



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

CONSIDERACIONES
SOBRE LAS LESIONES TRAUMATICAS AGUDAS
DE LOS MENISCOS DE LA RODILLA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

CARLOS E. FLORES GIRON

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MARZO DE 1952

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30. — TELÉFONO 2707.

PLAN DE TESIS

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

INTRODUCCION

FISIOLOGIA

FRECUENCIA

MECANISMO

ANATOMIA PATOLOGICA.—TIPOS DE LESION

SINTOMAS

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

EXAMEN FISICO

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO

TRATAMIENTO

CASOS TRATADOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Muchas lesiones de los meniscos y en general de los elementos articulares de la rodilla, se han venido ocultando bajo denominaciones tales como las de artritis traumática o de derrame sinovial, habiendo recibido tratamientos conservadores a veces prolongados, consistentes la mayoría de las veces en aplicaciones de ondas ultracortas y de masaje.

Como tales tratamientos no resultan eficaces, las lesiones avanzan, llevando a la degeneración del cartílago articular que es el primer paso hacia una artropatía crónica incurable.

Un aumento en la frecuencia de los casos debido al mayor auge que ha tomado el deporte, la industria y el tránsito, así como al mejoramiento de la Cirugía Ortopédica, han conducido a un mejor resultado diagnóstico y terapéutico.

El extenso uso que se hace de los antibióticos contribuye también eficazmente al tratamiento.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Los fibrocartílagos o meniscos son dos láminas de forma semilunar, aplanadas de arriba a abajo, que ocupan las cavidades glenoideas tibiales, aumentándolas y facilitando así la adaptación de los cóndilos femorales a aquéllas.

Embriológicamente tienen la forma de un disco, llegando a adquirir la forma semilunar por un proceso regresivo. Una interrupción en dicho proceso hace que conserven su forma discoidea, pudiendo dar síntomas parecidos a los de la ruptura de un menisco adulto. Evolucionados, el menisco externo se asemeja a una O y el interno a una C.

Se describen en ellos: dos extremos o cuernos insertos en la zona mediana de la superficie interarticular tibial; una circunferencia externa, gruesa, unida a la cápsula fibrosa y a los ligamentos laterales (flojamente la del externo) y una circunferencia interna que mira al centro de la cavidad glenoidea, sin alcanzarlo. Su corte representa un triángulo con su base en la circunferencia mayor y su vértice en la menor.—(Figura 1).

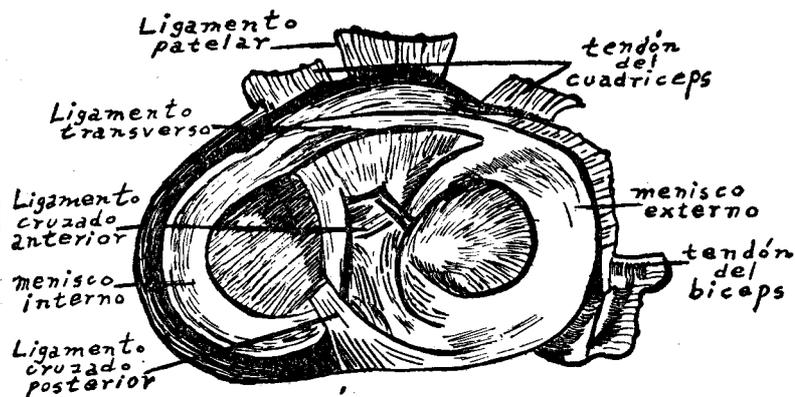


Fig. 1

FISIOLOGIA

Los meniscos reparten regularmente la presión de los cóndilos sobre las glenoides, aunque de dicha presión no soportan sino una pequeña parte, pues su sección triangular hace que huyan y se deslicen bajo la misma a lo que contribuyen también sus inserciones que son laxas.

En la flexión se desplazan de delante a atrás. En la extensión de atrás a adelante. En un movimiento forzado en que no haya la coaptación normal de los cóndilos a las glenoides, el menisco puede ser prensado y roto.

