

INTRODUCCIÓN

Una de las fracturas poco frecuentes en la zona del pie y tobillo, es la fractura de cuboides. Este tipo de fracturas se producen por un traumatismo muchas veces de baja energía o en otras ocasiones de alta energía. Se produce por un mecanismo de entorsis o de eversión del pie, lo que ocasiona una compresión entre la parte anterior del calcáneo y la base de los metatarsianos produciendo una compresión del cuboides y la fractura del mismo. Se trata de una fractura poco frecuente, lo que hace que en muchas ocasiones el diagnóstico se retrase porque se puede confundir con un esguince de tobillo. Suele presentar mucho dolor en la zona lateral, un poco más inferior que un esguince. El dolor es importante al intentar caminar y al mover el pie. Son lesiones graves que pueden provocar discapacidad considerable. La incidencia puede llegar a ser hasta 1,8 por 10.000 anualmente, lo que representa la mitad de todas las fracturas del mediopié.¹

La bibliografía sobre lesiones cuboideas incluye poblaciones adultas y pediátricas y consiste principalmente en informes de casos y pequeñas series de casos. No existe ninguna clasificación sistemática y validada para la fractura cuboidea en adultos.

La clasificación de fracturas de la Orthopaedic Trauma Association subdivide estas fracturas fracturas en simples o conminutas, independientemente de la articular.² (Figura 1)

