

59 11245
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**RESULTADOS CLINICOS DE LA MENISCECTOMIA
PARCIAL ARTROSCOPICA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

P R E S E N T A

DR. FLORENCIO ANTONIO LOPEZ RUVALCABA

**HOSPITALES DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA
"MAGDALENA DE LAS SALINAS"**



MEXICO, D. F.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	Pag
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
HIPOTESIS.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	8
TECNICA QUIRURGICA.....	11
RESULTADOS.....	14
COMPLICACIONES.....	37
DISCUSION.....	38
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUCCION.

Actualmente en el Servicio de Miembro Pélvico II de el Hospital de Ortopedia de Magdalena de las Salinas se llevan a cabo 650 Artroscopias anualmente de las cuales un número importante corresponde a pacientes - portadores de meniscopatia por diagnóstico clínico.

Esta patología se presenta a la edad en que el paciente forma parte de el aparato productivo, por lo que su rápida incorporación a sus actividades cotidianas debe de ser considerada fundamental a fin de solucionar, al mismo tiempo, el desequilibrio en el núcleo familiar y su dinámica.

Con la Meniscectomía Parcial Artroscópica se corrobora o descarta la patología, evitando así Artrotomías realizadas en forma innecesaria - debidas a errores de apreciación diagnóstica, modificando en forma importante el periodo de Incapacidad y se les incorpora rápidamente a sus actividades previas a la lesión , con resultados sumamente satisfactorios.

OBJETIVOS.

- 1.- Se verificarán las Condiciones Clínicas del paciente sometido a Meniscectomía Parcial Artroscópica.
- 2.- Analizar la evolución clínica y el regreso a sus actividades.
- 3.- Valorar qué tipo de lesión es más frecuente en nuestro medio.
- 4.- Señalar qué grupo etáreo es el más frecuentemente afectado.
- 5.- Y Correlacionar en cuanto a sexo, ocupación y mecanismo de lesión.
- 6.- Presentar una Tabla de Evaluación para el paciente postmeniscectomizado parcialmente con Artroscopio con evolución a un mes y a un periodo de seguimiento mayor.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Se presume que las antiguas civilizaciones utilizaron instrumentos para visualizar cavidades corporales (1); en 1805 Phillip Bozzini de Frankfurt de Meno, ideó su primer conductor de luz para visualizar vagina y recto, el uso de este instrumento era doloroso, la iluminación pobre y el campo visual escaso (8). En 1826 Pierre Segalas presentó un diseño similar a la Academia de Ciencias, utilizando lámparas (8); - en 1853 Desormeaux introdujo un Endoscopio en el que utilizaba una lámpara de alcohol útil como cistoscopio, que contenía Terpentina y Alcohol. En 1865 F.R.Cruice de Dublín (8) aumentó el brillo de la lámpara utilizando una mezcla de Petróleo y Alcanfor mejorando así el instrumento. En 1867 (1) desarrolló una lámpara luminosa empleando un filamento de Magnesio. En ese mismo año el Odontólogo Bruck utilizó una lámpara de Platino en su filamento, con la desventaja de que el calor emitido quemaba a los tejidos blandos (1). En 1876 el médico alemán Nitze utilizó un instrumento con asa de Platino que se introducía en la vagina y vejiga, esta asa era enfriada por agua que circulaba a su alrededor. - Las fuentes luminosas se fueron mejorando ahora con Swan (8) 1878 quien precedió en algunos meses en la invención de la luz incandescente a Edison, fijando la luz en un Endoscopio (8) por Newman de Glasgow en 1883- (8). Nuevamente Nitze (8) o en 1887' (8 y 1) produjo un cistoscopio sorprendentemente similar a los actuales.

La Artroscopia dirigida a la rodilla se desarrolló con el profesor K.Takagi quien examinó el interior de una rodilla (8) él utilizó inicialmente un cistoscopio, pero desarrolló un instrumento que él mismo denominó Artroscopio (8) tenía un diámetro de 7.3 mm y carecía de lentes. Este instrumento inicialmente usado para el manejo de la Tuberculosis de la rodilla. El mismo fue evolucionando hasta incluirle lentes y luego le incorporó la cinematografía primero en blanco y negro y -

luego en color(8). En 1921 el Instrumento descrito anteriormente fué modificado principalmente en sus componentes y Bircher (8) publicó los resultados de varios exámenes artroscopicos en la rodilla con el laparoscopio de Jacobaeus. En 1925 Phillip Kreuzer (8) presentó un detallado uso de el Artroscopio para el diagnóstico precoz de los meniscos lesionados, a la Sociedad Médica de Illinois. Sin embargo, la obra de Bircher obtuvo comentarios negativos relacionados a la peligrosidad del procedimiento . Los avances de la Ciencia se vieron suspendidos debido a la gran conflagración mundial. En 1957 el sucesor de Takagi, el Dr.Watanabe publicó su Atlas de Artroscopia (25) que primero tenía ilustraciones en acuarela y luego fueron sustituidas por fotografías endoscópicas .La contribución más grande de Watanabe quizá sea la del Artroscopio # 21, el cual se convirtió en el instrumento de elección durante una década; el interés en Europa y America se vio apagado por la segunda Guerra Mundial Luego MacNab de Toronto (8) utilizaba un cistoscopio Infantil para visualizar la articulación de la rodilla en 1963. Un nuevo interés se despertó gracias al Dr.R.W.Jackson en 1964 (8) después de haber trabajado con el Dr.Watanabe.Así, el primer curso Norteamericano en Artroscopia se efectuó en Filadelfia en 1972 y allá mismo, pero en 1975 quedó integrada la International Arthroscopy Association bajo la presidencia del Dr.Watanabe

Existe una confusión en saber quien fué el primero en realizar una cirugía Artroscopica en rodilla, al parecer fué E.S. Geist pero desgraciadamente no se obtuvo más información sobre la obtención de Sinovial para el examen histopatológico . El Dr.Watanabe fué el primero en efectuar una Menissectomía por Artroscopio en 1962 siendo un colgajo de un desgarró de la parte posterior de un menisco Interno (13) el mismo Dr. Jackson extirpó dos cuerpos libres en la rodilla en 1966 (8). En 1971 Casscells publicó su primer trabajo analítico (4) en los Estados Unidos de America y en 1972 Jackson y Abe de Toronto (16) presentaron 200 exámenes artroscópicos en un estudio bien documentado, ellos utilizaron el Artroscopio # 21 de Watanabe. Para 1974, O'Connor de Los Angeles (20) —

describió sus extensas experiencias en la Artroscopia Diagnóstica y la Cirugía Artroscopica Intraarticular. En los años '70s las numerosas publicaciones de DeHaben, O'Connor e Ikeuchi, entre otros, acentuaron el interés por el refinamiento de los Artroscopios y de los instrumentos afines. Muchas comunicaciones hechas por McGinty (12 y 18) además de otros, confirmaron la utilidad de la Artrosacopia en el diagnóstico y tratamiento de una variedad de trastornos de la rodilla.

