

# Menisco externo discoideo. Tratamiento artroscópico con 9 años de seguimiento

ARTURO MAKING, ESTEBAN GARCES, MIGUEL PUIGDEVALL, MIGUEL AYERZA, D. LUIS MUSCOLO

*Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires.*

**RESUMEN:** Se evaluaron 25 pacientes con menisco externo discoideo sintomático que fueron tratados mediante meniscectomía artroscópica. La exéresis fue total en 8 pacientes y parcial en 17. El seguimiento posoperatorio promedio de la serie fue de 9 años, con un rango entre 4 y 18 años. Según la evaluación funcional de Ikeuchi, el 88% de los pacientes tratados con meniscectomía parcial obtuvo un resultado excelente, mientras que, en los tratados con meniscectomía total, sólo el 40% tuvo un resultado similar. No se evidenció un mayor desgaste articular del compartimiento externo de la rodilla afectada en comparación con la rodilla contralateral en los pacientes tratados.

**PALABRAS CLAVE:** Menisco. Menisco discoideo. Meniscectomía.

**EXTERNAL DISCOID MENISCUS. ARTHROSCOPIC TREATMENT WITH 9-YEAR-FOLLOW-UP**

**ABSTRACT:** Twenty five patients with symptomatic external discoid meniscus, treated with arthroscopic meniscectomy, were evaluated. Surgery was total in 8 patients and partial in 17. Postsurgery follow-up averaged 9 years (range 4-18 years). According to Ikeuchi functional evaluation, outcomes was excellent in 88% of the patients in the partial surgery group and in only 40% of those in the total surgery group. Joint wasting of the external compartment was not greater in the operated knee, when compared with the contralateral knee.

**KEY WORDS:** Meniscus. Discoid meniscus. Meniscectomy.

El menisco discoideo es una anomalía morfológica que fue descrita, por primera vez, por Young, en 1889. La localización más frecuente es el compartimiento externo de la rodilla. La etiología y fisiopatología han originado considerables discusiones. Se ha sugerido que se debe a la detención del desarrollo del menisco normal en una fase embrionaria.<sup>17,20</sup> Otros consideran que la forma discoidea es adquirida y atribuible a inserciones anómalas de los ligamentos de Wrisberg y de Humphrey, por lo que el menisco es hipermóvil en su porción posterior al no existir una unión meniscotibial posterior normal.<sup>12</sup>

Habitualmente, no produce sintomatología, por lo cual resulta difícil estimar su verdadera incidencia.<sup>5-17</sup> Se la ha calculado entre el 1,2 y el 15,5% del total de las meniscectomías realizadas.<sup>4,5,10,11,18,20</sup> Esta incidencia parecería ser mayor en la población japonesa, ya que aparentemente el 10% tendría un menisco discoideo externo.<sup>10,24</sup>

Según la clasificación de Watanabe,<sup>24</sup> que se basa en el grado de cobertura del platillo tibial externo y la presencia o ausencia del ligamento meniscotibial posterior, existen tres tipos de menisco discoideo lateral: completo, incompleto y tipo ligamento de Wrisberg.

El tratamiento de las lesiones sintomáticas del menisco externo discoideo es controvertido. Se debe tener en cuenta la clínica del paciente, la extensión y variante de la lesión, y las patologías asociadas de la rodilla, para luego tomar una decisión sobre la extensión de la meniscectomía por realizar.<sup>14</sup>

El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados clínicos y analizar los cambios radiológicos a largo plazo del tratamiento artroscópico, ya sea mediante meniscectomía parcial o total del menisco externo discoideo sintomático.

## Material y métodos

Entre 1976 y 1996, se efectuaron 2725 artroscopias de rodilla en el Hospital Italiano de Buenos Aires; 45 pacientes tenían diagnóstico artroscópico de menisco externo discoideo. En 20 pacientes, el menisco discoideo era asintomático y el diagnóstico se confirmó durante un procedimiento artroscópico. Los 25 pacientes restantes tenían una lesión sintomática del menisco externo discoideo

Recibido el 27-7-2000. Aceptado luego de la evaluación el 25-8-2000.  
Correspondencia: Dr. A. MAKING  
Hospital Italiano de Buenos Aires  
Potosí 4215 (1199) Buenos Aires,  
Argentina

y fueron tratados con meniscectomía artroscópica. En 8 pacientes, la meniscectomía fue total y, en 17, parcial.

La edad promedio de la población era de 25 años, con un rango entre 9 y 42 años. Quince pacientes eran de sexo masculino; y diez, de sexo femenino. La rodilla afectada fue la izquierda en 15 casos y la derecha en 10 casos.

De acuerdo con la clasificación de Watanabe, 21 pacientes tenían un menisco discoideo tipo completo; y 4, tipo incompleto.

El seguimiento posoperatorio promedio de la serie fue de 9 años, con un rango entre 4 y 18 años.

