

Desgarro meniscal

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

Un desgarro de menisco, esa almohadilla de cartílago elástico que amortigua la rodilla, suele causar dolor a lo largo de la línea articular. Se trata de la zona sensible en el borde interno o externo de la rodilla, justo donde se unen el fémur y la tibia. Muchas personas sienten el dolor en la parte posterior de la rodilla. El lado interno se ve afectado unas tres veces más a menudo que el lado externo.

La forma en que se produce el desgarro determina lo que se siente. En personas jóvenes, el mecanismo habitual es un giro brusco o un cambio repentino de dirección durante la práctica deportiva. Algunas personas oyen o sienten un “chasquido” en el momento de la lesión. A partir de la mediana edad, el desgarro puede ocurrir por movimientos cotidianos como agacharse o una caída. En muchas rodillas de personas mayores, el desgarro se desarrolla gradualmente, sin que haya una lesión concreta que lo explique. Hasta el 40 % de las personas observan que los síntomas aparecen por sí solos, sin causa aparente.

La hinchazón es frecuente. Entre la mitad y dos tercios de las personas notan que su rodilla se hincha tras un desgarro; en el caso de un desgarro meniscal, esta hinchazón suele aparecer a lo largo de varias horas y no de inmediato. La hinchazón puede ir y venir: empeora tras la actividad física y disminuye con el reposo. Algunas personas perciben la rodilla rígida al doblarla cuando está hinchada.

También puede haber sensación de atrapamiento, chasquidos, bloqueo o inestabilidad de la rodilla. El bloqueo significa que la rodilla se queda “atascada” y no se puede estirar por completo. Estos síntomas indican que el fragmento desgarrado se mueve dentro de la articulación. El dolor suele disminuir en los primeros días, pero vuelve junto con la hinchazón cuando la persona vuelve a caminar.

En la vida cotidiana, el problema se manifiesta al doblar o girar la rodilla. Agacharse para alcanzar un armario bajo, arrodillarse para cargar el lavavajillas, levantarse del suelo o girar en las escaleras pueden desencadenar el dolor. Caminar sobre terreno llano suele ser posible, por lo que muchas personas continúan con sus actividades durante semanas antes de buscar ayuda médica.

No todos los desgarros provocan síntomas, y algunos de aquellos que sí los causan pueden mejorar por sí solos con el tiempo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Dentro de la rodilla, entre el fémur y la tibia, se encuentran dos almohadillas de cartílago en forma de cuña llamadas meniscos. Cada una tiene una sección transversal triangular; parecen cuñas o juntas de goma situadas entre dos superficies duras. Están compuestas mayormente por agua, que representa entre el 65 % y el 75 % de su volumen, y están unidas por resistentes fibras de colágeno. Esas fibras se disponen en anillos alrededor de la almohadilla, lo que permite que el menisco se estire y distribuya la carga sin desgarrarse.

Los meniscos desempeñan varias funciones simultáneamente. Actúan como amortiguadores, distribuyendo la carga sobre la rodilla. Cuando la pierna está recta, asumen aproximadamente la mitad de la carga que recibe la articulación; al flexionar la rodilla 90 grados, llegan a absorber hasta el 90 % de dicha carga. Además, ayudan a lubricar la articulación, la estabilizan y proporcionan información sensorial sobre la posición, es decir, la percepción que le indica al cerebro dónde se encuentra la rodilla sin necesidad de mirarla.

Un desgarro interrumpe esos anillos de fibras. Cuando se cortan, la almohadilla ya no puede distribuir la carga como debería, y la presión sobre la superficie articular aumenta. La extirpación del tercio interno de un menisco eleva la tensión de contacto sobre el cartílago en un 65 %. Un desgarro que separa toda la almohadilla de su punto de anclaje provoca un daño similar al de la extirpación total del menisco. Por eso el dolor, la hinchazón y el bloqueo de la articulación suelen intensificarse al flexionar o girar la rodilla: el fragmento desgarrado se mueve bajo la carga.

No todos los desgarros son iguales; la ubicación del desgarro también es importante. El tercio externo de cada menisco cuenta con buen aporte sanguíneo, por lo que los desgarros en esa zona tienen mayores posibilidades de cicatrizar. El tercio medio se sitúa en la zona límite; el tercio interno carece por completo de irrigación sanguínea y recibe nutrientes por difusión, por lo que los desgarros allí rara vez sanan por sí solos. Con la edad, el aporte sanguíneo disminuye, motivo por el cual los desgarros en rodillas de personas mayores se comportan de forma distinta a las lesiones deportivas en personas jóvenes.

Un desgarro también puede irritar la membrana sinovial, lo que contribuye a la hinchazón y al dolor.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano ortopédico en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la naturaleza específica de su desgarro meniscal. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico para poder acceder al reembolso de Medicare. Comenzamos con una evaluación clínica que incluye su historial médico, un examen físico e, en caso necesario, estudios de imagen, para luego analizar con usted las distintas opciones de tratamiento.

Muchos desgarros no requieren cirugía al principio. Los desgarros pequeños y estables situados cerca del borde externo del menisco, donde el riego sanguíneo es bueno, suelen cicatrizar por sí solos y aliviar los síntomas. Asimismo, ciertos desgarros degenerativos que no provocan bloqueos ni atrapamiento de la articulación también pueden manejarse sin intervención quirúrgica. La fisioterapia busca reducir el dolor e inflamación,

además de fortalecer los músculos que protegen la rodilla. Por lo general, le pedimos que siga este tratamiento durante un tiempo antes de considerar la cirugía; la constancia en el programa terapéutico es fundamental.

