

Menisco discoide medial: un cuadro infrecuente. Presentación de un caso y consideraciones sobre el tratamiento

Hugo Vasquez Diaz, Diego Toledo, Marco Gutierrez Gonzalez, Pedro Valdecantos

Servicio de Traumatología Infantil, Clínica Dávila, Santiago de Chile, Chile

RESUMEN

El menisco discoide medial es un cuadro extremadamente raro, tiene una incidencia del 0,12-0,3%. Se relaciona con trastornos en períodos tempranos del desarrollo, que generan un menisco de mayor grosor que afecta la función y la estabilidad, y predispone a las lesiones. Se puede diagnosticar mediante una resonancia magnética y la artroscopia es el procedimiento quirúrgico de elección. El tratamiento se basa en los signos y síntomas, y las lesiones asociadas, y puede ser conservador o quirúrgico, siempre tratando de preservar la mayor cantidad de menisco. Se presenta el caso de un paciente de 14 años con gonalgia izquierda. Los hallazgos en una resonancia magnética permitieron llegar al diagnóstico. El paciente fue sometido a una saucerización artroscópica y la evolución fue buena.

Palabras clave: Rodilla; menisco; artroscopia.

Nivel de Evidencia: IV

Medial Discoid Meniscus: A Rare Condition. Case Report and Treatment Considerations

ABSTRACT

Medial discoid meniscus is an extremely rare condition, with a reported incidence of 0.12 -0.3%. It results from early developmental abnormalities that produce a thickened meniscus, compromising function and stability and predisposing to injury. Magnetic resonance imaging (MRI) is the main diagnostic tool, while arthroscopy is considered the gold standard for confirmation. Treatment depends on clinical symptoms and associated injuries, and may be conservative or surgical, with an emphasis on preserving as much meniscal tissue as possible. We report the case of a 14-year-old patient with left knee pain. MRI findings confirmed the diagnosis of medial discoid meniscus. The patient underwent arthroscopic saucerization with a favorable postoperative outcome.

Keywords: Knee; meniscus; arthroscopy.

Level of Evidence: IV

INTRODUCCIÓN

Los meniscos son dos estructuras fibrocartilaginosas ubicadas entre la superficie articular femorotibial medial y lateral. Su morfología (forma de C y semicircular, respectivamente) junto a sus propiedades viscoelásticas contribuyen al balance y la distribución de cargas, a la absorción de energía, y a otorgar estabilidad, lubricación y propiocepción.¹

El menisco discoide (MD) es una anomalía congénita, producida por una falla de la apoptosis y la absorción de tejido central durante el desarrollo.² Se caracteriza por un engrosamiento del menisco sobre el platillo tibial, la formación de tejido hipertrófico desorganizado y alteraciones meniscocapsulares, esto, sumado a una pobre vascularización, aumenta el estrés mecánico y la predisposición a las lesiones. La incidencia de MD varía entre el 0,4% y el 17%, y predomina en la población asiática.³ En el 97-99% de los pacientes, está afectado el MD lateral y hasta el 25% de los casos es bilateral.⁴ El MD medial es un cuadro extremadamente raro, su incidencia es del 0,12% al 0,3% de los pacientes con MD.⁵ La importancia de esta estructura radica en que se presenta en una zona directa de estrés de carga, lo cual, en teoría, implica un riesgo más alto de lesiones y degeneración a largo plazo.²

Recibido el 9-10-2024. Aceptado luego de la evaluación el 24-8-2025 • Dr. MARCO GUTIERREZ GONZALEZ • marcotulogutierrez23@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0006-1089-6164>

Cómo citar este artículo: Vasquez Diaz H, Toledo D, Gutierrez Gonzalez M, Valdecantos P. Menisco discoide medial: un cuadro infrecuente. Presentación de un caso y consideraciones sobre el tratamiento. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2025;90(5):489-493. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2025.90.5.2045>

