron obtener líquido sinovial y confirmar el diagnóstico.

El procedimiento terapéutico usado en todos menos uno de los casos, (el paciente tratado en 1986 al que se le realizó artroscopía diagnóstica y meniscectomía parcial abierta), consistió en una artroscopía, identificación de la lesión, que generalmente se encontró en tercio medio o anterior, remodelación de la misma y al encontrar el plano de clivaje, resección de la cara inferior o tibial de la misma hasta hallar la comunicación extraarticular, que se cuenta con elemento motorizado para eliminar el mecanismo valvular. Con el correr del tiempo hemos ido realizando resecciones cada vez más económicas. En dos casos no hubo lesión evidente del borde libre, ni de las caras tibial o femoral del menisco, pero el aspecto engrosado del menisco sumado al quiste extraarticular y la imagen de RMN, llevaron a realizar la menisectomía parcial que confirmó la lesión en la sustancia.

Generalmente al hallar y descomprimir la comunicación aparece en la articulación el material quístico que se hace evidente por su densidad.

Fueron halladas 34 lesiones meniscales en los 36 casos.

Las lesiones que se encontraron fueron horizontales en 10 casos, radiales en 7 casos y compuestas en 17 casos. Se localizaron en tercio medio 31, en tercio anterior 3 y en tercio posterior 2.

Como lesiones asociadas encontramos una lesión del LCA, 1 inestabilidad lateral, 4 meniscos discoides, 4 lesiones condrales en la tibia y 4 en el fémur.

---

## RESULTADOS

---

De los 36 quistes operados fueron evaluados 34 por tener un postoperatorio mayor a un año. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 13 meses y el máximo de 151 meses, con una media de 44 meses. Para la evaluación se utilizaron los criterios de Reagan (1989) cuadro 1, que los agrupa en excelente, bueno, regular y malo.

Hallamos 32 casos excelentes o buenos, 1 caso regular (menisco discoideo con lesión compuesta) y 1 recidiva aparecida a los 67 meses de postoperatorio. Al analizar los casos con más de 54 meses, 14 en total, no se halló un deterioro del resultado clínico. Hubo una recidiva (mencionada anteriormente) y el resto fueron excelentes o buenos.

A 10 de estos pacientes se le realizó una radiografía de la rodilla intervenida con apoyo monopodálico para evaluar el deterioro que pudiera haber sufrido la articulación. Analizando los cambios descriptos por Fairbank (cuadro 2) y de acuerdo a la evaluación que hiciera Jaureguito (21) consideramos qué cantidad de ellos presentaba cada paciente. Hallamos 1 caso con 4 cambios, 1 caso con 3 cambios, 2 casos con 1 cambio y el resto sin cambios.

Queremos destacar que el caso con 4 cambios corresponde al primer paciente tratado en forma abierta y el caso con 3 cambios al paciente con inestabilidad lateral concomitante.

---

## DISCUSION

---

En relación al tratamiento, las variantes propuestas son: menisectomía total, cistectomía aislada, cistectomía más reparación desde la periferia de la lesión, menisectomía parcial artroscópica más cis-

---

**Cuadro 1**  
**Evaluación resultados**

---

**EXCELENTE:** sin dolor ni tumefacción. Retorno a actividad deportiva completa.

**REGULAR:** dolor con actividad física intensa, con o sin tumefacción retorno a deporte menos intenso.

**BUENO:** molestias ocasionales sin tumefacción, movilidad completa retorno act. deportiva pero no al mismo nivel.

**MALO:** Dolor en actividades diarias. Bloqueos y abandonos de deporte o interferencia con vida diaria.

---

---

**Cuadro 2**

---

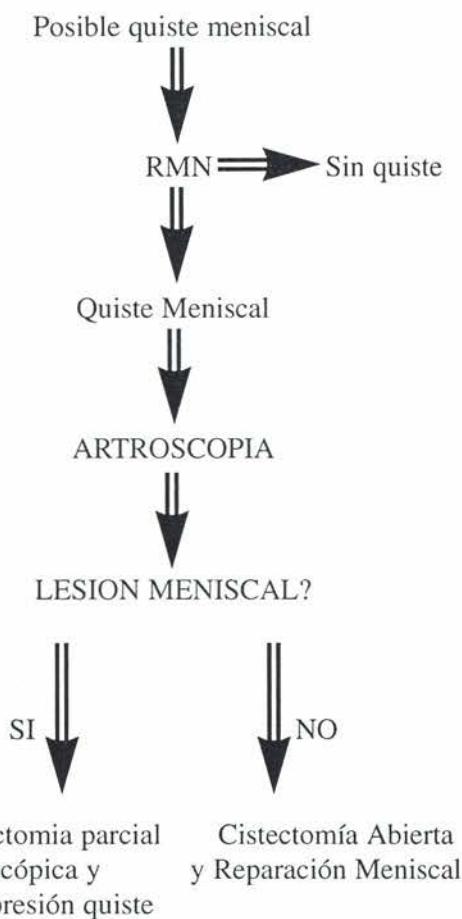
**CAMBIOS DE FAIRBANK**

1. OSTEOFITOS DE LAS ESPINAS TIBIALES
  2. APLANAMIENTO DE LOS CONDILOS
  3. ESCLEROSIS SUBCONDRALE
  4. OSTEOFITOS MARGINALES
  5. PINZAMIENTO ARTICULAR
- 

---

**Cuadro 3**

---



tectomía abierta y la meniscectomía parcial artroscópica con cruentado de la comunicación, por la que nos inclinamos. Las casuísticas de Woods y Seger (18), Metcalf y Lopez (7), Glasgow (5), Tiejens (19), y en nuestro medio Berestein y Raijman (13), avalan esta conducta terapéutica.

