

Menisco discóide bilateral medial e lateral

Relato de um caso*

NILSON ROBERTO SEVERINO¹, OSMAR PEDRO ARBIX DE CAMARGO²,
TATSUO AIHARA³, RICARDO DE PAULA LEITE CURY⁴, EVALDO HIRASHIMA⁵

RESUMO

Os autores apresentam paciente de 49 anos com sintomas dolorosos no joelho esquerdo, portadora de menisco discóide medial e lateral. Dada a raridade do caso, efetuou-se levantamento bibliográfico, principalmente no que diz respeito à incidência e etiopatogenia do menisco discóide, apresentando-se algumas considerações quanto à classificação, quadro clínico, radiologia, artroscopia e tratamento. É muito rara a ocorrência do menisco discóide medial e mais rara ainda é sua ocorrência em ambos os meniscos no mesmo joelho.

Unitermos – Joelho; menisco discóide bilateral

SUMMARY

Bilateral discoid medial and lateral menisci. Report of a case

The authors present a 49-year-old female patient who complained of pain in her left knee due to a discoid medial and lateral menisci. As it is a very rare finding, a literature review was realized concerning mainly its incidence, etiology, radiographic and arthroscopic aspects, and the possible treatment. The discoid medial menisci is a unusual finding, and it is even rarer when both menisci are affected in the same knee.

Key words – Knee; bilateral discoid menisci

INTRODUÇÃO

O menisco discóide tem sido largamente discutido na literatura mundial desde que Young^(1,4,5,8,13), em 1889, descreveu dois casos de meniscos de forma discóide no compartimento lateral em cadáveres; sua incidência varia de 1,5% a 4,6%^(4,5), sendo que algumas séries demonstram até 15,5%⁽⁵⁾; Ikeuchi⁽⁵⁾ relatou a incidência de 16,6% entre os japoneses.

Sua ocorrência fora do compartimento lateral é muito rara, conforme estudos de vários autores. Os primeiros casos de menisco discóide medial foram relatados por Cave & Estaples⁽⁴⁾, em 1941, em dois pacientes. Num estudo de Smillie^(3,9), de 10.000 meniscectomias, 467 eram discóide lateral e somente sete casos eram mediais. Murdoch^(8,13), em 1956, relatou o primeiro caso de menisco discóide medial bilateral; Dickason & col.^(4,13) relataram uma série de dez meniscos discóides mediais, sendo que num paciente de 22 anos a alteração era bilateral. Segundo os autores, existem apenas 22 casos de meniscos discóides mediais descritos na literatura. A mais alta incidência desta alteração no compartimento medial é de 0,3%. Jeannopoulos⁽⁷⁾ foi o primeiro a relatar caso de menisco discóide nos dois compartimentos do joelho numa paciente de dez anos de idade.

Etiopatogenia

Existem dúvidas quanto à verdadeira etiopatogenia do menisco discóide; Smillie^(4,5,8,14) acreditava ser uma alteração congênita em que ocorria a parada do desenvolvimento do menisco na fase embrionária e que teria a forma discóide em vez de semilunar. Porém, é clássico o estudo de Kaplan^(5,8,9) quanto à embriologia e anatomia do menisco, em que não encontrou evidências de existir a forma discóide em nenhuma fase do desenvolvimento de fetos humanos. Kaplan também relatou que o menisco discóide não possui inserção posterior no côndilo tibial, tendo somente inserção no ligamento meniscal femoral lateral (ligamento de Wrisberg), que é curto para acomodá-lo durante a flexoextensão normal do joelho,

* Trab. realiz. no Grupo de Joelho e Artrosc. do Dep. de Ortop. e Traumatol. da Santa Casa de São Paulo, "Pavilhão Fernandinho Simonsen" (Serv. do Prof. Dr. José Soares Hungria Neto).