FRECUENCIA

De las lesiones de los meniscos, las del interno son más frecuentes que las del externo, en la proporción de 8 a 1, lo cual se debe a que la movilidad del primero es menor por su mayor unión con el ligamento lateral de su lado. Con relación a las lesiones internas de la rodilla en general, las de dicho fibrocartilago son también las más frecuentes, observándose de preferencia en adultos jóvenes (mayor número entre los 25 a 30 años), más expuestos por razones de profesión u oficio: entre ellos los futbolistas y obreros que desempeñan trabajos pesados.

MECANISMO

El menisco interno se lesiona al concurrir las siguientes condiciones:

- a) Pie girado hacia fuera, por lo general apoyado en el suelo, soportando el peso del cuerpo.
- b) Tibia girada hacia fuera con el pie y fija.
- c) Rodilla parcialmente flexionada.
- d) Fémur rotado forzosamente hacia dentro.
- e) Extensión brusca de la articulación.

Las cuatro primeras condiciones hacen que el menisco se dirija hacia el centro y parte posterior de la articulación, donde es prensado entre la cabeza del cóndilo femoral y la glenoide tibial al producirse la extensión.

El menisco externo se lesiona por un movimiento de torsión y abducción forzados de la pierna o por golpe sobre él.

ANATOMIA PATOLOGICA TIPOS DE LESION

Por ser fibrocartilagos, los meniscos tienden más a desgarrarse a largo, que a fracturarse a través. Carecen de circulación propia, nutriéndose del líquido sinovial, por lo cual una vez rotos y no inmovilizados no cicatrizan, hipertrofiándose primero sus bordes y por último atrofiándose; los fragmentos desprendidos pueden traumatizar el cartilago articular y originar a la larga una artritis hipertrofica de la rodilla.

Su lesión traumática consiste en la ruptura o desgarro, que según su localización comprende:

- a) Desprendimiento del tercio anterior. Es la más frecuente; en ella la parte desprendida cuelga libremente dentro de la articulación, pudiendo hipertrofiarse o alterarse por lesiones repetidas.
- b) Ruptura del tercio medio.
- c) Ruptura del tercio posterior.
- d) Ruptura en ojal o asa de cubo. Es un desgarro longitudinal de la zona media del menisco, quedando intactos sus dos extremos; en ella el borde desprendido puede quedar comprimido contra la escotadura intercondilea, imposibilitando la completa extensión de la rodilla.—(Figura 2),

