

Menisectomía parcial en menisco discoide por vía artroscópica

Sesin, Roberto David (*)

Resumen: Se analizan cinco pacientes afectados de lesiones del menisco discoide sobre un total de quinientos veintiocho (528) artroscopías con diagnóstico preoperatorio de síndrome meniscal.

Se toma en consideración la presentación clínica, técnica quirúrgica y resultados.

Abstract: They are analyzed five patients affected of lesions of the discoid meniscus, on a five hundred and twenty eight (528) arthroscopy with a preoperative diagnose of meniscal syndrome.

It is taken in consideration the clinic presentation, surgical technique and results.

INTRODUCCION

El diagnóstico clínico de menisco discoide, al igual que otras patologías intraarticulares, no es sencillo, debido a lo inespecífico de su sintomatología.

En 1889 surge la primera descripción anatómica de un menisco discoide lateral Young (8); en 1910 Kroiss describe el término "SNAPPING KNEE SYNDROME"; en 1930 Watson Jones describe el primer discoide medial y en 1962 Watanabe (7) efectúa la primera menisectomía artroscópica.

En los últimos años, la artroscopía y resonancia magnética nuclear han contribuido considerablemente a mejorar su conocimiento y tratamiento.

MATERIAL Y METODO

Entre Abril de 1986 y Diciembre de 1993, se realizaron, en nuestra práctica privada y hospitalaria, quinientos veintiocho (528) artroscopías de rodilla con diagnóstico preoperatorio de síndrome meniscal. Se observaron cinco meniscos discoides (0, 947 %). La edad promedio fue 25 años (12-40),

tres hombres y dos mujeres, tres casos fueron rodilla derecha y dos izquierda, cuatro meniscos fueron externos y uno interno (ver Tabla I) (ver Fotos 1, 2 y 3).

TABLA I: Clasificación de Watanabe

Incompletos: 1 (interno)

Completos: 4

Tipo Wrisberg: -

Cuatro fueron hallazgos artroscópicos y uno fue diagnosticado en base a la clínica, edad y antecedentes familiares del paciente (madre con menisco discoide), circunstancia infrecuente dado que los factores genéticos no tienen un rol importante (3). En este caso las Rx. anteroposteriores demostraron un aumento relativo del espacio articular lateral. La R. M. N. realizada a este paciente (ver Fotos 4 y 5) confirmó la sospecha diagnóstica por las dimensiones del menisco afectado, en concordancia con lo descrito por Araki y colaboradores (2), detallaron que el menisco discoide presentaba un promedio en su altura en la porción media de 21,9 mm. (Control 8,6 mm.) y una cobertura tibial de 29,4% (Control 12,0 %) del ancho de

(*) (5009) Ciudad de Córdoba - T. E. 051-811606
La Posta 3946 - Bº Alto Verde
Clínica Privada Reina Fabiola
Oncativo esq. Jacinto Ríos
Ciudad de Córdoba - República Argentina.

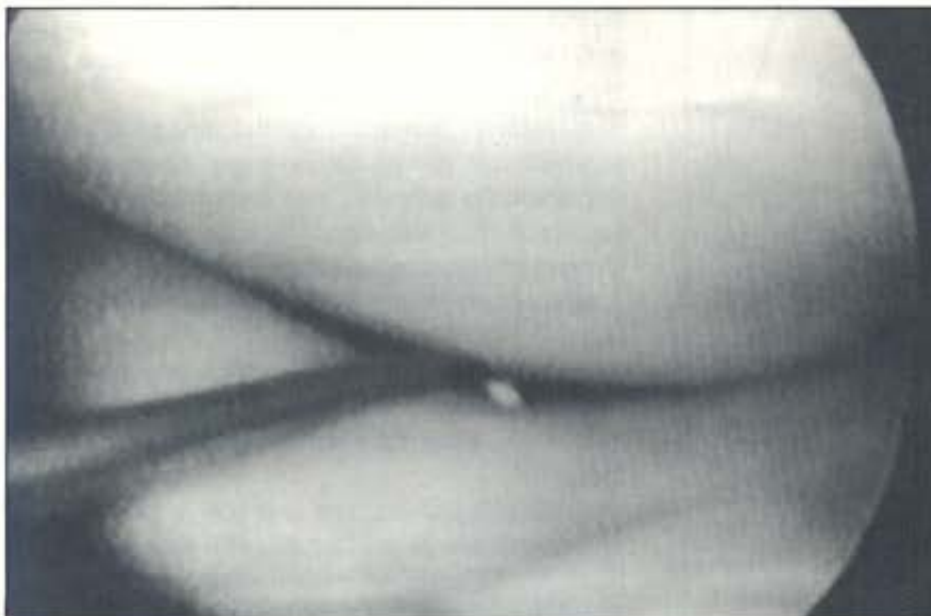


FOTO I: Menisco Discoide Completo. Paciente Masculino de 40 años. Rodilla Derecha.

FOTO II: Menisco Discoide Completo. Paciente Femenino de 36 años. Rodilla Izquierda.



la tibia. La sintomatología preoperatoria de los cinco casos se resumen en la Tabla II.

