

Tratamiento artroscópico de las lesiones meniscales

Estudio retrospectivo de 484 casos

A. F. LACLERIGA, J. A. CARA y J. R. VALENTI

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Resumen.—Se analizan retrospectivamente 484 procedimientos artroscópicos realizados entre 1980 y 1993, en los que se encontró patología meniscal. La edad de los pacientes estudiados osciló entre los 6 a los 77 años (media de 37). En 447 casos la lesión afectó a un solo menisco. El menisco interno fue el más afectado (344 vs 167). La edad media de las lesiones traumáticas (30 años) fue menor que la de las degenerativas (50 años), ocupando las complejas—lesiones mixtas de difícil explicación etiológica— una posición intermedia (40 años). El daño del cartilago fue la lesión asociada más frecuente, observándose hasta en un 64% afectación del compartimento femoropatelar. El 25% presentaron lesiones del LCA. En las lesiones agudas se observó con más frecuencia la afectación del menisco externo y en las crónicas la del interno. El tratamiento habitual fue la menisectomía parcial obteniendo resultados a corto plazo satisfactorios en el 91% de los casos. No encontramos en nuestra serie complicaciones mayores como infección, parálisis nerviosas o lesiones vasculares.

ARTHROSCOPY SURGERY IN MENISCAL LESIONS. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 484 CASES

Summary.—A total of 484 arthroscopy procedures performed from 1980 to 1993 in cases with meniscal lesions, have been studied retrospectively. The age of patients ranged from 6 to 77 years (mean 37). In 447 cases, the lesion was localized in only one of the meniscus. Patients with traumatic lesion presented a mean age (30 years) inferior to those with degenerative lesions (50 years), complex lesion occupying a intermediate situation (40 year). Cartilaginous degeneration was found to be the most frequent associated lesion. In 64% of the procedures the cartilage of the femoropatelar compartment was also affected. In 25% of the knees ACL injuries were observed. ACL acute lesions were seen more frequently in external meniscus lesions and ACL chronic lesions in internal meniscus lesions. The standard therapeutic procedure was partial menisectomy. Satisfactory results were achieved in 91% of case. No mayor complications (septic arthritis, neurologic palsy or vascular lesions) were seen.

INTRODUCCIÓN

La incidencia actual de lesiones meniscales se estima en 9 varones y 4,5 mujeres por 100.000 habitantes (3). La sintomatología en las lesiones agu-

das incluye dolor, hiposis, inestabilidad y bloqueo de la movilidad. En los casos de larga evolución es previsible encontrar un daño progresivo del cartilago articular y artrosis secundaria.

El tratamiento tradicional de las meniscopatías ha consistido en la menisectomía total vía artrotomía. La artrotomía precisa un largo período para recuperar la movilidad, que en bastantes ocasiones es molesto para el paciente.

La aparición de la artroscopia ha conseguido una recuperación más rápida y una disminución

Correspondencia:

Dr. ANTONIO F. LACLERIGA GIMÉNEZ
Hospital Clínico Universitario
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza

del riesgo de artrosis evolutiva. Sin embargo, en los jóvenes que sufren una meniscectomía amplia el riesgo de artrosis degenerativa es alto.

El objeto del presente trabajo es contribuir a un mejor conocimiento de la fisiopatología meniscal y a la mejora de las posibilidades terapéuticas a partir de la revisión de los procedimientos artroscópicos en los que se observó una lesión meniscal desde el inicio de la cirugía artroscópica en nuestro departamento (año 1980) hasta la actualidad (1993).

MATERIAL Y MÉTODOS

Sobre un total de 1276 artroscopias de rodillas se seleccionaron 484 que presentaban lesiones meniscales. El procedimiento se realizó por un mismo equipo quirúrgico con técnicas anestésicas regionales en el 60% de los pacientes (40% epidural, 17% raquídea y 3% local). El abordaje más frecuentemente usado fue el anteroexterno 94%. En un 4% de los casos se utilizó el combinado (anteroexterno y anterointerno) y en un 1% el anterointerno aislado y la doble triangulación mediante un abordaje central.

El intervalo de edad osciló entre 6 y 77 años, existiendo un pico máximo en la tercera década de la vida y siendo excepcionales los procedimientos efectuados por debajo de los 16 años (7) o por encima de los 70 (4). Del total, 365 (74%) fueron varones y 119 (26%) mujeres. Lo más frecuente fue la afectación de un solo menisco. En 57 de los casos la meniscopatía fue doble (12%). El menisco interno se observó lesionado en 334 (69%) casos y el externo en 167 (34%).

El seguimiento de la serie osciló entre 1 y 12 años, con una media de 5 años y cuatro meses.

RESULTADOS

Las lesiones más frecuentes del menisco interno fueron las traumáticas (50%) seguidas de las degenerativas (34%). Este porcentaje se invierte en el

menisco externo donde las lesiones degenerativas (36%) superaron a las traumáticas (24%). Es de destacar cómo las lesiones propias del menisco externo, pico de loro y discoides suponen un 25% del total de las lesiones del comportamiento lateral (tabla I).

En ambos meniscos la edad de aparición de lesiones traumáticas (media = 30 años) precede a las de las degenerativas (media = 50 años). Las lesiones complejas ocupan un lugar intermedio presentándose entre los 35 y 40 años de edad.

Las meniscopatías se asocian a lesiones de otros componentes de la articulación de la rodilla en un número no despreciable de casos. Así el 70% (338) de los casos presentan lesiones cartilagosas, el 25% (121) del LCA y el 20% (97) del tejido sinovial.

