

Sutura artroscópica de menisco externo discoideo

Presentación de un caso

Dr. Ariel Barrera Oro, Dr. Miguel Lapera, Dr. Facundo Gigante, Dr. Walter Cortes

RESUMEN: Se presenta una paciente de 8 años de edad con un menisco discoideo lateral que presentaba en la RNM una ruptura longitudinal en la zona para meniscal.

Se realizó una sutura meniscal artroscópica con técnica de afuera a dentro.

Se describe la técnica quirúrgica realizada, se hace un análisis bibliográfico y se discuten las distintas alternativas terapéuticas.

ABSTRACT: *The case of an 8 years old girl with a lateral discoid meniscus with a partial tear in the read-read zone is confirmed on the MRS.*

The case is reported with the arthroscopic treatment and comprehensive review of the literature.

INTRODUCCION

Diversas teorías y controversias se han generado acerca de la etiología y tratamiento del menisco discoideo lateral. Se trata de una entidad poco frecuente, con una incidencia de 1,2 al 5,2% del total de las meniscectomías, más común en el sexo femenino, y de aparición predominantemente en la infancia y la adolescencia (8) (11). Fue Young en 1989 el que lo describiera por primera vez en un preparado cadavérico humano, y Kroiss en 1910 el que lo dio a conocer como entidad nosológica, describiendo el llamado "síndrome de la rodilla saltona o en resorte" (1) (2).

Smille en 1948, es el primero en proponer una teoría en la cual intenta explicar la existencia del menisco discoideo lateral, como un detenimiento del desarrollo embrionario y persistencia del estado fetal de la placa meniscal. Posteriores trabajos, desestimaron las afirmaciones de Smille, ya que no se pudo demostrar la existencia de esta forma meniscal, en las etapas del desarrollo embrionario (2) (8) (11) (12). Kaplan en 1957 consideró que el

menisco lateral discoideo era una patología adquirida por la ausencia de la inserción posterior de la tibia, o la anormal inserción del ligamento menisco-femoral de Wrisberg (8). Esta última teoría, no explica los meniscos discoideos laterales con inserción posterior normal (12). Otros autores creen en una teoría congénita de transmisión familiar (3) (5) (12).

Nosotros confiamos en esta última explicación, entendiendo al menisco discoideo lateral como una variedad anatómica, y no como una entidad patológica, lo cual se pone de manifiesto cuando existe una lesión meniscal asociada. Por esto el consenso actual, es tratar a los meniscos discoideos, sólo cuando sufran una lesión.

De todas las clasificaciones existentes, la más utilizada es la Clasificación de Watanabe de 1967 la cual divide al menisco lateral discoideo en tres grupos. (1) (2) (6) (10) (11) (12)

TABLA Nro. 1
Clasificación de Watanabe

- Tipo I o Completo
- Tipo II o Incompleto
- Tipo III o Tipo ligamento de Wrisberg

Servicio de Cirugía Artroscópica del Hospital Militar Central.

Paciente

Se presenta a una paciente de 8 años de edad, de sexo femenino, que consulta por presentar una gonalgia izquierda. La misma comienza espontáneamente cuando tenía 6 años, sin existir antecedentes de episodios traumáticos previos. En anteriores consultas médicas, el cuadro había sido atribuido a problemas de crecimiento, indicándose diferentes tipos de tratamientos conservadores sin lograr ninguna mejoría. Por el contrario, su cuadro comenzó a agravarse progresivamente, con un aumento de dolor, alterando el desarrollo de sus actividades habituales. Además, la paciente refería la sensación de resaltos y de pseudobloqueos los cuales se manifestaban en los movimientos de flexoextensión de la rodilla.

Examen Físico

No se encontraron alteraciones en el eje de ambas rodillas, ni signos de inestabilidad. Los signos de patología rotuliana fueron negativos.

La paciente presentaba dolor localizado en la interlínea articular externa y la sensación audible y palpable, de un resalto que se acentuaba en la flexión y se reducía en la extensión de la rodilla. Durante las maniobras de flexoextensión existía una exacerbación del dolor.