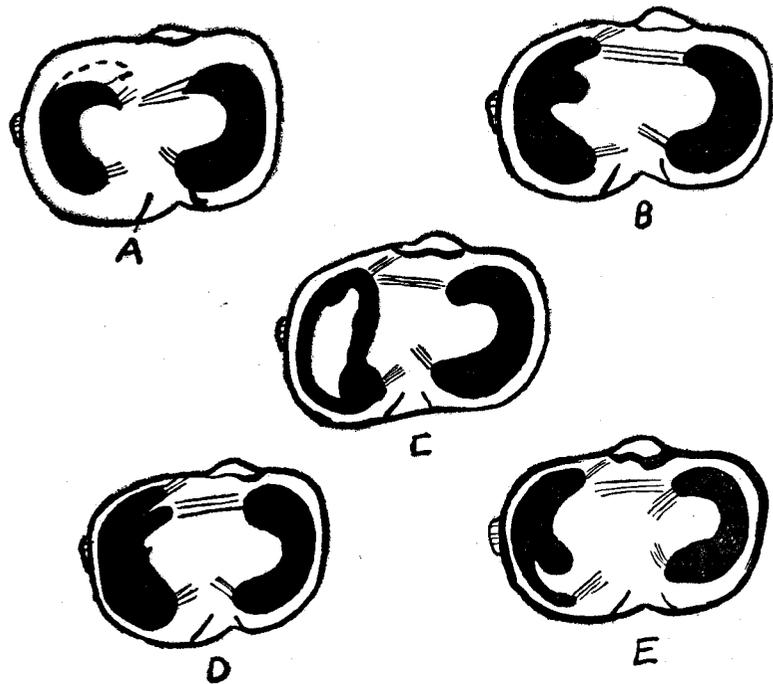


Fig. 2

A: Desprendimiento del cuerno anterior. — B: Hipertrofia local después de aplastamiento. — C: Rotura en asa de cubo. — D: Rasgadura del cuerno anterior. — E: Arrancamiento del cuerno posterior.

SINTOMAS

Dolor.—Más o menos intenso según el grado de la lesión, e inmediato a la causa. Usualmente se localiza en la región del área afectada, aunque algunas veces puede irradiarse a otra zona.

Impotencia.—Es por lo general, parcial. Consiste en la imposibilidad de extender o flexionar completamente la rodilla, lo que llega a dificultar o imposibilitar la marcha.

Estos síntomas constituyen lo que se llama el “bloqueo articular”, que se halla más o menos en la mitad de los casos en que hay lesión de los meniscos y es debido a la interposición de la por-

ción desprendida del menisco entre los cóndilos femorales y el platillo tibial. Es comprobado por el examen físico.

Inestabilidad de la rodilla.—En general los enfermos que padecen de lesiones internas de la rodilla, se quejan de una sensación muy especial de inestabilidad, que a veces les es difícil de explicar, pero que la describen diciendo que sienten que la rodilla “se les va.” En las lesiones del tercio posterior el paciente siente dolor intra-articular que por lo general no puede localizar, faltando a veces el bloqueo.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Es de la mayor importancia en cualquiera de las afecciones de la rodilla, tomar una historia completa, haciendo énfasis sobre ciertos síntomas que muchas veces no se pueden comprobar por el examen clínico.

Se debe insistir sobre la clase de traumatismo y si es posible, lograr que el paciente describa el mecanismo del golpe. Se hará constar:

1º—Fecha y mecanismo del traumatismo original.

2º—Síntomas percibidos a continuación del traumatismo de origen, especificando los siguientes puntos:

- a) Situación del dolor.
- b) Presencia o ausencia de bloqueo articular.
- c) Grado de incapacidad inmediata.
- d) Presencia de traquidos articulares.
- e) Presencia de derrame articular.

3º—Tratamiento del traumatismo original y período de incapacidad.

4º—Historia de repetición de accidentes articulares.

5º—Motivo de la consulta actual y enumeración de sus padecimientos.

EXAMEN FISICO

Inspección.—Rodilla generalmente en semiflexión. Inicialmente puede no observarse en ella nada anormal, pudiendo producirse después algún derrame que provoca hinchazón de la misma, sobre todo cuando hay asociación con otras lesiones.

Movilidad activa.—Limitadas la extensión y la flexión; provoca dolor. En las lesiones de la parte posterior del menisco puede estar libre la extensión y limitada la flexión.

Atrofia del cuádriceps.—Signo tardío debido a la inmovilidad.

Palpación.—Temperatura, normal o aumentada en caso de hemartrosis (producida generalmente por lesiones de la sinovial).

Dolor.—Generalmente limitado a la región del área afectada, que es la parte anterior del menisco con mayor frecuencia y al nivel de la interlínea articular, pudiendo localizarse a veces irradiado a otra zona. Cuando está afectada la parte posterior puede localizarse por detrás del ligamento lateral.

Deformidades.—Pueden palpase ligeros abultamientos o depresiones al nivel de la porción fracturada.

Movilidad pasiva.—Limitadas la extensión y flexión. Se provoca dolor. Como es frecuente que haya lesión simultánea del menisco interno y del ligamento lateral interno, habrá en estos casos abducción exagerada de la pierna respecto al muslo.