Las lesiones cartilagosas son más frecuentes en la rótula (305-64%), seguidas del compartimento interno (251-52%) y del externo (106-22%). Sin embargo las lesiones del compartimento femoropatelar fueron en general menos graves que las de los compartimentos femorotibiales, en donde el porcentaje lesiones graves (tipos III y IV) superaban el 30%.

La meniscectomía parcial fue el procedimiento más frecuente 84% (410). Un 2% (10) de lesiones requirieron meniscectomía total. En un 8% (37) se practicaron suturas u otros procedimientos destinados a conservar el menisco en su totalidad. En el 6% (32) restante no se practicó ningún procedimiento al considerarse la lesión estable o no mejorable.

Los resultados han sido excelentes a corlo plazo en el 91% (440) de los casos. Sólo el 9% (48) de los pacientes presentaron molestias. De estos el 1,8% (9) precisó reintervención artroscópica (5 meniscos externos, 3 internos y una doble meniscopatía). De los tres casos del menisco interno, en dos se había practicado una sutura meniscal.

Tabla I: Distribución del tipo de lesión según menisco.

| Tipo de la lesión | Internas | Externas |
|-------------------------|------------|------------|
| Deslizamiento cuerno a. | 3 | 0 |
| Discoide | 0 | 6 |
| Laxitud | 11 | 7 |
| Desinserción | 43 | 5 |
| Sección horizontal | 11 | 24 |
| Sección longitudinal | 9 | 5 |
| Asa de cubo | 47 | 15 |
| Bandeleta | 62 | 22 |
| Compleja | 34 | 27 |
| Degenerativa | 105 | 53 |
| Ausente | 9 | 3 |
| Total | 334 | 167 |

DISCUSIÓN

La lesión del menisco es más frecuente en edades posteriores a la finalización del crecimiento (1) La complejidad de las lesiones aumenta con el paso de los años (2, 3).

El menisco interno es más frecuentemente afectado y su patología se debe en más del 50% de los casos a traumatismos. En el menisco externo la frecuencia de lesiones traumáticas desciende y es llamativo la existencia de lesiones que no se observan en la zona interna, pico de loro (21%) y menisco discoide (3%).

El pronóstico de las meniscopatías va a depender de la efectividad del tratamiento y del grado de lesión previo. Hay que tener en cuenta que en el 65% de estos pacientes existen lesiones en el cartílago femoropatelar, siendo el 12% de éstas graves. Además un alto porcentaje de las meniscopatías internas o externas presentan lesión del cartílago femorotibial.

Existe una frecuente asociación entre las lesiones del LCA y las meniscopatías (25% en nuestra serie y hasta un 33% en la serie de Cooper y cols.) (4). La reparación del LCA parece mejorar el pronóstico de la lesión meniscal (4, 5).

Si a la existencia de estas lesiones añadimos una meniscectomía amplia, el resultado puede ser el desarrollo de una artrosis progresiva. Hay que tener en cuenta que con la meniscectomía total aumenta en más de un 50% la transmisión de cargas en extensión y más del 90% en flexión, a parte de disminuir la capacidad de nutrición y lubricación del cartílago (6).

Si bien las meniscectomía parcial ha mejorado mucho la perspectiva a corto y medio plazo de estos pacientes, sólo con las nuevas técnicas de reparación meniscal podremos prevenir, sobre todo en los pacientes más jóvenes, el desarrollo de una artrosis tardía. Para tales casos hemos usado en nuestra serie el tratamiento abstencionista, el reavivamiento meniscal y las técnicas de sutura con resultados similares a los obtenidos por otros autores (7, 8). No tenemos experiencia en el uso de cola de fibrina (7) o injertos de fascia (8), y al igual que la mayoría observamos con expectación los resultados clínicos del uso de aloinjerto y materiales reabsorbibles (9, 10).

El uso del láser en la cirugía artroscópica meniscal parece compensar sus ventajas (mayor precisión) con sus inconvenientes (lesión térmica) y deberá ser por tanto mejorado. Entre tanto el material de corte mecánico (manual o motorizado) sigue siendo la alternativa más eficaz.

Bibliografía

1. **Hede A, Jensen DB, Blyme P, Sonneholt S.** Epidemiology of meniscal lesions in the knee: 1215 open operations in Copenhagen 1982-84. *Acta Orthop Scand* 1990; 61: 435-7.
2. **Poehling GG, Ruch DS, Chabon SJ.** the landscape of meniscal injuries. *Clin Sports Med* 1990; 9: 539-49.
3. **Dandy DJ.** The arthroscopic anatomy of symptomatic meniscal lesions. *J Bone Joint Surg* 1990; 72-B: 628-33.
4. **Cooper DE, Arnoczky SP, Warren RF.** Arthroscopy meniscal repair. *Clin Sports Med* 1990; 9: 589-607.
5. **DeHaven KE, Black KP, Griffiths HJ.** Open meniscus repair: Technique and two to nine year results. *Am J Sports Med* 1989; 17: 788-95.
6. **Renstrom P, Johnson RJ.** Anatomy and biomechanics of the menisci. *Clin Sports Med* 1990; 9: 523-38.
7. **DeHaven KE, Sebastienelli WJ.** Open meniscus repair: indications, technique and results. *Clin Sports Med* 1990; 9: 577-87.
8. **Henning CE.** Current status of meniscal salvage. *Clin Sports Med* 1990; 9: 567-76.
9. **Arnoczky SP, Warren RF.** Meniscal replacement using a cryopreserved allograft: an experiment study in the dog. *Clin Orthop* 1990; 252: 121-28.
10. **Stone KR, Rodkey WG, Webber RJ, McKinney FA, Steadman JR.** Future directions: Collagen based prostheses for meniscal regeneration. *Clin Orthop* 1990; 252: 129-35.