Los resultados clínicos fueron analizados mediante la evaluación funcional de Ikeuchi (Tabla 1).<sup>10</sup> Un resultado excelente indica ausencia de síntomas mecánicos, ausencia de dolor y un rango completo de movilidad. El resultado bueno indica ausencia de síntomas mecánicos, dolor leve y ocasional con el ejercicio, y un rango completo de movilidad. El resultado es regular cuando hay síntomas mecánicos, dolor de leve a moderado con el ejercicio y la movilidad de la rodilla es total. Un resultado pobre indica la presencia de síntomas mecánicos, dolor de moderado a severo con el ejercicio, y limitación en el rango de movilidad de la articulación.

**Tabla 1.** Evaluación funcional de Ikeuchi

GRADO	DESCRIPCIÓN
Excelente	Sin síntomas mecánicos (click o bloqueos) Sin dolor Rango total de movilidad
Bueno	Sin síntomas mecánicos Dolor leve ocasional con el ejercicio Rango total de movilidad
Regular	Síntomas mecánicos. Leve a moderado dolor con el ejercicio Rango total de movilidad
Pobre	Síntomas mecánicos. Dolor moderado a severo con el ejercicio o dolor de reposo Limitación de la movilidad

**Tabla 2.** Clasificación radiológica de osteoartritis de Ahlback modificada por Bentley

ESTADIO	RADIOGRAFÍA
I	Pinzamiento articular
II	Pinzamiento articular con osteófito marginal
III	Pinzamiento del espacio articular, osteófito marginal más esclerosis subcondral
IV	Obliteración del espacio articular con erosión ósea y/o quiste subcondral
V	Obliteración del espacio articular, inestabilidad y subluxación de la articulación

También, se evaluaron radiográficamente ambas rodillas en forma comparativa para objetivar el potencial desarrollo de osteoartritis en el compartimiento externo de la rodilla operada. Para esto, se utilizó la clasificación radiológica de osteoartritis de Ahlback, modificada por Bentley (Tabla 2)."

## Resultados

La incidencia de menisco externo discoideo con diagnóstico artroscópico fue del 1,65% sobre el total de las artroscopias realizadas en nuestro centro durante 20 años.

Según la evaluación funcional de Ikeuchi, el resultado fue excelente en 15 (88%) de los 17 pacientes tratados con meniscectomía parcial. Los dos pacientes restantes (12%) obtuvieron un resultado regular. De los pacientes tratados con meniscectomía total, 3 (40%) tuvieron un resultado excelente; 3 casos (40%), bueno y los dos restantes (20%), regular. No se obtuvieron malos resultados en ninguno de los dos grupos.

El 82% (14 casos) de los pacientes tratados con meniscectomía parcial retornó a la actividad deportiva, previa a la lesión meniscal, mientras que sólo el 25% (2 pacientes) de los tratados con meniscectomía total mantuvo el mismo nivel de actividad física.

En ninguno de los pacientes, se observó mayor grado de artrosis en el compartimiento externo de la rodilla operada en comparación con la rodilla contralateral no operada.

## Discusión

La mayoría de los autores están de acuerdo en que un menisco discoideo asintomático completo o incompleto, sin evidencias de ruptura o inestabilidad, no requiere tratamiento quirúrgico.<sup>2,5,8,21,22</sup> Tampoco se ha observado que un menisco discoideo asintomático aumente las posibilidades de que se desarrollen cambios degenerativos en la articulación.<sup>9</sup>

En cambio, cuando la lesión es sintomática, la mayoría de los autores concuerda en la necesidad de una cirugía. Uno de los tratamientos propuestos es la meniscectomía total.<sup>5,10,13</sup> Un trabajo publicado sobre una serie de pacientes tratados con meniscectomía total y un seguimiento de 20 a 26 años comunicó buenos resultados subjetivos en más del 90% de los casos." Sin embargo, estos pacientes tuvieron un deterioro radiológico de la articulación de grado moderado a severo en la mayoría de los controles. Otros autores informaron la ausencia de cambios degenerativos en el seguimiento a largo plazo de una población de niños con un promedio de edad de 10 años, al momento de la meniscectomía.<sup>1,21</sup> Otros trabajos muestran mejores resultados funcionales y radiológicos luego de una meniscectomía parcial<sup>3,6,7,16,17,19</sup> en una serie publicada de pacientes tratados con meniscectomía parcial y con excelentes resultados

clínicos, no se observaron cambios degenerativos en la articulación durante el seguimiento radiológico, a diferencia de los pacientes tratados por el mismo autor con una meniscectomía total.<sup>7</sup>

El presente trabajo sugiere mejores resultados clínicos en los pacientes tratados con meniscectomías parciales. Esto coincide con lo publicado por otros autores<sup>19</sup> que, con la evaluación funcional de Ikeuchi, obtuvieron un 94% y un 83% de resultados excelentes y buenos en los pacientes tratados con meniscectomías parciales y totales, respectivamente. Otro trabajo comparativo publicado refiere mejores resultados funcionales y radiológicos posmeniscectomía parcial,<sup>16</sup> pero a diferencia de los anteriores, los resultados fueron estudiados con un sistema de evaluación funcional diferente.

