

# Videoartroscopía de la rodilla

## Valor diagnóstico y terapéutico

Dr. Roberto Perez Barquet (\*)

**RESUMEN:** En este trabajo presentamos la experiencia sobre 80 casos intervenidos quirúrgicamente con técnica videoartroscópica exclusivamente, en el lapso comprendido entre los años 1994 - 1995.

Efectuamos una evaluación clínica de todos los pacientes, registrando los signos y síntomas predominantes. Nos valimos del examen clínico y radiográfico únicamente, indicando el procedimiento artroscópico en los siguientes casos: **Síndrome meniscal, inestabilidad anteroposterior, patología fémoro patelar, enfermedad del cartilago y la sinovial.** Hacemos una evaluación diagnóstica, comparando los hallazgos operatorios y el diagnóstico presuntivo. No es la intención de esta presentación evaluar los resultados obtenidos con la técnica, convencidos que el diagnóstico clínico y luego artroscópico es el primer escalón que debe enfrentar el que emprende este método quirúrgico.

### INTRODUCCION

Desde la introducción de la artroscopía en la traumatología a través de Kenji Takagi en el año 1918, se han sucedido muchísimos avances primero en el diagnóstico y luego en el tratamiento de la patología intraarticular de la rodilla

Indudablemente la popularidad del método se incrementó con la incorporación del video y los instrumentos de precisión. sin embargo debió demostrar a través del tiempo que era superior al procedimiento clásico a cielo abierto y dejar de ser la cerradura para ser una ventana por donde mirar el interior de la articulación.

Nos llamó la atención los exámenes artroscópicos normales en rodillas supuestamente enfermas, o encontrar una lesión NO diagnosticada previamente con el examen clínico.

### MATERIAL Y METODOS

Analizaremos una población de 80 pacientes, de los cuales 8 fueron mujeres y 72 varones, con un promedio de edad de 33 años para un rango de 14 a

73. En cuanto a la rodilla afectada hubo muy poca diferencia: del lado derecho 40 casos, del izquierdo 39 y de las dos rodillas 1 caso.

El síntoma principal fue el dolor y estuvo presente en el 100% de los casos, localizándose en la interlínea externa en un 28,3%, interna 62,3% y en ambas interlíneas en un 9,4% de los pacientes.

En frecuencia sigue el bloqueo articular presente en el 57,5%, la tumefacción articular en un 42,5%, el crujido 28,3% limitación de flexión 26,7%, extensión 22,5% e inestabilidad anteroposterior en un 11,3%.

En cuanto a la valoración del cuádriceps podemos decir que consideramos bueno el 35% de los casos, regular, el 51,3% y malo el 13,8%.

Con respecto al eje frontal del miembro fue normal considerando sexo y edad, en 68% pacientes, desviado al valgo en 9 y al varo 3.

Del 100% de los pacientes operados el 91% no tenía antecedentes relacionados a la patología actual, 2 pacientes presentaban un cuadro de artritis séptica y 6 fueron menisectomizados previamente. Como tratamiento previo la mayoría fueron tratados por un tiempo variable con antiinflamatorios (90%) y el resto con infiltraciones y algún tipo de inmovilización.

El procedimiento artroscópico se realiza en sala de operaciones, utilizando anestesia general o regional en todos los pacientes, excepto en 2 que se realizó

(\*) Cnel. Davila 375. San Salvador de jujuy. CP 4600  
Tel: 0882 - 35721  
Hospital Pablo Soria, Güemes 1350. Tel: 0882 - 22025

anestesia local, siempre utilizamos manguito hemostático en la raíz del miembro.

El instrumental artroscópico empleado fue óptica de 30 grados y 4 mm de diámetro, elementos de corte y agarre comunes y el sistema de video. Las vías de acceso utilizadas fueron la anterolateral y anteromedial.

---

## RESULTADOS

---

En primer lugar los exámenes evidenciaron patología articular en el 83,3% de los casos y fueron negativos en un 16,2%. En cuanto a las lesiones de los meniscos, el interno participó en 63%, el externo en un 27,8% y las lesiones fueron bilateral en el 9,2% de los pacientes.

Se diagnosticó condromalacia en 19 casos agrupándolos en 1-2-3 y 4 grados; como lesión sinovial de importancia mencionamos un caso diagnosticado como condromatosis sinovial grado 3-4 y otro que resultó un sinoviosarcoma indiferenciado. Las otras correspondieron a lesiones inflamatorias (6 casos).

