

HOSPITAL GENERAL DEL INSALUD DE ALICANTE.
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Jefe de Servicio: DE ANTA DE BARRIO

Artroscopia quirúrgica de la rodilla (nuestra experiencia en 500 intervenciones)

S. CAMPOS RÓDENAS, J. RUBIO FUENTES, A. CALDERÓN ARNEO,
F. JORDÁ GISBERT, y F. NICOLÁS CAÑIBANO

RESUMEN

El objeto de este trabajo es presentar la experiencia y la valoración estadística en 500 artroscopias quirúrgicas de rodilla realizadas por los autores, describiendo la patología hallada, técnica empleada y complicaciones per y postoperatorias.

Descriptores: Rodilla. Artroscopia quirúrgica. Meniscopatías. Meniscectomías.

SUMMARY

Five-hundred arthroscopies of the knee were performed by the authors.

The statistical significance of the pathology found, the technique and post-operative complications are studied in these patients.

Key Words: Arthroscopic surgery. Knee. Meniscal lesions. Meniscectomy.

Introducción

Antes del desarrollo de la cirugía artroscópica de la rodilla, esta articulación era un cajón de sorpresas en la que las exploraciones clínicas y radiológicas no siempre permitían un correcto diagnóstico. Por otro lado la práctica de la artrotomía de la rodilla implicaba un mayor tiempo de hospitalización y un período de rehabilitación prolongado con retraso en la reincorporación laboral y deportiva así como un mayor índice de complicaciones.

Sin embargo, la artroscopia de la rodilla nos permite llegar a un diagnóstico certero y resolver la patología mecánica de la rodilla reduciendo el período de incorporación a la vida habitual del paciente y el número de complicaciones.

Material y métodos

Se ha practicado artroscopia a 500 pacientes con una edad comprendida entre los 16 años y los 54 años, observando una máxima incidencia entre los 25 y 30 años (tabla I), con un predominio de varones (76'60%) sobre hembras (23'40%) y con una mayor afectación de la rodilla derecha (63%) sobre la izquierda (37%).

Los mecanismos de producción han sido:

- a. Accidente deportivo ... 305 casos (61%)
- b. Accidente de trabajo .. 140 casos (28%)
- c. Accidente casual 50 casos (10%)
- d. Accidente de tráfico .. 5 casos (1%)

En cuanto al material empleado hemos utilizado una artroscopio Wolf, con cámara, monitor y magnetoscopio.

El instrumento quirúrgico utilizado (WOLF y ACUFEX) ha sido el siguiente:

- *Material no motorizado:*
- Gancho de exploración.

- Pinzas Basket Rectas 3'4 × 4'5 mm.
 - Pinzas Basket 90ª derecha.
 - Pinzas Basket 90ª izquierda.
 - Tijeras Rectas.
 - Tijeras Curvas 60ª derecha e izquierda.
 - Pinza de menisco.
 - Pinza de agarre con seguro.
- *Material motorizado:*
- Condrotomo AESCULAP con aplanador, redondeador y fresa.

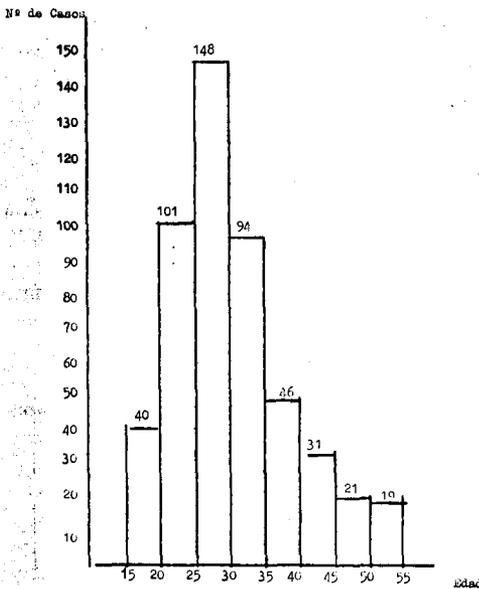


TABLA N.º 1

Anatomía patológica de las lesiones. (Tabla II)

A. Roturas meniscales:

Las hemos encontrado en 459 casos (91'80%), observándose un predominio lesional del menisco interno (71%) sobre el menisco externo (29%).