Los reportes que contienen información, prácticamente se avocan a las técnicas quirúrgicas haciendo menos énfasis en los resultados (4, 14-15, 18 y 21), pero no se ha evaluado las condiciones clínicas durante el primer mes de evolución así como tampoco se ha visto la relación en cuanto al Sexo, Tipo de Lesión, ni qué tipo de Lesión es más frecuente. Ya que los estudios son seguimientos a largo plazo (17).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es la Meniscectomía Parcial Artroscópica un procedimiento que reintegre rápidamente al paciente con meniscopatía a sus actividades cotidianas ?;

Existe relación entre la patología Meniscal, Sexo y Actividad del paciente ??.

De las variedades de Lesión Meniscal, existe alguna que sea más frecuente y que tenga relación con la rodilla predominantemente afectada ?.

Variable Dependiente: Artroscopía.

Variable Independiente: Meniscopatía.

Relación Funcional: Efectividad de la Artroscopía ante una Meniscopatía.

HIPOTESIS.

La Meniscectomía Parcial Artroscópica ofrece una terapéutica que -- incorpora rápidamente al paciente a sus actividades cotidianas, ayuda a establecer la relación que existe entre la lesión meniscal, actividad y sexo del paciente con meniscopatía y nos permite observar qué tipo lesión condiciona más frecuencia en su presentación.

Meniscectomía Parcial Artroscópica.- Es la incidencia mediante el artroscopio sobre el fragmento suelto, inestable tales como el fragmento -- desplazable interno de el Asa de Balde, el colgajo de las Oblicuas .

Tiempo de Incapacidad.- Periodo comprendido entre el día de Internamiento y su reincorporación a sus actividades cotidianas.

TABLA 1.

TABLA DE EVALUACION.

MARCHA.

. Normal.....	5	PUNTOS.
. Claudicante Leve.....	4	
. Claudicante Franco.....	3	
. No Apoya.....	2	

DOLOR.

. Ausente.....	5
. Mínimo Tolerable.....	4
. Moderado.....	3
. Incapacitante.....	2

ACTIVIDAD.

. Normal.....	5
. Sin Limitación.....	4
. Limitada.....	3
. Incapacitado.....	2

FUERZA DE CUADRICEPS.

. +5	5
. -5 a +4	4
. -4 a +3	3
. -3	2

TABLA 2 .

FLEXION

. + 140 a 160	grados.....	5
. - 140 a 90	grados.....	4
. - 90 a 45	grados.....	3
. - 45	grados.....	2

EXTENSION

. Total	.....	5
. - 5	grados.....	4
. - 10	grados.....	3
. - 15	grados.....	2

SINOVITIS

. Ausente	.....	5
. Leve	.....	4
. Moderada	.....	3
. Importante	.....	2

DIAS DE INCAPACIDAD.

. 30 días y menos	.....	5
. +30 a 45	días.....	4
. +45 a 60	días.....	3
. + 60	días.....	2

TECNICA QUIRURGICA.

Paciente en decubito dorsal sobre la mesa de cirugía. Bajo Anestesia Local, Regional o General. Colocación de Kidde, asépsia y antisépsia de la región operatoria (desde la ingle hasta el tobillo) .

Colocación de campos esteriles.

Vaciamiento venoso con venda de Esmarch protegiendo en forma adecuada la piel con compresa de abdomen.

Flexión de la rodilla con la venda de Esmarch aplicada.

Insuflación de Kidde a 350 mmHg.

Retiro de vendaje de Esmarch.

Incisión con primer bisturí de un centimetro de longitud a nivel de polo inferior de rótula a 0.5 centímetros de el tendón patelar.

Introducción de punzón cortante con camisa teniendo a la rodilla a 45 -- grados de flexión. Se atraviesan los planos: Piel, Tejido Celular Subcutaneo y se llega a cápsula. Se cambia el punzón cortante por el punzón -- romo. Ahora con la rodilla en hipérexensión, se introduce el instrumento hasta la bolsa cuadrípital, pasando por debajo de la rótula. Se cambia el punzón romo por la lente de 30 grados. Se inicia la introducción de - solución Fisiológica con moderada presión dada manualmente, a fin de dis - tender la cápsula articular.

Se inicia con la exploración Artroscópica de la linea articular me - dial. Ahora se introduce una aguja hipodérmica con longitud suficiente, - Justamente pegada al tendón rotuliano y que quede a nivel inmediato supe - rior del menisco ya sea medial o lateralmente, a fin de servirnos como - referencia. Se introduce una navaja de bisturí del número 11 siguiendo - la trayectoria de la aguja (ya que se obtuvo la situación óptima). Se in - troduce el gancho explorador. Se explora el Cuerno Anterior, el Cuerpo - y el Cuerno Posterior. Se explora las inserciones meniscales. La explora - ción incluye la revisión de todas las estructuras óseas y blandas. Ya -- que se localizó la lesión meniscal se continúa con lo siguiente:

- ASA DE BALDE.- Se secciona el ASA a partir del Cuerno anterior con las

pinzas de Canasta rectas. Se introduce una pinza Kelly, se retráe el menisco seccionado del Cuerno Anterior y con la introducción de la pinza de Canasta por la misma incisión, se dirige hacia el Cuerno Posterior, - se recorta y se extráe el ASA. Se regularizan los bordes del resto de el menisco con Debryder o Rasuradora de baja frecuencia (Revolución) . Pero si no se cuenta con este instrumento, se pueden utilizar las pinzas de Canasta rectas y Hartmann.

