

CASO CLÍNICO

Fractura de cabeza de fíbula: reporte de un caso

Ana Cristina Rodríguez Pineda^{a,*}, Francisco Alexander Cevallos Castro^b
y Marco Xavier Montero Uchuari^{c,d}



^a Posgradista de segundo año, Ortopedia y Traumatología, Universidad Central del Ecuador (UCE), Quito, Ecuador

^b Posgradista de cuarto año, Ortopedia y Traumatología, Universidad San Francisco de Quito (USFQ), Quito, Ecuador

^c Médico traumatólogo, Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, Loja, Ecuador

^d Vicepresidente de la Sociedad Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología (SEOT), Núcleo de Loja, Loja, Ecuador

Recibido el 12 de enero de 2018; aceptado el 22 de enero de 2018

Disponible en Internet el 9 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Fíbula;
Fracturas;
Lesión ligamentaria

Resumen Las fracturas-avulsión de cabeza de fíbula son raras, generalmente son acompañadas por fracturas de tibia proximal, son muy pocos los casos reportados dentro de la bibliografía. Este tipo de fracturas son ocasionadas en su mayoría por traumas de alta energía, y en las que se puede acompañar de lesiones del ligamento colateral lateral (LCL) concomitantes. El caso que presentamos se trata de paciente femenina de 65 años de edad sin antecedentes patológicos, que sufre caída desde su propia altura provocando trauma directo en zona lateral de la rodilla derecha en flexión. El control radiológico confirmó fractura-avulsión de la cabeza de fíbula. Se encontró además lesión del LCL. La paciente fue tratada quirúrgicamente, se realizó reducción abierta más osteosíntesis con tornillo.

Nivel de Evidencia: IV

© 2019 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Fibula;
Fractures;
Ligament Injuries

isolated fibular head fracture. Case report

Abstract Isolated fibular head avulsion fractures are unusual. They usually occur along with proximal tibial fractures. These types of fractures are a result of a high-energy trauma, and related to lateral collateral ligament (LCL) injuries. The case is presented of a 65 year-old woman with no clinical history of interest, who fell from her own height, causing direct trauma

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anarop22@hotmail.com (A.C. Rodríguez Pineda).

on lateral zone of a flexed right knee. The radiological studies showed a fibular head avulsion fracture. LCL injury was also found. The patient was treated with an open reduction and internal fixation surgery.

Evidence Level: IV

© 2019 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las fracturas de fibula que comúnmente se acompañan por fractura de tibia proximal, son frecuentes por traumas de alta energía, especialmente en pacientes que practican deportes como fútbol, paracaidismo, esquí y también en ballet, sin embargo una fractura aislada de cabeza de fibula que es poco usual puede presentarse por traumas directos o cuando la rodilla se encuentra en varo forzado. El tratamiento dependiendo de la estabilidad de la rodilla puede ser conservador o quirúrgico¹⁻⁴.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de sexo femenino de 65 años, obesa, que sufre una caída desde su propia altura, produciendo trauma directo a nivel lateral de la rodilla derecha en flexión. Es llevada al servicio de emergencia por presentar dolor de la rodilla derecha que se incrementa al ponerse de pie y al realizar movimientos activos de rodilla. Al examen físico; IMC 30, álgica, se evidencia equimosis en zona lateral de la rodilla derecha, se realiza pruebas de estabilidad encontrándose bostezo lateral positivo. Neurovascular (sensibilidad), tono fuerza muscular de la cara externa y dorsiflexión del pie conservado. El estudio de imagen reveló

fractura-avulsión de la cabeza de fibula derecha. Debido a la lesión del ligamento colateral se decidió tratamiento quirúrgico, reducción abierta más osteosíntesis con tornillo y refuerzo de ligamento colateral lateral (LCL) con sutura transósea. Consiguiendo estabilidad adecuada de la rodilla (figs. 1 y 2).

Discusión

Se han reportado pocos casos de este tipo de fracturas, en su mayoría sin compromiso de ligamento colateral y, por tanto, sin signos de inestabilidad de rodilla, y que se decidió tratamiento conservador. El mecanismo de trauma es diferente a otros casos reportados en la literatura, en los que menciona que el más frecuente es el trauma directo y en posición de varo forzado, lo que no sucedió con la paciente y que posiblemente la condición de obesidad también tuvo repercusión en el mecanismo de trauma. Dentro de los exámenes complementarios, un estudio sobre la utilización de tomografía como examen de elección para observar la anatomía de peroné revela que se muestra con mayor detalle la forma triangular que es más prominente cerca de la cabeza del peroné y, por tanto, hubiera mostrado con mayor detalle la lesión⁵⁻⁷.