Queda indudablemente abierta la discusión sobre la estrategia a adoptar frente al hallazgo de una sustan-

cia meniscal aparentemente indemne coexistiendo con el quiste. Pensamos que la propuesta de Pedowitz y Feagin (cuadro 3), de acuerdo a su algoritmo, es una alternativa, aunque creemos que conservar esa sustancia que es patológica, produce dolor, y probablemente interviene en el sufrimiento articular, no es adecuado.

---

**CONCLUSIONES**

---

Los quistes del menisco externo son secundarios a un proceso degenerativo del mismo, que se acompaña casi en el 100% de los casos, de una lesión del menisco.

No hemos encontrado que sea secundario a una inestabilidad articular, como los otros tipos de lesiones meniscales, que en general en un 80% de los casos, coinciden con insuficiencia ligamentaria.

Los buenos resultados clínicos se han mantenido a lo largo del tiempo.

El aspecto radiográfico al igual que el eje articular, no han sufrido cambios significativos en el mediano plazo.

Creemos que el tratamiento precoz, una vez realizado el diagnóstico, es importante, pues en la génesis de las lesiones condrales tibial y femoral debe influir la lesión meniscal, ya que lo hemos observado en rodillas estables y sin trastornos de alineación articular.

El tratamiento artroscópico con resección económica de la lesión y cruentado de la comunicación con el quiste, es un tratamiento suficiente para ésta patología.

---

**BIBLIOGRAFIA**

---

1. Barrie H.J. The Pathogenesis and Significance of Meniscal Cyst. JBJS (B) 1979;61B:184-9.
2. Campbell. Cirugía Ortopédica. Octava Edición. Editorial Panamericana. 1993 Vol. 2 Pags. 1440-41 Pag. 1717.
3. Ferrer, Roca, Villalta, Lesión of the Meniscus. Part II. Horizontal Cleavages and Lateral Cyst. Clin. Orthop 1980B; 146:301-7.
4. Flynn M. Kelly J.P. Local Excisión of Cyst of Lateral Meniscus of the Knee Without Recurrence. JBJS 1976;58B:88-9.

5. Glasgow M.M., Allen P.W., Blakeway C. Arthroscopic Treatment of Cyst of the Lateral Meniscus JBJS 1993,75B 299-302.
6. Lantz B., Singer K.M. Meniscal Cyst. Clin Sport Med. (USA), July 1990,9(3)707-25.
7. Lopez R.A., Arthroscopy Management of Cysts of the Lateral Meniscus Arthroscopy 1990. 6-156.7.
8. Mills C.A., Henderson IJ. Cysts of the Medial Meniscus. Arthroscopy Diagnosis and Management. JBJS(B), Mar 1993,75(2)293-8.
9. Muddu B.N. Barrie J.L., Morris M.A. Aspiration and Injection for Meniscal Cysts. JBJS(B), Jul 1992 74(4) 627-8.
10. Parisien J.S. Arthroscopy treatment of Cysts of the Menisci. A Preliminary Report. Clin Orthop Aug 1990,(257)154-8.
11. Passler J.M., Hoffer H.P., Peicha G., Wildeburger R. Arthroscopy Treatment of Meniscal Cysts. JBJS(B) Mar 1993,75(2)303-4.
12. Pedowitz R., Feagin J., Rajagopalans S., A Surgical Algorithm for Treatment of Cystic Degeneration of the Meniscus. Arthroscopy 1996,12,(2),209-212.
13. Rajjman M., Berenstein M. Tratamiento Artroscópico de los Quistes Meniscales. IV Congreso Argentino de la Asociación Argentina de Artroscopía. Abril de 1993.
14. Reagan W.D., Mc Conkey J.P., Loomer R.L., Dadvison R.G. Cysts of the Lateral Meniscus; Arthroscopy Versus Arthroscopy Plus open Cistectomy. Arthroscopy 1989,5(4) 274-81.
15. Reagan W.D. Review of "A Surgical Algorithm for Treatment of Cystic Degeneration of the Meniscus". Arthroscopy 1996, 12, (2) 215.
16. Ryu K.N. Review of "A Surgical algorithm for Treatment of Cystic Degeneration of the Meniscus". Arthroscopy 1996, 12,(2) 213.
17. Santander J. Quistes Meniscales. Su tratamiento. Revista Argentina de Artroscopía. Vol. 2 N°3. 1995. 151-3.
18. Seger B.M. Woods G.W. Arthroscopy management of Lateral Meniscus Cysts. Am J. Sports medicine, Mar 1986,14,(2) 105-8.
19. Tietjns B., Zissimos A. Radial Cleavage Tears and Cysts of the Lateral Meniscus ISAKOS First Biennial Congress. Buenos Aires mayo 11 1997. Abstracts Pag. 60.
20. Woolf v.J., Wilde G.P. Meniscal Cysts and Tears. JBJS(B), Mar 1993,75(2)334.
21. Jauareguito J., Elliot J. The Effects of Arthroscopyc Partial Meniscectomy in an Otherwise Normal Knee: A Retrospective Review of Functional, Clinical and Radiographic. Results Arthroscopy, Vol 11 (1) Fef.1995 p. 29.