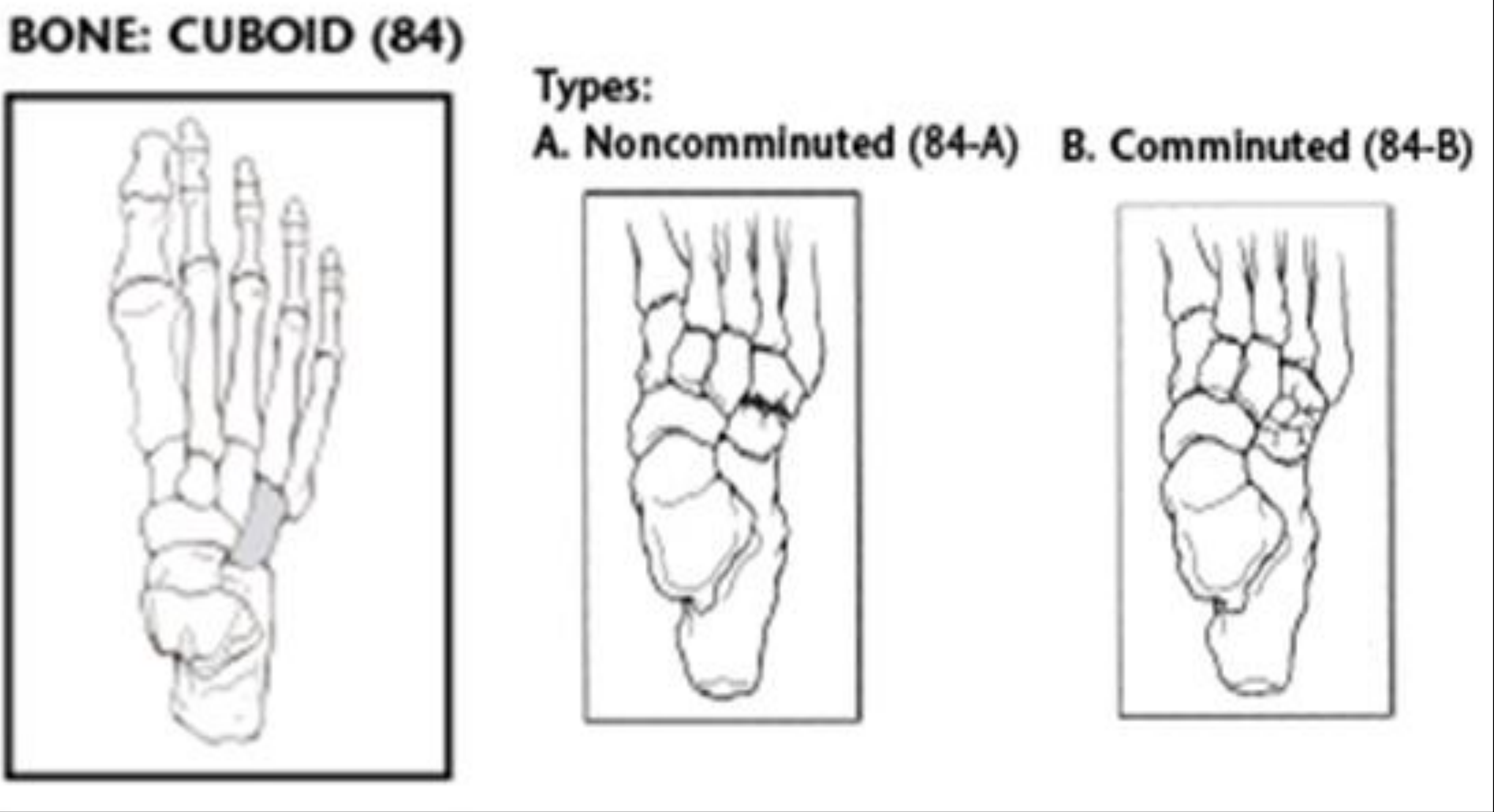


Figura 1. Clasificación AO/OTA fractura de cuboides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 47 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de colon irritable, distimia y meniscopatía degenerativa. Consulta en urgencias por dolor de tobillo y pie derecho tras torcedura de tobillo sufriendo lateralización y eversión forzada de dicho pie al pisar el borde del acerado. En radiografías iniciales no se aprecian lesiones óseas agudas ni líneas de fractura evidentes, por lo que se inmoviliza con férula posterior de tobillo como medida antiálgica y bajo el diagnóstico de esguince de tobillo.

Se revisa en una semana en consulta y tras retirada de férula presenta intenso dolor lateral, con hematoma en región inframaleolar más hematoma plantar, por lo que ante la sospecha de fractura-luxación de Lisfranc se realiza TAC, diagnosticando fractura aislada de cuboides.



Figura 2. Radiografías de tobillo



Figura 3. Radiografías de pie

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las radiografías simples son las herramientas estándar utilizadas para determinar la presencia de una fractura. Las rx para este análisis incluyen las proyecciones lateral, dorsoplantar y oblicua medial.³ La oblicua medial se considera la mejor para mostrar una fractura del cuboides⁴ permitiendo la visualización de las articulaciones en cuestión, inflamación de los tejidos blandos circundantes o la fractura-avulsión.³

Si se sospecha clínicamente una fractura del cuboides, pueden utilizarse otros métodos: la gammagrafía ósea, que demostrará un aumento del radiotrazador en el lugar de la fractura; la tomografía computarizada, que pueden ayudar a determinar la extensión de una fractura intraarticular; y una resonancia magnética, que también puede ayudar a determinar el alcance, tamaño y localización de la fractura.

En nuestro caso se complementaron las radiografías (Figuras 2 y 3) con la TAC (Figura 4).