TABLA II:
Síntomas Preoperatorios

Dolor:	5
Hidrartrosis:	3
Inestabilidad:	-
Chasquido:	2
Bloqueo Articular:	1

Técnica quirúrgica

Se realizó anestesia peridural en cuatro y general en uno (niño de 12 años). En dos casos se trabajó sin manguito hemostático. La duración promedio de la cirugía fue 45 minutos. Todos fueron pacientes ambulatorios.

Se utilizaron los tres portales habituales, superomedial, inferomedial e inferolateral. No fueron necesarios portales accesorios. El instrumental y artroscopio se alternaron en los portales inferiores de acuerdo a necesidad. Se utilizó pinza Basquet de 15 grados, Bisturí "Banana", succión Punches e instrumental motorizado.

Se observaron cuatro lesiones radiales y una lesión horizontal en la sustancia del menisco (Figura I).

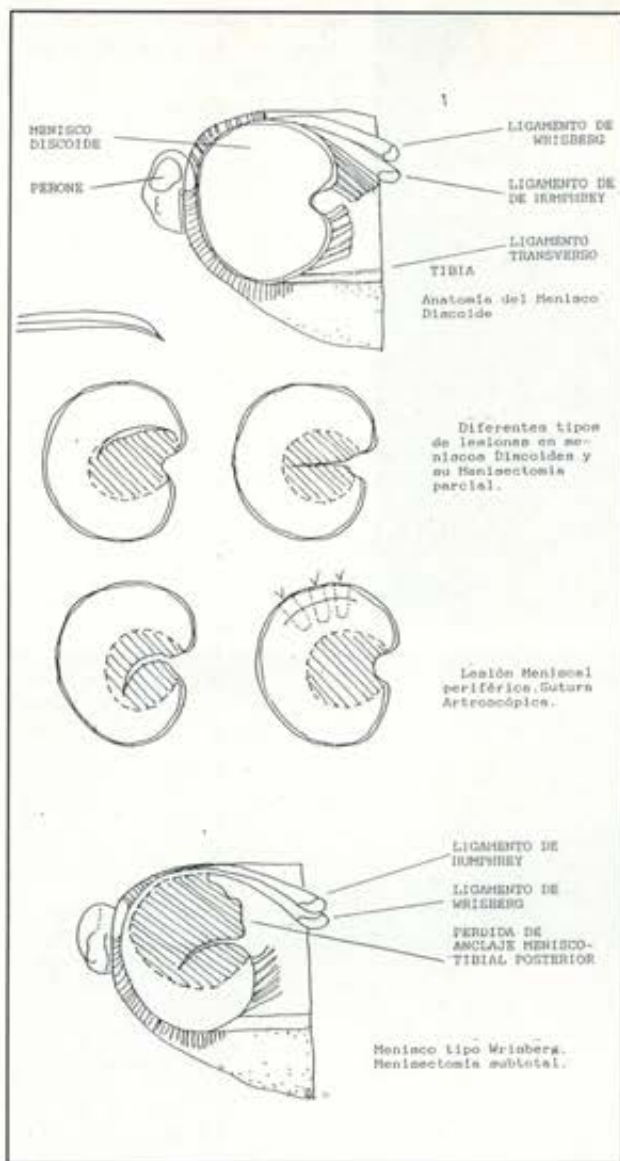
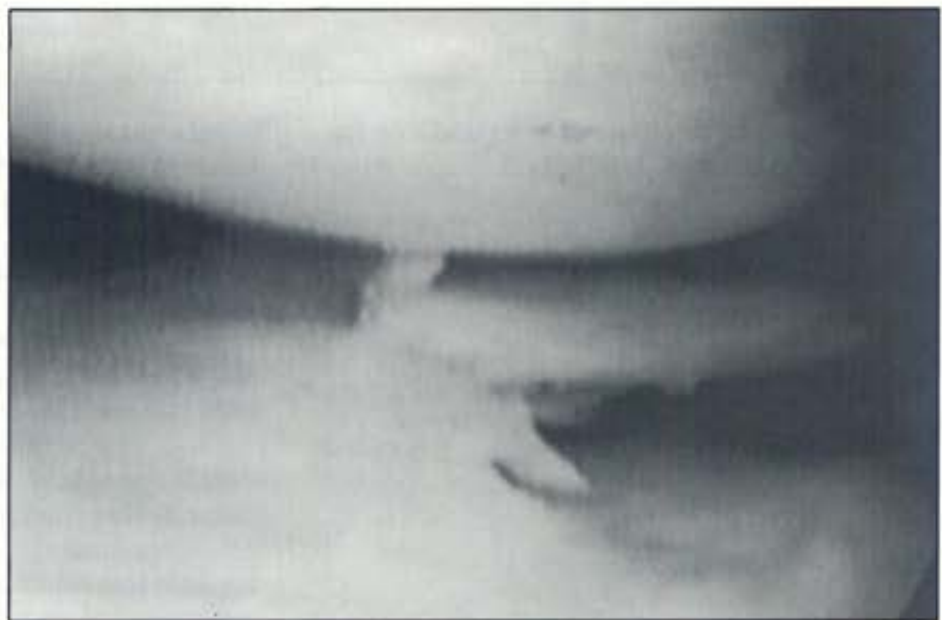


FOTO III:
Menisco Discoide Interno
Incompleto. Paciente
Masculino de 18 años. Rodilla
Izquierda.



