

Patología meniscal en el niño y adolescente

S. Cepero, A. Ey, A. Salvador, N. Ventura

*Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

Correspondencia:

*Dr. Santiago Cepero Campà
Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona.*

Se han realizado en nuestro Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología más de 200 artroscopias en pacientes con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años, con una edad promedio de 14,9 años. Las rupturas meniscales representan el 22,7% de los hallazgos artroscópicos y el menisco discoideo un 9,4%. Se han encontrado 48 rupturas meniscales en 45 pacientes. Con meniscectomía artroscópica parcial los resultados han sido excelentes en 40 pacientes (88,8%), regulares en 2 y malos en 3. En el caso de los meniscos discoideos se han realizado 20 artroscopias en 18 pacientes; mediante la resección artroscópica parcial, conservando la periferia del menisco, los resultados han sido excelentes en 17 pacientes (94,4%) y regulares en 1.

Palabras clave: Niño, adolescente, patología meniscal, artroscopia.

Meniscal disease in childhood and adolescence. Over 200 arthroscopies have been performed at our Traumatology and Orthopedic Surgery Service on patients between 4 and 18 years of age (mean age 14.9 years). Meniscal ruptures represent 22.7% of the arthroscopic findings, and discoid meniscus 9.4%. A total of 48 meniscal ruptures were detected in 45 patients. Using partial arthroscopic meniscectomy, the results have been excellent in 40 patients (88.8%), acceptable in 2 and bad in 3. As for discoid meniscus, 20 arthroscopies have been carried out on 18 patients. With partial arthroscopic resection, preserving the meniscal peripheral ring, the results have been excellent in 17 patients (94.4%) and acceptable in one.

Key words: Childhood, adolescence, meniscal disease, arthroscopy.



La artroscopia de rodilla se practica en nuestro hospital desde 1985, representando un importante avance en el diagnóstico y tratamiento de la patología de esta articulación y mejorando notablemente los resultados obtenidos hasta entonces.

Hasta diciembre de 1995 se han realizado 211 artroscopias en pacientes con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años, con un promedio de edad de 14,9 años.

Con cierta frecuencia, se observa patología meniscal en los niños y adolescentes; el objeto de este estudio ha sido evaluar su importancia real: los datos obtenidos demuestran

que 63 de los primeros 200 pacientes a los que hemos practicado una artroscopia tenían algún problema meniscal, lo que representa el 31,5% del total. Las meniscopatías que observamos son principalmente rupturas y meniscos discoideos.

Las rupturas por sí solas ya suponen en nuestra serie la patología más frecuente; si se añaden los meniscos discoideos, los problemas meniscales se sitúan muy por encima de las osteocondritis femorales que vendrían en segundo lugar. Las rupturas meniscales representan el 22,7% del total de los hallazgos artroscópicos y el menisco discoideo el 9,4%.

Tabla I

**RUPTURAS MENISCALES
(CASUISTICA)**

- 48 rupturas en 45 pacientes.
- Edad promedio: 15,6 años (7-18 años).
- Sexo masculino: 21 pacientes (46,6%).
- Sexo femenino: 24 pacientes (53,3%).
- Tiempo promedio de seguimiento: 11,3 meses (1-24 meses).

RUPTURAS MENISCALES

Material y método

Se han encontrado 48 rupturas meniscales en 45 pacientes. Esta es una problemática que se está viendo cada día con mayor frecuencia debido, probablemente, a los mayores requerimientos de la práctica deportiva. Sin embargo, conviene aclarar que los pacientes que nosotros atendemos no proceden del deporte de alto nivel de competición sino del escolar.

Las edades están comprendidas entre los 7 y los 18 años (que es la edad límite de admisión de pacientes en nuestro Centro); la edad promedio es de 15,6 años. Como puede apreciarse en la Tabla I, no ha existido un predominio claro de ninguno de los sexos y el tiempo promedio de seguimiento se acerca al año.

La impresión que tenemos respecto a los datos que sobre las primeras 100 artroscopias presentamos en el VIII Congreso de la Asociación Española de Artroscopia (Gijón, octubre de 1989), es que las rupturas que estamos tratando actualmente son más complicadas, de hecho, corresponden a traumatismos más importantes: por ejemplo, las roturas en asa de cubo luxables o luxadas a intercóndilo (Figura 1), que actualmente son las más frecuentes con el 27% del total, antes apenas las veíamos. También han ido apareciendo rupturas longitudinales y transversales de mayor importancia, que las siguen en orden de frecuencia (Tabla II).