Crépitos.—Provocados de preferencia en las lesiones antiguas, indican que el fibrocartílago está sufriendo.

Percusión.—Empleada para localizar el dolor.

Auscultación.—Para determinar la presencia de traquidos articulares.

DIAGNOSTICO

Es típico el caso del individuo que al ir corriendo gira rápidamente cargando el peso del cuerpo sobre la rodilla en flexión parcial y abducción, sintiendo bruscamente un dolor agudo en la parte interna de la misma, cayendo al suelo y no pudiendo ya extenderla completamente. Con esa historia se sospecha entonces lesión del cartílago semilunar interno, debiendo realizarse un cuidadoso examen clínico y descartarse cualquier lesión de las otras partes blandas de la rodilla. El examen radiológico descartará cualquier lesión ósea.

La intervención quirúrgica exploradora confirmará el diagnóstico. En el caso de lesión del menisco externo, el dolor se localiza en el lado externo de la rodilla.

Cuando no hay bloqueo de la rodilla, el diagnóstico se dificulta mucho. Sólo podrá asegurarse por la intervención.

Es muy frecuente la persistencia de molestias articulares (como por ejemplo, sensación de flojedad de la rodilla) y también la repetición de accidentes (rodilla que se "traba", dolor) motivados éstos por traumas similares al inicial o aún por esfuerzos cotidianos como la subida de escalones. Muchos de esos casos tienen historia de tratamientos conservadores, poco eficaces.

Diagnóstico diferencial.—Debe hacerse con las siguientes lesiones:

- a) Lesiones del pelotón grasoso infrarotuliano.
- b) Ruptura del ligamento lateral interno.
- c) Ruptura de los ligamentos cruzados.
- d) Cuerpos libres articulares.
- e) Exóstosis de las regiones vecinas.
- f) Lujación recurrente de la rótula.

PRONOSTICO

El pronóstico de esta afección tratada idóneamente tiende a ser tanto mejor cuanto más pronto se trate, más joven sea el paciente, mejores las condiciones generales y más simple sea la lesión.

Lo ensombrecen: las lesiones múltiples, el mal estado general, las malas condiciones de tratamiento, etc.

TRATAMIENTO

1º—*Conservador*.—Se emplea la primera vez que se ve al paciente y cuando se trata de una lesión reciente. Persigue la reducción por medio de la tracción, extensión y rotación pasivas de la pierna, y la contratracción desde el muslo. La articulación será puesta en reposo, debiendo realizarse tempranamente los ejercicios de contracción del cuádriceps.

Tracción continua.—Cuando el diagnóstico es dudoso o cuando la rodilla por ser muy dolorosa no se puede examinar, se usa la tracción durante cierto tiempo, lo cual ayuda al diagnóstico y sirve de tratamiento.

2º—*Quirúrgico*.—La artrotomía exploradora es la intervención ideal en las lesiones internas de la rodilla.

Indicaciones.—Mientras algunos sostienen que todo fibrocartilago lesionado debe siempre extirparse en su totalidad, otros extirpan sólo la parte lesionada y todo el menisco solamente si es necesario, considerando que su papel es importante en el funcionamiento de la rodilla.

Pre-operatorio.—La preparación de la piel se hace desde 48 horas antes de la intervención. Para ello:

A.—*El primer día*: a) Se rasura la región; b) Se limpia con éter; c) Se hace la antisepsia; d) Se cubre con paños estériles.

B.—*El segundo día*: Nueva aplicación de antiséptico cubriendo con paños estériles.

C.—*El tercer día*: La misma antisepsia inmediatamente antes de la operación.

Operación.—Describiremos la técnica seguida en uno de los casos típicos tratados.

Post-operatorio.

1º—Semi-inmovilización, que comprende:

- a) Curación;
- b) Enguata;
- c) Vendaje elástico;
- d) Sábana doblada que envuelve lo anterior.

2º—Tratamiento del dolor.