- LESION TRANSVERSA.- Pueden ser: Incompleta.- Se regularizan los bordes Si es COMPLETA.- Se regulariza dejandolo lo más posible de la periferia que se encuentra insertada, del menisco y se regulariza el borde de la lesión.

- LESION HORIZONTAL.- Se recorta la porción inferior del menisco regularizando el borde restante.

- LESION OBLICUA.- Se incide solo la lesión y se regulariza el resto de el menisco buscando dejarlo lo más anatómico posible.

- DESPRENDIMIENTO DEL CUERNO ANTERIOR O POSTERIOR.- Se intenta realizar - la reinserción.

Se suspende la instilación de la solución Fisiológica y luego se extráe el instrumento dejando antes solución Anestésica (Bupicaína) intraarticular. Se cierra únicamente la herida de la piel con dermalón tres cerros. Se coloca vendaje almohadillado (Jones) y se retira la isquemia. Se verifica EL LLENADO CAPILAR DISTAL.

Se dá de ALTA al paciente al día siguiente permaneciendo en el Servicio como máximo 12 horas. Se le indican analgésicos orales. Se le cita -- en una semana para el retiro de puntos de sutura y posteriormente, nueva cita al mes de evolución postoperatoria a fin de valorar las condiciones de la rodilla y notificarlo en el Expediente para su calificación y envío

del paciente a su lugar de trabajo, dependiendo de las condiciones fisiológicas de la rodilla.

Se inician ejercicios isométricos e isotónicos inmediatamente al salir del quirófano, en el Cuadriceps.

Apoyo al primer día en forma total.

Ejercicios contra resistencia a partir de los 8 días.

RESULTADOS.

De los 141 expedientes revisados, correspondientes a pacientes sometidos a Menissectomía Parcial Artroscópica, se obtuvieron los siguientes datos:

Número de Pacientes: 14.

Sexo: En cuanto a este apartado se encontró que la incidencia es mayor en sexo Masculino con 123 casos (87.2%) y en el Femenino con 18 casos (12.7%) con una proporción de 7:1 . Se representa en la Gráfica 1.

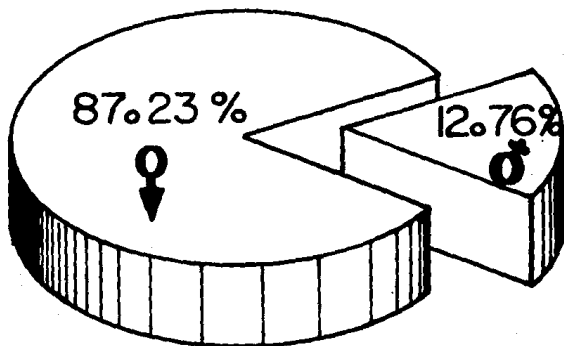
Edad: La etapa cronológica de la vida en la que la incidencia de Meniscopatía es más frecuente es entre los 26 y los 30 años y decrece entre los -- 31 a 35, 36 a 40, 41 a 45, 16 a 20, 46 a 50, 51 a 55, 56 a 60, 61 a 65, -- 66 a 70, 11 a 15 años. Con una edad promedio de 32.6 años, rango de 15 y 67 años. Gráfica 2.

Tiempo de Evolución : Se encontró que el paciente de menor Tiempo de Evolución con la lesión meniscal fué de un mes, y el de mayor tiempo fué de 120 meses con un promedio de 19 meses. El periodo mencionado como Tiempo de Evolución comprendió desde el inicio de la sintomatología hasta el día de la intervención quirúrgica. Se encontró que en tres pacientes, no se especificó este dato. Se observó mayor frecuencia entre los 0-6 meses, -- luego entre los 7-12 meses y decreció entre los 16-24 meses, 31-36, 43- -- 48, 13-18, 55-60, 67-72, 115-20, 103 a 108 meses en ese orden decreciente. Gráfica 3.

Mecanismo de Lesión.- Se investigó este dato en la Historia Clínica y en la Nota de Ingreso en ella se obtuvo que el Mecanismo más frecuente productor de lesión meniscal fué de la siguiente forma: Trauma Directo con rodilla en extensión 28 casos; Valgo 19 casos; Espontaneo 17; Trauma Directo en flexión 3; Flexoextensión forzada 9; Flexión 6; los mecanismos -- de Varo, Extensión, Trauma directo en Valgo tuvieron 5 casos cada uno; -- Rotación Medial y Extensión 4; Rotación Externa, Trauma Indirecto y Extensión, Rotación Lateral y Varo, Trauma Directo con Flexoextensión, Trauma Indirecto, Rotación Medial con Flexión todos con 2 casos cada uno. Rotación Lateral con Abducción y Valgo, Rotación Lateral con Flexión y Valgo,