Los hallazgos clínicos característicos son: dolor, derrame articular, bloqueo articular, chasquido audible y limitación del rango de movilidad durante la infancia o la adolescencia.⁶ La aparición de los síntomas y signos depende de las alteraciones propias del MD, el grado de actividad o el trauma asociado. A su vez, en muchos casos, puede ser asintomático y no se lo diagnostica, o se lo pesquiza en la etapa adulta.³

El estudio se inicia con radiografías que ayudan a obtener una aproximación diagnóstica y a descartar diagnósticos diferenciales. Los hallazgos descritos son: aumento del espacio articular femorotibial, pérdida de la convexidad del cóndilo femoral lateral, concavidad del platillo tibial y “condylar cut-off sign” (rotura de la cortical posterior del cóndilo femoral lateral en el plano sagital).⁴ La resonancia magnética tiene una sensibilidad del 61,7-78,2% y una especificidad del 90,2-95,5% para confirmar el diagnóstico.⁶ Algunos de los hallazgos descritos son: aumento del grosor meniscal, alteraciones morfológicas degenerativas en el plano axial y “bow tie sign” (3 o más cortes consecutivos de 5 mm con continuidad de ambos cuernos en el plano sagital).⁴ El procedimiento de elección para el diagnóstico es la artroscopia, aunque no permite caracterizar algunas lesiones degenerativas o intrasustancia.⁶

Se dispone de múltiples clasificaciones que utilizan variables morfológicas (completo e incompleto), la estabilidad y el tipo de desplazamiento, y se relacionan con el pronóstico y las opciones terapéuticas; sin embargo, todas son para el MD lateral, no existen clasificaciones propias para el MD medial. Las clasificaciones más utilizadas son las de Watanabe (1969), Klingele (2004), Good y cols. (2007), y Ahn (2009).⁷ Esta última es una clasificación basada en los hallazgos.⁸

El tratamiento se define según los síntomas y las características meniscales. El manejo conservador se reserva para pacientes asintomáticos o con síntomas leves. La cirugía se indica cuando hay síntomas invalidantes, limitación funcional, bloqueo articular y signos de inestabilidad. Entre las opciones quirúrgicas, se pueden mencionar la saucerización para las lesiones estables (resección parcial con un remanente meniscal mínimo de 6-8 mm),⁹ la menisectomía parcial para las lesiones con desgarros extensos o degeneración significativa o la reparación meniscal si hay desgarros asociados.⁶

El pronóstico es favorable, se alivia el dolor y mejora la función; sin embargo, no es posible predecir el deterioro degenerativo articular, por lo que la preservación es el factor protector más importante durante el tratamiento.⁹

El objetivo de esta presentación es describir los hallazgos clínicos, radiológicos y artroscópicos en un paciente con MD medial, una condición extremadamente rara sobre cuyo manejo hay escasa evidencia actual.

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años, asmático y deportista, que consultó en el Servicio de Urgencias, por gonalgia izquierda, de 2 semanas de evolución, mientras realizaba el entrenamiento de fútbol. Tenía un dolor persistente, asociado a claudicación y sensación de bloqueo intermitente. Tras la evaluación inicial y la toma de radiografías (Figura 1), se optó por el manejo ambulatorio ante la sospecha de un esguince. Los síntomas disminuyeron levemente, aunque el bloqueo articular cesó.

Se lo derivó a un traumatólogo subespecialista. Los hallazgos del examen físico fueron: dolor a la palpación en la interlínea articular medial, flexo-extensión dolorosa con rango completo (0-130°) y prueba de McMurray medial positiva; el resto del examen fue normal. Ante estos hallazgos, se decidió solicitar una resonancia magnética de rodilla izquierda (Figura 2). Las imágenes mostraron un aumento del volumen meniscal medial (incompleto) no desplazado, con degeneración intrameniscal.

Se indicó un manejo conservador que consistió en reposo deportivo, antiinflamatorios no esteroides y kinesioterapia (20 sesiones). Al finalizar el tratamiento, el paciente aún sentía dolor y tenía limitación funcional para practicar su actividad deportiva competitiva, por lo que se decidió el manejo quirúrgico.