3º—Antibióticos:

A.—Penicilina:

- a) Penicilina cristalina: 50,000 unidades cada 3 horas (primer día) (a veces también en el segundo día).
- b) Penicilina en aceite: 300-400,000 unidades cada 12 horas (segundo a tercer días), y cada 24 horas del tercer día en adelante, según la evolución. Es usada sistemáticamente para prevenir la infección del hematoma articular.

B.—*Estreptomicina*.—Se usa cuando se quiere reforzar la acción de la penicilina.

4º—*Ejercicios del cuádriceps*.—Principiados al día siguiente, intensificándolos al principiar la movilización.

5º—*Movilización*.—Al sexto día se quita la sábana que inmovilizaba parcialmente, principiándose a practicar ejercicios graduales y progresivos de extensión y flexión a la vez que se aumentan los del cuádriceps y se levanta al enfermo, que principia a caminar ayudado de muletas o de bastón. Al décimo día se quitan los puntos y desde entonces el paciente camina más libremente y a las tres semanas por lo general ya lo hace bien.

Se hace especial énfasis en los ejercicios del cuádriceps que deben ser hechos progresivamente hasta llegar a ejecutarlos contra resistencia de pesos. Sirve el desarrollo del cuádriceps como índice de la evolución del caso y se da por curado un paciente cuando su cuádriceps tiene el mismo volumen que el del lado sano o, si es posible, aún más.

CASOS TRATADOS

Desde finales del año 1948 a finales del 1951, han sido tratados por los Doctores de la Cerda y von Ahn, 28 casos de ruptura del menisco interno y practicado su extirpación. Los resultados han sido muy buenos, siendo controlados periódicamente hasta la fecha.

Los casos que cito a continuación fueron vistos y tratados desde Noviembre de 1951 hasta Marzo de 1952.

C. U. R., de 25 años. Ingresó el 27 de Febrero de 1952.

Historia.—En el mes de Junio de 1950, jugando basket-ball la empujaron, cayéndole una compañera sobre la cara externa de la rodilla izquierda que a la vez chocó contra el suelo en flexión, lo cual le provocó dolor e imposibilidad inmediata de caminar. Posteriormente y hasta la fecha ha sentido que al efectuar movimientos de flexión en la rodilla, ésta se le traba, impidiéndole la marcha cada vez que eso sucede.

Examen.—Inspección: no se observan anormalidades. Palpación: dolor al nivel de la cara interna de la rodilla, sobre la interlínea articular. Movimientos: la flexión es dolorosa en el mismo sitio. No hay lesión aparente de los otros elementos articulares.

Diagnóstico.—Ruptura del menisco interno.

Tratamiento.—Quirúrgico (artrotomía exploradora).

Examen general.—Temperatura: 36.6°. Pulso: 64 por minuto. Presión arterial: 130/80. Corazón y pulmones: normales.

Operación.—Anestesia: gases. Posición: decúbito dorsal.

1) Antisepsia. Campos.

2) Incisión pararrotoiana interna principiada sobre el condilo femoral, de 10 centímetros de longitud. Interés piel y tejido celular subcutáneo.

3) Hemostasia de vasos seccionados.

4) Colocación de campos en ambos bordes de la herida, cosiéndolos con hilo, para aislarla.

5) Incisión de la cápsula articular.

6) Incisión de la sinovial. Ambas en la misma dirección que la de la piel.

7) Se baja el extremo de la mesa que soporta las piernas, flexionándolas en ángulo recto para exponer mejor la cavidad articular. Trendelenburg.

8) Exploración: menisco interno lujado, con fractura en asa de cubo, estando su borde interno introducido en la escotadura intercondilea. Decisión operatoria: extirpación del menisco.

9) Separación del ligamento lateral interno para ver bien la unión del menisco a la cápsula.

10) Prehensión del menisco con dos pinzas curvas cuya convexidad sigue la de la rodilla.

11) Sección de la unión del menisco a la cápsula.

12) Sección de su inserción posterior.