Actualmente, la meniscectomía total se realiza sólo cuando es inevitable, debido a factores relacionados con el tipo de lesión; aparentemente, el pronóstico es mejor en niños que en adultos.<sup>7</sup> De acuerdo con la clasificación de Watanabe, se recomienda la meniscectomía parcial para el menisco discoideo tipo completo o incompleto, en el que la inserción posterior del menisco discoideo es normal y le origina suficiente estabilidad al remanente meniscal.<sup>1</sup> Este resto meniscal actuaría como un espaciador articular, y colaboraría en la estabilidad de la articulación al transmitir las cargas en forma similar al menisco normal. La meniscectomía total estaría indicada solamente cuando hay un menisco discoideo tipo Wrisberg,<sup>1,5,12</sup> ya que la meniscectomía parcial no solucionaría la inestabilidad propia de la porción posterior de este tipo de menisco.

### Referencias bibliográficas

1. **Aichroth, P:** Congenital discoid lateral meniscus in children: A follow up study and evolution of management. *J Bone Jt Surg (Br)*, 73: 932-936, 1991.
2. **Albertsson, M:** Discoid lateral menisci: A report of 29 cases. *J Arthroscopy*, 4: 211-214, 1988.
3. **Bellier, J; Dupont, JY, y Larrain, M:** Lateral discoid menisci in children. *Arthroscopy*, 5: 52-56, 1989.
4. **Cave, EF, y Staples, OS:** Congenital discoid lateral meniscus: A cause of internal derangement of the knee. *Am J Surg*, 54: 371-376, 1941.
5. **Dickhaut, SC, y DeLee, JC:** The discoid lateral meniscus syndrome. *J Bone Jt Surg (Am)*, 64: 1068-1073, 1982.
6. **Fritschy, D, y Gonseth, D:** Discoid lateral meniscus. *Int Orthop*, 15: 145-147, 1991.
7. **Fujikawa, K, y Iseki, F:** Partial resection of the discoid meniscus in the child's knee. *J Bone Jt Surg (Br)*, 63: 391-395, 1981.
8. **Griffin, PP:** The lower limb. En: **Lovell, WW, y Winter, RB:** *Paediatric Orthopaedics*. 2° ed. Filadelfia: JB Lippincott; 1986: 887.
9. **Hayashi, LK, y Yamaga, H:** Arthroscopic meniscectomy for discoid lateral meniscus in children. *J Bone Jt Surg (Am)*, 70: 1495-1500, 1988.
10. **Ikeuchi, H:** Arthroscopic treatment of the discoid lateral meniscus: technique and long-term results. *Clin Orthop*, 167: 19-29, 1982.
11. **Jeannopoulos, CL:** Observations on discoid menisci. *J Bone Jt Surg (Am)*, 32: 649-652, 1950.
12. **Kaplan, EB:** Discoid lateral meniscus of the knee joint: nature, mechanism and operative treatment. *J Bone Jt Surg (Am)*, 39: 77-87, 1957.
13. **Kurosaka, M, y Yoshiya, S:** *Lateral discoid meniscectomy. A 20 year follow up*. San Francisco: AAOS; 1987.
14. **Makino, A:** Menisco discoideo lateral de rodilla: diagnóstico y tratamiento. *Rev Arg Arthroscopia*, 1(2): 107-112, 1994.
15. **Mathews, J; Cobb, AG; Richardson, S, y Bentley, G:** Distal femoral osteotomy for lateral compartment osteoarthritis of the knee. *Orthopedics*, 21(4): 237-440, 1998.
16. **McGinty, JB, y Geuss, LF:** Partial or total meniscectomy: A comparative analysis. *J Bone Jt Surg (Am)*, 59: 763-766, 1977.
17. **Nathan, PA, y Cole, SC:** Discoid meniscus. A clinical and pathologic study. *Clin Orthop*, 64: 107-113, 1969.
18. **Noble, J:** Lesions of the menisci: autopsy incidence in adults less than fifty-five years old. *J Bone Jt Surg (Am)*, 59: 480-483, 1977.
19. **Pellacci, F, y Montanari, G:** Lateral discoid meniscus: treatment and results. *J Arthroscopy*, 8: 526-530, 1992.
20. **Smillie, IS:** *Injuries to the knee joint*. 4° ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1970.
21. **Stone, RG, y Miller, G:** Discoid lateral meniscus: diagnosis and treatment. *J Arthroscopy*, 2: 113, 1986.
22. **Vandermeer, RD, y Cunningham, FK:** Arthroscopic treatment of the discoid lateral meniscus: results of long-term follow-up. *J Arthroscopy*, 5: 101-109, 1989.
23. **Washington, ER, y Root, L:** Discoid lateral meniscus in children: long-term follow up after excision. *J Bone Jt Surg (Am)*, 77:1357-1361, 1995.
24. **Watanabe, M; Takada, S, y Ikeuchi, H:** *Atlas of Arthroscopy*. 2°ed. Tokio: Igaku Shoin; 1969.