Se realizó una artroscopia de rodilla, con 2 portales (anterolateral y anteromedial). Se confirmó la presencia de MD medial incompleto y estable, que comprometía el 80% del platillo medial; no se detectaron lesiones asociadas (Figura 3). Con un *shaver* y una pinza artroscópica, se efectuó la saucerización del segmento central, dejando 8 mm de remanente meniscal circunferencial y estable. Se cerraron los portales y la cirugía finalizó sin incidentes.

Se le otorgó el alta con inmovilización en extensión completa por 2 semanas y aumento del rango de movilidad a 30° cada 2 semanas, para completar 8 semanas, junto con kinesioterapia.

En los controles siguientes, se constató una mejoría significativa y se autorizó el retorno deportivo a los 4 meses de la cirugía, con controles anuales.



Figura 1. Radiografías anteroposterior y lateral comparativas de rodillas. No se observan signos que impresionen un defecto meniscal.



Figura 2. Resonancia magnética de rodilla izquierda, secuencias T1 y DP. Se aprecia un hallazgo sutil con engrosamiento meniscal en el compartimento medial y signos de degeneración intrasustancia, sin roturas u otras lesiones asociadas.

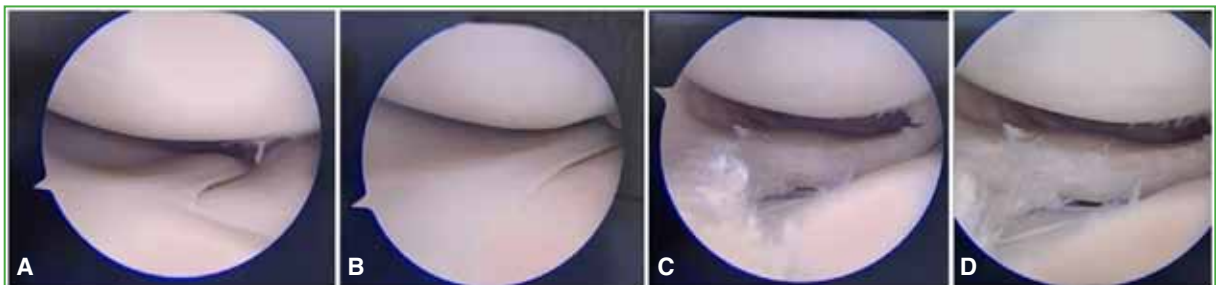


Figura 3. Artroscopia diagnóstica y terapéutica de rodilla izquierda. **A y B.** Se observa un menisco discoide medial, con compromiso parcial del platillo tibial, sin lesiones asociadas. **C y D.** Se visualizan fibras desorganizadas y la saucerización del menisco discoide medial con remanente estable de 8 mm.

DISCUSIÓN

El MD medial es una anomalía congénita extremadamente rara. Su particularidad se debe no solo a su baja incidencia, sino también a la complejidad biomecánica del compartimento medial. En la actualidad, no hay un consenso claro sobre su manejo y, muchas veces, se debe extrapolar la evidencia existente de MD lateral. Sin embargo, hay diferencias que contrastan y hacen discutible su manejo.

En un estudio de Kim y cols., la saucerización de MD mediales sintomáticos fue eficaz para aliviar el dolor y mejorar la función articular. No obstante, también hubo un riesgo significativo de progresión hacia la degeneración articular debido a la resección del tejido meniscal en una zona de carga como el compartimento medial.⁸ De manera similar, Lee y cols. obtuvieron resultados positivos con la saucerización en términos de funcionalidad a corto plazo, pero advirtieron sobre el riesgo de complicaciones a largo plazo, como la osteoartritis.⁹ En un estudio comparativo de Yamasaki y cols., los pacientes con resecciones más extensas del MD medial, progresaron más rápido a la osteoartritis que aquellos tratados por MD lateral, lo que resalta la importancia de reducir, al mínimo, la resección en estos casos.¹⁰

Estos autores destacan que es primordial preservar el tejido meniscal, dada la constante exposición del compartimento medial al eje de carga, lo cual lo torna más susceptible de generar lesiones degenerativas a largo plazo; sin embargo, se trata de estudios observacionales, de bajo peso estadístico y aún sin recomendaciones válidas para otorgar un punto de corte respecto al remanente meniscal.