GRAFICA N.º 1

LESION MENISCAL

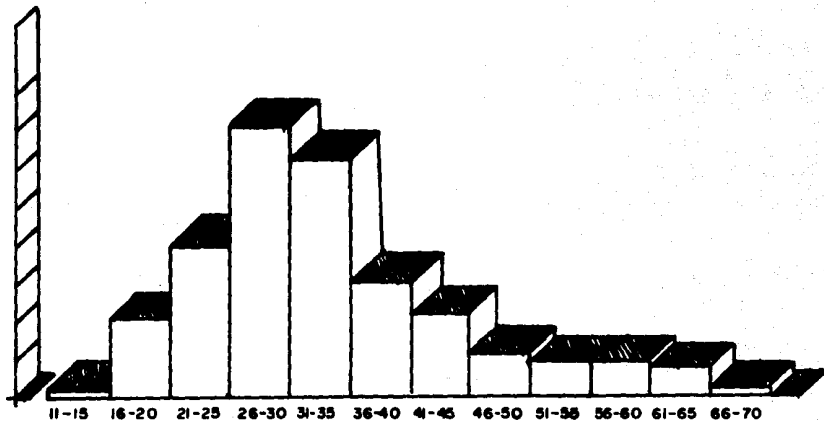


DISTRIBUCION POR SEXO

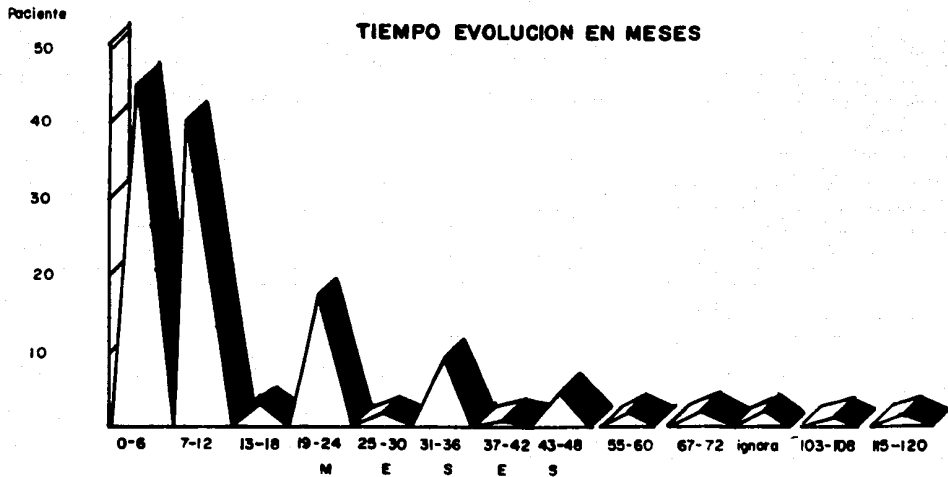
DISTRIBUCION POR EDADES DE MENISGOPATIA

NUMERO
DE
PACIENTES

40
35
30
25
20
15
10
5



GRAFICA 2



GRAFICA 3

Rotación Lateral y Valgo, Rotación Medial y Varo, Trauma Directo con Flexión y Valgo, Rotación Lateral y Abducción, Trauma Directo con Flexión y Rotación Lateral, Rotación Medial y Aducción, Trauma Directo y Rotación Medial, Rotación Medial Trauma Indirecto y Valgo, Rotación Medial y Varo, Trauma Directo y Varo, Trauma Directo Rotación Medial y Valgo todos ellos con un solo caso se muestra en la Tabla 3.

Rodilla Lesionada: La extremidad que con mayor frecuencia fué objeto de lesión resultó ser la rodilla DERECHA con 71 casos que representa el 50.35% y la IZQUIERDA con 71 casos con un porcentaje de 49.64%. Diferencia sin significado estadístico importante. Tabla 4.

Ocupación : Este rubro fué buscado en la Historia Clínica y en la Nota de Ingreso, allado principalmente en la primera. Dado que este estudio se efectuó en una institución que fundamentalmente su población es Obrera y Trabajadora los hallazgos se limitan a ese grupo social. Se encontró lo siguiente: Obreros, sin especificar actividad precisa, los casos fueron 26 que significa 18.4%. Empleados fueron 23, 16.4%; Mecánicos, incluyendo Automotrices, Industriales, Electricista 13, 9.21%; Amas de Casa 8 casos- 5.7%; Operadores de Taxi y Autobús 7, 4.9%; Trabajadores del I.M.S.S., no especificados 4, 2.8%; Ingenieros 5, 3.5%; Médicos Generales 3, 2.1%; Con 2 casos cada uno se encontró: Intendentes, Farmacólogo, Oficinista, Vendedor, Mensajero, Licenciado, un caso desconocido en cuanto a su Ocupación. Estos representaron 9.9% entre todos. Con un solo caso cada uno se halló: Motociclista, Mesero, Químico, Comerciante, Técnico en Computación, Administrador, Repartidor de Refrescos, Elevadorista, Zapatero, Cajero, Pensionado, Secretaria, Tablajero, Gerente de Ventas, Profesionista no especificado, Electricista, Costurera, Almacenista, Seguridad, Estibador, Enfermera, todos ellos representaron 14.8% entre todos. Tabla 5.

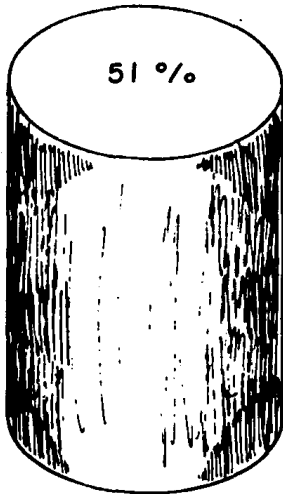
Diagnóstico Artroscópico: La lesión más frecuente hallada fué ASA DE BALDE con 49 casos (34.7%), LESION CUERNO POSTERIOR 27 casos (19.1%), LESION TRANSVERSA INCOMPLETA 19 (13.4%), OBLICUAS 17 casos (12.%), TRANSVERSA COMPLETA 13 (9.2%), LESION LONGITUDINAL INCOMPLETA y LONGITUDINAL COMPLETA con 7 casos cada una con un porcentaja para ambas de 9.9%. LESION DE CUERNO ANTERIOR 4 casos (2.8%), LESION CUERPO, DEGENERACION MENISCAL y LESION PERIFERICA con 3 casos cada una representaron 8.5% entre todas. LA

MECANISMO DE LESION.

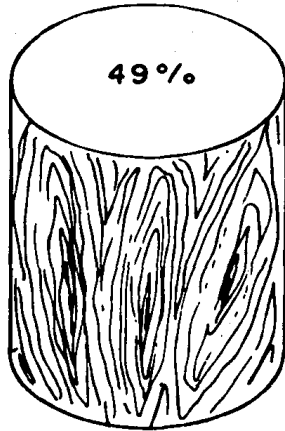
TABLA 3 .

Trauma Directo con Rotación Externa.....	28	20%
Valgo.....	19	14%
Espontaneo.....	17	12.6%
Trauma Directo con Flexión.....	13	9.3%
Flexoextensión.....	9	6.50%
Flexión.....	6	4.26%
Varo.....	5	4.00%
Extensión.....	5	4.00%
Trauma Directo con Valgo.....	5	4.00%
Rotación Medial con Extensión.....	4	2.84%
Otras.	26	18.50%

Rodilla Lesionada
NUMERO DE PACIENTES %



DERECHA



IZQUIERDA

TABLA 4

TABLA 5.