1. Chefe do Grupo de Joelho e Artroscopia.
2. Professor Consultor.
3. Professor Assistente.
4. Médico Assistente.
5. Estagiário do Grupo.

permitindo hiper mobilidade da porção posterior e espessamento secundário, surgindo assim a forma discóide. Middleton^(10,12) considerou o fator hereditário quando relatou caso em que mãe e filho apresentavam a alteração.

Classificação

Em 1948, Smillie^(4,5,8) propôs a classificação do menisco discóide em três tipos: primitivo, intermediário e infantil. Porém a mais utilizada é a de Watanabe⁽⁵⁾, que classificou artroscopicamente em três tipos: completo, incompleto e tipo ligamento de Wrisberg.

- *Tipo completo* – Refere-se ao menisco que encobre a totalidade do côndilo tibial e sua inserção periférica é normal.
- *Tipo incompleto* – O menisco não encobre a totalidade do côndilo tibial e sua inserção periférica é normal.
- *Tipo ligamento de Wrisberg* – Não possui inserção do seu corno posterior no côndilo tibial, porém existe inserção no ligamento de Wrisberg.

Clínica

O paciente encontra-se normalmente na faixa dos dez aos 20 anos de idade, apresentando dor no joelho com ou sem história de trauma, podendo ter fraqueza, instabilidade, bloqueio e incapacidade para estender completamente o joelho^(4,6,8). Pode apresentar o clássico sinal descrito por Kroiss^(5,8,12), em 1910, o chamado *snapping knee* (ressalto audível e palpável na interlinha articular), considerado patognomônico por alguns autores. É raro o menisco discóide tornar-se sintomático na meia-idade⁽³⁾; ao contrário, sua incidência assintomática é mais freqüente do que se imagina. O exame físico pode demonstrar o ressaltado (*snapping knee*) entre 15° e 20° de flexoextensão ou outros sinais de lesão meniscal, podendo inclusive estar ausente se o menisco não estiver rompido.

Radiologia

Radiologicamente, alguns autores^(3-5,11) relatam alterações que podem estar associadas ao menisco discóide, como aumento do espaço articular lateral, hipoplasia do côndilo lateral femoral, epífise fibular em posição mais alta, defeito na musculatura fibular, condromalácia e côndilo tibial em forma de taça. Quando o menisco medial é o afetado, pode existir colapso da epífise proximal medial da tibia, aumento do espaço articular medial, além de artrose.

Artroscopia

Bellier & col.⁽²⁾ ressaltam o valor da artroscopia, pois, além de confirmar o diagnóstico, facilita a descrição morfológica, identifica a lesão meniscal e, mais importante, permite a realização da meniscectomia.

Tratamento

O tratamento é eminentemente conservador nos casos as-

sintomáticos ou naqueles em que a identificação de alterações anatômicas foi um achado. Porém, nos casos sintomáticos, o tratamento dependerá da intensidade das queixas e do quadro clínico associado à localização e extensão das lesões encontradas, podendo ser meniscectomia parcial ou total, como nos casos de menisco discóide tipo “ligamento de Wrisberg” instável e hiper móvel.

RELATO DO CASO

N.F.R., 49 anos, sexo feminino, foi atendida em nosso serviço com queixa de dor no joelho esquerdo de início insidioso, sem causa traumática e com dois anos de evolução. A dor, de intensidade leve, era referida em região retropatelar e parapatelar medial, que aumentava de intensidade aos esforços físicos, principalmente ao subir e descer escadas. Não relatava episódios anteriores de derrame articular, falseios ou bloqueio articular, porém houve piora da dor nos últimos seis meses.

Ao exame físico, apresentava discreta atrofia de coxa esquerda, edema, derrame articular e hipersensibilidade à palpação da interlinha articular medial e na patela. O exame ligamentar era normal, não se evidenciando frouxidões. As manobras de McMurray e Apley também eram negativas. Não havia limitação do grau de movimento, porém a flexoextensão provocava estalidos no compartimento medial e crepitação na articulação femoropatelar.