El menisco más afectado ha sido el externo, en 31 casos (representa el 64,5% del total), pero no todas las series coinciden en esta obser-

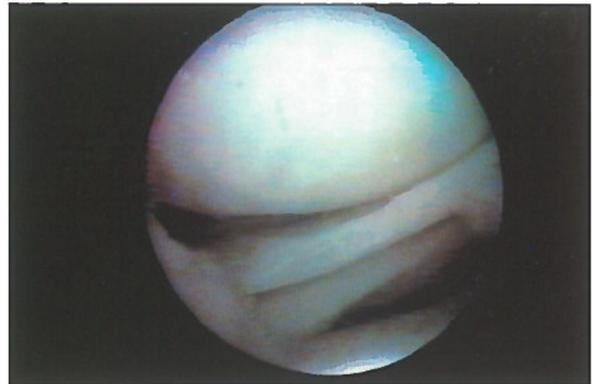


Figura 1. Aspecto artroscópico de ruptura en doble asa de cubo de menisco externo derecho en una niña de 13 años.

Tabla II

TIPOS DE RUPTURA MENISCAL

- Asas de cubo: 13.
- Longitudinales: 11.
- Transversales: 8.
- Pequeñas rupturas parciales: 4.
- Desinserciones periféricas: 4.
- Rupturas en pico de loro: 2.
- Desinserciones anteriores: 3.
- Regeneración parcial de menisco: 2.
- Recorte de resto meniscal: 1.

vación. Kohler⁽¹⁾ encuentra, con más frecuencia, afectación del menisco interno (en el 60% de sus casos) y Cahuzac⁽²⁾, afectación del menisco interno en el 62% de los suyos, especialmente en forma de rupturas longitudinales verticales.

La técnica quirúrgica de tratamiento utilizada ha sido la meniscectomía artroscópica parcial, con pinzas basquet, ayudada con motor.

Resultados

Mediante la exéresis artroscópica de la rotura, en 40 de los 45 pacientes se han obtenido unos buenos resultados, sin más molestias y con una

Tabla III

**MENISCOS DISCOIDEOS
(CASUISTICA)**

- 20 artroscopias en 18 pacientes.
- 2 casos bilaterales.
- 10 del sexo femenino/8 del masculino.
- Edades situadas entre los 6 y los 13 años, promedio de 9,3 años.
- Tiempo promedio preoperación: 10 meses.

Tabla IV

**MENISCOS DISCOIDEOS
(TRATAMIENTO)**

- Siempre se recortaron con instrumental de artroscopia. En 10 casos se combinó artroscopia y artrotomía.
- 1 meniscectomía completa.
- Los 9 últimos casos han sido tratados totalmente por artroscopia.

plena reincorporación a la actividad normal; esta cifra representa el 88,8% de la serie. En 2 pacientes femeninas de 11 y 18 años, respectivamente, ambas con rotura transversal del cuerpo del menisco externo, extensa en el caso de la menor y poco extensa en la mayor, persistía el dolor esporádico a los 36 y 7 meses de seguimiento, resultado que podemos calificar como regular.

Creemos de interés analizar brevemente 3 casos antiguos -de la época en que iniciábamos la artroscopia- que podemos calificar como malos resultados, debido probablemente no a la técnica artroscópica, sino a un mal planteamiento terapéutico o diagnóstico inicial:

- El primero corresponde a un paciente al que se le realizó una artroscopia a los 16 años. Pre-



Figura 2. Resonancia magnética nuclear de una ruptura en doble asa de cubo de menisco interno izquierdo en una niña de 12 años.

sentaba una desinserción periférica de menisco interno que se trató inicialmente con calza de yeso; aunque se ha mencionado en la literatura que ciertas lesiones son susceptibles de cicatrización espontánea⁽⁵⁾, actualmente se habría planteado desde el principio una sutura meniscal. Después de un período de 2 años sin molestias y haciendo deporte, sufrió un nuevo traumatismo, con clínica de ruptura.

- El segundo caso corresponde a una paciente que ya había cumplido 18 años cuando le hicimos la artroscopia. Había sido tratada por una gonalgia izquierda postraumática practicándose, en primer lugar, una biopsia a cielo abierto de la grasa de Hoffa que resultó negativa. Después se llevó a cabo una meniscectomía abierta externa completa y una biopsia sinovial que mostró ligera hiperplasia e hipertrofia del tejido fibroconectivo y adiposo adyacente. A esta clínica se añadió una gonalgia derecha, con tumoración blanda en interlínea externa. La artroscopia que se realizó mostró una pequeña ruptura estable del asta anterior del menisco externo, que se decidió no tratar. Se inició después un estudio reumatológico al persistir dolor en ambas rodillas.