OCUPACION Y LESION.

. Obreros.....	26.....	18.43%
. Mecánicos.....	13.....	9.21%
. Empleados.....	23.....	16.31%
. Ama de Casa.....	8.....	5.67%
. Chofer.....	7.....	4.96%
. Trabajador del I.M.S.S.....	4.....	2.83%
. Médicos.....	3.....	2.12%
. Otros.....	57.....	40.47%
TOTAL.....	141	100.00%

DESINSERCIÓN MENISCAL 2 casos (1,4%), Con un solo caso LESIÓN DEL CUERNO Y CUERPO POSTERIOR, DESHILACHAMIENTO, LESIÓN CUERNO Y CUERPO ANTERIOR, -- DESGARRO MÚLTIPLE, NEOMENISCO ROTO, sumando en porcentaje 3,5%. Se representa en Tabla 6.

DIAGNÓSTICOS AGREGADOS: La patología meniscal se asoció a otras lesiones. La más frecuente fué la Plica Sinovial, con 29 casos (36,3%), ya que de las 141 rodillas lesionadas únicamente 80 estuvieron asociadas a otras lesiones. En orden decreciente, la patología concomitante resultó ser: Condromalacia Femoropatelar con 15 casos (18,7%); 14 fueron Lesión Parcial del Ligamento Cruzado Anterior, con un porcentaje de 17,5%; 5 fueron Sinovitis (6,2%); Cuerpos Libres en 3 casos (3,7%); con 2 casos cada uno -- Hoffitis, Deshिलachamiento del Ligamento Cruzado Anterior, Artrosis Femoropatelar, Rótula Lateralizada, Lesión del Ligamento Colateral Medial, --- 2,5% para cada una de ellas. Con un solo caso Osteocondroma, Osteocondritis, Condroma, Bidas Postquirúrgicas, Síndrome de Hiperpresión Lateral, Rótula Bipartita, Lesión del Cartilago Articular Tibial, Menisco Discoides, Quista Sinovial, Hipoplásia del Ligamento Cruzado Anterior. Así sumaron -- 12,5% por todos. Se encontró que un paciente presentó triple lesión existió doble lesión en 8 y lesión bilateral en 8 casos.

Los pacientes que abandonaron el seguimiento fueron 3 y en 5 pacientes no se encontraron Notas de Evolución Postquirúrgicas, únicamente los datos previos a la cirugía. Tabla 7.

Se encontraron 82 meniscos mediales lesionados y 89 laterales. Gráfica 4.

Se analizó a la lesión más frecuente ASA DE BALDE encontrando que afectó al Menisco Medial en 38 casos y 11 al Lateral y su Mecanismo, aparentemente productor de ese tipo de lesión, fué el Valgo (9 casos). La Rodilla más frecuentemente lesionada fué la Derecha 30 casos y 18 del lado Izquierdo. Se encontró dos lesiones de este tipo en forma bilateral (medial y lateral) y dos casos de doble lesión (un solo menisco), siendo la lesión concomitante más frecuente, la Lesión del Cuerno Posterior un caso

TABLA 6 .

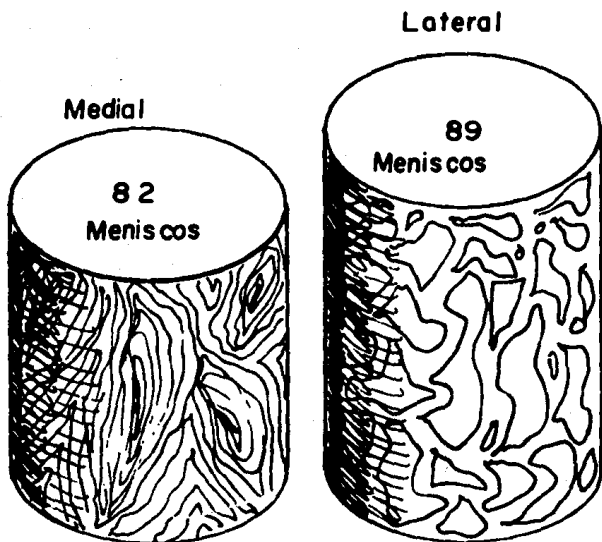
DIAGNOSTICO ARTROSCOPICO

LESION MAS FRECUENTE.

. ASA DE BALDE.....	49	...	34.25%
. Lesion Cuerno Posterior.....	27	...	19.14%
. Transversa Incompleta.....	19	...	13.47%
. Oblicuas	17	...	12.00%
. Transversa Completa.....	13	...	9.21%
. Otras	37	...	11.93%
	TOTAL		<u>100.00%</u>
			<u>162</u>

T A B L A 7 .

SE IGNORA DIAS DE INCAPACIDAD.....	3	
PACIENTE SIN NOTAS DE EVOLUCION.....	5	
PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO.....	3	
PACIENTE CON ARTRITIS SEPTICA.....	1	
	<hr/>	TOTAL
	12	

MENISCOS LESIONADOS**GRAFICA 4**

y uno de Transversa Incompleta. Gráfica 5.

EVALUACION.

Utilizando la Tabla 1 y 2 se tuvo como parámetros a valorar: Marcha--Dolor, Actividad, Fuerza de Cuadriceps, Movilidad en Flexión y Extensión--Presencia de Sinovitis, así como los Días de Incapacidad.

Se presenta una Tabla de Evaluación para calificar en puntos al pa --ciente postoperado de Meniscectomía Parcial Artroscópica a un mes de evolución pues en la literatura mundial no se encontró referida.

No se logró el seguimiento en 5 pacientes, desconociendo el motivo de abandono de el estudio, ellos fueron:

Masculino de 41 años de edad, con 9 meses de evolución de su lesión, siendo una flexión forzada el mecanismo de producción de la lesión de la rodilla izquierda, enfermera, asa de balde, menisco medial con plica sinovial-agregada.

Femenino de 42 años, oficinista, con lesión de 8 meses de evolución, mecanismo espontaneo, menisco medial, oblicua, rodilla izquierda.