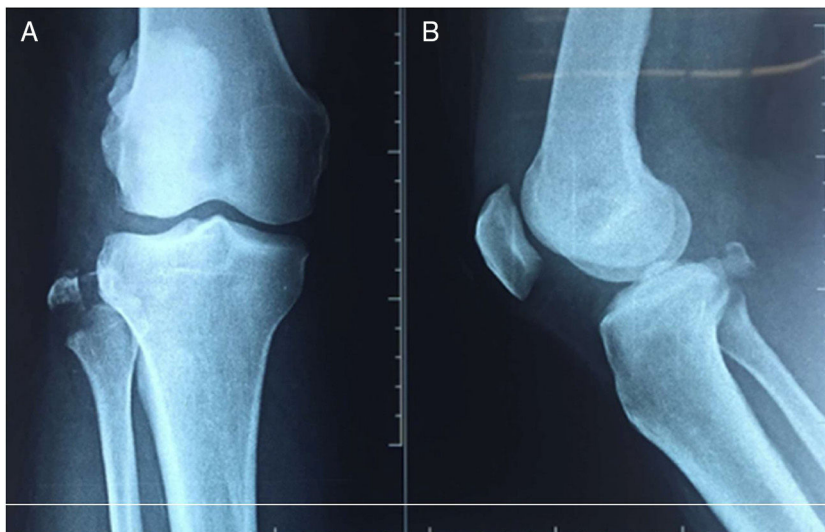


Figura 1 A) Radiografía anteroposterior de la rodilla derecha. B) Radiografía lateral de la rodilla derecha. Inicial.

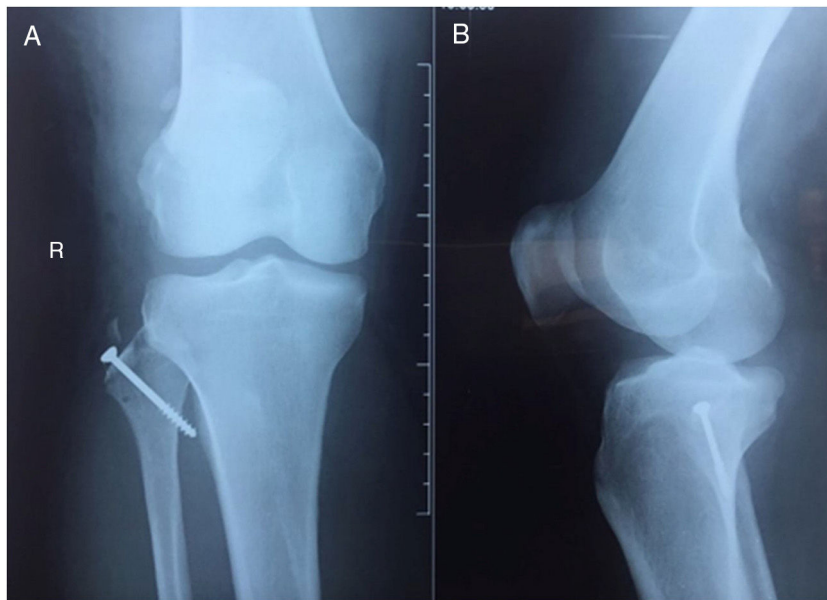


Figura 2 Radiografías de control posquirúrgico: A) Radiografía anteroposterior de la rodilla derecha. B) Radiografía lateral de la rodilla derecha.

Estudios revelan que en Rx incluso pueden pasar desapercibidas como también en casos de luxaciones tibiofibulares proximal. La Rx que se realizó más el examen físico fue suficiente para un diagnóstico y tratamiento específico adecuado⁸.

Los casos reportados han sido resueltos conservadoramente con inmovilización por 6 semanas con buenos resultados, en nuestro caso por la lesión ligamentaria que acompaña la fractura-avulsión de cabeza de peroné se decide tratamiento con osteosíntesis más sutura transósea para reforzar el LCL y restablecer la estabilidad de la rodilla^{9,10}.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Chytas A, Spyridakis A, Gigis J, Beslikas T, Panos N, Christoforidis J. A rare case of traumatic bilateral fibular head fractures. *Case Rep Med*. 2010;2010, <http://dx.doi.org/10.1155/2010/920568>, pii: 920568.
2. Ioannidis T, Karamitros A, Gadaifis N, Korres D. A unique case of a four-level fracture of the fibula. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2004;14:47-9.
3. Huang GS, Yu JS, Munshi M, Chan WP, Lee CH, Chen CY, et al. Avulsion fracture of the head of the fibula (the "arcuate" sign): MR imaging findings predictive of injuries to the posterolateral ligaments and posterior cruciate ligament. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;180:381-7.
4. Rawes ML, Roberts J, Dias JJ. Bilateral fibula head fractures complicating an epileptic seizure. *Injury*. 1995;26:562.
5. Stevens MA, El-Khoury GY, Kathol MH, Brandser EA, Chow S. Imaging features of avulsion injuries. *Radiographics*. 1999;19:655-72.
6. Ahmad R, Case R. Dislocation of the fibular head in an unusual sport injury: A case report. *J Med Case Rep*. 2008;2:158, <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-2-158>.
7. Ide Y, Matsunaga S, Harris J, Connell ÓD, Seikaly H, Wolfaardt J. Anatomical examination of the fibula: Digital imaging study for osseointegrated implant installation. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;44:1, <http://dx.doi.org/10.1186/s40463-015-0055-9>.
8. Hohl M, Larsen R, Jones D. Fractures and dislocations of the knee. En: Rockwood CA Jr, Green ADP, editores. *Fractures in Adults*. 3^{er} edición 1993. p. 1478-9.
9. Phadnis A, Johnston P, Glasgow M. Avulsion of the fibular head post-total knee replacement. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2007;15:1340-2.
10. Horan J, Quib G. Proximal tibiofibular dislocation. *Emerg Med J*. 2006;23:e33.