Pese a la falta de evidencia, nunca se debe dejar de lado la expectativa y la función previa de los pacientes. En el caso presentado, al tratarse de un MD medial estable y sin lesiones asociadas, se ofreció, en primera instancia, un tratamiento conservador, pero, ante la persistencia de los síntomas y la pérdida funcional (actividad competitiva previa), se optó por la cirugía, preservando la mayor cantidad de tejido meniscal posible; de esta manera, los resultados a corto plazo fueron buenos y el paciente reanudó por completo sus actividades. Es vital, en estos casos, realizar un seguimiento continuo y detectar eventuales complicaciones a largo plazo.

CONCLUSIONES

El manejo del MD medial es un área de incertidumbre y debate en Ortopedia. La naturaleza rara de la condición, junto con los riesgos inherentes de tratar una estructura clave para un compartimento que soporta carga, exige una consideración cuidadosa de las opciones terapéuticas. A medida que se publiquen más reportes de casos y se lleve a cabo un correcto seguimiento de estos pacientes, surgirá más evidencia que permita establecer un tratamiento seguro. Hasta entonces, el manejo de este cuadro se debe basar en preservar la mayor cantidad de tejido meniscal.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de H. Vasquez Diaz: <https://orcid.org/0000-0003-4851-6738>

ORCID de D. Toledo: <https://orcid.org/0009-0000-8621-1690>

ORCID de P. Valdecantos: <https://orcid.org/0009-0008-9159-4903>

BIBLIOGRAFÍA

1. Masquijo JJ, Bernocco F, Porta J. Menisco discoide en niños y adolescentes: correlación entre la morfología y la presencia de lesiones. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2019;63:24-8. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2018.08.002>
2. Yang X, Shao D. Bilateral discoid medial meniscus. Two case reports. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e15182. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015182>
3. Campbell AL, Pace JL, Mandelbaum BR. Discoid lateral meniscus. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2023;16:154-161. <https://doi.org/10.1007/s12178023-09824-4>
4. Tyler PA, Jain V, Ashraf T, Saifuddin A. Update on imaging of the discoid meniscus. *Skeletal Radiol* 2022;51(5):935-56. <https://doi.org/10.1007/s00256-021-03910-9>

5. Chico-Carpizo F, Arauz de Robles S, Alonso-Hernández J. Symptomatic bilateral medial discoid meniscus treated with arthroscopic meniscal remodeling: clinical case. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed)* 2020;64(5):350-4. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2020.02.005>
6. Saavedra M, Sepúlveda M, Jesús Tuca M, Birrer E. Discoid meniscus: current concepts. *EFORT Open Rev* 2020;5(7):371-9. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.5.190023>
7. Panchal HB, Bismil Q, Malhan K. Discoid meniscus: a review of the literature. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2020;13(5):633-41. <https://doi.org/10.1007/s12178-020-09653-4>
8. Kim SJ, Kim HK, Lee YS, Chun YM. Symptomatic discoid meniscus in children: assessment of the mechanical axis of the lower extremity and a novel MRI classification based on stability. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2020;28(3):869-76. <https://doi.org/10.1007/s00167-019-05587-8>
9. Yoo WJ, Jang WY, Park MS, Chung CY, Cheon JE, Cho TJ, et al. Arthroscopic treatment for symptomatic discoid meniscus in children: Midterm outcomes and prognostic factors. *Arthroscopy* 2015;31(12):2327-34. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.06.032>
10. Yamasaki S, Hashimoto Y, Takigami J, Terai S, Takahashi S, Nakamura H. Risk factors associated with knee joint degeneration after arthroscopic reshaping for juvenile discoid lateral meniscus. *Am J Sports Med* 2017;45(3):570-7. <https://doi.org/10.1177/0363546516677077>