Masculino de 28 años de edad, empleado, con 24 meses de evolución, con lesión de la rodilla derecha, menisco medial, así como el lateral (doble lesión), asa de balde.

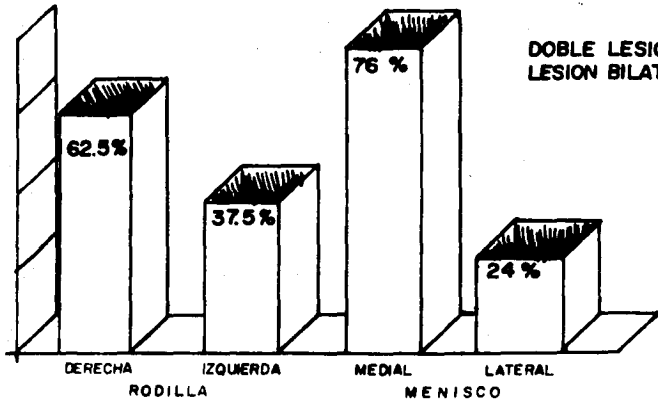
Masculino de 48 años de edad, contador público, lesión de 3 meses de evolución producida por trauma directo con rodilla en flexión, que resultó con lesión longitudinal del cuerno posterior en rodilla izquierda.

Masculino de 35 años de edad, administrador con lesión de 120 meses de evolución producida por trauma directo con rodilla en extensión, asa de balde en menisco medial de rodilla derecha que se encontro estar asocia -----

ASA DE BALDE

NO. CASOS

40
30
20
10

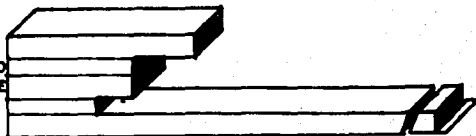


DOBLE LESION = 2
 LESION BILATERAL = 2

MECANISMO DE LESION

GRAFICA 5

VALGO
 TRAUMA DIRECTO
 TRAU. DIRE. Y FLE
 VARO
 OTRAS



da a Plica Sinovial.

Se desconoció la Evolución en 3 pacientes al no encontrar Notas en el Expediente Clínico.

Se buscó la Relación en cuanto al Sexo del paciente obteniendo la siguiente : Se enfocó la atención de manera arbitraria en el sexo femenino con el siguiente resultado, 18 pacientes femeninos, en quienes se distribuyó la patología de acuerdo a su edad así: Entre los 41-45 años 5 casos- 3 entre los 36 y 40 años y decreciendo en el resto de los grupos de edad como se muestra en la Tabla 8.

El Mecanismo de Lesión más importante resultó ser el Trauma Directo y el Trauma Directo con rodilla en Flexión, ambos con 3 casos cada uno -- el resto de los Mecanismos se describen en la Tabla 9.

La rodilla lesionada en este grupo de pacientes fué de igual número tanto para la Derecha como para la Izquierda con 9 casos para cada una. - Se muestra en la Tabla 10.

En cuanto al Menisco que con mayor frecuencia se lesionó, se observó que el Menisco Lateral tuvo mayor incidencia a lesionarse, también lo -- muestra la Tabla 10.

La Lesión mas frecuente encontrada fue, al igual que en el grupo general, el Asa de Balde con 4 casos y la Transversa Completa, ambos con igual número. El resto de las Lesiones se distribuyó decrecientemente -- en los casos restantes. Tabla 11.

Los resultados de los pacientes que se logró llevar a término en el seguimiento se muestran en la Tabla 12, 13 y 14.

El seguimiento de los pacientes, después de la evaluación a un mes,-

MENISCOPATIA EN EL GRUPO FEMEMNO

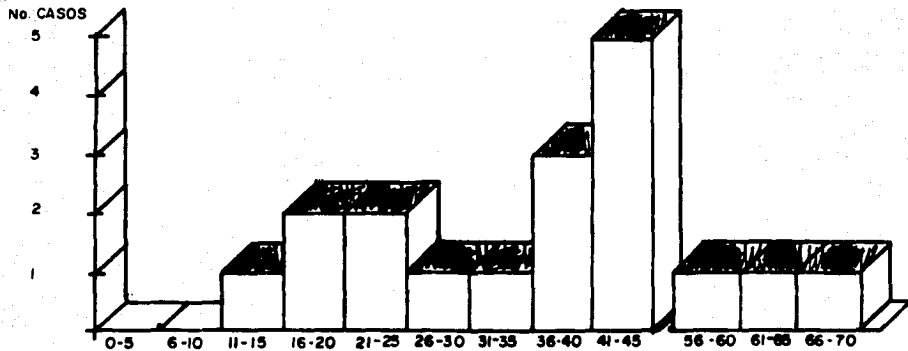


TABLA 8

EDAD EN AÑOS

TABLA 9.

MECANISMO DE LESION EN EL SEXO FEMENINO.

TRAUMA DIRECTO.....	3
TRAUMA DIRECTO CON FLEXION.....	3
ESPONTANEO.....	2
TRAUMA INDIRECTO Y FLEOEXTENSION.....	2
FLEXION.....	1
TRAUMA DIRECTO Y VARO.....	1
EXTENSION.....	1
VARO.....	1
TRAUMA DIRECTO CON ROTACION MEDIAL Y VARO.....	1
FLEXION Y ROTACION LATERAL	1
FLEOEXTENSION.....	1

**RODILLA Y MENISCO MAS FRECUENTEMENTE AFECTADO
EN EL SEXO FEMENINO**

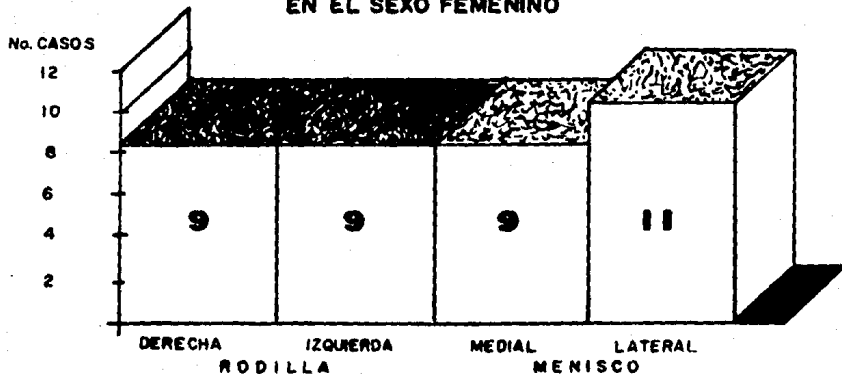


TABLA 10

TABLA 11 .

