

Caso clínico

Mujer joven con impotencia funcional por rotura y quiste de menisco

¹Miguel Torrecilla García, ¹Natalia Diego Mangas, ²María Dolores Plaza Martín, ³Damián Gajate Herrero, ¹Marcial Alfredo Rodríguez Morosoli

¹Centro de Salud San Juan- ²Centro de Salud Sisinio de Castro- ³Centro de Salud Miguel Armijo Salamanca

Mujer de 25 años de edad, que acude a la consulta por dolor e impotencia funcional de la rodilla derecha como consecuencia de una caída hace 2 días mientras estaba esquiando. El dolor ha ido en progresión y ahora le impide la marcha normal.

En la exploración se aprecia tumefacción en la región lateral externa de la rodilla derecha, limitación dolorosa con la movilización y flexo-extensión de la misma y dolor más acentuado en la región externa al realizar las maniobras meniscales con la rodilla en rotación interna (maniobras de McMurray/Steinmann I). No hay signos de inestabilidad articular.

Se realiza una exploración ecográfica y se aprecia una imagen de predominio anecoico ovalada, con ecos en su interior, delimitada, con refuerzo posterior, en la interlínea articular fémoro-tibial. En el menisco externo se aprecian imágenes de predominio hipoeoico, de límites irregulares en la zona ántero-superior, que se comunican con la formación anteriormente descrita (figuras 1 y 2). También se aprecia una imagen nodular de predominio anecoico, con refuerzo posterior, compatible con quiste intrameniscal de probable origen traumático (figura 2).

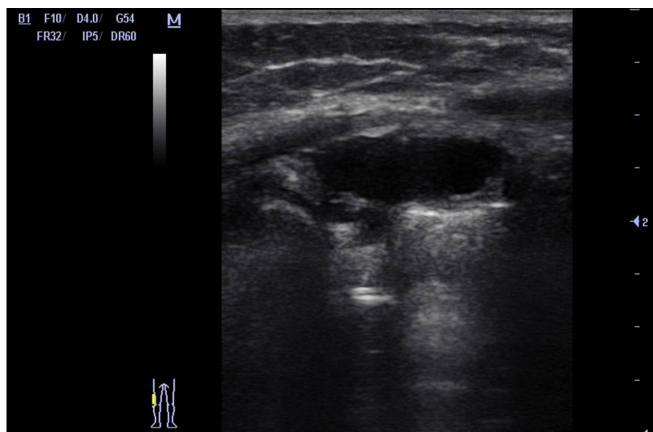


Figura 1.

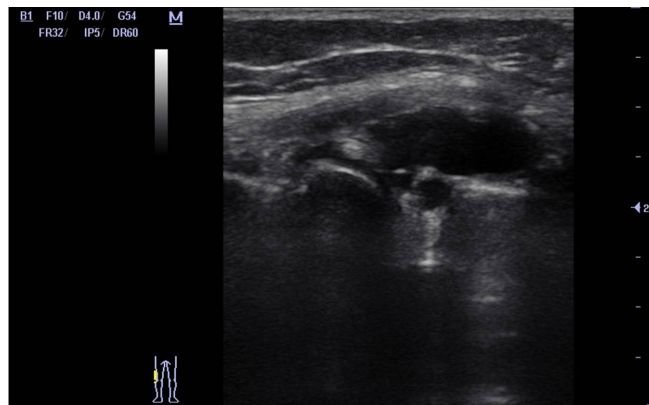


Figura 2.

La exploración y la ecografía descritas son compatibles con el diagnóstico de rotura de menisco externo de la rodilla derecha, con derrame quístico parameniscal secundario y quiste intrameniscal.

COMENTARIO

La rotura de menisco suele originarse por un movimiento de flexión/rotación de la rodilla. Cuando el mecanismo de lesión es de poca intensidad, la lesión suele ser parameniscal, sin rotura del mismo. Si la intensidad es mayor se produce la rotura de menisco o la desinserción meniscal.

La base del diagnóstico es la exploración de la rodilla. Cuando hay sospecha de lesión meniscal, la resonancia magnética pone de manifiesto la morfología de los meniscos, el tipo de rotura en el caso de que hubiera y si hay derrame asociado a la misma. Es raro que haya sangre, y en ese caso suele indicar una lesión asociada de un ligamento cruzado o una fractura ósea.

El diagnóstico definitivo se hará durante la artroscopia de la rodilla, bien hecha con fines diagnósticos o bien terapéuticos.

El estudio ecográfico de la rodilla es relativamente fácil de realizar y no produce dolor en el paciente, aunque se necesita un entrenamiento básico. Se realiza con una sonda lineal de 10 MHz y permite diferenciar otros procesos de tipo periarticular, como los derrames sinoviales. Es una técnica de gran utilidad en el seguimiento de la efectividad del tratamiento que estemos realizando.

Cuando el menisco se rompe por cualquier causa (aguda o degenerativa), puede "fugarse" líquido a través de la lesión hacia la cápsula que está en íntima relación con el menisco y formar el quiste. Puede ser de origen degenerativo o traumático; este último es el agente etiológico más frecuente en población joven.

La resonancia magnética es el método más eficaz pa-

ra la evaluación meniscal completa, aunque por su coste no debería ser utilizada como primera prueba cuando sospechamos un quiste meniscal. La ecografía proporciona una primera aproximación de las cavidades quísticas, aunque muchas otras lesiones meniscales no sean tan evidentes y solo podemos detectar alteraciones de la ecogenicidad y edema de la pared meniscal. Cuando existe una degeneración de los tejidos, aparece una acumulación de líquido que es fácilmente detectable con el estudio ecográfico. Los quistes meniscales se aprecian mejor en el movimiento de flexión de la rodilla.

Los quistes intrameniscales constituyen el 5-10 % de los quistes meniscales. Pueden manifestarse sin ruptura meniscal en el examen artroscópico, lo que permite conservar la superficie meniscal intacta y realizar la resección del mismo, ya sea de forma artroscópica o a cielo abierto. El diagnóstico diferencial debe hacerse con gangliones, quiste de Baker, hematoma, tumores benignos y,

de forma menos frecuente, con tumores malignos.

La resonancia magnética es el método de estudio de elección cuando se evalúa un posible quiste meniscal, porque, además de informar de su localización y tamaño, lo hace también de la existencia de patología asociada extra e intraarticular. No obstante, la disponibilidad en atención primaria del estudio ecográfico permite realizar una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica, y orientar de una forma más eficiente a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón JM. *Valor diagnóstico de la ecografía en las lesiones musculares, tendinosas y ligamentosas de la extremidad inferior. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina 2001.*
- Valle A. *Quiste meniscal: el valor diagnóstico de la resonancia magnética. Rev Asoc Arg Ortop y Traumatol. 1999;64:114-7.*