- *Menisco interno (325 casos):*
 - Longitudinal posterior 143 (44%)
 - Legüeta 95 (29%)
 - Asa de cubo 65 (20%)
 - Desinserción 10 (3%)
 - Rotura horizontal .. 6 (2%)
 - Rotura transversal . 3 (1%)
 - Degenerativas 3 (1%)

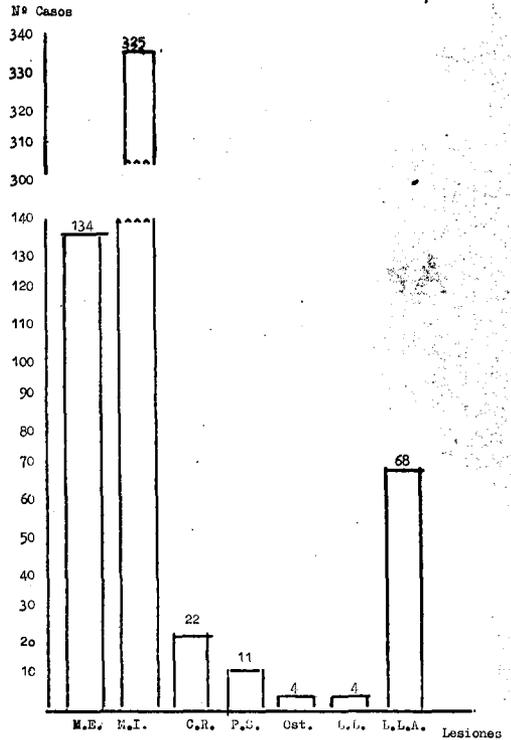


TABLA N.º 2

- M. E.: Menisco Externo.
- M. I.: Menisco Interno.
- C. R.: Condropatía Rotuliana.
- P. S.: Plica Sinovial.
- Ost.: Osteocondritis.
- L. L.: Lesiones ligamentosas aisladas.
- L. L. A.: Lesiones ligamentosas asociadas.

- *Menisco externo (134 casos):*

- Rotura transversal . 44 (33%)
- Rotura longitudinal posterior 35 (26%)
- Rotura longitudinal anterior 23 (17%)
- Asa de cubo 15 (11%)
- Lengüeta 11 (8%)
- Quiste menisco externo 5 (4%)
- Menisco discoideo . 1 (1%)

B. Condromalacias rotulianas:

Hemos encontrado 22 casos (4'4%), distribuidos en estadios de la siguiente forma:

- Estadio I 6 (27'3%)
- Estadio II 12 (54'5%)
- Estadio III 4 (18'2%)

- C. *Plicas sinoviales*11 casos (2'2%)
 D. *Osteocondritis* 4 casos (0'8%)
 E. *Patología ligamentaria:*

Incluimos en este apartado las lesiones del ligamento cruzado anterior y posterior.

- Lesiones aisladas: 4 casos (0'8%)
 - a. L.C.A.: 3 casos.
 - b. L.C.P.: 1 caso.
- Lesiones asociadas: 68 casos (13'6%)
 - a. A lesión menisco interno 47 (69%)
 - b. A lesión menisco externo 11 (16%)
 - c. A lesión ambos 10 (15%)

Hemos de destacar en este apartado, la frecuente asociación encontrada entre la ausencia de L.C.A que provoca una inestabilidad con Jerk-Test positivo lo que puede producir al cabo de un tiempo de rotura longitudinal o transversal del cuerno posterior del menisco interno asociado a una rotura longitudinal o transversal del cuerno medio del menisco externo. Siempre que intervenimos patología asociada de ambos meniscos encontramos asociada lesión de L.C.A.

Técnica quirúrgica

En las 500 artroscopias hemos utilizado el material descrito anteriormente y un sistema de irrigación con bolsas de 3 l. de suero fisiológico, colocadas a 2 m. de altura con una conexión en Y.

Técnicas de anestesia. Se han utilizado 2 tipos:

1. General: en 482 casos.

En todos los casos, una vez anestesiado el enfermo se procede a una exploración sistemática de la rodilla, valorando los déficits de flexoextensión, existencia de Varo-Valgo, Lachmann, Jerck-Test, Cajón anterior y posterior.

2. Epidural: en 18 casos.

Todos los pacientes mayores de 50 años.

