

# CONTINUACIÓN TEMA 23. PATOLOGÍA MENISCAL

## ☞ LESIONES DEL FIBROCARILAGO

### **Fibrocartílagos intrarticulares:**

- ♦ Facilitan el deslizamiento
- ♦ Mejoran la congruencia
- ♦ Amortiguan la intensidad de las cargas
- ♦ Participan en la estabilidad articular
- ♦ Generan información propioceptiva

No se recomienda quitar los fibrocartílagos ya que podríamos provocar la aparición de una artrosis secundaria.

Si quito el ligamento cruzado anterior (LCA) los meniscos se rompen ya que el menisco actúa como las calzas de una rueda, si falla el LCA, meses más tarde, por la sobrecarga, el menisco se terminará rompiendo

## ☞ ETIOPATOGENIA:

### **Mayor número de lesiones en:**

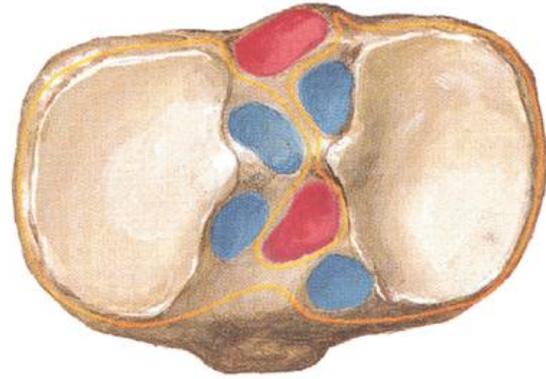
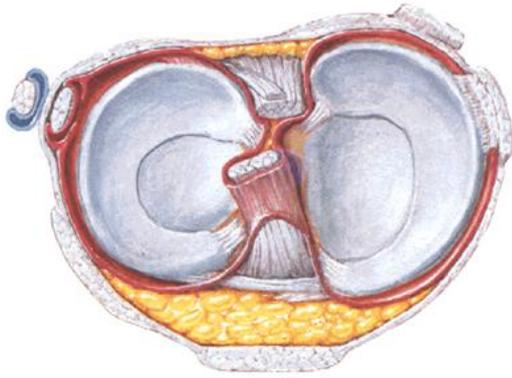
- ♦ Meniscos de la rodilla
- ♦ Rodete glenohumeral
- ♦ Fibrocartílago triangular de la muñeca

### **Anatomía patológica**

- ♦ La vascularización llega al tercio del fibrocartílago que está en contacto con la cápsula a través de su inserción

## ☞ RECUERDO ANATÓMICO

- ♦ Forma de los meniscos:
  - Menisco interno es más abierto, se rompe más porque está unido a la cápsula
  - Menisco externo es más cerrado, con forma de O
- ♦ Inervación
- ♦ Vascularización → es muy importante
- ♦ Función
- ♦ Estructura

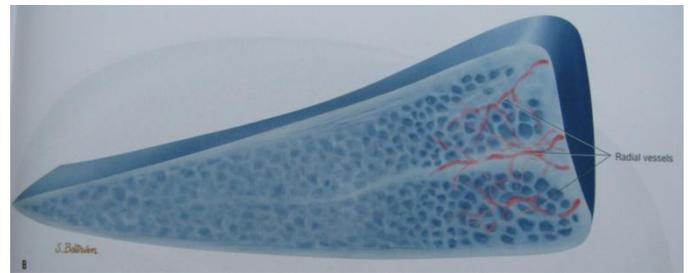


### ESTRUCTURA:

**Parte periférica, basal o capsular:** esta parte es la que tiene inervación y vasos, por tanto es capaz de cicatrizar. Incluye:

- Parte superficial: es la fémoromeniscal
- Parte intermedia: con los vasos
- Parte profunda o tibial: meniscotibial

