

DOLOR DE RODILLA EN ATENCIÓN PRIMARIA, ENFRENTAMIENTO DE UNA LESIÓN DEGENERATIVA DE MENISCO

RRSS: Los invitamos a leer este interesante artículo del Dr. Rodrigo Palacios, residente de medicina familiar mención adultos, que nos orienta en el enfrentamiento desde la APS de la meniscopatía degenerativa.

Autor: Dr. Rodrigo Palacios R., Residente Medicina Familiar PUC.

Editor: Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen de portada:

El dolor de rodilla insidioso es una consulta frecuente en Atención Primaria, donde la aproximación diagnóstica mediante exámenes de imagen es de difícil acceso. El objetivo de esta revisión es presentar herramientas diagnósticas y orientaciones terapéuticas para el manejo de desgarros degenerativos del menisco, una causa frecuente de este motivo de consulta.

Palabras Clave: Rodilla, Menisco, Medicina Familiar, APS.

Fecha: 14 de agosto 2018

Introducción

El dolor de rodilla es un motivo de consulta recurrente en la práctica habitual de la atención primaria y en consulta de especialidad. Se reporta que aproximadamente un tercio de las consultas se asocian a este motivo, siendo visto en un 54% de las consultas asociadas al ámbito deportivo y en un 33% en población general⁽¹⁾. Dentro de las múltiples patologías que provocan dolor en la articulación, los desgarros meniscales juegan un rol importante. Cerca del 8% de la patología de rodilla correspondería a lesiones meniscales⁽²⁾. El presente artículo pretende otorgar herramientas para la sospecha, diagnóstico y orientaciones terapéuticas con relación a la meniscopatía degenerativa.

Clínica de la Meniscopatía Degenerativa

El menisco es una estructura fibrocartilaginosa en forma de medialuna ubicada entre los cóndilos femorales y las mesetas tibiales con la función de proporcionar estabilidad, absorción del impacto, distribución de la fuerza de contacto, lubricación y propiocepción de la articulación de la rodilla⁽³⁾.

La degeneración meniscal ocurre por fuerzas de carga repetitivas que actúan sobre un menisco desgastado, correspondiendo, generalmente, a roturas transversales que afectan el tercio posterior del menisco⁽⁴⁾. Habitualmente se asocia a presencia de desgarro condral⁽³⁾ y presenta factores de riesgo y procesos fisiopatológicos en común con Osteoartritis, por lo que es difícil determinar si son condiciones independientes o una antecede a la otra.

a. Anamnesis

Un desgarro meniscal en un menisco degenerativo habitualmente se presenta con síntomas vagos alrededor de la rodilla, asociado en ocasiones a un trauma mínimo o nulo, que habitualmente es omitido en la historia clínica del paciente; a diferencia de una lesión aguda en un menisco normal, que ocurre típicamente cuando una persona cambia de dirección de una manera que implica girar o torcer la rodilla mientras esta se flexiona y se planta el pie correspondiente.

El desgarro meniscal degenerativo debe sospecharse en un paciente que presente dolor articular de inicio insidioso, sin evento o trauma conocido, mayor de 30 años y sobre todo en aquellas personas mayores de 45 años que presenten osteoartritis, ya que existe un 40% de prevalencia concomitante⁽⁵⁾.

El paciente puede referir además del dolor, síntomas mecánicos tales como: sensación de inestabilidad, rigidez, aumento de volumen y bloqueo articular debido a la incapacidad de extender la rodilla por la interferencia del menisco desgarrado, aunque esto último no es habitual. Se asocia a períodos prolongados en posición sentada, subir y bajar escaleras, y a déficit de fuerza en cuádriceps y abductores de cadera.

b. Examen físico

Al examen se puede apreciar sensibilidad en línea articular, incapacidad de ponerse en cuclillas o arrodillarse, disminución en rango articular principalmente en la extensión (aunque a menudo está conservado). El derrame articular es raro, a diferencia del desgarro agudo asociado a ruptura de Ligamento cruzado anterior.

Cuando existe la sospecha clínica, es útil utilizar maniobras exploratorias específicas^(6,7)(ver Tabla 1):

Tabla 1: Pruebas exploratorias para evaluar lesión meniscal y sus parámetros descriptivos de propiedades diagnósticas.

