

Quiste del segmento anterior del menisco externo sin rotura meniscal

A. Latorre, R. Gómez y F. Seral

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivo. Los quistes meniscales suelen asociarse a la rotura del menisco, no obstante pueden presentarse en ausencia de lesión meniscal. Se revisó la etiología y el posible tratamiento en los casos de quiste del menisco lateral no asociados a roturas del mismo.

Caso clínico. Se presenta un caso clínico de quiste del cuerno anterior del menisco lateral no asociado a lesión del mismo en un paciente joven.

Resultados. Se realiza tratamiento artroscópico con buen resultado clínico a los 6 meses de la intervención, que se confirma mediante estudio con resonancia magnética (RM).

Conclusiones. En los casos en los que los quistes meniscales no se asocian a rotura meniscal, la cirugía artroscópica consistente en la descompresión del quiste asociado a reparación de la unión meniscocapsular proporciona un buen resultado clínico.

Palabras clave: *patología meniscal, quiste, cirugía meniscal, artroscopia, sutura.*

Cyst of the anterior segment of the lateral meniscus without tear

Objective. Meniscal cysts are usually associated with meniscal tear, but they may appear in the absence of a meniscal lesion. The etiology and possible treatment of cases of lateral meniscal cyst not associated with tear are reviewed.

Clinical case. A case of cyst of the anterior horn of the lateral meniscus in the absence of meniscal lesion in a young patient is reported.

Results. Arthroscopic treatment was given with good clinical results 6 months after the intervention, which was confirmed by magnetic resonance imaging (MRI).

Conclusions. In meniscal cysts not associated with meniscal lesions, arthroscopic surgery consisting of cyst decompression associated with repair of the meniscocapsular junction yields good clinical results.

Key words: *meniscal disease, cyst, meniscal surgery, arthroscopy, suture.*

Los quistes del menisco lateral son infrecuentes. Aparecen fundamentalmente en su cuerno anterior o su porción media y suelen asociarse a roturas meniscales¹. Su etiología sigue siendo desconocida. Entre las hipótesis formuladas se halla que su formación sea consecuencia de la degeneración del menisco (bien sea por la edad, por una infección crónica o por traumatismos) o del paso de líquido sinovial a través de una lesión meniscal hacia el espacio parameniscal². El tratamiento es también controvertido. Aunque algunos auto-

res se inclinan por realizar solamente la excisión abierta del quiste³, la tendencia actual es la resección parcial artroscópica del menisco roto acompañada del tratamiento del quiste⁴. Sigue siendo una cuestión de debate si dicho tratamiento del quiste debe ser también artroscópico o por vía abierta⁴.

Excepcionalmente se hallan en la literatura casos no asociados a rotura meniscal⁵. Se presenta un caso de quiste meniscal lateral sin rotura del menisco tratado mediante abordaje artroscópico.

Correspondencia:

A. Latorre Sahún
Gutiérrez Mellado, 15, 10.ª dcha.
50009 Zaragoza.
Correo electrónico: lolada@terra.es

Recibido: mayo de 2003.

Aceptado: septiembre de 2003.

CASO CLÍNICO

Mujer de 13 años que presentaba dolor en rodilla derecha de varios meses de evolución, sin antecedente traumático, que le incapacitaba para la actividad diaria. Refería el dolor en la parte externa de la rodilla, que aparecía con la



Figura 1. Imagen de resonancia magnética (RM) pre y postoperatoria. (A) Imagen preoperatoria que muestra imagen quística submeniscal con expansión a intercóndilo. (B) Control a los 6 meses de la intervención, observándose ausencia de la lesión quística con imagen normal del menisco externo.

actividad física, y se acompaña de pseudobloqueos. En la exploración física se apreciaba dolor en la interlínea articular externa, con maniobras meniscales positivas a menisco externo. No se objetivó ninguna tumoración ni la existencia de líquido intraarticular.

Exploraciones complementarias: estudio radiológico sin hallazgos, y resonancia magnética (RM) que muestra imagen quística parameniscal externa en el cuerno anterior (fig. 1A).

Se practicó una artroscopia evidenciando una solución de continuidad en la unión menisco-capsular externa en forma de cavidad por debajo del menisco externo, que provocaba una inestabilidad de la parte anterior de dicho menisco. Tras desbridamiento motorizado de la zona se realizó la sutura del menisco externo a la cápsula con polipropileno del 1 (fig. 2).