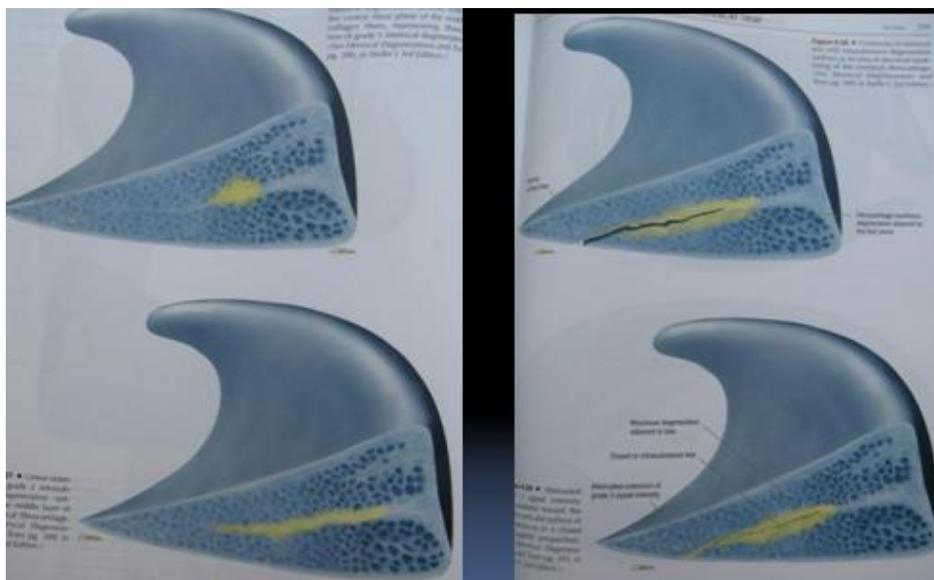
**Zona articular central:** fibrocartílago



### MECANISMO LESIONAL:

- ◆ **Postrumática pura:** se ve más en gente joven. Es la más frecuente junto con la de abajo.
- ◆ **Postrumática tardía con degeneración asociada:** por ejemplo, el señor mayor con un menisco ya dañado hace una hiperflexión de la rodilla y por eso el cóndilo aplasta al menisco. Se ve más que la degeneración pura
- ◆ **Secundaria a lesiones ligamentosas:** también es una forma traumática por sobrecarga repetitiva
- ◆ **Degenerativas:** por deterioro o envejecimiento se va rasgando el tejido

**Representación de la degeneración meniscal: se ve amarillo la zona afectada**



## MECANISMO LESIONAL Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las roturas se clasifican por su morfología (**no entran**):

- ◆ **Longitudinal:** es una rotura longitudinal que se abre hacia el centro metiéndose por dentro del cóndilo. La rodilla queda fija. Tenemos dos tipos:
  - En pico de loro
  - En asa de cubo: rotura longitudinal que se termina de desgarrar. se puede luxar hacia la escotadura y termina “rodeando” un cóndilo, bloqueándolo.
- ◆ **Horizontales:** el menisco se abre como un bocadillo. Es la que dará el quiste discoideo
- ◆ **Radiales**
- ◆ **Degenerativas**
- ◆ **Complejas**