En todos los casos se realizaron menisectomías parciales centrales. Se conservó el anillo meniscal periférico con buena inserción tibial.

A un discoide aparentemente indemne se le realizó menisectomía parcial debido a que no se encontró otra anomalía articular, y se comprobó una lesión horizontal en su sustancia.

Un paciente presentaba cambios moderados de condromalasia en platillo tibial y cóndilo femoral laterales.

En ningún caso fue necesario realizar artrotomías complementarias como menciona Ryu J. y colaboradores (5), todas las cirugías fueron registradas en video TV.

Se indicó deambulaci6n con apoyo parcial con muletas desde el primer día del postoperatorio hasta las 72 horas (el niño necesitó una semana). Ejercicios isométricos y de movilidad activo-pasivo desde el día uno. Todos los pacientes regresaron a su actividad física habitual en un promedio de 30 días. El niño necesitó apoyo fisioterapéutico.

En un paciente persistió sensaci6n de resalto articular y dolor en interlínea lateral con exigencias deportivas, lo que motivó su reintervenci6n artroscópica a los sesenta días. En la misma, no observamos patología asociada y el remanente meniscal estaba indemne; ampliamos el márgen de resecci6n del cuerno anterior que creíamos insuficiente, evolucionando favorablemente.

DISCUSION

El tratamiento artroscópico del menisco discoide es



FOTO IV:
Resonancia Magnética
Nuclear. Corte Frontal
Menisco Discoide.



FOTO V:
Resonancia Magnética
Nuclear. Corte Axial. Menisco
Discoide.

más dificultoso que el menisco normoconfigurado, al estar reducido el espacio útil para el manejo del instrumental artroscópico.

En todos los casos se conservó el anillo periférico meniscal y se logró una inspección articular completa, todas fueron cirugías ambulatorias y los pacientes presentaron una recuperación funcional más rápida que con la cirugía convencional. Se necesitó reintervención en un paciente ya descrito anteriormente.

Se considera que la menisectomía parcial es la indicación para el menisco discoide sintomático, a excepción del tipo Wrisberg, donde preconizamos la menisectomía total o subtotal.

A pesar del buen resultado del seguimiento a media-

no plazo de nuestros pacientes, no descartamos que en un futuro pueda haber lesión del anillo meniscal remanente (Sugawara O. y colaboradores) (6).

BIBLIOGRAFIA

1. Aichroth P, Patel D, Marx C: Congenital Discoid Lateral Meniscus in Children - J. Bone Joint Surg (Br) 73-B: 932-6 - 1991.
2. Araki Y, Otami M, Furukawa, Yamamoto, Todoma K, and Mitomo M: M R I of Discoid Lateral Meniscus. Mippen Igaku Hoshasen - Gakkai - Zasshi. 51 (10) P 1189-94 Oct. 1991.
3. De Lambilly C, Pascarel, Chauvet JF, Marle JL and Hanton JL: External Discoid Menisci. Apropos of a familiar series of six cases. Rev Chir. Orthop.; 77(5);

P 359-61 1991.

4. Fujikawa K, Iseki F, Mikura Y: Partial Resection of the Discoid Meniscus in the Child's Knee. J. Bone Joint Surg (Br) 638, Nº 3 1981.
5. Ryu J, Kobayashi S, Sanos S, Toriyama S: Plastic Partial Menisectomy for the Discoid Meniscus in Children. Mippon Seikeigeka - Gakkai - Zasshi 64 (10), P 920:7 -Oct. 1990.
6. Sugawara O, Niyatsu M, Yamashita I, Takemitsu Y,

Onozawa: Problems with Repeated Arthroscopic Surgery in Discoid Meniscus. Arthroscopy 7 (1); P 68-71 1991.

7. Watanabe M, Takeda S, Ikeuchitt: Atlas of Arthroscopy Third Edition. Springer - Verlag 1979.
8. Young RB: The External Semilunar Cartilage as a complete disc. In: Cleland J, Mackey J, and Young RB. Memoirs an a memoranda in anatomy. London: William and Morgate 1889.

TORNILLO KUROSAKA

DePuy®

- Diseño y experiencia son los aspectos que otorgan ventaja al tornillo Kurosaka DePuy.
- Tornillos canulados y no canulados con instrumental de precisión.
- Nuevas guías autorroscantes para posicionar el tornillo.
- Tamaños disponibles en largos de: 20 - 25 - 30 - y 40 mm.
- Diámetros: 7 y 9 mm.
- Esterilizados y no esterilizados

DePuy®

DePuy Joints S.A.
Uriburu 663
1027 Buenos Aires
Argentina
Tel.: +54 (1) 953-0051
Fax.: +54 (1) 953-0025