Test	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR+	LR-
McMurray	51% (48-53%)	78% (77-80%)	70% (68-72%)	61% (59-63%)	2,3 (2,1-2,6)	0,63 (0,59 - 0,68)
Apley	38% (36-41%)	84% (82-86%)	71% (68-74%)	58% (55-60%)	2,4 (2,0-3,0)	0,73 (0,68 - 0,78)
Thessaly	91% (98-94%)	97% (95-99%)	97% (95-99%)	91% (89-94%)	31,1 (19,4-72,4)	0,09 (0,06 - 0,12)

VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; LR: likelihood ratio.

En general cuando no existe un desgarro agudo (ya sea sobre menisco normal o degenerativo) las pruebas pierden sensibilidad y especificidad; sin embargo, al estar presentes sugieren la presencia de la patología.

c. Imágenes

La radiografía simple se utiliza sólo en el contexto de sospechar patologías concomitantes como osteoartritis, considerando la presencia de ambas condiciones de manera frecuente⁽⁸⁾. En general la Ecotomografía no es de utilidad para la detección de meniscopatías degenerativas, pudiendo tener un rol en la evaluación de desgarros agudos; sin embargo, es importante definir que es operador dependiente lo que produce una gran variabilidad en cuanto a su sensibilidad y especificidad⁽⁹⁾.

La RNM se reconoce como el Gold standard presentando una buena especificidad y sensibilidad comparado con artroscopia⁽¹⁰⁾.

Una vez realizada la historia clínica y el examen físico, el diagnóstico entonces puede ser confirmado mediante una RNM; sin embargo, en muchos pacientes esto no es necesario, particularmente en aquellos con hallazgos que sugieren que el manejo quirúrgico no será exitoso, por lo que la decisión de solicitar una RNM depende de la edad del paciente, de si presenta historia de trauma o lesión aguda, si asociado al dolor presenta sintomatología mecánica o aquellos donde luego de un manejo conservador, persiste con disfunción mecánica recurrente.

Tratamiento

La rotura meniscal degenerativa debe tratarse cuando presenta dolor y sintomatología. El objetivo terapéutico es aliviar la sintomatología aguda, limitar las recurrencias y mejorar la función de la articulación.

La terapia conservadora es el pilar fundamental, reservando el tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes con síntomas recurrentes. El uso de la fisioterapia y kinesioterapia para tratar las lesiones meniscales degenerativas se apoya en estudios observacionales que muestran una asociación de la condición de la fuerza del cuádriceps y la función de la extremidad inferior⁽¹¹⁾. La evidencia disponible no ha informado mejorías clínicamente significativas en la función de los pacientes tratados con cirugía artroscopia en comparación con los que se trajeron de manera conservadora. La meniscectomía no parece ayudar en la mayoría de los casos, como lo muestran múltiples ensayos donde se ha encontrado que el tratamiento quirúrgico para los desgarros meniscales degenerativos es ineficaz, a diferencia de la terapia no quirúrgica donde los beneficios (incluso con evidencia radiográfica de empeoramiento de la degeneración meniscal) se han reportado en estudios de 3 y 5 años de seguimiento^(12,13,14). Aún así, esto podría menguar a largo plazo si es que el menisco persiste con desgaste⁽¹⁵⁾.

Se ha descrito mejoría del dolor y de síntomas mecánicos a pesar de la presencia de Osteoartritis en pacientes con meniscopatía degenerativa tratados con terapia no quirúrgica^(16,17). En general la terapia conservadora establece medidas como:

- Limitar actividades que instigan o exacerban los síntomas, aunque no se recomienda el reposo completo ya que puede exacerbar la rigidez.
- Uso de AINEs, a pesar de que a menudo ofrece un alivio sintomático incompleto.
- La fisioterapia y la rehabilitación kinésica es el aspecto central del tratamiento conservador y, en general, en diferentes tipos de protocolos, se busca:
 - Mejorar rango articular y ROM
 - Mejorar función de cadera y flexibilidad de los isquiotibiales
 - Aumentar fuerza de cuádriceps y cadera
 - Mejorar propiocepción de rodilla.