Se encontró en 7 pacientes lesión rotuliana. Mencionamos resumidamente el tratamiento realizado en los distintos casos para tener una visión global del tema, en las lesiones meniscales se realizaron resecciones totales, subtotalet y regularizaciones, prevaleciendo el criterio conservador del tejido meniscal, el afeitado de la sinovial y el cartílago y el debridamiento del muñón del Ligamento Cruzado Anterior (L.C.A.).

Destacamos que en sólo 4 pacientes efectuamos la reparación artroscópica del L. C. A..

---

## CONCLUSIONES

---

- 1) Del total de pacientes que fueron intervenidos con diagnóstico positivo, el 83 % presentó alguna patología.
- 2) El 16,3% de los exámenes fueron normales.
- 3) De los 67 casos que evidenciaron patología, en 20 de ellos fue erróneo el diagnóstico semiológico.
- 4) La localización del dolor como síntoma aislado, no siempre reflejó la ubicación de la lesión meniscal, sobre todo, el dolor en la interlínea externa del cual registramos un 10,3% de falsos positivos: Cuando el dolor fue bilateral no hubo diferencia significativa, 0,7%.
- 5) Clínicamente podríamos decir que las lesiones que mayor bloqueo de la articulación produjeron, fueron las roturas en asa de balde y las

degenerativas que en total sumaron un 65%.

- 6) La lesión que mayor problema ocasiona, me refiero clínicamente, es la rotura aguda del L. C. A., tanto parcial como total, teniendo en cuenta lo siguiente: que presentaron inestabilidad anteroposterior 9 casos, 3 tenían lesión confirmada por R. N. M., y encontramos la lesión en 12 pacientes de los cuales en 4 se indicó la reparación artroscópica del ligamento previamente. En los 3 restantes el hallazgo fue casual.
- 7) La rotura parcial del L. C. A. aguda o crónica nunca fue diagnosticada clínicamente, aclarando que en ningún caso se efectuó examen bajo anestesia.
- 8) Encontramos relación entre el signo o síntoma (crujido articular) 26% y los hallazgos de lesiones condromalácicas 23,8% en sus distintos grados.
- 9) De 7 pacientes con lesiones rotulianas en sus distintos tipos, sólo uno fue diagnosticado previamente como Sind. de Hipertensión Externa (S. H. P. E).
- 10) Por último podemos decir que la valoración del cuádriceps en comparación con el lado sano, y teniendo en cuenta si es derecha o izquierda, nos indica altas probabilidades de lesión, comparando que el 83,8% de los exámenes patológicos sumaban entre cuádriceps regular y malo un 65,1%.

Sin duda que esto puede decepcionar al clínico que indica una artroscopía en una rodilla dolorosa, pero los casos presentados fueron diagnosticados clínicamente con las maniobras clásicas y ayudado por una simple Rx. Evidentemente las estructuras intra y extra articulares que se lesionan son muchas y no siempre **Meniscales**. De todos modos fueron consultadas otras series sobre este tema y la nuestra es común a muchas de ellas sin que esto signifique un consuelo. Pero es aquí donde adquiere valor la cirugía artroscópica, que es una técnica mínimamente invasiva, con muy poca morbilidad, riesgo mínimo de infección y rápida recuperación. Ese valor es la posibilidad de una visión completa y directa de la articulación haciendo diagnóstico **Intraoperatorio** lo cual en la mayoría de los casos brindando una solución definitiva.

De ninguna manera restamos importancia al interrogatorio, al examen físico, ni a los exámenes complementarios; al contrario, creemos como todos que de los dos primeros dependen nuestros aciertos. Lo ideal es encontrar la lesión sospechada como así

también lo ideal es ver la lesión presente, lo que demanda una técnica depurada.

---

### BIBLIOGRAFIA

---

1. Insall J: Cirugía de la Rodilla. Tomo 1, 1994.
2. Scott N: La rodilla, Lesiones del Ligamento y Mecanismo Extensor, 1992.
3. Muscolo D: Lesiones Traumáticas de la rodilla. Artroscopía y Resonancia Magnética. Revista Argentina De Artroscopía Vol 1 N°1, 1994.
4. Amoczky S: Lesiones del Cartilago Articular. Revista Argentina de Artroscopía, Vol 1 N° 1 1994
5. Roig E: Lesiones del menisco externo de la rodilla. Tratamiento Artroscópico. Revista de la A. A. O.y T., Año 58 N° 2, 1993.