

Quiste del menisco interno

Dr. Walter Rodriguez Fuentes, Dr. R. Alejandro W. Zammito***

RESUMEN:

El propósito de esta comunicación es reportar un caso de quiste meniscal interno tratado artroscópicamente. A diferencia de los quistes del menisco externo hay escasos reportes en la literatura.

En sus antecedentes se registran tratamientos medicos conservadores infructuosos de bursitis, diagnóstico diferencial a tener en cuenta.

Siguiendo el algoritmo de Pedowitz R. y col. se llega al diagnóstico por presunción de quiste meniscal, RNM y Artroscopia.

El tratamiento quirúrgico fue totalmente Artroscópico, realizando técnica comparable a la del quiste meniscal externo.

El resultado fue la remisión completa sin recidiva a 18 meses.

ABSTRACT:

The purpose of this study is to report a case of medial meniscus cyst arthroscopically treated. Contrary to lateral meniscus cysts, there are few reports in medical literature.

Among its antecedents, there are unsuccessful treatments of bursitis, a differential diagnosis to be considered.

Folooing the algorithm of Pedowitz R. et all, we reached a diagnosis of meniscus cyst, with MRI and Arthroscopy.

Is was arthroscopically trated, with a similar technique to the one used with lateral meniscus cysts.

The result was a complete remission without relapse after eighteen months.

INTRODUCCION

El quiste meniscal fue originalmente descrito por Nicaise en 1883 (15). Ebner, en 1904, lo describió como un ganglión del cartilago de la articulación de la rodilla.(6). Posteriormente varios autores han hecho reportes de esta patología.

El quiste del menisco interno es relativamente raro y no hay reportes numéricos significativos en las publicaciones de series artroscópicas a diferencia del externo (13).

Su diagnóstico clínico es frecuentemente errado (3,9) siendo en muchos casos tratados como bursitis de la cara anterointerna de la rodilla.

El propósito de esta comunicación es reportar un ca-

so de quiste del menisco interno tratado artroscópicamente.

MATERIAL Y METODO

Paciente JP de 22 años, jugador de paddel, que consulta por dolor y tumoración en la cara medial de la rodilla, de 4 meses de evolución.

Como antecedentes refiere haber sido tratado por una bursitis, realizandosele infiltración y fisiokinesioterapia sin obtener resultados.

Al examen físico se detecta tumoración de 2 cm de diámetro a nivel de la interlínea articular posterointerna (fig. 1 y 2), blando, maniobra de Mc Murray +, rangos de movilidad articular normales, rodilla estable.

Siguiendo el algoritmo de Pedowitz R y col. (17)., teniendo presunción diagnóstica de quiste meniscal, se efectuó Rx y RNM (fig. 3) confirmando el diag-

*Julio A Roca 104 Ciudad. Mendoza (5500).
Tel: (0261) 4230989.