En el postoperatorio se mantuvo a la paciente sin inmovilización y con carga parcial con dos bastones durante 8 semanas. En el control realizado a los 6 meses de la intervención la exploración física era normal y en la RM se apreció una correcta captación capsulomeniscal (fig. 1B).

DISCUSIÓN

Los quistes parameniscas son un problema infrecuente, si bien un estudio reciente, basado en la revisión de más

de 2.000 resonancias, estima su incidencia en el 4% de las mismas¹. Otros autores calculan su incidencia en función del hallazgo de quistes meniscales en las artroscopias o en las menisectomías realizadas². Con cualquiera de los dos métodos es difícil estimar la verdadera incidencia del problema en la población general.

Los quistes del menisco lateral, como el del caso que nos ocupa, eran considerados más frecuentes que los del menisco medial³, si bien puede atribuirse a que la incidencia de estos últimos estaba infraestimada, al ser de más difícil diagnóstico clínico⁴. En la revisión de la literatura reciente se encuentran series con igual incidencia para ambos tipos⁴ o incluso con mayor frecuencia de aparición de quistes en el menisco medial¹. Dentro de los quistes del menisco lateral la localización más frecuente es en el tercio anterior o en su zona media^{1,2,4}, al contrario de lo que sucede con los quistes del menisco interno, localizados más frecuentemente en su cuerno posterior¹. En la mayoría de las series revisadas¹⁻⁴ los quistes del menisco lateral se asocian a roturas meniscales. Es menos frecuente, como en el presente caso, encontrar un quiste parameniscal sin lesión del menisco lateral⁴⁻⁶.

Aunque se trata de un problema bien conocido, tanto su etiología como su tratamiento continúan siendo temas controvertidos. Varias teorías han sido propuestas para explicar la formación de los quistes meniscales. Estos quistes podrían ser el resultado de la degeneración mucoide del fibrocar-

