

RODILLA DOLOROSA EN UNA ESQUIADORA PAINFUL OF THE KNEE IN A FEMALE SKIER

Carlos J. Bruscas¹

Rafael Izquierdo²

¹Unidad de Reumatología Hospital MAZ Zaragoza
²Servicio de Traumatología Hospital Nuestra Señora de Gracia Zaragoza

Mujer de 34 años de edad, profesora y esquiadora habitual, sin antecedentes personales de interés, salvo una fractura del fémur izquierdo hace 7 años. Consulta por dolor mecánico en el compartimento externo de la rodilla izquierda, especialmente en flexión máxima, desde hace aproximadamente 1 año, de leve intensidad y de aparición progresiva, acompañado de la presencia de una masa de pequeño tamaño en dicha zona. No refiere sensación evidente de bloqueo, ni inestabilidad, ni inflamación, ni impotencia funcional, ni cojera.

En el examen físico se aprecia una masa de aproximadamente 2x2 cm. en el compartimento

externo, sin constatar choque rotuliano, con buena estabilidad y maniobras meniscales positivas para el menisco externo.

La resonancia magnética practicada muestra una rotura horizontal del cuerno anterior y posterior del menisco externo. Además, en contacto con la cara anterior de este cuerno meniscal y extendiéndose en sentido infero-externo, se observa una formación quística poliglobulada-poliseptada, de 5 cm. de diámetro, compatible con quiste meniscal (Figuras 1 y 2). Por último, se hace referencia a una amplia degeneración mixoide del cuerno posterior de dicho menisco.



FIGURA 1. Proyección coronal de la RM que muestra un quiste sinovial en la región antero-externa de la rodilla

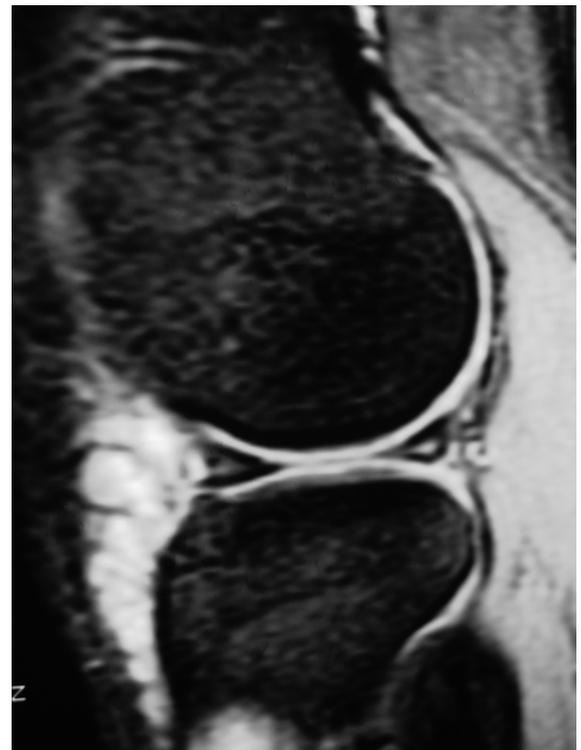


FIGURA 2. Proyección sagital de la RM en la que se observa una rotura del cuerno anterior y posterior del menisco externo con un quiste sinovial en la cámara anterior de la rodilla.

CORRESPONDENCIA:

Carlos J. Bruscas Izu
Avda. Goya, 72, 5º D. 50005 Zaragoza.

Aceptado: 19-02-2007 / Rincón de la imagen nº 19

Mediante valoración conjunta con el Servicio de Traumatología y Ortopedia, se confirma el diagnóstico y se propone la intervención quirúrgica. En la artroscopia realizada se constata la rotura del tercio anterior del menisco externo, practicándose una regularización de dicho menisco y, a continuación, se realiza una extirpación abierta del quiste sinovial que aparece multilobulado y de localización parameniscal.

Tras la intervención quirúrgica, se completó el tratamiento con un periodo de rehabilitación para recuperar la movilidad articular y potenciar el cuádriceps. La paciente se reintegró a su actividad habitual a los 3 meses, sin presentar ningún tipo de secuela y, en la actualidad, se mantiene asintomática.