**Montevideo 487. Ciudad. Mendoza. (5500)
Tel: 4340028.

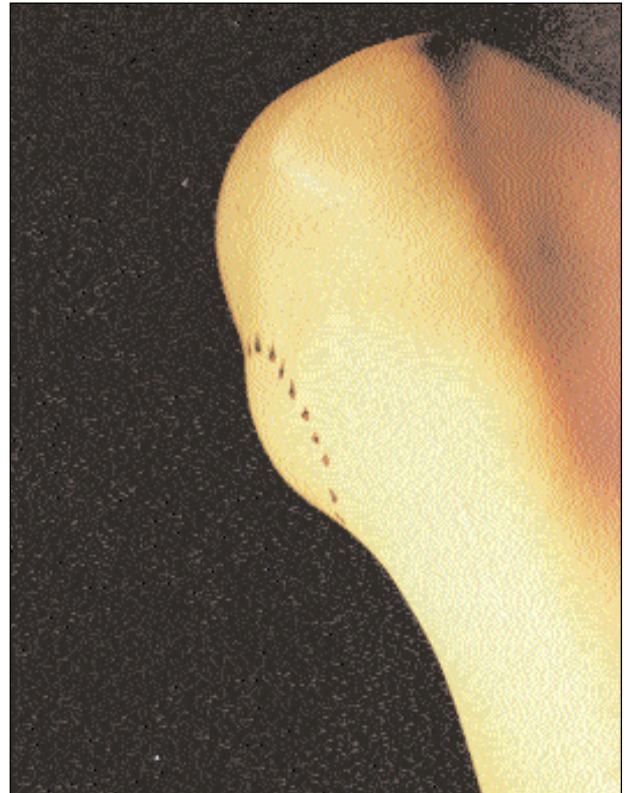
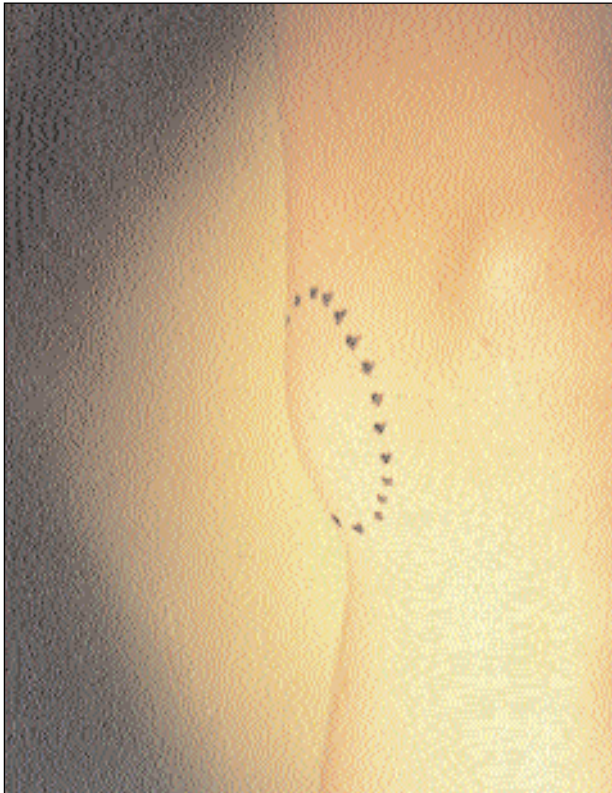


Fig. 1 y 2: Foto clínica del paciente donde se visualiza el tumor en la cara interna de la rodilla.

nóstico. La imagen de RNM muestra lesión horizontal del menisco interno en comunicación directa con el quiste.(fig. 4).

El procedimiento terapéutico usado consistió en identificación artroscópica de la lesión meniscal, y la introducción de azul de metileno a través del quiste confirmó la comunicación articular.

La ruptura meniscal a nivel de la unión del cuerpo y cuerno posterior era horizontal, efectuándose menis-

ectomía parcial de la cara inferior y cruentado de la unión menisco capsular con elemento motorizado, eliminando el mecanismo valvular. En este caso se optó por no realizar abordaje directo del quiste.

Permaneció con vendaje elástico compresivo durante 15 días. Rehabilitación inmediata. Retorna a su actividad deportiva normal a los 30 días.

El resultado fue la remisión completa sin recidiva a 18 meses.



Fig. 3: Corte coronal de RM donde se observa lesión meniscal en el cuerno posterior del MI



Fig. 4: Corte coronal de RM que demostró el quiste meniscal interno.

DISCUSION

Muchas teorías han sido propuestas para fundamentar la etiología de los quistes meniscales.(4,8).

Algunas explican la relación traumática contusa del menisco, con "hemorragia intrameniscal" y posterior degeneración mucoide. Otras hablan de un proceso degenerativo anterior a la injuria, producto de un disturbio del metabolismo de las células del cartílago.(1,2,22).

Probablemente la parte central del menisco, que es la mas alejada de las vías de nutrición es proclive a la degeneración. En el menisco externo la parte posterior es mas gruesa y esta separada de la cápsula por el tendón poplíteo, desventajas que explicarían la mayor incidencia de quistes meniscales del lado externo. (4)

En el pasado la mayoría de los cirujanos ortopedistas trataban esta patología mediante excéresis del quiste y meniscectomía total, hoy solamente reservada cuando el quiste produce total destrucción de la integridad del menisco.(8)

Con el advenimiento de la artroscopia es posible, en la mayoría de los casos, realizar meniscectomías parciales más económicas.

Se coincide con la mayoría de los autores que en aquellos casos que se observen las superficies del menisco indemnes, se proceda a realizar solamente la cistectomía a cielo abierto y reparación meniscal periférica (4, 21, 11, 7,24,19,20).

El diagnóstico demanda la exclusión de diversas patologías: artritis supurada, cuerpos libres intraarticulares, bursitis de estructuras adyacentes, tumores benignos sinoviales (22,23,14,16), tumor a células gigantes (5), fibroma, tuberculosis.