Achados radiológicos – A radiografia simples evidenciou presença de osteófitos no compartimento medial e aumento do espaço articular ao invés de pinçamento, comum nos casos de artrose.

Achados artroscópicos – Na artroscopia, notamos degeneração moderada da cartilagem na região femoropatelar e no côndilo femoral medial. Os meniscos, quanto à sua morfologia, possuíam a forma discóide, sendo que o medial encobria totalmente o côndilo tibial (fig. 1) e o lateral parcialmente (fig. 2). Ambos estavam intimamente relacionados com o ligamento cruzado anterior (LCA), dando aspecto no qual o LCA, ligamento transverso e cornos anteriores meniscais formavam um corpo único. Notamos que o menisco discóide medial era comprimido entre a tibia e o fêmur, apresentando-se degenerado, com laceração na sua borda, sem comprometer a região de inserção capsular.

Não havia lesão dos meniscos, porém foi feita ressecção da borda degenerada, conferindo à mesma a forma semilunar.

DISCUSSÃO

Estudo feito em nosso serviço revelou que no período de



Fig. 1 – Aspecto artroscópico do menisco medial

1984 a 1993 foram avaliados 46 pacientes com menisco discóide roto, num total de 48 joelhos. Na coleta de casos, foram excluídos os pacientes portadores de outras afecções em que durante a artroscopia foi detectada presença de menisco discóide íntegro e assintomático. A lesão lateral ocorreu em 44 pacientes e a medial em dois, o que confirma a raridade de sua ocorrência nesse compartimento. Foram detectadas lesões bilaterais em dois pacientes, uma do menisco lateral e outra do medial.

Em toda nossa série de meniscos discóides, este é o único caso que apresentava alteração anatômica em ambos os meniscos no mesmo joelho, sendo que o medial era do tipo completo e o lateral, do tipo incompleto, segundo a classificação de Watanabe⁽⁵⁾.

Ressaltamos nossa dúvida e a de vários autores quanto à verdadeira etiopatogenia do menisco discóide. Sabe-se que na fase precoce do desenvolvimento existe um tecido mesenquimal indiferenciado entre os precursores cartilagosos do osso, onde ocorre formação de cavidade que dará origem ao espaço articular. Pequena porção do mesênquima persiste, formando posteriormente um disco fibrocartilaginoso ou menisco. Em algumas articulações, em torno da 10^a semana de vida intra-uterina, ela já possui forma semilunar semelhante à forma adulta⁽¹²⁾. Kaplan⁽⁹⁾ comprovou que não existe a forma discóide em nenhuma fase do desenvolvimento fetal e levantou a hipótese de que a hiper mobilidade da porção posterior seria a causa do surgimento da forma discóide.

Persiste também dúvida em relação a diferentes fatores etiopatogênicos para os meniscos discóides laterais e mediais, reforçada principalmente pela diferença e sua incidência. Walmsley⁽¹²⁾ expressou a seguinte observação quanto a essa diferença: “Sempre devemos ter em mente o fato de que a

