

Fractura aislada del cuneiforme lateral: rareza traumatológica

Isolated fracture of the lateral cuneiform: traumatological rarity

Luis Gerardo Domínguez Gasca,* Luis Gerardo Domínguez Carrillo†

Masculino de 60 años, sin antecedentes de importancia, que inicia padecimiento al recibir impacto directo sobre medio pie derecho por disco de halterofilia de 20 kg, el cual cayó de una altura de un metro, con aceleración de 9.81 m/s, originando un vector calculado de 196.2 kg en el momento del impacto. Se solicitaron radiografías anteroposterior y oblicua de pie, que mostraron fractura de la cuña lateral, así como lesiones mínimas de esquina del cuboides y escafoides y de base de cuarto metatarsiano (Figuras 1 y 2).

Las fracturas cuneiformes son infrecuentes. Según los datos de una población de trabajadores industriales adultos, la incidencia estimada puede oscilar entre 0.1 y 0.5% de todas las fracturas.¹ Siendo más frecuentes la fractura del cuneiforme medial, y excepcional la fractura aislada del cuneiforme lateral. Si bien pueden producirse aisladamente, por lo regular se ven asociadas a lesiones metatarsianas.² El mecanismo de lesión es por lo general una carga axial a través del pie, pero las fuerzas de aplastamiento directas en la parte media del pie también pueden originarla (como en este caso).

La presentación típica de una fractura cuneiforme es la de un paciente con dolor en la parte media del pie al cargar peso y equimosis sobre el dorso y/o planta de la parte media del pie, con aumento de sensibilidad a la palpación, se observa defecto evidente si existe dislocación.³ La sospecha diagnóstica se obtiene por la historia clínica y el examen físico, corroborando el diagnóstico con radiografías simples

en proyecciones anterior-posterior, lateral y oblicua, sólo en casos especiales se requiere tomografía computarizada en cortes coronales.

La clasificación OTA de fracturas cuneiformes utiliza un esquema de clasificación alfanumérico. A las fracturas de las cuñas corresponde el número 75, se agrega el número 1 al cuneiforme medial; el 2 al cuneiforme medio; y el 3 al lateral. Posteriormente se agrega una letra que corresponde: la A si la fractura es extraarticular; la B si es intraarticular (una de las dos superficies articulares); y la C intraarticular con afección de ambas superficies articulares: puede agregarse el número 1 si se trata de una avulsión, el 2 si la fractura es en el plano coronal; y el 3 si la fractura es multifragmentaria; además, puede agregarse el número 1 cuando no hay desplazamiento de los fragmentos; y el 2 si los fragmentos están desplazados. En este caso la clasificación OTA indica una fractura 75-3C, 2, 1.



Figura 1: Radiografías anteroposterior (A) y oblicua (B) del pie derecho que muestran fractura de cuneiforme lateral.

* Especialista en Traumatología y Ortopedia. División de Cirugía del Hospital de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, México.

† Especialista en Medicina de Rehabilitación. División de Medicina del Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Gasca
Correo electrónico: luisdom88@hotmail.com

Aceptado: 19-12-2018.

www.medigraphic.com/actamedica



Figura 2: Radiografía oblicua de pie derecho que indica con flechas: fractura de cuneiforme lateral (1); fractura del vértice inferolateral del escafoides (2); fractura del vértice superior medial del cuboides (3); y fractura intraarticular de la base del cuarto metatarsiano (4).

Respecto al tratamiento, las fracturas no desplazadas con articulación tarsometatarsal estable se pueden tratar cerradas con inmovilización con bota corta durante seis

semanas. Si las radiografías de seguimiento continúan sin mostrar desplazamiento, se continúa la inmovilización con férula de apoyo removible por dos a cuatro semanas. Las fracturas desplazadas requieren reducción abierta y fijación interna; cuando existe pérdida ósea, puede ser necesario el injerto óseo para rellenar el defecto. Dado que los huesos medios del tarso tienen movimiento limitado las complicaciones son poco frecuentes.

REFERENCIAS

1. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. *Injury*. 2006; 37 (1): 691-697.
2. Schildhauer TA, Coulibaly MO, Hoffman MF. *Fractures and dislocations of the midfoot and forefoot*. In: Court-Brown CM, Heckman JD, McQueen MM, Ricci WM, Tornetta P III, McKee MD. *Rockwood and Green's fractures in adults*. 8th ed, Bucholz RW, Heckman JD, McQueen MM (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2015, p. 2690.
3. Papanikolaou A, Maris J, Arealis G, Papadimitriou G, Charalambidis C. Dislocation of the lateral cunei-form: report of two cases: one with dorsal and one with plantar displacement. *Foot Ankle Surg*. 2010; 16 (4): e91-95.