Comentamos finalmente que se han reportado lesiones secundarias asociadas al quiste, como erosión ósea tanto del platillo tibial (18) como en cóndilo femoral (12), y otras al debridamiento artroscópico como dermatitis por injuria al nervio safeno. (10)

CONCLUSION

El quiste meniscal interno es menos frecuente que el externo.

La etiopatogenia, al igual que el quiste de menisco externo es controvertida. Ocurre predominantemente en pacientes jóvenes, con lesión meniscal horizontal, en zona de cuerpo y cuerno posterior. (13)

Debe considerarse este diagnóstico en pacientes

con dolor medial de rodilla persistente y tumoración. (4,8,13)

Hay consenso que el tratamiento conservador ofrece pocas posibilidades de éxito.

El tratamiento del quiste de menisco interno puede ser enteramente artroscópico, con técnica y resultados similares a los del externo. (8,13)

En los casos que las superficies del menisco estén indemnes, realizar solamente cistectomía y reparación cápsulomeniscal periférica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Blanco P et al. Cyst of the semilunar cartilage. Ny state. J Med ; 53:2621-26; 1953
- 2) Bennett G. Cysts of the semilunar cartilage. Am J. Surg; 32: 512; 1939.
- 3) Brantigan O.C. et al. The tibial collateral ligament: its function, its bursae and its relation to the medial meniscus. J Bone Jt Surg; 25: 121-31;1943.
- 4) Cambell'S Operative Orthopaedics, 8th Ed. Vol 2. Pag 1440-41; 1992.
- 5) Cracchilo et all. Mases of the medial site of the knee joint. C. Orthop.; 62.167-171; 1969.
- 6) Ebner A. Ein fall von ganglion an kniegelemks meniskus. MMW ; 51: 1737; 1904.
- 7) Glasgow MM et al. Arthroscopy Management of lateral Meniscus cysts. J.Bone Jt Surg (75 B); 299-302; 1993.
- 8) Kenneth F. et al. Medial Meniscal Cysts. Case report and review of the literature. Orthopedics; Vol 9 N° 8 1091-95; 1986.
- 9) King D. Healing of semilunr cartilages. J Bone Jt Surg; 18:333-42; 1936.
- 10) Logue III E. Dermatitis complicating saphenous nerve injury after arthroscopic debridement of a medial meniscal cyst. Arthroscopy Vol 12 N° 2; 228-231; 1996.
- 11) Lopez RA. Arthroscopy Management of lateral Meniscus cysts.Arthroscopy; 6-156-7; 1990.
- 12) Mason R. et al. Medial meniscal cyst of the knee simulating a solitary bone lesion. Clin Orthop; N° 304, 191-194; 1994.

- 13) Mills CA, Henderson IJP. Cyst of the medial meniscus: Arthroscopic diagnosis and management. *J. Bone Jt Surg (75 B)*; 293,1993.
- 14) Mosher JF. Intracapsular or pararticular chondioma. *J Bone Jt Surg (48 A)* 1561-1569.
- 15) Nicaise. Ganglion articulaire du genou. *Rev chir*; 3:463-465; 1883.
- 16) Osgood RD. Tuberculosis of the knee joint, angioma of the knee joint. *SCN (Am)*; 1: 665-89; 1921.
- 17) Pedowitz R et al: Surgical algorithm for treatment of cystic degeneration of the meniscus. *Arthroscopy*; 12, (2), 209-212; 1996.
- 18) Peris et al. Medial meniscal cyst. As a cause of bone erosion. *Acta Ortopedica Bélgica*; 58:4; 1992.
- 19) Rajman M. Berenstein M. Tratamiento artroscópico de los quistes meniscales, IV Congreso Argentino Asoc. Arg.Artrroscopía; 1993.
- 20) Santander J. Iraporda H. Tratamiento artroscópico de los quistes del menisco externo. *Rev. Arg.Artrroscopía*, Vol. 6, Nº 2, 64-67; 1999.
- 21) Seger BM et al. Arthroscopy Management of lateral Meniscus cysts. *Am J. Sports Med*; 14: (2) 105-8; 1986.
- 22) Smaillie IS. Injuries off the knee joint. New York, Livingston. Ltd.; 1962.
- 23) Suugart R et al: Glomus tumor SGO; 117: 334-340; 1963.
- 24) Tietjns B. et al. Radial cleavage tears and cysts an the lateral meniscus. ISAKOS. Bs.As. Abstracts Pag 60; 1997.