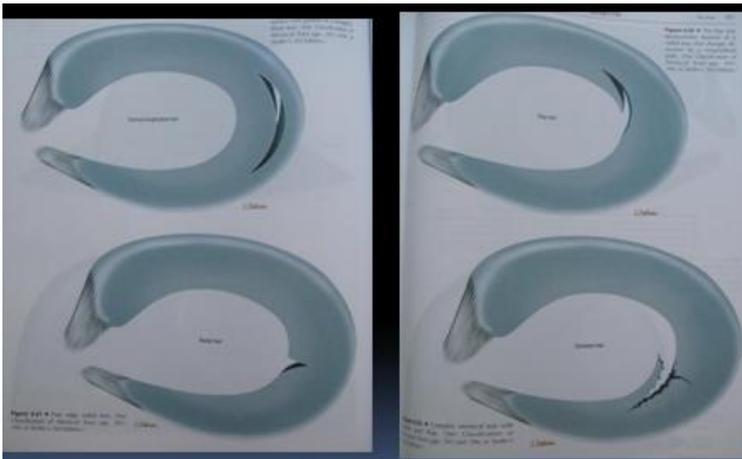
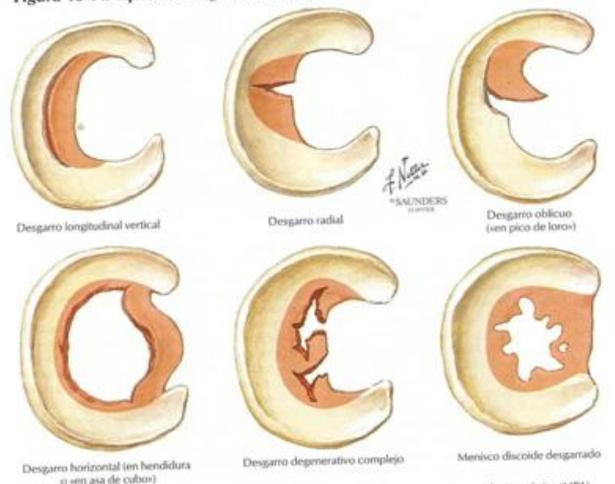


Figura 18-11. Tipos de desgarro meniscal



Los desgarros oblicuos son los más frecuentes y se deben tratar mediante meniscectomía parcial artroscópica (MPA). Los desgarros vertical-longitudinales que afectan al tercio periférico se tratan mejor mediante reparación. Los desgarros radiales en hendidura suelen ser secundarios a traumatismos y, en los casos en los que la hendidura alcanza el borde capsular, en los pacientes jóvenes se debe intentar la reparación siempre que sea posible. Los desgarros «en asa de cubo» son los que causan el bloqueo de la articulación de la rodilla con mayor frecuencia. Los desgarros degenerativos horizontales (en hendidura) y sintomáticos se tratan mejor mediante MPA.

## CLÍNICA

En su parte libre (periférica) son aneurales, avasculares y alinfáticos. Nos encontraremos por tanto **dolor** en la parte periférica, que está pegada a la cápsula (el paramenisco). Duele no por la rotura sino porque hay tracción entre las diferentes zonas del menisco (un trozo se queda hacia un lado y la cápsula tira hacia el otro, la rodilla ya no se desliza normal y da un cuadro irritativo de la cápsula y del borde meniscal de dolor). Podemos tener inflamación: dolor en el reborde meniscal

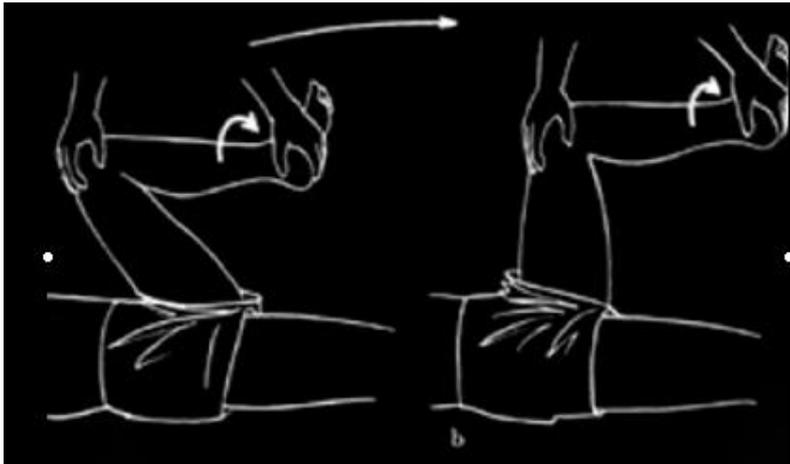
También podemos encontrarnos con **derrame**: porque la rodilla funciona mal. Es un signo de defensa, irritativo, aumenta el derrame en un episodio agudo. Si la rotura es pequeña, a las 3 semanas desaparece y el paciente cree que esta normal hasta el siguiente episodio donde como el menisco ya no esta tan sano, se va rasgando y termina dando episodios de **bloqueo**, se atasca la pestaña, la rodilla no estira todo lo que quiere, o puede ser que sea un bloqueo total y no pueda estirar.