- El tercer caso se refiere a una paciente de 18 años que había sufrido anteriormente meniscectomías completas, externa e interna de la rodilla izquierda a cielo abierto. Como persistía gonalgia bicompartimental, se le practicó artroscopia, apreciándose reproducción de ambos meniscos que fueron regularizados. El cartílago fémoro-tibial estaba muy erosionado y había una osteocondritis de la faceta rotuliana interna. Posteriormente, se interpretaron sus "bloqueos" como resaltes fémoro-patelares, planteándose entonces un centraje de rótula.



Figura 3. Imagen de resonancia magnética nuclear antero-posterior de un menisco externo izquierdo discoideo en una niña de 11 años.

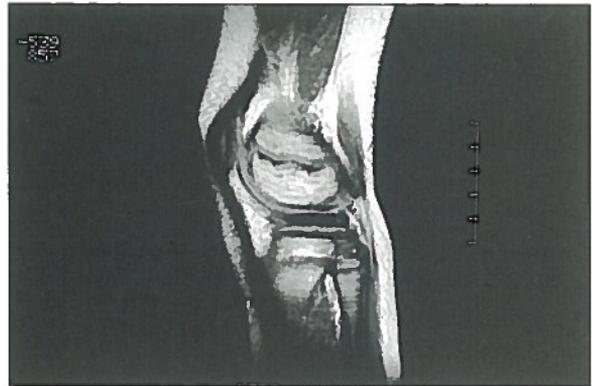


Figura 4. Imagen de resonancia magnética nuclear del perfil de un menisco externo izquierdo discoideo en una niña de 11 años.

Tabla V

MENISCOS DISCOIDEOS (RESULTADOS)

- 18 buenos resultados.
- 1 caso regular: niña operada a los 8 años por artroscopia-artrotomía de M. discoide externo derecho con excelente resultado. A los 11 años recorte totalmente artroscópico de M. discoide externo izquierdo. Gonalgia post-ejercicio a los 34 meses.

Discusión

Tratamos de ser muy cuidadosos en el momento de decidir una artroscopia; al hacer la anamnesis conviene no olvidar que estamos en presencia de pacientes no adultos. En los más jóvenes es difícil definir con exactitud el tipo de molestias que tienen (por ejemplo, la presencia o no de bloqueos), además, es importante realizar un correcto y pausado interrogatorio, dejando que el niño se exprese con libertad tal y como aconseja Chrestian⁽³⁾.

Las RMN, a pesar de proporcionar imágenes excelentes como la que se expone en la Figura 2, no nos han ayudado demasiado en el diagnóstico y localización de las rupturas; lo más probable es que no hayamos sabido interpretarlas de forma correcta. Este es un tema que está actualmente en controversia⁽⁴⁾ y tenemos

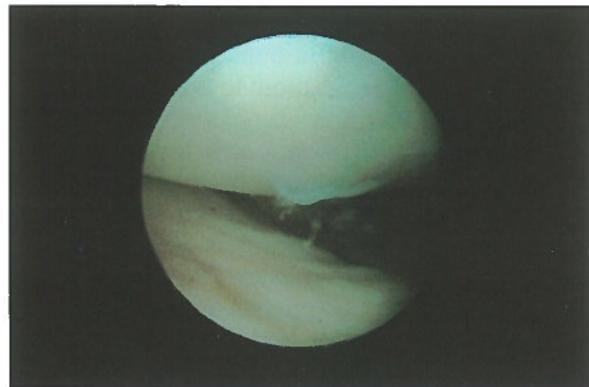


Figura 5. Ocupación del compartimento externo por un menisco discoideo de gran tamaño.

dudas respecto a su necesidad en el caso de las roturas meniscales. De todos modos, y pese a la difusión social de esta técnica, todos estaremos de acuerdo en que la historia, la exploración clínica y la evolución son fundamentales respecto a decidir la artroscopia, que nos dará el diagnóstico de certeza y el tratamiento.

MENISCO DISCOIDEO

Material y método

Se han realizado 20 artroscopias en 18 pacientes cuya edad, en el momento de la intervención, oscilaba entre los 6-13 años, con un promedio de 9 años. Como se puede observar en la Tabla III, no hay predominio claro de ningún sexo y el tiempo medio desde la primera visita hasta indicar la intervención ha sido de 10 meses.

