

# GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE ORTOPEDIA

## 10.-MENISCOPATÍA

### **Definición**

Se refiere a toda la lesión de los meniscos las cuales pueden ser degenerativas y traumáticas que se presentan en forma de ruptura de menisco. El menisco es un fibrocartilago, pero su composición es ligeramente diferente del cartilago articular. Cada rodilla tiene un menisco medial y uno lateral que se unen por ligamentos coronoides a la tibia proximal. Los meniscos tienen forma de “c” o semiluna. El anillo meniscal es angosto centralmente y más grueso en la periferia, creando una cavidad profunda para sostener los cóndilos femorales. En una sección coronal, el menisco tiene una forma de cuña triangular.

Los meniscos tienen muchas funciones incluyendo, transmisión y absorción de carga, lubricación, estabilización de la articulación y propiocepción. Es sabido que la falta de parte o todo de uno o ambos meniscos llevará a cambios degenerativos articulares posteriores. Esto llevará a grados variables de incapacidad, múltiples cirugías, que terminaran en el reemplazo articular.

### **Factor de riesgo.**

Edad y traumatismos ocasionados por deportes de contacto.

### **Epidemiología.**

Se presenta en pacientes jóvenes dentro de rangos de la segunda a la cuarta década de la vida.

Las lesiones meniscales están entre las lesiones de la rodilla más comunes. La incidencia de lesiones meniscales agudas es 61/100,000. En pacientes sobre 65 años, hay un 60% de incidencia de rupturas meniscales degenerativas.

### **Clasificación.**

Los desgarros meniscales pueden ser el resultado de una lesión aguda o de una degeneración gradual con el envejecimiento. Son clasificadas en base a la morfología, situación, tamaño, y estabilidad. La morfología incluye rupturas longitudinales, oblicuas, radiales, verticales, horizontales y degenerativas.

- a. Desgarros longitudinales
- b. Desgarros horizontales
- c. Desgarros oblicuos
- d. Desgarros radiales
- e. Variantes

### **Cuadro clínico.**

Se presenta posterior a traumatismo directo en rodilla o rotación forzada sobre el mismo eje de la rodilla con valgo o varo forzado, acompañado de incapacidad parcial para la marcha, dolor punzante que aumenta con los movimientos de flexo-extensión, rotación medial o lateral, se acompaña también de bloqueos de la rodilla lesionada con derrames repetitivos de la rodilla.

### **Examen de laboratorio y gabinete.**

No revelan datos de importancia para la patología, las radiografías no muestran datos de importancia, la artrografía nos muestra datos de lesión meniscal con infiltración del medio de contraste en el cuerpo del menisco, la resonancia magnética nuclear nos da solo un 45% de positividad y la artroscopia diagnóstica es la que da una certeza de un 100%.

## GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE ORTOPEDIA

### **Diagnostico.**

El diagnóstico de lesiones meniscales puede establecerse obteniendo una historia detenida con respecto al mecanismo de lesión, la presencia de derrame, tiempo de lesión y síntomas. La mayoría de los pacientes jóvenes describe un evento traumático agudo como una lesión de tipo de torsión. El dolor se localiza al interior o fuera de la rodilla y se exagera por la actividad y alivia en reposo. La lesión meniscal degenerativa en pacientes ancianos puede no estar asociada con trauma pero el dolor y derrame también están presentes.

En el examen físico el dolor en la línea articular es el hallazgo más común en los pacientes con un menisco dañado. El derrame puede estar en algún momento presente en el curso de la presentación clínica al igual que el bloqueo articular. Las pruebas provocativas como la prueba McMurray es positiva en aproximadamente el 60% de casos. La artrografía ha informado tasas de exactitud del 60% a 97% en el diagnóstico de lesión del menisco. No obstante, la resonancia magnética (MRI) se ha convertido en el procedimiento de imagen de elección. Este examen tiene sensibilidad del 94% a 98% para el menisco medial y 90% a 96% para el menisco lateral. La artroscopía sigue siendo la mejor herramienta de diagnóstico en manos de un artroscopista competente, y ofrece la ventaja de permitir tratamiento inmediato de la mayoría de las condiciones patológicas.

