

FRACTURA DE HOFFA LESIÓN INFRECUENTE

Dres. Alejandro Temptra¹, Alfredo De Cicco², Guillermo Guiñazú¹, Sebastián Valbuena², Enrique Giaccio¹

INTRODUCCIÓN

La fractura unicondilar del extremo distal de fémur es una lesión poco frecuente. Además, si esta lesión se produce en el plano coronal, es aún más infrecuente. Se trata de la llamada fractura de Hoffa, descrita por primera vez en 1904¹⁻².

Presentamos a una paciente que presentó una fractura unicondilar de fémur a raíz de un accidente vial.

CASO

Una mujer de 20 años sufrió un accidente de tránsito mientras viajaba como acompañante en una motocicleta de baja cilindrada, circulando a velocidad moderada.

Recibió un golpe lateral de un automóvil con un impacto directo sobre la cara anterior de la rodilla derecha, la cual se encontraba en flexión mayor a los 90 grados.

Se presentó a la consulta con dolor de rodilla, impotencia funcional, tumefacción, derrame y una herida cortante transversal inmediatamente adyacente al polo superior de la rótula, de 15 cm de longitud, que interesaba piel y tejido celular subcutáneo; no comprometía al aparato extensor de la rodilla, ni tenía comunicación ósea.

Semiológicamente se encontró la rodilla con derrame, estable, maniobras de bostezo negativas pero dolorosa; Lachman negativo y dolor sobre la palpación del cóndilo interno.

Ante este cuadro clínico se solicitaron radiografías de rodilla frente y perfil y TAC de rodilla (fig. 1-4).

En base a los hallazgos radiológicos se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente para realizar osteosíntesis (fig. 5)^{3,4}.

DISCUSIÓN

La fractura de Hoffa es una fractura intraarticular de la rodilla⁵.

El daño resulta de una fuerza violenta y generalmente ocurre en pacientes jóvenes.

La fractura resulta de una combinación de fuerzas más trauma directo, el miembro en abducción, una fuerza ascendente desde el platillo tibial que resulta en una compresión axial del cóndilo femoral, concentrándose en la mitad posterior del cóndilo^{6,7}.



Figura 1. Radiografía de frente. No se visualizan alteraciones.



Figura 2. Radiografía lateral. Se observa la fractura vertical del cóndilo medial.

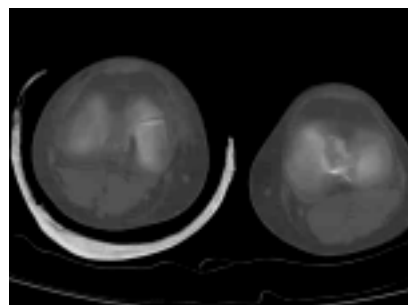


Figura 3. TAC. Visualización del trazo de fractura coronal en cóndilo medial de rodilla derecha.

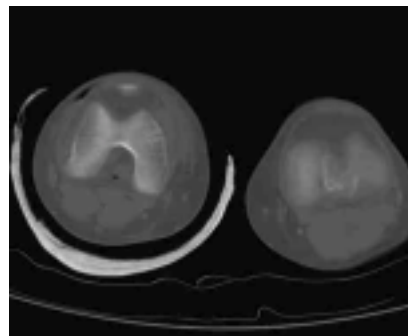


Figura 4. TAC. Continuidad del trazo de fractura hasta el espacio articular.

1. Servicio de Diagnóstico por Imágenes

2. Servicio de Ortopedia y Traumatología

Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM)

Mar del Plata. Argentina.

e-mail: temprapuig@copetel.com.ar



Figura 5. Fotografía intraoperatoria mostrando trazo de fractura.

Si la rodilla está en flexión, es generalmente el condilo lateral la región que recibe el trauma, lo que hace suponer una vulnerabilidad biomecánica al valgo fisiológico.

El cóndilo fracturado puede desplazarse, y esto es mejor visto en la radiografía de perfil. Sin embargo, cuando no hay desplazamiento, las radiografías pueden ser normales. Así, si la sospecha clínica es importante, se debe realizar una tomografía axial computada^{8,9}.

La fractura coronal, cuando el fragmento no está desplazado, tiende a desplazarse durante la evolución del cuadro cuando se opta por el tratamiento conservador^{7,8}.

El tratamiento quirúrgico indicado es la fijación con tornillos de osteosíntesis¹⁰.

CONCLUSIÓN

La fractura en el plano coronal del condilo femoral es infrecuente y se da en accidentes a elevada velocidad.

La injuria puede no ser visible en las radiografías si el fragmento condilar no está desplazado.

La reducción de la fractura y la fijación interna con temprana movilización es esencial para un buen resultado a largo plazo⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar R, Malhotra R. The Hoffa fracture: three case reports. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2001;9(2):47-51
2. Baker BJ, Escobedo EM, Nork SE, et al. Hoffa fracture: a common association with high-energy supracondylar fractures of the distal femur. *Am J Roentgenol* 2002;178(4):994
3. Allmann KH, Althoefer C, Wildanger G, et al. Hoffa fracture—a radiologic diagnostic approach. *J Belge Radiol* 1996;79(5):201-2
4. Heuschen UA, Gohring U, Meeder PJ. Bilateral Hoffa fracture—a rarity. *Aktuelle Traumatol* 1994;24(3):83-6
5. Hoffa A. The first treatment for bone fractures and dislocations. From the series on «First Medical Treatment» occasioned by the Central Committee for Medical Education in Prussia (Winter Semester 1904-05). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2001;95(3):229-30
6. Zeebregts CJ, Zimmerman KW, ten Duis HJ. Operative treatment of a unilateral bicondylar fracture of the femur. *Acta Chir Belg* 2000;100(3):104-6
7. McDonough PW, Bernstein RM. Nonunion of a Hoffa fracture in a child. *J Orthop Trauma* 2000;14(7):519-21
8. Liebergall M, Wilber JH, Mosheiff R, Segal D. Gerdy's tubercle osteotomy for the treatment of coronal fractures of the lateral femoral condyle. *J Orthop Trauma* 2000;14(3):214-5
9. Ostermann PA, Hahn M, Ekkernkamp A, et al. Monocondylar fractures of the femur. Therapeutic strategy and clinical outcome. *Chirurg* 1997;68(1):72-6
10. Ostermann PA, Neumann K, Ekkernkamp A, et al. Long term results of unicondylar fractures of the femur. *J Orthop Trauma* 1994;8(2):142-6



Foto Andrea Bonorino