El tratamiento se expone en la Tabla IV: en 1 paciente se realizó meniscectomía completa y ya

que nos dió la impresión de que el menisco estaba en muy malas condiciones debido a la ruptura que presentaba.

Resultados

Descontando el caso de la meniscectomía completa que se ha mencionado antes (considerándolo un mal resultado), de las 19 artroscopias restantes, 18 (94,7%) han tenido un resultado bueno, sin bloqueos ni dolor y con una actividad normal. Sobre 20 casos de meniscos discoides el porcentaje de buenos resultados llegaría al 90%. El caso regular está referido en la Tabla V: esta niña explicaba, al cabo de casi 3 años de la intervención, una gonalgia post-ejercicio sin bloqueos ni derrame articular. La valoración reumatológica fue negativa.

Discusión

En realidad, el diagnóstico de este tipo de meniscos se hace por la exploración clínica, que muestra unos crujidos casi patognomónicos referidos al compartimento externo; se acompañan de dolor habitual en esta zona y frecuentes bloqueos. La intensidad de estas molestias variará según el menisco esté o no roto.

Contrariamente a lo que se indicó con anterioridad respecto a las roturas de menisco habituales, pensamos que en los discoideos sí tiene utilidad practicar una RMN antes de la intervención, que nos puede orientar respecto

al grado de ocupación del compartimento externo, sobre todo en los cortes antero-posteriores (Figuras 3 y 4).

Una cuestión que puede plantearse es la cantidad de menisco que se debe extirpar: en unos casos, es la propia ruptura la que proporciona la indicación, en otros, se observa una huella en el menisco provocada por el apoyo del cóndilo externo, que nos indica la parte que debe eliminarse. La artroscopia resulta bastante difícil en este tipo de meniscos porque, debido a su gran tamaño, la interlínea externa está "taponada" (Figura 5), dificultando el paso de la óptica y del instrumental, lo que provoca que su recorte sea sumamente laborioso, por lo menos en nuestras manos.

Debido a esta dificultad, destacada por algunos autores^(6,7), durante un tiempo realizamos artrotomía después de la artroscopia, según la técnica semi-artroscópica descrita por Ikeuchi⁽⁸⁾: con el instrumental de artroscopia se llevaba a cabo el recorte del menisco por vía abierta, dándole forma de media luna. Una técnica similar ha sido utilizada por Hamberg⁽⁹⁾ para el tratamiento de rupturas meniscales. Después del recorte, se retensaba el asta anterior, ya que nos parecía que podía quedar laxa después de recortar la parte "sobrante"; esta técnica mixta acortaba el tiempo de intervención. Actualmente y con un poco más de habilidad artroscópica, hacemos el recorte de la parte discoidea totalmente por artroscopia, sin retensar el asta anterior del menisco.

BIBLIOGRAFIA

1. Kohler, R.: Pathologie méniscale chez l'enfant. En: Dimeglio, A.; Simon, L.; Hérisson, Ch.: Le genou de l'enfant et de l'adolescent. Collection de pathologie locomotrice 22. Masson, Paris; 1991: 97-103.
2. Cahuzac, J. Ph.: Les ménisques lésés non dysplasiques. Rev Chir Orthop, 1986; Vol. 72, 5: 332-334.
3. Chrestian, P.; Gignac, D.; Maie-lender, C.; Jacquemier, M.: L'examen clinique et les situations d'examen du genou méniscale de l'enfant. Rev Chir Orthop, 1986; Vol. 72, 5: 330-331.
4. Cabestany, J. M.; Gómez, A.: RMN versus clínica y artroscopia en la patología mecánica de rodilla. Análisis de 100 casos. Cuadernos de Artroscopia, Octubre 1995; Vol. 2, 2: 19-33.
5. Whirt, C. R.: Meniscus repair. Clin Orthop, 1981; 157: 153-160, 1981.
6. Bellier, G.: Técnica de la meniscectomía externa. En: Zarins, B.; Cugat, R.: Principios de artroscopia y cirugía artroscópica. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona; 1993: 88-89.
7. Chassaing, V.; Parier, J.: Artroscopia diagnóstica y quirúrgica de la rodilla. Masson, Barcelona; 1987: 82-86.
8. Ikeuchi, H.: Arthroscopic treatment of the discoid lateral meniscus: thecnique and long-term results. Clin Orthop, 1982; 167: 19-28.
9. Hamberg, P.; Gillquist, J.; Lys-holm, J.: A comparison between arthroscopic meniscectomy and modified open meniscectomy. J Bone Joint Surgery, 1984; Volumen 66-B, 2: 189-192.