TIPO DE LESION MAS FRECUENTE
EN EL SEXO FEMENINO .

ASA DE BALDE.....	4
TRANSVERSA INCOMPLETA.....	4
LESION CUERPO Y CUERNO POSTERIOR.....	3
OBLICUAS.....	3
NEOMENISCO ROTO.....	1
CUERNO POSTERIOR.....	1
TRANSVERSA COMPLETA.....	1
CUERPO.....	1
CUERNO ANTERIOR.....	1
DESHILACHAMIENTO.....	1
	<hr/> 20

Nota: Existió 2 lesiones bilaterales.

TABLA 12 .

RESULTADOS.

MARCHA

. Normal.....	110
. Claudicante.....	12
. Claudicante Franco....	4
. No Apoya.....	6

DOLOR.

. Ausente.....	102
. Míimo Tolerable.....	16
. Moderado.....	12
. Incapacitante.....	2

ACTIVIDAD.

. Normal.....	110
. Sin Limitación.....	2
. Limitada.....	20
. Incapacitado.....	0

FUERZA DEL CUADRICEPS.

. + 5	7
. + 4 a -5	83
. - 4 a -3	42
. - 3	0

T A B L A 13 .

FLEXION.

. 140 a 160 Grados	102
. - 140 a 90 Grados	28
. - 90 a 45 Grados	2
. - 45 Grados	0

EXTENSION.

. Total.....	125
. - 5 Grados.....	3
. - 10 Grados.....	5
. - 15 Grados.....	0

SINOVITIS

. Ausente	103
. Leve	26
. Moderado	4
. Importante	0

DIAS DE INCAPACIDAD.

. 30 Días y menos	91
. + 30 a 45 días	20
. + 45 a 60 días	12
. + 60 días	7

TABLA DE CALIFICACION.

EXCELENTES.....	33 a 40 puntos.
BUENOS	32 a 25 puntos.
REGULARES.....	24 a 17 puntos.
MALOS	16 y menos.

RESULTADOS.

EXCELENTES.....	110	.....	83.3%
BUENOS.....	19	.....	14.4%
REGULARES.....	2	.....	1.5%
MALOS.....	<u>1</u>	.....	<u>.8%</u>
TOTAL CASOS	<u>132</u>	.....	<u>100.0%</u>

continuó de la siguiente manera: A 1 mes 87 pacientes; a 2 meses 25 pa --
cientes; a 3 meses 5 pacientes; a 4 meses 4 pacientes; a 5 meses ningún--
paciente; a 6 meses 5 pacientes; a 7 meses 1 paciente; a 8 meses 8 pacient
tes; a 9 meses 2 pacientes.

En este lapso de tiempo los pacientes considerados como Resultados--
Buenos, pasaron a ser Excelentes (19), 2 regulares e incluso el resultado
Malo (infectado) se resolvieron en forma satisfactoria siendo después --
resultados Excelentes.

El seguimiento fué de la siguiente manera: Rango de 1 a 9 meses con -
un promedio de 1.96 meses.

COMPLICACIONES.

Se presentó un solo caso de Complicación. Consistió en un Proceso Infeccioso en un paciente masculino de 21 años de edad, masculino, estudiante, con un tiempo de evolución de su lesión de 48 meses, producido por un Trauma Directo en la rodilla izquierda que le condicionó Lesión a Menisco Lateral en su Cuerpo y Lesión a Ligamento Cruzado Anterior. Esta complicación se resolvió en forma conservadora que consistió en medicación antimicrobiana (Dicloxacilina 750mg vía oral y Gentamicina 80mg Intramuscular—por un período de 10 días) y ulteriormente se le realizó reparación del Ligamento Cruzado Anterior con técnica abierta.

DISCUSION.

La patología meniscal es una de las causas de atención al paciente - derechohabiente que con mayor frecuencia se presenta y que obliga al internamiento y manejo quirúrgico, pues implica el 35% de la población bajo tratamiento en el Servicio de Miembro Pélvico II de el Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas.

El manejo de la patología de el menisco por medio de la meniscectomía Total conlleva a la pérdida de un elemento anatómico de gran importancia en la biomecánica de la articulación de la rodilla, dentro de la cuál realiza las funciones de distribución de Esfuerzos, estabilidad, nutrición, lubricación así como soporte del peso ponderal. Es por eso que en ausencia meniscal se han reportado laxitud ligamentaria y Osteocondritis como patología secundaria (11).

Actualmente en concenso mundial es evitar la resección total de el menisco a fin de impedir las alteraciones secundarias de esa articulación.

Utilizando el ArtroscoPIO con un personal entrenado y con experiencia permiten una cirugía sencilla, poco cruenta y con posibilidad de reincorporación del paciente a sus actividades en un lapso de tiempo practicamente inmediato postquirúrgico.

Los resultados concuerdan con McGinty (19) al preferir la meniscectomía parcial, pero no con el menisco más frecuentemente lesionado.

De 650 Artroscopías anuales la meniscopatía es la causa más frecuente en la aplicación de esta herramienta terapéutica.

En la revisión de expedientes se encontró: Marcha Normal 83.3%, Claudicante 9%, Dolor 77.2% estuvo ausente. Actividad Normal en 83.3%, Fuerza de Cua driceps +5 en 5.3%, 4+ a -5 en el 62.8%, la Flexión de 140-160 grados en 77%, La Extensión Total en 94.6%. Sinovitis Ausente en 78% de casos y, finalmen-

te, el 68.9% de los pacientes tuvo 30 días y Menos de 30 días de Inca---
pacidad. Lo muestra la Tabla 12 y 13.

