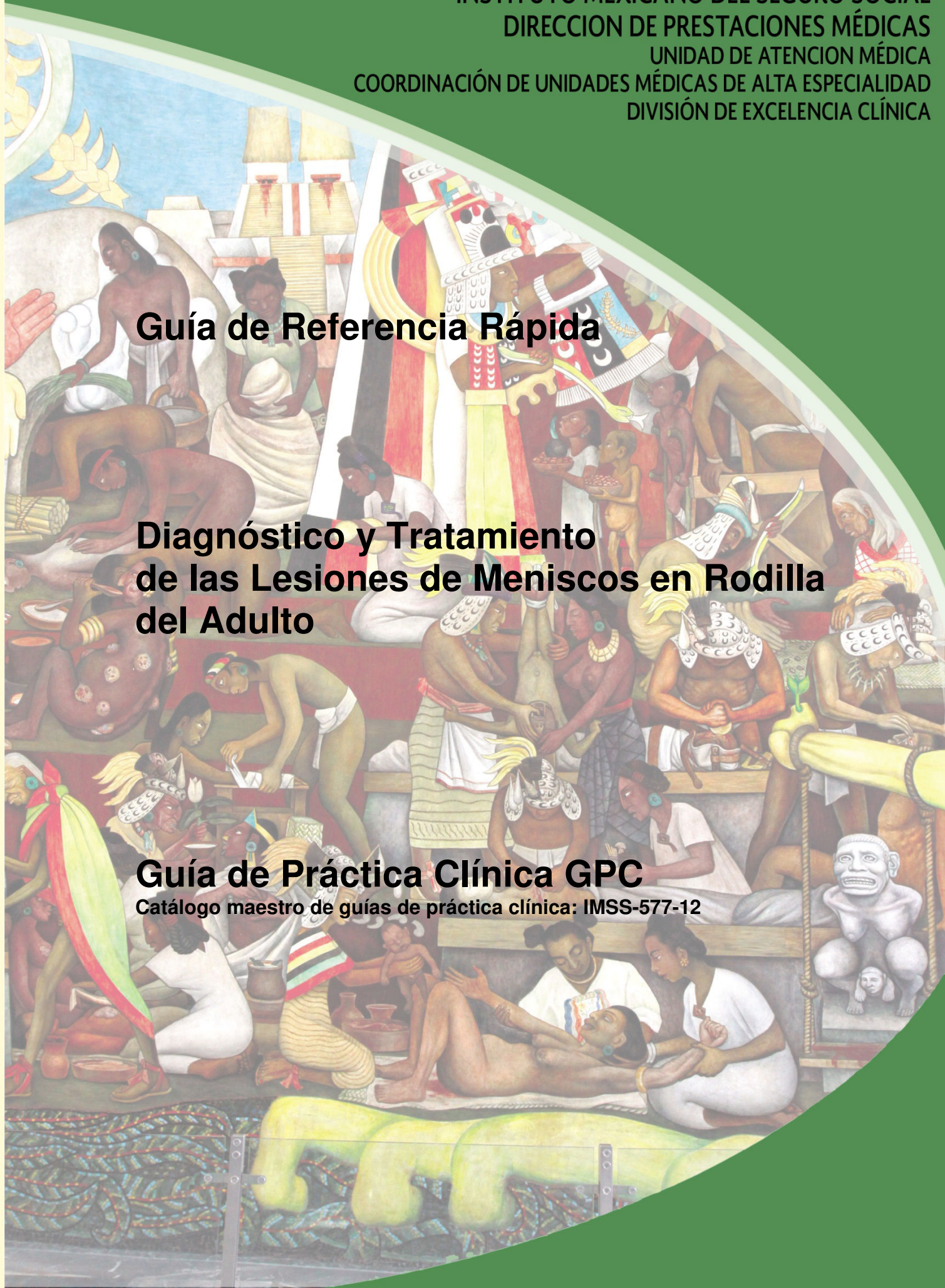


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos en Rodilla del Adulto

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-577-12



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: E80.0, E80.6, E81.4, E81.42, E81.43, E81.47 Lesiones de Meniscos en Rodilla

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos en Rodilla del Adulto

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Las lesiones de meniscos en rodilla incluyen desgarros y rupturas en los meniscos que suceden generalmente a un mecanismo rotacional de la rodilla cuando el miembro en apoyo se encuentra en semiflexión, esto explicaría porqué el menisco medial se compromete 5 a 7 veces más que el lateral. Las posiciones bruscas de la rodilla en varo o valgo suelen causar desgarros meniscales. El diagnóstico de las lesiones meniscales es fundamentalmente clínico y se basa en los antecedentes de lesión y práctica deportiva, así como en el estado funcional referido por el paciente y la exploración.