13) Lavado articular.

14) Extensión de los miembros flexionados, levantando el extremo de la mesa.

15) Sutura de la sinovial.

16) Sutura de la cápsula.

17) Sutura del tejido celular subcutáneo. Todos con catgut simple.

18) Sutura de la piel con crin.

19) Vendaje en la forma descrita.

Post-operatorio inmediato.

1) Vigilarla hasta que despierte. Entonces incorporarla.

2) Nada por la boca las primeras 6 ó 8 horas. Luego dieta líquida.

3) Inyección intravenosa de un litro de suero mixto.

4) Morfina por dolor: 0.01 gr. cada 4 horas, si es necesario.

5) Penicilina: 50,000 unidades cada 3 horas.

El resto del post-operatorio se continuó en la forma antes descrita.

M. A., de 28 años. Ingresó el 20 de Octubre de 1951.

Historia.—El día de su ingreso dió un salto como de un metro de altura, cayendo de pie, quedándole desde ese momento dolor en la rodilla y en el tobillo izquierdos.

Examen.—Rodilla aumentada de volumen, con fondos de saco distendidos. Choque rotuliano presente. Dolor en la interlínea articular interna. Tumefacción y dolor a nivel del maléolo externo.

Diagnóstico.—Contusión de la rodilla, con probable lesión interna. Fractura del maléolo externo (radiografía).

Tratamiento.—Inmovilización de la fractura; punción de la rodilla (extracción de líquido). Artrotomía exploradora: aumentada la movilidad del cuerno anterior del menisco interno; menisectomía.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

M. G., de 30 años. Ingresó el 8 de Noviembre de 1951.

Historia.—El 4 de Noviembre de 1951, jugando foot-ball, sufrió una caída sobre la pierna derecha. No pudo caminar.

Examen.—Rodilla aumentada de volumen con fondos de saco distendidos. Choque rotuliano presente. Antecedentes de bloqueo articular. Dolor localizado a nivel de la interlínea articular, a ambos lados.

Diagnóstico.—Trastorno interno de la rodilla. Probable ruptura de meniscos.

Tratamiento.—Doble exploración. Meniscos desprendidos y rotos. Extirpación de ambos.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

J. L. H. G., de 23 años. Ingresó el 11 de Noviembre de 1951.

Historia.—El 2 de Noviembre de 1951 saltó de una locomotora sufriendo una flexión forzada de la rodilla derecha y golpeándose. Pudo andar, con mucho dolor. Fue conducido al Centro II donde se le hizo el diagnóstico de esguince de la rodilla y como tratamiento: vendaje, punción, extrayéndosele 3 c. c. de líquido sanguinolento e infiltración del borde interno de la tibia con metacaína al 2 por ciento.

Transferido al Centro I por tener signos de bloqueo articular, sospechándose lesión del menisco interno.

Examen.—Movimientos de extensión y flexión: libres; a la rotación: dolor en la cara interna de la rodilla, que es localizado por palpación en la mitad anterior de la interlínea articular.

Diagnóstico.—Ruptura del menisco interno.

Tratamiento.—Artrotomía exploradora: menisco roto. Menisectomía.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

C. R., de 30 años (particular). Ingresó el 3 de Diciembre de 1951.

Historia.—Jugando foot-ball sintió que se le trabó la rodilla, sintiendo dolor.

Examen.—Rodilla hinchada, hay bloqueo.

Tratamiento.—Tracción, durante una semana (no desapareció el bloqueo). En vista de eso se hizo la artrotomía exploradora, encontrándose el menisco interno roto (asa de cubo). Menisectomía.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

F. B. C., de 35 años. Ingresó el 8 de Diciembre de 1951.

Historia.—El 1º de Junio de 1951 se cayó del tren, de pie, habiéndole quedado la pierna en abducción forzada, golpeándose después al caer. Fue tratado (vendaje algodonado compresivo; reposo), sintiendo mejoría, pero siempre continuó con dolor y aflojamiento en la rodilla derecha, siéndole imposible ya trabajar desde principios de Diciembre, por lo que se sometió a tratamiento.