Esto lleva a la deducción que la Meniscectomía Parcial Artroscópica es un metodo que dá Buenos resultados, baja Morbilidad, devuelve al pa---
ciente las condiciones funcionales de la rodilla afecta en un porcentaje importante y se reintegra a su vida laboral y al núcleo familiar rápidamente.

Se ha demostrado que la morbilidad postoperatoria es francamente ba
Ja.

La Artroscopia provee un diagnóstico de certeza y evita Artrotomías y otras cirugías innecesarias.

La recuperación es muy rápida lo que acorta los periodos de incapacidad.

Los Buenos resultados solo se obtienen en manos experimentadas.

Existen lesiones meniscales con dificultad técnica por lo que la Ar
trotomía aún esta indicada en ciertos casos.

En contra de lo reportado la lesión más frecuente es del Menisco La
teral.

El largo tiempo de evolución se debe a que estamos en un Hospital -
Concentración sin Urgencias.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

A la población Derechohabiente manejada en el Hospital de Ortopedia de Magdalena de las Salinas, en el Servicio de Miembro Pélvico II tiene las siguientes características y su manejo es satisfactorio, por lo que a continuación se anota:

- 1.- La Meniscopatía más frecuentemente se presenta en los individuos -- que forman parte de el aparato productivo: 26 a 35 años de edad.
- 2.- La patología es más frecuente en el sexo masculino con una relación de 7:1 .
- 3.- No existe relación en cuanto al tipo de lesión, mecanismo de producción de la lesión, y el sexo de los pacientes.
- 4.- La Meniscectomía Parcial Artroscópica es un método terapéutico, rápido eficiente e incorpora al paciente a sus actividades cotidianas rápidamente.
- 5.- No existe relación de la lesión meniscal con la ocupación del paciente, pero se observó que el Obrero y el Mecánico (Electricista, Automotriz e Industrial) son los más afectados.
- 6.- El Mecanismo de producción de la lesión es el Trauma Directo con la rodilla en extensión pero no guardó relación con el tipo de lesión meniscal, ni con el menisco lesionado.
- 7.- El Periodo de Evolución de la meniscopatía figura dentro de los primeros 12 meses en un gran porcentaje antes de ser tratada.
- 8.- La lesión más frecuente es el ASA DE BALDE .

9.- La posibilidad de lesión meniscal es por igual para ambas rodillas con un predominio, sin significado estadístico de importancia, del lado derecho.

10.- La Artroscopia Terapéutica ante la lesión meniscal posee gran potencialidad a ser el método de elección.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- AH Crenshaw Campbell's Cirurgia Ortopedica 7ma ed CV Mosby company - 1987.
- 2.- Bergstrom R, Hamberg, JL Lyshoim, Comparison of Open and Endoscopic Meniscectomy, Clin Orthop; 184: 130-136.
- 3.- Casscells SW. The Arthroscopie In Diagnosis of Disorders of the Patellofemoral Joint. Clin Orthop 1979; 144: 45.
- 4.- Casscells SW. The Place of Arthroscopy en Diagnosis and Treatment - of Internal Derangement of the Knee. Clin Orthop 1980; 151 : 136.
- 5.- Carson RW. Arthroscopy Meniscectomy. Orthop Clin of Northamerica -- 1979; 10: 619-627.
- 6.- Kavanaugh KJ. Meniscectomy Through the Arthroscope. Colo Med 1980;- 108: 77-3
- 7.- Dandy DJ. Early Results of Closed Partial Meniscectomy. Br Med J -- 1978; 1: 1099.
- 8.- Dandy DJ. Arthroscopic Surgery of the Knee. Edimburg Churchill Li - vingstone, 1983: 1-4.
- 9.- DeHaven KF, Collins HR. Diagnosis of Internal Derangement of the --- Knee. The Role of Arthroscopy. J Bone Joint Surg 1975; 57-A: 802.
- 10.- DeI Pizzo W, Fox JF, Blazina ME, Friedman MJ, Loss WC. Operative Ar --- throscopy for the Treatment of Problems of the Medial Compartment of the Knee. Orthopaedics 1980; 3 (10): 984.

- 11.- Fairbank,TJ. Knee Joint Changes after Meniscectomy. J Bone Joint -- Surg 1948; 30-B: 664-670.
- 12.- Gillquist J,Hegberg,Oretorp N. Therapeutic Arthroscopic of the Knee Injury 1978;10:128.
- 13.- Gillquist J. Operative Arthroscopy. Endoscopy 1980;12: 281.
- 14.- Guhl JF. Operative Arthroscopy. AM J Sports Med 1979;7 (6): 328.
- 15.- Ikeuchi H. Surgery Under Arthroscopic Control. "R" Rev Internat --- Contre Rheumat 1976;33:57.
- 16.- Jackson RW,Abe,Isao. The Role of Arthroscopy in the Management of - Disorders of the Knee an Analysis of 200 Consecutives Examination. ----- J Bone Joint Surg 1972; May:54-B:310-322.
- 17.- Jan Gillquist,Oretorp N. Arthroscopic Partial Meniscectomy Techni-- que and Long Term Results. Clin Orthop and Related Research 1982; Jul:-- 167:29.
- 18.- McGinty JB. Arthroscopic Surgery in Sports Injures. Orthop Clin --- North AM 1980; 11 (4): 787.
- 19.- McGinty JB,FGeuss L. Partial or Total Meniscectomy. J Bone Joint -- Surg 1977; Sept:59-A 763.
- 20.- O'Connor R. Arthroscopy in Diagnosis and Treatment of the Acute Li- gament Injures of Knee. J Bone Joint Surg 1974; March:56-A 333-337.
- 21.- O'Connor R. Arthroscopy Philadelphia JB 1977. Lippincot.
- 22.- Oretorp N,Gillquist J. Transcutaneous Meniscectomy Under Arthroscopi- c Control. Int Orthop 1979;3 (1):19.

23.- Sprage, Norman F. Operative Arthroscopy, Editorial Comment Num 167 - July 1982: 4-5.

24.- Takagi K. The Classic Arthroscope. Clin Orthop and Related Rese --- arch 1982; July: 167: 6.

25.- Watanabe M, Takeda S, Ikeuchi. Atlas of Arthroscopy 2nd ed Tokyo: --- Igaku Shoin, 1969.