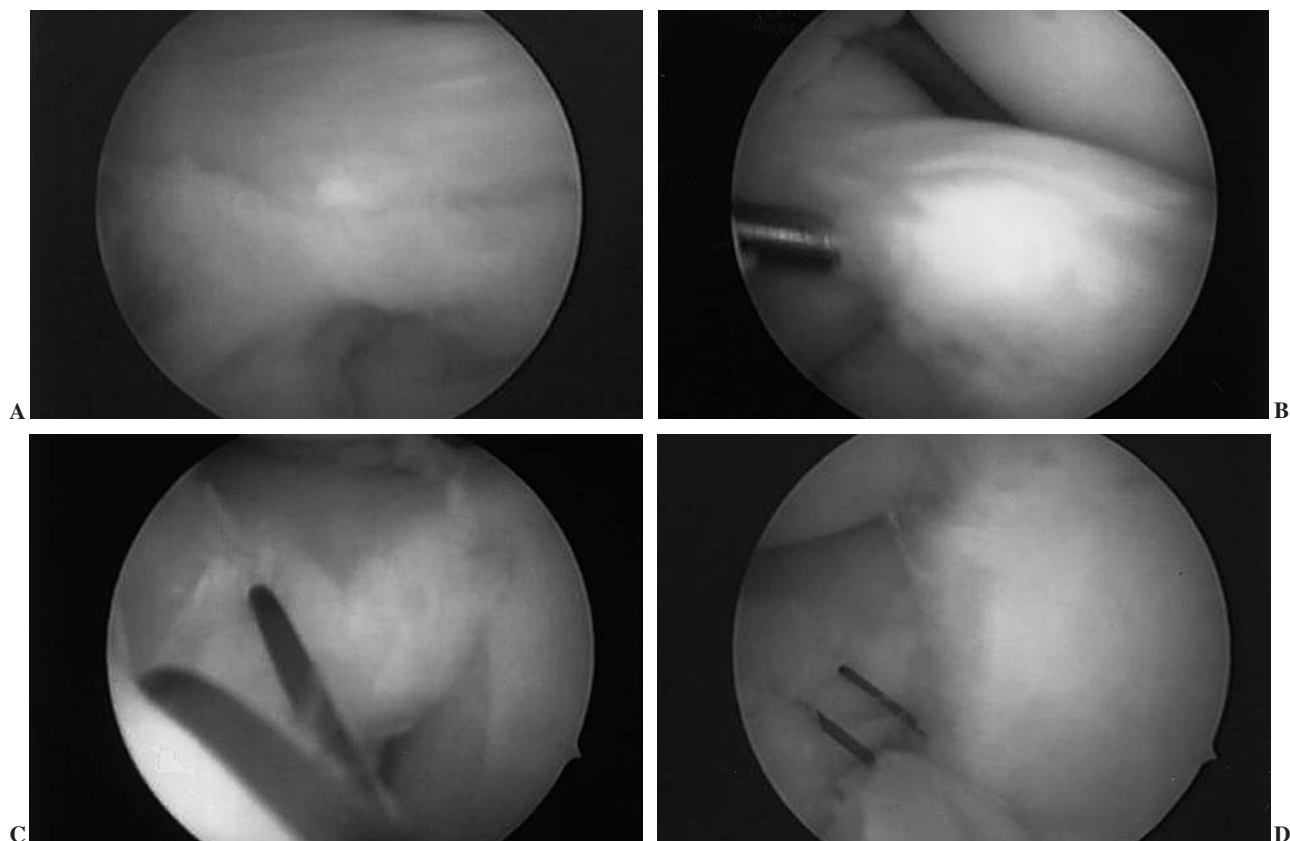


Figura 2. Imágenes endoscópicas. (A) Superficie meniscal anterior sin lesión y quiste parcialmente desbridado. (B) Comprobación de la inestabilidad meniscal. (C) Paso de las suturas (D): Imagen final de la reparación.

tílago por la edad, infección crónica o una hemorragia^{1,5}, o por un traumatismo, presente entre el 37% y el 94% de los casos⁴, por paso del líquido sinovial a través de una rotura meniscal^{1,2}. La formación de estos quistes podría ser una combinación de ambas causas, puesto que según defiende Sarimo et al⁴ las roturas horizontales del menisco son atribuidas a la degeneración del mismo. Por último, no debemos olvidar las teorías que apuntan a un origen congénito de los quistes, sobre todo ante casos como el presente, dada la corta edad de la paciente, la ausencia de antecedentes traumáticos y la presencia de una anomalía en la unión meniscocapsular^{1,5}.

La actitud terapéutica tampoco es uniforme; mientras que algunos autores propugnan la abstención terapéutica en los casos escasamente sintomáticos⁷, para otros es imperativo el tratamiento quirúrgico, dados los excelentes resultados obtenidos. Las opciones descritas oscilan entre la artrotomía y el tratamiento totalmente artroscópico. Lu⁵ al no hallar en la artroscopia lesión meniscal en sus dos casos opta por realizar únicamente la extirpación del quiste por vía abierta. En otras series se defiende la revisión artroscópica de la rodilla, con extirpación parcial del menisco si se demuestra la presencia de lesión, acompañada por la exé-

sis del quiste, también por vía abierta^{4,6}. Finalmente, otro grupo de autores defienden el tratamiento totalmente artroscópico, tanto de la lesión meniscal como del quiste, realizando una descompresión del mismo^{2,4,6,7}. En el caso que nos ocupa, al hallar una solución de continuidad en la unión meniscocapsular sin ninguna lesión meniscal se optó por realizar desbridamiento de las paredes del quiste y sutura de la discontinuidad meniscocapsular por vía artroscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell SE, Sanders TG, Morrison WB. MR imaging of meniscal cyst: incidence, location and clinical significance. *Am J Roentgenol* 2001;177:409-13.
2. Hulet C, Schiltz D, Locker B, Beguin J, Vielpeau C. Les kystes du ménisque latéral. Etude rétrospective de 105 kystes traités par arthroscopie avec 5 ans du recul. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1998;84:531-8.
3. Tudisco C, Meo A, Blasucci C, Ippolito E. Arthroscopic treatment of lateral meniscal cyst using an outside-in technique. *Am J Sports Med* 2000;28:683-6.

4. Sarimo J, Rainio P, Rantanen J, Orava S. Comparison of two procedures for meniscal cyst. A report of 35 patients with a mean follow-up of 33 months. *Am J Sports Med* 2002;30:704-7.
5. Lu KH. Unusual solitary ganglion cysts of the anterior segment of the lateral meniscus. *Arthroscopy* 2003;19:E16.
6. Passler JM, Hofer HP, Peicha G, Wildburger R. Arthroscopic treatment of meniscal cyst. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75B:303-4.
7. Glasgow MMS, Allen PW, Blakeway C. Arthroscopic treatment of cysts of the lateral meniscus. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75-B:299-302.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.