Examen.—Inspección: no hay anormalidades. Palpación: dolor en la cara interna de la rodilla a nivel de la línea articular. Movimientos: completos.

Diagnóstico.—Contusión antigua de la rodilla derecha, con ruptura del menisco interno.

Examen radiológico.—No hay señas de lesión osteoarticular en la rodilla examinada.

Tratamiento.—Quirúrgico (menisectomía).

Post-operatorio.—Bueno. No hubo complicaciones. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

A. M., de 23 años. Ingresó el 19 de Diciembre de 1951.

Historia.—El 4 de Enero de 1950 jugando foot-ball cayó sobre la rodilla derecha; quedó sufriendo desde entonces de dicha rodilla, habiéndosele practicado en tres ocasiones tres punciones, con mejorías temporales.

Diagnóstico.—Contusión antigua de la rodilla derecha, con probable ruptura del menisco interno.

Tratamiento.—Artrotomía exploradora: menisco interno desprendido en su extremo anterior y roto longitudinalmente. Menisectomía.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

E. R., de 25 años. Ingresó el 7 de Enero de 1952.

Historia.—En Diciembre de 1951 sufrió un fuerte traumatismo, jugando foot-ball, en la rodilla izquierda. Tuvo dolor agudo que persiste disminuído y que aumenta sobre todo al subir gradas, sintiendo a veces con esos y otros movimientos, que "se le traba" la rodilla.

Examen.—Atrofia del cuádriceps. Ligamento lateral interno laxo. La flexión provoca fuerte crepitación en la rodilla, especie de crujido que hace sospechar una degeneración condromaláica. Se palpa una pequeña tumefacción a nivel del extremo anterior del menisco externo.

Diagnóstico.—Ruptura del menisco externo. Quiste del mismo. Condromalacia.

Tratamiento.—Quirúrgico (artrotomía exploradora). Incisión pararrotoiana externa. Líquido gelatinoso amarillento en la cavidad articular. Menisco externo roto, con un quiste en su extremo anterior. En la cara inferior del cóndilo femoral externo hay degeneración condromaláica. Se extirpa el menisco con su quiste y se hace un raspado del cóndilo. Cierre por planos.

Post-operatorio.—Penicilina. Estreptomina (por la lesión ósea). Tracción al noveno día por la misma lesión. Alta al vigésimo día para continuar tratamiento ambulatorio.

J. F., de 48 años (particular). Ingresó el 11 de Enero de 1952.

Historia.—Hace tres semanas, al bajar de un tren, le quedó fija la rodilla izquierda, sintiendo dolor. Posteriormente: dolor, hinchazón, equimosis. Actualmente: dolor, cojera, limitación de la movilidad.

Examen.—Cojera de la pierna izquierda; movilidad de 150° a 110°. Palpación: dolor en el lado interno, donde hay una masa. Ligamentos libres.

Diagnóstico.—Ruptura del menisco interno.

Tratamiento.—Artrotomía exploradora: menisco completamente desprendido en su parte anterior. Menisectomía.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta para continuar tratamiento ambulatorio.

P. A., de 30 años. Ingresó el 13 de Febrero de 1952.

Historia.—El 4 de Noviembre de 1951 fue atropellado por un carro que le golpeó la cara interna de la rodilla derecha. Ingresó al Centro I, donde se le hizo el diagnóstico de artritis crónica post-traumática, habiéndosele tomado una radiografía que indicaba no haber lesión ósea.