No se evidenció la presencia de derrame articular, ni de hipotrofia cuadricepsal importante.

TABLA Nro. 2
Hallazgos Clínicos

- Dolor en interlínea externa
- Resaltos palpables y audibles
- Pseudobloqueos

Exámenes Complementarios

Ante la sospecha de estar en presencia de una lesión meniscal, se realizaron radiografías de ambas rodillas en las incidencias clásicas anteroposterior con apoyo monopodálico, y perfil. Se hicieron también radiografías axiales en 45 y 90 grados. No se observaron alteraciones estructurales, aunque nos llamó la atención en la radiografía de frente, el aumento del espacio articular femorotibial externo en ambas rodillas.

Completamos el estudio solicitando una resonancia nuclear magnética de las dos rodillas. En ella se observó imágenes compatibles con menisco externo discoideo bilateral, comprobándose en el izquierdo la existencia de una lesión que comprometía a su cuerno anterior (Fig. 1 y 2).

TRATAMIENTO

Decidimos realizar un tratamiento Artroscópico de la lesión en cuestión. Con la visión artroscópica, se visualizó un menisco externo de características discoidea, que según la clasificación de Watanabe era del tipo I o completo (Fig. 3), y que presentaba una lesión longitudinal que afectaba al cuerno anterior, encontrándose la misma en la unión meniscosinovial o en la denominada zona roja-roja (Fig. 4). Se efectuó la reparación de la lesión por medio de una sutura meniscal con técnica artroscópica de fuera-dentro.

Técnica Quirúrgica

Se utilizó anestesia general. Con la paciente en decúbito dorsal, la rodilla en flexión de 90 grados sostenida por soporta muslo y la colocación de manguito hemostático, se abordó la articulación utilizando los portales anterolateral y anteromedial para la colocación de la óptica y el instrumental respectivamente. Se realizó primero la observación de toda la articulación no encontrando alteraciones en el menisco interno ni en los ligamentos cruzados. Al pasar al compartimento externo, se visualizó un menisco externo discoideo del tipo completo, el cual presentaba una importante lesión longitudinal que afectaba al cuerno anterior, y que se encontraba en la unión meniscosinovial o zona roja-roja.

Se invirtieron los portales colocando la óptica en el anteromedial y el instrumental por el anterolateral para una mejor visión y más fácil manejo de la lesión. Utilizando una aguja espiral número 18 como pasahilo, por un abordaje posteroexterno se introdujo la misma enhebrada con sutura tipo PDS monofilamento, a través de los bordes de la lesión (Fig. 5), se tomó el cabo distal del hilo que sobresale por la aguja, con una pinza, y se lo retiró por el portal anteroexterno. Se realizó entonces un nudo (Fig. 6), el cual vuelve a ser introducido en la articulación y previo retiro de la aguja se traccionó del hilo acercando los bordes de la lesión. El cabo proximal del hilo es anudado y colocado subcutáneamente. En este caso debimos colocar cuatro puntos en la lesión y posteriormente comprobar que la reducción había sido suficiente y satisfactoria (Fig. 7)

En el post operatorio se inmovilizó a la paciente con una calza de yeso en 90 grados de flexión por el término de dos semanas, al término de las cuales se retiró el yeso y se le permitió carga total y se indicaron trabajos de fisioterapia.

A un año de la cirugía, la paciente a retornado a sus



Fig. 1: Rodilla izquierda, ruptura de cuerno, sutura de menisco externo discoideo.



Fig. 2: Rodilla derecha menisco externo discoideo sano.



Fig. 3: Menisco discoideo del tipo completo.

actividades habituales como el andar en bicicleta, y actividad deportiva, sin ningún tipo de problemas o limitaciones.

Han desaparecido por completo el dolor, los resaltes y los pseudobloqueos, presentando una flexoextensión indolora.

Utilizando la escala de Ikeuchi que divide a los pacientes en cuatro grupos, podemos decir que el resultado del tratamiento realizado en esta paciente, ha sido excelente (7).



Fig. 4: Lesión longitudinal de localización meniscosinovial.