DIAGNÓSTICO

Durante la anamnesis poner especial interés en antecedentes traumáticos a nivel de la rodilla, recientes o antiguos, el mecanismo de lesión, así como las circunstancias del accidente que fue la posible causa de la lesión meniscal, así como la persistencia de sintomatología a nivel de la rodilla que oriente a una lesión meniscal.

Identificar de acuerdo al grupo etario la causa de lesión meniscal más frecuente: traumática o degenerativa. Teniendo en cuenta que en las lesiones traumáticas la lesión corresponde a un mecanismo derivado de un brusco movimiento de rotación de la pierna, con la rodilla en semiflexión y con el pie fijo en el piso.

Identificar como parte del cuadro clínico datos de intermitencia en la sintomatología como son:

- Dolor en a interlinea articular.
- Derrame articular.
- Episodios de bloqueo por interposición.
- Disminución en la amplitud en el arco de flexo/extensión.
- Atrofia del complejo muscular del cuádriceps.

En todo paciente con sospecha clínica de lesión de meniscos, realizar las siguientes maniobras clínicas para evidenciar el dolor o los chasquidos cuando se realice la flexo-extensión combinada con rotación de la rodilla:

- Steinmann I
- Steinmann II
- McMurray
- Apley

(Ver Anexo 5; Cuadro 1).

Clasificar las lesiones de meniscos con base a la morfología y la vascularidad del sitio de la lesión (Ver Anexo 5; Cuadro II).

Cuando exista el antecedente de traumatismo en un paciente con sospecha clínica de lesión meniscal y dependiendo de su mecanismo, se recomienda solicitar radiografías en proyecciones anteroposterior y lateral, simple y con apoyo (carga), para buscar lesiones óseas asociadas.

Solicitar estudio de ultrasonido para los pacientes con sospecha de lesiones meniscales, y en aquellos pacientes en quienes la sintomatología oriente a una patología meniscal pero estudio ultrasonográfico negativo, será importante considerar algún auxiliar de diagnóstico con mayor especificidad.

Efectuar RMN en pacientes en los que no exista la certeza en el diagnóstico de la lesión meniscal, teniendo en cuenta la variabilidad de los resultados de acuerdo a la experiencia de quien efectúa el estudio, (variación en sensibilidad y especificidad del 75% al 98%).

Efectuar una RMN en pacientes con bloqueo articular de rodilla, después de la reducción por maniobras externas, para establecer el plan terapéutico.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CONSERVADOR.

La elección del tratamiento para las lesiones meniscales se basa en:

- Edad
- Características de la ruptura meniscal.
- Cronicidad de los síntomas.
- Intensidad del dolor
- Condiciones clínicas del pacientes
- Actividad ocupacional del paciente.

El tratamiento conservador se recomienda en:

- Lesiones meniscales asintomáticas.
- Con sintomatología leve sin bloqueo articular ni derrame.
- Lesión meniscal con capacidad para la cicatrización.
- Ruptura longitudinal menor de 1 cm de longitud y estable.
- Lesión en la zona periférica (roja-roja)
- Roturas meniscales radiales menores a 5 mm.

En aquellos pacientes que no se manejan quirúrgicamente dar manejo analgésico, anti-inflamatorio, modificación de las actividades cotidianas, y rehabilitación.

El manejo con rehabilitación se emplea en los pacientes a quienes se indica manejo conservador, haciendo énfasis en el mantenimiento del rango de movimiento, a través de ejercicios isométricos e isotónicos.

En pacientes susceptibles de manejo no quirúrgico con lesión de meniscos con derrame articular se recomienda el empleo de medios locales para su control y disminución como son: terapia de frío, ultrasonido, y estimulación eléctrica.

