

Dolor incapacitante tras traumatismo directo: cómo manejar una fractura de estrés en meseta tibial.

Gregorio Valero Cifuentes, Antonio Ondoño Navarro, Alonso Escudero Martínez, Jesús García García, Carlos Navío Serrano, Fernando López-Navarro Morillo

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, Murcia, España

Introducción

- Presentamos caso de una mujer que sufre una fractura atraumática en tibia que pasa desapercibida y se diagnostica mediante el uso de RMN.
- Las fracturas de estrés se pueden producir en un hueso de resistencia elástica normal como resultado de una excesiva actividad muscular realizada de manera repetitiva o por fuerzas relativamente normales sobre un hueso debilitado.
- Suelen ser más frecuentes en mujeres y hasta el 95% se dan en miembros inferiores, siendo más frecuentes en tibia.
- El resultado es que se originan pequeñas microfracturas directamente influenciadas por el número y la frecuencia de las repeticiones. Si el factor estresante continúa puede originarse una verdadera fractura.
- Entre los factores de riesgo se encuentran: osteoporosis, deportistas de alta competición, calzado inadecuado, obesidad, hiperparatiroidismo, neoplasias, etc
- Hay que pensar en ellas ante un dolor prolongado, sin antecedente traumático, que no cede con tratamientos habituales y que empeora con la actividad.
- La Resonancia magnética nuclear es fundamental para el diagnóstico de este tipo de lesiones.



Material y método

- Mujer de 47 años que acude al servicio de urgencias por una gonalgia izquierda de 2 semanas de evolución, sin antecedente traumático evidente. La paciente asocia el dolor al inicio de una actividad deportiva.
- Exploración física: dolor moderado a la palpación en la rodilla izquierda, más acentuado en el extremo proximal tibial. Resto de la exploración anodina.
- En las radiografías simples no se aprecian lesiones óseas agudas evidentes.
- Por lo que se decide realizar tratamiento conservador.
- Ante la persistencia clínica de la sintomatología se solicita una resonancia magnética nuclear para descartar patología y establecer un diagnóstico de certeza.
- La resonancia magnética describe una fractura de estrés afectando a la metáfisis tibial proximal con extenso edema acompañante que indica probable aparición reciente y edema de los tejidos blandos.
- Tras la resonancia magnética se establece el diagnóstico de fractura de estrés de metáfisis tibial proximal.
- Ya con el diagnóstico de certeza establecido se decide continuar con un tratamiento conservador procediendo a mantener reposo y descarga completa del miembro afecto.

Resultados

- Después de 4 semanas, lapaciente se encuentra prácticamente asintomática. La exploración radiológica realizada señala una línea transversa de aumento de densidad en la zona metafisaria tibial proximal, correspondiente a una evolución normal de la consolidación de la fractura diagnosticada previamente.
- Se autoriza la carga parcial progresiva y continuando el tratamiento rehabilitador.
- A las 10 semanas, la paciente se encuentra asintomática y la consolidación de la fractura es completa. Se permite la carga completa y la reanudación progresiva a sus actividades habituales previas.

Comentarios y Conclusiones

- Las fracturas por estrés se pueden producir en un hueso de resistencia elástica normal como resultado de una excesiva actividad muscular realizada de manera repetitiva (fracturas por fatiga, frecuente en deportistas) o por fuerzas relativamente normales sobre un hueso debilitado (fracturas por insuficiencia, frecuentemente halladas en pacientes con osteoporosis).
- Se produce edema en la médula ósea, pero no por una rotura franca de la cortical. Son más frecuentes en mujeres. Las fracturas por insuficiencia son más frecuentes a partir de la sexta década de la vida.
- Algunos de los factores de riesgo son: osteoporosis, deportes de alta competición, uso de calzado inadecuado para la actividad física a realizar, obesidad, hiperparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo, neoplasias benignas y malignas, etc.
- Las fracturas de estrés se caracterizan por un dolor insidioso con la actividad que cede con el reposo.
- Son frecuentes en tibia (hasta un 35%), más en la porción anteromedial de la metáfisis proximal.
- La radiografía simple puede mostrar un signo precoz, que es una línea radiotransparente cortical sin reacción periostica, aunque en el 70% de los casos no aparece.
- La resonancia magnética será fundamental en el diagnóstico.
- En pacientes con dolor prolongado, sin traumatismo evidente previo, que no cede con las terapias habituales hay que incluir a las fracturas por estrés en el diagnóstico diferencial.