Sin embargo, cualquier rotura meniscal que cause derrames persistentes o una disfunción mecánica recurrente justifica la derivación a un cirujano ortopédico, ya que hasta 1/3 de los pacientes puede necesitar cirugía a pesar de terapia física y el fortalecimiento adecuado⁽³⁾.

Resumen:

Los desgarros meniscales degenerativos sintomáticos son una causa de dolor de rodilla en un número significativo de pacientes. Aquellos con sintomatología mecánica y dolor, son candidatos para realizar una Resonancia Nuclear magnética; sin embargo, si el dolor no se acompaña de síntomas mecánicos, se sugiere iniciar de inmediato un tratamiento conservador.

Solo un grupo seleccionado de pacientes podría beneficiarse de manera parcial de una meniscectomía, aunque es importante considerar que los estudios refieren que a largo plazo estos pacientes pueden presentar sintomatología similar a aquellos manejados solo con terapia conservadora.

Es necesario tener en cuenta todas estas variables en atención primaria para no perder tiempo en espera de un resultado imagenológico, y poder así iniciar de manera temprana una terapia que ayudará a mantener la funcionalidad de la articulación de la rodilla en pacientes con este tipo de lesiones.

Bibliografía

1. Calmbach, Walter. Evaluation of Patients Presenting with Knee pain: Part 1, 2003
2. Germazi, A. et al. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis. 2012
3. Howell R, Kumar NS, Patel N, Tom J. Degenerative meniscus: Pathogenesis, diagnosis, and treatment options. *World J Orthop* 2014; 5(5): 597-602
4. Vergara Hernández J, et al. Protocolo de valoración de la patología de la rodilla. Semergen 2004; 30 (5); 226-44
5. Wang DW, Cai X, LiuY, Wang ZG, Gao L. Meniscus injury in osteoarthritis of knee joints, under arthroscopy, Zhonghug Yixue Zazhi 2005;85:2425-2427
6. B. Ockert, et al. Der verletzte Meniskus: Wie sicher ist die klinische Untersuchung? Eine Metaanalyse. 2010
7. Hegedus, Eric. Et al. Physical Examination Tests for assesing a torn meniscus in the Knee. A Systematic Review With Meta Analysis. 2007
8. Bachmann LM, Haberzeth S, Steurer J, ter Riet G. The Accuracy of the Ottawa Knee Rule To Rule Out Knee Fractures: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2004;140:121–124
9. Hai, Dai. Et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography in assessing meniscal injury: meta-analysis of prospective studies. 2015
10. Von Engelhardt, LV. Et al. Diagnostics of degenerative meniscal tears at 3-Tesla MRI compared to arthroscopy as reference standard
11. Stensrud S, Risberg MA, Roos EM. Knee function and knee muscle strength in middle-aged patients with degenerative meniscal tears eligible for arthroscopic partial meniscectomy. *Br J Sports Med* 2014; 48:784.
12. Neogi DS, Kumar A, Rijal L, Yadav CS, Jaiman A, Nag HL. Role of nonoperative treatment in managing degenerative tears of the medial meniscus posterior root. *J Orthop Traumatol* 2013; 14: 193-199
13. Rimington T, Mallik K, Evans D, Mroczek K, Reider B. A prospective study of the nonoperative treatment of degenerative meniscus tears. *Orthopedics* 2009; 32.
14. Herrlin SV, Wange PO, Lapidus G, Hållander M, Werner S, Weidenhielm L. Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2013; 21
15. Østerås H, Østerås B, Torstensen TA. Is postoperative exercise therapy necessary in patients with degenerative meniscus? A randomized controlled trial with one year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2014; 22: 200-206
16. Yim JH, Seon JK, Song EK, Choi JI, Kim MC, Lee KB, Seo HY. A comparative study of meniscectomy and nonoperative treatment for degenerative horizontal tears of the medial meniscus. *Am J Sports Med* 2013; 41: 1565-
17. Sihvonen R, et al. Arthroscopy partial menisectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med*. 2013 jul; 41(7): 1565-70