Considerar el tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes que presentan bloqueo articular, así como en aquellos que no mejoren clínicamente con la rehabilitación y los medios físicos, y en aquellos que de acuerdo a los auxiliares de diagnóstico presentan lesiones complejas o no susceptibles de manejo conservador.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

En los pacientes con sospecha de ruptura meniscal aguda que presentan derrame articular que limita la funcionalidad y que es doloroso, la realización de artrocentesis para disminuir la sintomatología y sospechar lesiones asociadas (óseas o ligamentarias)

Ante un bloqueo articular en flexión corregir mediante movimientos de rotación de la tibia con la rodilla en flexión completa y efectuando una extensión de la extremidad. Se puede utilizar la infiltración de la articulación con anestésico local.

En aquellos casos donde se encuentra lesión meniscal con bloqueo articular que no se reduce mediante maniobras, la realización de una artroscopia con fines diagnostico-terapéuticos de manera urgente

Tomar en cuenta en el momento de decidir el manejo quirúrgico de una lesión meniscal, factores como son: el tipo de lesión, tamaño, localización, el tiempo de evolución, así como las características individuales del paciente; la terapéutica quirúrgica a emplear, entre las que están: la sutura meniscal, menisectomía parcial o total, y en los casos que lo ameriten el trasplante de menisco o implante de menisco de colágeno.

La sutura meniscal está indicada en lesiones que comprendan zonas con capacidad de reparación tisular, asociado a métodos que estimulen la cicatrización.

La reparación mediante sutura meniscal ha demostrado efectividad en lesiones que ocurren en zonas de la inserción periférica del menisco, pacientes jóvenes, lesiones con un tiempo de evolución menor a ocho semanas y aquellas lesiones asociadas a reconstrucciones de ligamento cruzado anterior ipsilateral.

Evitar el realizar reparaciones meniscales mediante sutura en rodillas con inestabilidad por el alto riesgo de fracaso del método terapéutico.

Emplear la técnica de sutura que ofrezca la mejor opción de acuerdo a la región meniscal afectada:

- 1) Dentro-afuera; empleada en la mayoría de las lesiones.
- 2) Fuera-adentro; lesiones de los tercios anterior y medio del menisco.
- 3) Dentro-dentro; lesiones verticales y longitudinales de la periferia en los cuernos posteriores del menisco

En el postquirúrgico inmediato inmovilizar la rodilla en extensión por 2 semanas, con movilización limitada (de 10° a 80°), con rangos de movilización completa 0° a 100° a partir de la 4ª semana. El apoyo parcial con auxiliares de la marcha se inicia a las seis semanas y las actividades deportivas a los 6 meses.

Emplear como tratamiento quirúrgico la menisectomía parcial artroscópica en lesiones meniscales no susceptibles a sutura, lesiones en zonas avasculares, rupturas horizontales, rupturas radiales, lesiones degenerativas y rupturas pediculadas o colgajos; este método terapéutico permite eliminar el tejido dañado e inestable, permitiendo preservar la mayor cantidad de tejido meniscal en el muro periférico.

Considerar en el momento de realizar la resección meniscal, que la degeneración articular será directamente proporcional a la cantidad de menisco eliminado durante el procedimiento, tratando de evitar en lo posible la menisectomía total.

Tener en consideración el trasplante de menisco alogénico en pacientes menores de 50 años, con antecedente de menisectomía total, con artrosis leve y alineación correcta de la rodilla sin datos de inestabilidad; con el objetivo de mejorar la sintomatología dolorosa y una posible mejoría de la función.

Identificar datos que contraindican el uso de trasplante alogénico de menisco como son: lesiones cartilaginosas avanzadas, inestabilidad de rodilla no tratada, alteraciones circulatorias periféricas, inflamación articular crónica, antecedente de artritis séptica de la articulación, artritis reumatoide, así como pacientes que no colaboren en el manejo.

Tener en consideración los resultados obtenidos por diversos autores en donde aun no hay uniformidad en los criterios de selección de los injertos, las técnicas quirúrgicas y los resultados obtenidos; lo anterior como sustento a una indicación de trasplante de menisco alogénico.

El implante de colágeno se emplea como una medida condroconductora para repoblación del injerto por las células del huésped.

El uso de implantes de colágeno se recomienda con la finalidad de mejorar los rangos de movilidad, sin embargo no existe consenso del mejor momento para la aplicación del implante, si se realiza al tiempo de la menisectomía o al presentar síntomas post-menisectomía.

El implante de colágeno es una alternativa para mejorar la función mecánica de la rodilla en pacientes jóvenes con resultados controversiales de acuerdo a la publicación así como a los resultados en la fisiología articular y de manera local.

TRATAMIENTO DE REHABILITACION.