Existen desgarros que es preferible no tratar en absoluto. Los desgarros de grosor parcial, los pequeños desgarros de menos de 5 a 10 mm y aquellos que apenas se mueven pueden simplemente observarse sin intervención. Si en las radiografías se observa artritis degenerativa avanzada en la rodilla, somos cautelosos a la hora de operar el menisco, pues corregir un desgarro estable en una rodilla artrósica rara vez brinda alivio duradero. En esos casos, el tratamiento no quirúrgico es la primera opción; si no resulta suficiente, se podría considerar un reemplazo de rodilla.

El control del dolor forma parte del plan terapéutico. Los analgésicos y antiinflamatorios simples ayudan a controlar los brotes de dolor mientras la fisioterapia actúa a largo plazo.

La cirugía se indica cuando el desgarro provoca bloqueos o atrapamiento de la rodilla, cuando se encuentra en una zona sin riego sanguíneo y no puede cicatrizar, o cuando la fisioterapia no ha logrado mejoría suficiente. Existen dos procedimientos principales: la reparación, que consiste en suturar el menisco desgarrado, y la meniscectomía parcial, que implica extirpar únicamente la parte dañada. La reparación es adecuada para desgarros situados en la zona externa bien irrigada, desgarros verticales, desgarros tipo “raíz” y pacientes jóvenes, generalmente menores de 40 años; este método aprovecha la capacidad natural de cicatrización de la rodilla. En cambio, la meniscectomía parcial se emplea para desgarros que no pueden repararse, como los radiales o en forma de “solapa” en la zona interna. Procuramos extirpar la menor cantidad posible de tejido meniscal, ya que conservarlo reduce el riesgo de desarrollar artritis en el futuro.

No toda reparación es viable para cada tipo de desgarro. Los desgarros complejos, la mala calidad del tejido y la artritis avanzada son factores que dificultan la cicatrización. Examinaremos su rodilla y los estudios de imagen, le explicaremos cuál opción se ajusta a su caso y tomaremos la decisión conjuntamente.

Qué esperar

Muchas roturas se resuelven sin necesidad de cirugía. Las roturas pequeñas y estables, así como algunas roturas por desgaste, suelen mejorar con fisioterapia, analgésicos y el paso del tiempo. No todas las roturas provocan síntomas desde el principio; algunas que sí los causan acaban desapareciendo por sí solas. Si su rodilla no se traba, no se “atasca” ni presenta inflamaciones recurrentes, es muy probable que medidas sencillas sean suficientes para controlar la situación.

Cuando la cirugía se realiza por los motivos adecuados, la mayoría de los pacientes vuelven a realizar las actividades que les llevaron a consultar. Tanto la reparación como el recorte del menisco mejoran el dolor y el nivel de actividad a corto plazo. Sin embargo, la reparación tiene un pequeño inconveniente: algunas personas refieren que, a los 6 y 12 meses, su rodilla se siente un poco peor que quienes se sometieron a un recorte del menisco. A cambio, a largo plazo, conservar el menisco reduce el riesgo de desgaste articular; a los seis años, el desarrollo de artritis por desgaste es menor en comparación con quienes se sometieron a recorte. El recorte implica eliminar tejido; cuanto más se extrae, mayor es la presión sobre la superficie articular, motivo por el cual los cambios artrósicos aparecen con mayor frecuencia en la zona de la rodilla que perdió menisco.

No siempre la reparación tiene éxito: aproximadamente una de cada cinco reparaciones fracasa a largo plazo, y un tercio de ellas requiere una segunda intervención dentro de los cinco años. La reparación funciona mejor cuando se realiza simultáneamente con una reconstrucción de ligamentos, en comparación con casos en que el ligamento permanece intacto; su eficacia es mínima en rodillas cuyo ligamento cruzado anterior se ha roto y no se ha reconstruido. Las roturas de más de 2 cm y el hábito de fumar disminuyen las probabilidades de cicatrización. Tener 40 años o más no incrementa el riesgo de fracaso de la reparación; hombres y mujeres obtienen resultados similares.

Dejar una rotura sin tratar también conlleva riesgos: cuanto más se retrasa la cirugía, mayor es la probabilidad de que la rotura pase a ser irreparable. En pacientes que también han sufrido una rotura del ligamento cruzado anterior, esperar más de un año para operarse eleva el riesgo de que el menisco se dañe aún más y quede fuera de posibilidades de reparación.

Un pequeño número de personas a quienes se les extirpó el menisco previamente se someten a un trasplante de menisco de donante. En pacientes cuidadosamente seleccionados, la mayoría de estos injertos siguen funcionando a los 10 años.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si el dolor de rodilla no mejora tras unas pocas semanas de reposo y medidas sencillas, o si la hinchazón reaparece después de hacer actividad física. Solicite una evaluación por parte de un especialista si la rodilla se “traba”, se “atasca” o cede, si no se puede estirar por completo, o si el problema interfiere con su trabajo o su sueño. Estos síntomas indican que el fragmento de cartílago desprendido se está moviendo dentro de la articulación; son más importantes que el dolor en sí, ya que el dolor por sí solo suele desaparecer con el tiempo. Si la rodilla está caliente, roja o muy hinchada, o si no puede soportar ningún peso, busque atención médica de inmediato en lugar de esperar a que mejore por sí sola.