Tratamiento.—Inyecciones de líquido analgésico, vendaje, inductotermia, analgésicos y tiamina. Con ello sintió mucha mejoría, pero persistiendo molestias tales como flojedad de la rodilla además de otras, se envió en consulta al Doctor De la Cerda, a quien le pareció que el enfermo padecía de trastornos internos de la rodilla y probablemente de desprendimiento del cuerno anterior del menisco interno, aconsejando practicar la artrotomía exploradora,

que fue realizada el 14 de Febrero, habiéndose encontrado un menisco degenerado con ruptura longitudinal, efectuándose la menisectomía por el método habitual.

Post-operatorio.—Ideal. Penicilina. Estreptomina. Alta al 16º día para continuar tratamiento ambulatorio.

R. E. V., de 33 años. Ingresó el 17 de Febrero de 1952.

Historia.—En Enero de 1952 cayó de una bicicleta golpeándose la cara interna de la rodilla derecha contra el borde de una banqueta. Le fueron practicados los primeros auxilios en el Centro I, consistentes en cura local con alcohol y vendaje.

Examen.—Ligera atrofia del cuádriceps; dolor agudo en la interlínea articular de la rodilla, mayor en el lado interno. Limitación de los movimientos.

Diagnóstico.—Ruptura del menisco interno.

Tratamiento.—Quirúrgico (artrotomía exploradora). Al abrir la articulación se ve el menisco lujado y longitudinalmente fracturado, bloqueándose. Menisectomía. Cierre por planos.

Post-operatorio.—Muy bueno. Alta al décimo día para continuar tratamiento ambulatorio.

A. L. O., de 35 años. Ingresó el 22 de Febrero de 1952.

Historia.—El 8 de Febrero de 1952, al levantar un gran peso, éste le obligó a flexionar forzosamente la rodilla derecha, sintiendo en ella un dolor agudo. Fue tratado en el IGSS de Mazatenango, donde se le hizo el diagnóstico de esguince del ligamento lateral interno, habiéndosele tratado con inmovilización y diatermia.

Examen.—Atrofia del cuádriceps. Dolorosa la interlínea articular en su lado interno con dolor exquisito a nivel del cuerno anterior del menisco.

Diagnóstico.—Ruptura del menisco interno.

Tratamiento.—Quirúrgico (artrotomía exploradora). Se encuentra desprendimiento del cuerno anterior y ruptura longitudinal del menisco. Menisectomía.

Post-operatorio.—Muy bueno.

CONCLUSIONES

1ª—La ruptura del cartílago semilunar interno es el tipo de lesión más frecuente entre las afecciones traumáticas de la rodilla.

2ª—Su mayor frecuencia se ve en el adulto joven.

3ª—La historia típica del trauma ocasional seguido de semi-flexión persistente de la pierna orienta al diagnóstico, debiendo hacerse un minucioso estudio clínico y radiológico para tratar de descubrir o descartar otras lesiones.

4ª—El tipo de operación de rutina en esta lesión como en los otros trastornos internos de la rodilla es la artrotomía exploradora, que debe ser considerada tan inocua y útil como una laparotomía exploradora; se decidirá la conducta a seguir después de conocer el estado articular.

5ª—Como anestesia se emplean generalmente la raquídea o la general.

6ª—Los ejercicios musculares del cuádriceps son de capital importancia en el tratamiento.

7ª—Los resultados finales fueron siempre mejores cuando la lesión era única, el tratamiento precoz y si el paciente colaboró.

CARLOS FLORES GIRÓN.

Vº Bº,

DR. MARIO DE LA CERDA.

Imprimase,

DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

Anatomía Descriptiva.—Testut-Latarjet.

Cirugía de la Rodilla. Reporte de 37 casos.—Mario de la Cerda;
Jorge von Ahn.

Fracturas, Lujaciones y Esguinces.—Key y Conwell.

Fracturas y Traumatismos Articulares.—Watson Jones.

Orthopedic Surgery.—Mercer.—1950.

Técnica del Tratamiento de las Fracturas.—Böheler.

Trastornos Internos de la Rodilla.—Mario de la Cerda.—(Revista
del Colegio Médico de Guatemala).

Tratado de Patología Quirúrgica.—Christopher.