Ebner fue el primero en describir los quistes sinoviales en 1904. Su incidencia varía desde el 1% al 22% según las series. Son más frecuentes en el varón, entre 30 y 50 años, localizándose con mayor frecuencia en el menisco externo. Se han propuesto diversas teorías para su formación, aunque fundamentalmente se agrupan en dos: origen traumático o degenerativo. En este sentido, Barrie realizó un estudio anatómico-patológico extenso y llegó a la conclusión de que los quistes se formaban por extrusión de líquido sinovial desde la articulación a través de una rotura meniscal intra-sustancia. Así, se forma una cavidad extracapsular parameniscal revestida por un endotelio sinovial que va creciendo y rellenándose de líquido sinovial procedente de la articulación. Cabe reseñar que también se han descrito quistes meniscales sin una patología meniscal acompañante, aunque esta situación no es frecuente.

El cuadro clínico conlleva dolor mecánico en la interlínea, impotencia funcional y, en ocasiones, sensación de bloqueo. En el examen físico suele apreciarse una tumoración en la interlínea articular cuando la formación quística es lo suficientemente grande, siendo más manifiesta en flexión al ser empujado el menisco por la presión intra-articular y desapareciendo en extensión máxima. Por otra parte, las maniobras meniscales suelen ser positivas. Ante la sospecha clínica, la reso-

nancia magnética es la exploración complementaria de elección que confirmará correctamente el diagnóstico, así como la localización y tamaño del quiste.

El tratamiento definitivo es quirúrgico y debe abarcar una doble vertiente: tratamiento del quiste y tratamiento de la patología meniscal subyacente. Con respecto al quiste meniscal, debe realizarse una descompresión intra-articular o la extirpación quirúrgica dependiendo del tamaño y la localización. Por lo que a la patología meniscal se refiere, se aborda mediante reparación artroscópica de dicha patología.

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 34 años, esquiadora, con dolor mecánico en el compartimento externo de la rodilla izquierda y exploración sugestiva de patología meniscal. La resonancia magnética realizada mostró una rotura horizontal del cuerno anterior del menisco externo, así como una formación quística poliglobulada de gran tamaño. Mediante artroscopia se practicó una regularización del menisco externo y, a través de cirugía abierta, se extirpó el quiste meniscal; todo ello, en el mismo tiempo quirúrgico. En la actualidad, la paciente se encuentra asintomática. Aprovechamos el caso para comentar la etiología más frecuente, las bases anatómico-patológicas y las opciones de tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Esquí. Quiste meniscal. Tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

We report the case of a 34-year-old female skier, who presented with a painful lateral compartment of the left knee, suggesting meniscal injury. An MRI was made, showing a horizontal tear in the anterior horn of the lateral meniscus as well as a fairly big cyst associated to the tear. She underwent arthroscopic partial

meniscectomy followed by open excision of the cyst in the same surgical act. Up until now, patient remains asymptomatic. A review on aetiology, pathology and treatment options is

also included to complete the discussion of the case.

Key words: Ski. Meniscal cyst. Surgical treatment.

B I B L I O G R A F Í A

1. **Barrie HJ.** The pathogenesis and significance of meniscal cysts. *J Bone Joint Surg Br* 1979;61:184-9.
2. **Ebner A.** Ein fall von ganglion am kniege- lenks-meniskus, *Muencherer Med Wochenschr* 1904;51:1737-9.
3. **Hulet C, Schiltz D, Locker B, et al.** Lateral meniscal cyst. Retrospective study of 105 cysts treated with arthroscopy with 5-year follow-up. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1998;84:531-8.
4. **Smillie IS.** *Injuries of the kneejoint.* 4th Ed. Edinburgh, Livingstone (1970).
5. **Wroblewski BM.** Trauma and the cystic meniscus: review of 500 cases. *Injury* 1973;4:319-21.

Las Normas de Publicación para los autores, se pueden obtener en la página web de FEMEDE: www.femede.es