## EXPLORACIÓN

### Maniobras meniscales

- ◆ Signos clínicos: lo que el paciente te cuenta y nosotros vemos (derrame , dolor a la palpación)
- ◆ Signos mecánicos: colocamos la rodilla a 90º, el talón señalará a la lesión, es decir, lo llevamos al lado del menisco que queremos explorar, si es el interno haremos rotación hacia dentro con los dedos mirando hacia el reborde meniscal. Cuando hemos rotado estiramos la rodilla y la flexionamos. Lo que provocará el resalte del trozo roto y su atrapamiento.

### Exploraciones complementarias: RM



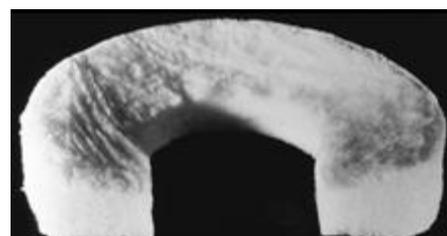
## TRATAMIENTO

Antes se quitaban enteros pero ya no porque hay sobrecargas, artrosis.

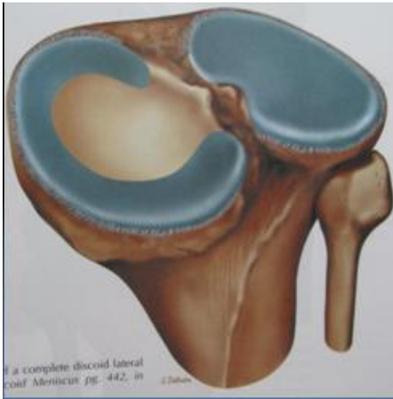
Ahora se hace cirugía artroscópica:

- ◆ **Resección**
  - Parcial: lo ideal es la meniscectomía parcial con artroscopia.
  - Completa: la meniscectomía no suele ser total.
- ◆ **Sutura:** solo se cose cuando la zona que se ha roto puede cicatrizar porque tiene vasos y nervios (si no, no lo coso, porque aunque lo haga no pegará nunca). Por tanto, si se coserá: si es la zona capsular/basal, si se produce en gente menor de 20 años y cuando se asocian a lesiones ligamentarias.
- ◆ **Reconstrucción:** cuando hay casos de postmeniscectomía, cuando hay sobrecarga... se pone:
  - Aloinjerto de donante
  - Implantes colágenos
  - Esponjas colágenas →

Pero esto ya son técnicas secundarias



## ✧ MENISCO DISCOIDEO



Es una anomalía de segmentación (congénito) poco frecuente.

Cuando sucede se da más en el lado externo y en mujeres.

Puede ser incompleto o completo, bilateral,...

**Etiopatogenia:** desconocida. Se cree que puede ser por un defecto de segmentación o por un defecto en el anclaje posterior.

**Clínica:** puede ser un hallazgo casual en una artroscopia, causa resalte y dolor.

**Tratamiento:** abstención o si da resaltes se hace meniscectomía (parcial o total) lo vamos cortando hasta que lo remodelamos

## ✧ QUISTE MENISCAL



Es una rotura meniscal horizontal en la que se va degenerando el centro del menisco que termina expulsando el contenido hacia el lateral (formando el quiste, cosa amarilla de la foto). La degeneración puede estar causada por hipovascularización y traumatismos repetidos.

Se da en hombres de 30 a 50 años, en el menisco externo

**Clínica:** dolor e irritación articular. Es una tumoración palpable solo en flexión intermedia (40-70°)

**Tratamiento:** se hará descompresión y extirpación de la rotura pero el quiste no se quita. Sólo evacúo si el contenido del quiste se dirige hacia el interior de la articulación.