### **Tratamiento.**

El tratamiento de las lesiones del menisco incluye un espectro amplio de opciones: tratamiento conservador, menisectomía parcial, o reparación meniscal. El curso de tratamiento depende de la edad del paciente, el nivel de actividad, la cronicidad de los síntomas, el tipo de ruptura meniscal y las lesiones ligamentosas asociadas. No todas las lesiones meniscales causan síntomas. Las rupturas longitudinales pequeñas (menos de 10 mm.) pueden sanar espontáneamente en las pacientes jóvenes. Los desgarros estables y los desgarros de espesor parcial normalmente no requieren tratamiento quirúrgico. Sin embargo, si los pacientes continúan siendo sintomáticos después de 3 meses, el tratamiento quirúrgico es el recomendado. Si el paciente tiene una rodilla bloqueada la evaluación artroscópica y el tratamiento debe indicarse lo más precoz posible. Cuando el tratamiento quirúrgico es escogido el principio básico de la cirugía del menisco es conservar tanto tejido meniscal como sea posible para distribuir las cargas apropiadamente. Cualquier lesión dentro de la zona avascular necesita ser resecada. Desgarros dentro de los 3 mm. de la unión menisco-sinovial (zona periférica vascularizada) tiene mayor éxito de curación por lo que pueden ser reparadas. Aproximadamente el 80% de todas las reparaciones meniscales se asocian con ruptura del ligamento cruzado anterior (LCA). La menisectomía parcial artroscópica produce escasa morbilidad y retorno precoz a la función. Pueden esperarse resultados excelentes o buenos en 80% a 95% de pacientes. La menisectomía parcial en la población de paciente ancianos sólo es eficaz en aquellos con cambios degenerativos mínimos. La proporción de éxito en esta población va de 60% a 90%.

El éxito de la reparación meniscal depende de un suministro vascular adecuado, estabilidad de la rodilla, y la selección apropiada del paciente. Los tipos de ruptura meniscal destinada a la reparación incluyen los desgarros periféricos agudos en la zona vascular del menisco que es inestable. Lesiones más complejas no son apropiadas para la reparación. Una rodilla estable es importante para la reparación meniscal exitosa. Las reparaciones meniscales tienen una proporción de éxito de 90% cuando se asocian con la reconstrucción de LCA. En contraste, la proporción de éxito es 30-40% en las rodillas inestables. La selección del paciente también es importante en la tasa de éxito de reparación meniscal. Aunque se han mostrado que los pacientes más viejos mejoran tan bien como los pacientes más jóvenes en desgarros seleccionados, hay una proporción de complicaciones más altas y el beneficio a largo plazo de conservar el menisco es menor en la población anciana. Las técnicas de reparación meniscal incluyen outside-in,

## GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE ORTOPEDIA

inside-out, all-inside y las técnicas abiertas que usan una variedad de dispositivos que incluyen suturas y dispositivos biodegradables. La tasa de complicación para la reparación del meniscal es aproximadamente del 15%, siendo ligeramente más alto para el medial que para las reparaciones del menisco lateral.

### Bibliografía.

- Canale ST, Carnesale MG. CAMPBELL. Cirugía Ortopédica, 10ª. Ed. Elsevier 2004; Vol. 3; pp: 2186 – 2199.
- Skinner HB, Barraca RL. Diagnóstico y tratamiento en ortopedia. 3ra. Ed. Manual Moderno 2002; pp: 167 - 184.
- Insall W, Russell SN, Aglietti P. Cirugía de rodilla. 3era. Ed. Panamericana 2004.
- Srino A, Aershman EB. Tratamiento de los traumatismo deportivos agudos. Orthop Clin North Am 2002; Vol. 3
- Meginty. Artroscopia de lesiones del cartílago articular de rodilla. Ed. Marbar 2005

### Diagrama de flujo