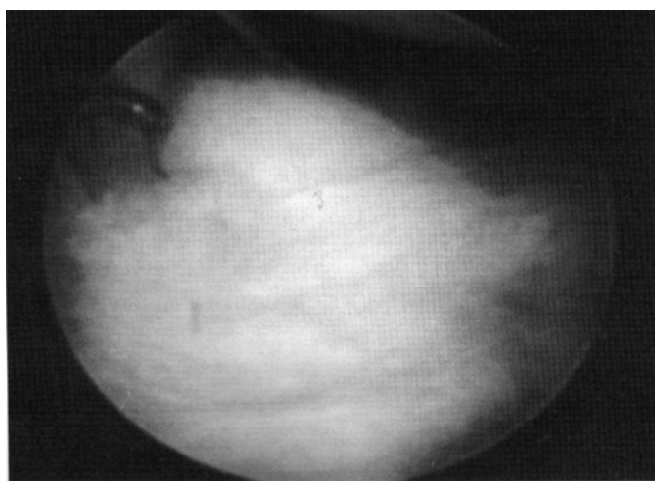


Fig. 2 – Aspecto artroscópico do menisco lateral

fibrocartilagem lateral, com seus dois cornos muito próximos, certamente dá aparência discóide.” Segundo Ross & col.⁽¹³⁾, a forma semilunar do menisco lateral se deve a um colapso ou reabsorção central do blastema entre os precursores do osso; ocorrendo falha nesse processo, podemos ter como resultado um menisco discóide. O fato de ser mais comum no compartimento lateral é explicado pela maior reabsorção do blastema, que ocorre durante o desenvolvimento da fibrocartilagem medial, responsável pela sua forma mais aberta.

Apesar de não possuímos explanação embriológica definitiva quanto à formação final do menisco e a causa de sua má formação, achamos que a hiper mobilidade não seja a causa da alteração em nosso caso, pois o LCA, o ligamento transversal e os cornos anteriores dos meniscos mostraram-se como corpo único, sendo interpretado como alteração congênita, ocorrida na diferenciação do mesênquima formador da articulação, e não como resultante de hiper mobilidade do menisco.

REFERÊNCIAS

1. Amatuzzi, M.M. & Barros Filho, T.E.P.: A meniscectomia na mulher. *Rev Bras Ortop* 19: 95-97, 1984.
2. Bellier, G., Dupont, J.Y., Larrain, M., Caudron, C. & Carlouz, H.: Lateral discoid menisci in children. *Arthroscopy* 5: 52-56, 1989.
3. Berson, B.L. & Hermann, G.: Torn discoid menisci of the knee in adults. *J Bone Joint Surg [Am]* 61: 303-304, 1979.
4. Dickason, J.M., Del Piza, W., Blazina, M.E., Fox, J.M., Friedman, M.J. & Snyder, S.J.: A serie of 10 discoid medial menisci. *Clin Orthop* 168: 75-79, 1982.
5. Dickhaut, S.C. & Delee, J.C.: The discoid lateral meniscus syndrome. *J Bone Joint Surg [Am]* 64: 1068-1073, 1982.
6. Farias Filho, O.C., Mello, R.S.L., Souza, D.C. & Paz Jr., A.C.: Menisco

- discóide: estudo retrospectivo. *Rev Bras Ortop* 20: 106-110, 1985.
7. Jeannopoulos, C.L.: Observations on the discoid menisci. *J Bone Joint Surg [Am]* 32: 649-652, 1950.
 8. Johnson, R.G. & Simmons, E.H.: Discoid medial meniscus. *Clin Orthop* 167: 176-179, 1982.
 9. Kaplan, E.B.: Discoid lateral meniscus of the knee joint. *J Bone Joint Surg [Am]* 39: 77-87, 1957.
 10. Malta, C.M. & Monerat, F.S.: Menisco discóide medial. Relato de um caso. *Rev Bras Ortop* 18: 107-108, 1983.
 11. Middleton, D.S.: Congenital disc. Shapped lateral meniscus with snapping knee. *Br J Surg* 24: 246-255, 1936.
 12. Resnick, D., Goergen, T.G., Kay, J.J., Ghelman, B. & Woody, P.R.: Discoid medial meniscus. *Radiology* 121: 575-576, 1976.
 13. Ross, J.A., Tough, I.C.K. & English, T.A.: Congenital discoid cartilage: report of a case of discoid medial cartilage, with an embryological note. *J Bone Joint Surg [Br]* 40: 262-267, 1958.
 14. Schonholtz, G.J., Koenig, T.M. & Prince, A.: Bilateral discoid medial menisci: a case report and literature review. *Arthroscopy* 9: 315-317, 1993.
 15. Smillie, I.S.: The congenital discoid meniscus. *J Bone Joint Surg [Br]* 30: 671-682, 1948.