En las roturas longitudinales, asas de cubo y lengüetas, actuamos con basket recto y tijeras curvas, regularizando el resto estable mediante condrotomo motorizado.

En las roturas transversales del menisco externo asociadas a quistes meniscales, actuamos únicamente sobre la rotura transversal, no sobre el quiste el cual acaba desapareciendo posteriormente.

En las plicas sinoviales, practicamos sección de las mismas con tijera recta, completándose algunas veces con pinza basket.

En las condropatías, se practico shaving con el condrotomo, asociándose algunas veces sección percutánea del alerón externo.

En las osteocondritis, se practican perforaciones tipo Pridie con broca convencional.

Siempre, al finalizar el acto quirúrgico, tras un lavado prolongado de la articulación con suero fisiológico, se infiltra en la misma Bupivacaina con adrenalina, con lo cual intentamos disminuir el dolor postoperatorio inmediato y la incidencia de hemartrosis.

La movilidad de la rodilla y la deambulación se comienza al día siguiente de la intervención, indicándole al paciente que durante los primeros 15 días no permanezca muchas horas seguidas de pie, realice ejercicios de flexo-extensión de rodilla, elevación de la pierna en extensión y procurando colocarse hielo en la rodilla durante 20 minutos después de los ejercicios.

Complicaciones

1. *Peroperatorias:*

- a. Pseudoflebitis: 8 casos (1'6%).

Todas ocurrieron durante las primeras artroscopias quirúrgicas debido a la extravasación del suero por acto quirúrgico prolongado y en casos de rotura capsular.

- b. Lesión ligamento lateral interno: 1 caso (0'2%). En paciente de 53 años.

- c. Rotura material: 1 caso (0'2%).

Rotura de una tijera recta extrayéndose con una pinza de agarre.

2. *Postoperatorias:*

- a. Artrocentesis: 90 casos (18%).
- b. Tromboflebitis: 2 casos (0'4%).
- c. Fibrosis cicatrizial: 4 casos (0'8%).
- d. Fístula sinovial: 2 casos (0'4%).

Resultados

1. Referente a la cirugía meniscal artroscópica hemos tenido 97% de buenos resultados y un 3% de resultados regulares, principalmente debido a defectos técnicos al inicio de la serie.

La valoración se basa en los siguientes parámetros:

Bueno: 1. Desaparición de la sintomatología (dolor, bloqueo).

2. Ausencia de derrame o hemartrosis.

3. Flexo-extensión completa.

4. Vuelta a la actividad laboral o deportiva antes de los 15 días.

Regular: Fallo en 2 de los 4 parámetros.

Malo: Fallo en 3 de los 4 parámetros.

El tiempo medio de hospitalización tras meniscectomía ha sido de 1 día.

2. En la condromalacia rotuliana hemos obtenido los siguientes resultados:

– 50% buenos.

– 50% malos.

Pensamos que en la patología patelo-femoral con ángulo Q mayor de 20^a y estadio II-III, el shaving y la sección percutánea del alerón externo, no resuelven el problema, persistiendo la clínica y la aparición casi constante de hemartrosis, por lo cual creemos indicado una cirugía de alineación: Elmslie-Trillat.

Discusión

Pensamos que la cirugía artroscópica de la rodilla presenta una gran ventaja en

la patología meniscal resolviendo con muy buenos resultados cerca del 100% de los casos, acortando el tiempo de recuperación y la hospitalización del enfermo, permitiendo un reintegro laboral y deportivo temprano.

Sin embargo, en la patología osteocondral los resultados obtenidos no han sido del todo satisfactorios y pensamos que tiene vigencia en la actualidad, realizar cirugía tendente a solucionar los problemas biomecánicos causantes de esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. CHASSAING, V. PARIER, J. (1985): *Arthroscopie diagnostique et opératoire du genou*. France. Masson.
2. LANNY, L. JOHNSON, M. D. (1977): *Comprehensive arthroscopic examination of the knee*. Saint Louis. The C. V. Mosby Company.
3. MARQUÉS, J. BARCELÓ, P. (1977): *La artroscopia*. Barcelona. Laboratorios FHER, S. A.
4. O'CONNORS, S. (1984): *Textbook of Arthroscopic Surgery*. Philadelphia. J. B. Lippincott Company.