El tratamiento mediante la rehabilitación se emplea para mejorar los rangos de movilidad, la fuerza y el control del movimiento de la extremidad afectada, y está encaminado para mejorar el rendimiento físico durante las actividades deportivas, en el paciente pos operado.

Un programa de ejercicios, así como las medidas restrictivas y preventivas específicas para cada tipo de manejo seleccionado que contribuya a la preservación y cicatrización de los tejidos reparados o reconstruidos.

En pacientes operados por lesión de meniscos en rodilla se recomienda implementar un programa de rehabilitación distribuido en fases específicas; considerando los factores que pueden modificar el progreso de la rehabilitación.

Los ejercicios isométricos son recomendados, así como asistencia en ejercicios de flexión y extensión en los casos que así lo requieran, y al retiro de los puntos se permite la carga parcial con uso de bastón; y en los casos que así se considere necesario el uso de rodillera con bloqueos para vigilar la movilidad del menisco reparado.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Deberán restringirse las actividades independientemente del método terapéutico seleccionado por espacio de 3 a 6 semanas, así como restringir el arrodillarse, ponerse en cuclillas, gatear, hacer ascensiones, ni permanecer de pie por periodos prolongados en la fase inicial de la recuperación.

Recomendar el uso de auxiliares de la marcha como muletas y otros aparatos ortopédicos en la fase inicial, que directamente afectarán la agilidad. El uso de dispositivos que permitan mantener la extremidad inferior elevada puede permitir la reincorporación laboral en aquellos que desempeñan actividades sedentarias.

En aquellos casos donde el cirujano lo especifique se establecerán las restricciones permanentes al paciente pos operado para: ponerse de rodillas, saltar, o ponerse en cuclillas.

El uso de medicamentos analgésicos y anti-inflamatorios deberá ser vigilado por el área médica para evitar el sobre consumo y los efectos secundarios.

Valorar al paciente con manejo conservador a las 4, 8 y 12 semanas, con envío al manejo de rehabilitación a partir de la semana 6 en los casos donde así se considere.

Una vez establecido el diagnóstico clínico y radiológico de lesión meniscal se inicia el tratamiento con un analgésico (paracetamol), agregándosele un anti-inflamatorio (diclofenaco, naproxeno, piroxicam) en los casos necesarios, más las medidas generales del cuidado de la rodilla afectada, que pueden ser inmovilización en los casos agudos y en los crónicos la cita correspondiente para definir el manejo.

Si hay mejoría sin restricción funcional se valora el envío a medicina física y rehabilitación (diatermia o ultrasonido), y se da cita en dos semanas, para continuar la vigilancia o modificar el manejo.

Si no hay mejoría de la sintomatología dolorosa se recomienda, suspender los aines y el paracetamol e iniciar con dextropropoxifeno, y vigilar la evolución del síntoma, así como de los rangos de movilidad.

Valorar al paciente con manejo quirúrgico a las 2, 4, 8 y 12 semanas, con envío al manejo de rehabilitación a partir de la semana 6 en los casos donde así se considere.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En los casos de lesiones agudas de rodilla con presencia de aumento de volumen importante, limitación funcional y/o bloqueo articular enviar a un Segundo Nivel de atención con Ortopedia y Traumatología.

En aquellos casos donde no se cuente con el servicio de Ortopedia y Traumatología en Segundo Nivel, se enviará al paciente al Tercer Nivel de atención que cuenta con el servicio.

En los casos donde se siguió un manejo conservador y los resultados fueron satisfactorios posterior al manejo con o sin realizar contra referencia al primer nivel de atención para su seguimiento y alta definitiva.

En los casos que sean manejados quirúrgicamente se realizara la contra referencia al ser dado de alta el paciente de la Unidad de rehabilitación al primer nivel de atención en los casos que así lo considere el rehabilitador o se referirá nuevamente al servicio de Ortopedia y Traumatología en el Segundo o Tercer Nivel de Atención si es necesario.

DIAS DE INCAPACIDAD

La prescripción de incapacidad temporal para el trabajo se recomendará teniendo en cuenta el tipo de manejo (conservador o quirúrgico), así como el procedimiento quirúrgico empleado, la actividad laboral y el apego al proceso de rehabilitación.

Extender el tiempo de incapacidad laboral conforme a las actividades laborales y el tipo de tratamiento que puede variar; en promedio se sugieren periodos de 7 a 56 días.

ALGORITMOS