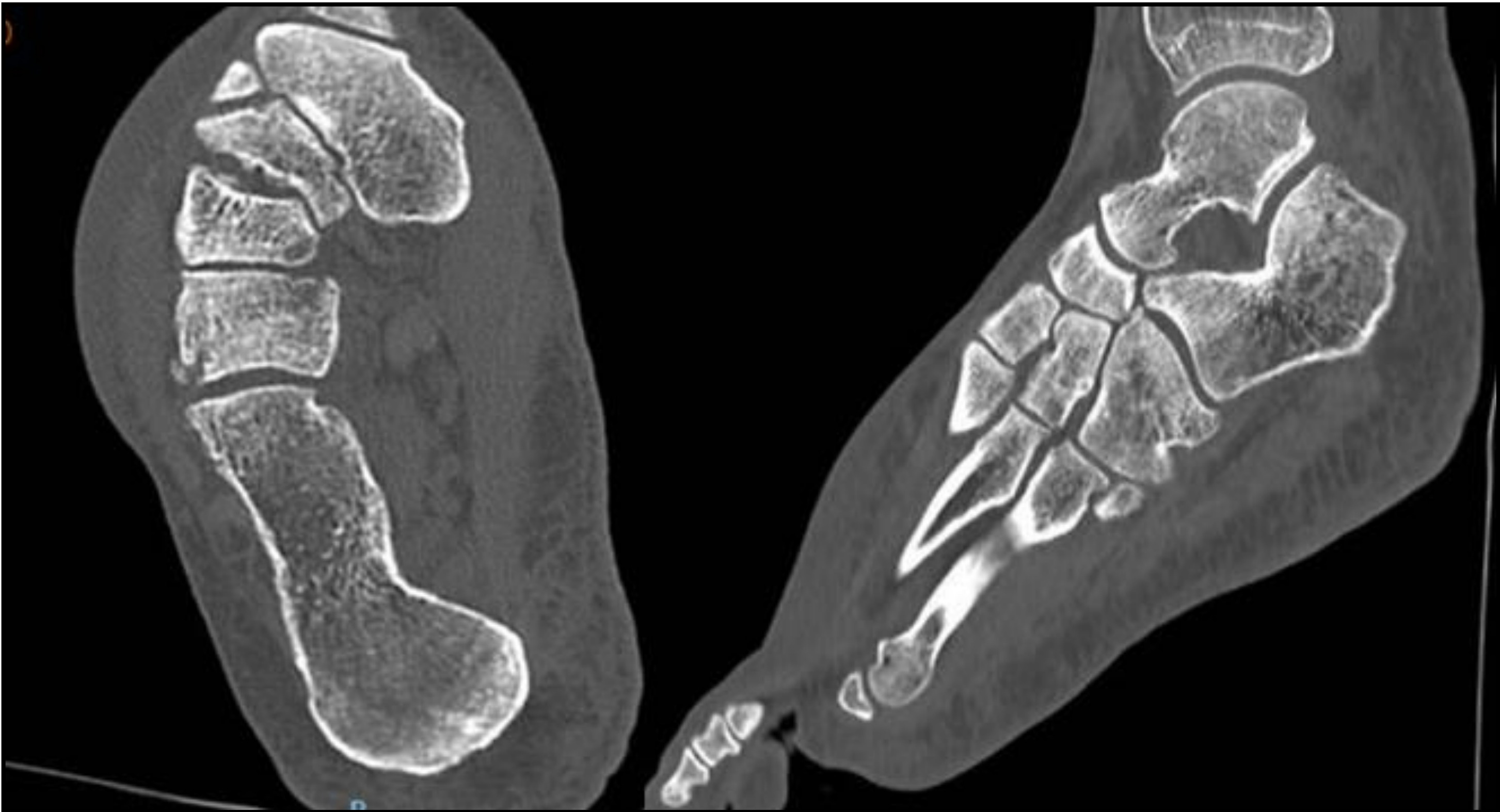


Figura 4. TAC de pie

RESULTADOS

En nuestro caso fue inmovilizada un total de 3 semanas y posteriormente se autorizó la carga con una ortesis tipo walker e inicio de rehabilitación por el Servicio de Rehabilitación de nuestro hospital.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Como en toda fractura, hay 2 opciones terapéuticas, siendo el tratamiento conservador el indicado ante fracturas no desplazadas significativamente.

Sin embargo, la fractura cuboidea es una lesión rara que suele producirse junto con luxaciones así como otras fracturas tarsianas y metatarsianas. En este caso es necesario una manipulación suave de partes blandas y el nervio sural durante el abordaje quirúrgico.⁵ La reducción abierta y fijación interna (RAFI) proporciona el mejor medio para reducir los fragmentos de la fractura y estabilizar el fragmento de fractura. La fijación externa ofrece la posibilidad de restaurar la longitud de la columna lateral y estabilizar indirectamente los fragmentos. Normalmente, la fijación externa no permite la realineación anatómica de las superficies articulares. En los defectos centrales, el injerto óseo ayuda a mantener la longitud de un cuboides acortado. Las radiografías del pie contralateral proporcionan una plantilla para determinar la longitud normal de la columna lateral.

CONCLUSIONES

Aunque las fracturas del cuboides son poco frecuentes, pueden ser muy incapacitantes. A menudo se pasa por alto el diagnóstico, y las fracturas del cuboides que se pasan por alto pueden provocar graves alteraciones de la mecánica y la función del pie. Las fracturas cuboideas deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de un paciente que se queje de dolor en la zona lateral cuando las radiografías no evidencian de fractura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Court-Brown C, Zinna S, Ekrol I: Classification and epidemiology of midfoot fractures. *The Foot* 2006;16(3):138-141.
2. Marsh JL, Slongo TF, Agel J, et al: fracture and dislocation classification compendium – 2007: Orthopaedic Trauma Association classification, database and outcomes committee. *J Orthop Trauma* 2007;21(10 suppl):S1-S133.
3. KARASICK D: Fractures and dislocations of the foot. *Semin Roentgenol* **29**: 152, 1994.
4. SANGEORZAN BJ, SWIONTKOWSKI MF: Displaced fractures of the cuboid. *J Bone Joint Surg Br* **72**: 376, 1990.
5. *J Am Acad Orthop Surg*. 2012 Jul;20(7):472-7.