TABLA Nro. 3
Escala de Ikeuchi

1. Excelente: Movilidad completa, sin resaltes ni dolor.
2. Bueno: Leve dolor ocasional al movimiento, sin resaltes y con movilidad completa.
3. Regular: Movilidad completa. Presencia de un leve resalto.
4. Malo: limitación al movimiento, con dolor en movimiento y reposo.



Fig. 5: Sutura técnica de menisco derecho.



Fig. 6: Tracción de los bordes de la herida.



DISCUSION

Consideramos el menisco externo discoideo como una variedad anatómica y no como una entidad patológica.

En la mayoría de los casos, el menisco discoideo es un hallazgo casual que sólo pone de manifiesto al existir una lesión que sea generadora de los síntomas sufridos por el paciente, presentándose como un clásico síndrome meniscal (2) (12). Por lo tanto al no ser las características anatómicas del menisco externo discoideo lo que genera los síntomas, sólo requieren tratamiento aquellos meniscos discoideos que presentan lesión meniscal (12). La única excepción es el menisco discoideo tipo Wrisberg, que por su única inserción por medio del ligamento meniscolfemoral de Wrisberg, genera una hipermovilidad posterior responsable de los síntomas (8) (9) (12). Sin embargo, no tenemos experiencia con este tipo de lesión.

En cuanto al tratamiento, no existen dudas de que la artroscopia es la cirugía de elección (2) (6) (7) (10). En casos como el que presentamos, pensamos que debe intentarse la reparación meniscal (lesión longi-

tudinal, en zona roja-roja, en una paciente joven). No creemos necesario el realizar menisectomías parciales remodeladoras del borde libre del menisco, ya que repetimos que no es la forma discoidea del menisco lo que genera los síntomas. Como ejemplo recordamos que la paciente presentada tenía un menisco lateral discoideo en la rodilla contralateral sin lesión, que no le producía ningún tipo de molestia.

En los casos de lesiones radiales o en donde no se den las condiciones necesarias para la sutura meniscal, efectuamos menisectomías parciales (4) (6) (7) (11) (12).

En cuanto a la técnica de sutura artroscópica a utilizar preferimos la de afuera-adentro, por encontrarla una técnica eficaz y sencilla de realizar.

Con relación a la etiología del menisco lateral discoideo, estamos de acuerdo con aquellos autores que apoyan una teoría congénita con evidencias de transmisión familiar (3) (5).

BIBLIOGRAFIA

1. Airchroth, Patel y Marx: Congenital discoid lateral meniscus in children. A follow up study and evolution of management. JBJS 73 (B): 932-936, 1991.
2. Civetta: Tratamiento artroscópico del menisco externo discoideo. Rev. AAA. Vol. 2 (3): 181-164; 1995.
3. Dashefsky: discoid lateral meniscus in three members of a family. Case report JBJS 53 (A): 1208-1210, 1971.
4. Fujikawa, Iseki y Miura: partial resection of the discoid meniscus in the child's knee. JBJS 63 (B): 391-395, 1981.
5. Gebhart y Rosenthal: Bilateral lateral discoid meniscus in identical twins JBJS 61 (A): 1110-

1111, 1979, 1979.

6. Hayashi, Yamaga, Ida y Miura: Arthroscopy menisectomy for discoid lateral meniscus in children. *JBJS* 70 (A): 1495-1500, 1988.
7. Ikeuchi: Arthroscopic treatment of discoid lateral meniscus. Technique and long term results. *Clin. Orthop.* 167: 19-28; 1982.
8. Kaplan: discoid lateral meniscus of the knee joint: Nature, mechanism and operative treatment. *JBJS* 39 (A): 77-87; 1957.
9. Neuschwander, Drez y Finney: Lateral meniscal variant with absence of the posterior coronary ligament. *JBJS* 74 (A): 1186-1190; 1992.
10. Washington, Root y Liener: discoid lateral meniscus in childre. Long term follow up after excision. *JBJS* 77 (A): 1357-1361; 1995.
12. Woods y Whelan: Discoid meniscus. *Clinics of Sports Medicine.* Vol 3: 701-712; 1990.