

Caso Clínico

DOLOR EN COMPARTIMENTO POSTEROLATERAL DE RODILLA

POSTEROLATERAL KNEE PAIN

Grande Caballero, Maria Luisa¹; Sánchez Rodríguez, Susana²; Garrido Gómez, Juan^{3,4,5}

1. Médico Interno Residente. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Santa Ana, Motril, Granada.
2. Fisioterapeuta. Clínica Osseum, Granada
3. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Unidad de Tumores e Infecciones). Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
4. Profesor asociado. Universidad de Granada.
5. Facultativo Especialista en Traumatología. Clínica Osseum, Granada.

Recibido: 28/06/2024 | Revisado: 15/01/2025 | Aceptado: 02/03/2025

DOI:10.15568/am.2025.821.cc01

Actual Med.2025;110(821):42-46

RESUMEN

El síndrome de la fabela es un proceso doloroso en cara posterolateral de rodilla que empeora con la extensión articular completa. El objetivo es presentar el caso de una paciente con síndrome de la fabela y la técnica quirúrgica, abierta en este caso, empleada en su tratamiento. Debido a la baja incidencia de esta patología su diagnóstico es muy complejo y supone un reto. Existen varias opciones terapéuticas, pero existen controversias respecto a la mejor opción, aunque se describen mejores resultados a largo plazo con el tratamiento quirúrgico

Palabras clave:

Síndrome de la fabela;
Dolor posterolateral rodilla;
Escisión de fabela.

ABSTRACT

Fabella syndrome is a painful process on the posterolateral aspect of the knee that worsens with full joint extension. The objective is to present the case of a patient with fabella syndrome and the surgical technique, open in this case, used in her treatment. Due to the low incidence of this pathology, its diagnosis is very difficult and represents a challenge. There are several therapeutic options but there are controversies regarding the best option, although better long-term results are described with surgical treatment.

Keywords:

Fabella syndrome;
Posterolateral knee pain;
Fabella excision.

INTRODUCCIÓN

La fabela es un pequeño hueso sesamoideo localizado en la rodilla, en la superficie de deslizamiento anterior del músculo gastrocnemio lateral (2). El síndrome de la fabela es un síndrome doloroso en la región posterolateral de la rodilla, que suele empeorar con la extensión completa de la rodilla (1,3,4).

A menudo debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras causas más frecuentes de dolor persistente en la región posterolateral de la rodilla, y que previamente se deben descartar; son lesiones meniscales, inestabilidad ligamentosa lateral o el quiste de Baker (3).

La fabela se articula con la región posterior de la superficie articular del cóndilo femoral lateral. Anteriormente está en contacto con la cápsula articular y en posterior con el punto final del ligamento poplíteo oblicuo y del tendón gastrocnemio lateral. Además, el ligamento fabelofibular llega a su inserción distal en la cabeza del peroné (4).

Generalmente, los huesos sesamoideos tienen funciones relacionadas con la prevención del daño inducido por la fricción, así como de aumentar la eficiencia muscular. Así mismo, se postula el papel de la fabela como posible estabilizador de la región posterolateral de la rodilla(2).

La fabela está presente sólo en un 10-30% de la población, de los cuales en un 80% se presenta de forma bilateral, y es más frecuente aún entre la población asiática (1,4).

Correspondencia

Maria Luisa Grande Caballero

Hospital de Santa Ana

Avenida Enrique Martín Cuevas 0, 18600, Motril (Granada)

E-mail: malugrande94@gmail.com

Los pacientes suelen presentar dolor a la palpación focal con o sin inflamación en el área. Las pruebas de imagen no son patognomónicas, sólo pueden observarse lesiones indirectas que sugieren esta patología. En la radiología simple, puede observarse una fabela ósea y, dependiendo de la cronicidad, los pacientes también pueden mostrar cambios indirectos en resonancia magnética, como engrosamiento del tendón gastrocnemio lateral, inflamación, ranuras en el cartílago del cóndilo femoral, o incluso cambios degenerativos derivados de que la fabela puede tener una superficie articular cartilaginosa (5).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 30 años, deportista habitual, con dolor en cara posterolateral de rodilla derecha de aproximadamente 2 años de evolución sin respuesta a tratamiento. La sintomatología principal comenzó con un leve sobreesfuerzo y consistía en un dolor mecánico que cedía con el cese de la actividad deportiva y el reposo. Dicho dolor reaparecía cada vez que la paciente realizaba actividad física de poca demanda funcional, limitándola y provocando cojera durante varios días tras el esfuerzo.

La exploración física fue estrictamente normal, con todas las maniobras negativas y únicamente llamaba la atención el dolor constante en región posterolateral de rodilla, que oscilaba desde dolor intenso tras realizar actividad física a leve molestia, que empeoraba con la extensión completa. Inicialmente el dolor se presentaba después del ejercicio intenso, pero progresivamente la demanda funcional para la aparición del dolor fue reduciéndose en los meses sucesivos, llegando a aparecer el dolor incluso al subir y bajar escaleras y caminar en zonas con pendiente.

Los estudios complementarios de la paciente pusieron de manifiesto, solamente, la existencia de fabela en la

cara posterolateral de rodilla izquierda sin encontrar ningún hallazgo de interés en los estudios de resonancia (Figura 1).

La paciente fue sometida a tratamiento fisioterápico dirigido no invasivo, posteriormente se optó por realizar punciones ecoguiadas de la zona dolorosa sin encontrar mejoría persistente. Aun así, el alivio de síntomas era episódico y poco duradero. Se realizaron infiltraciones localizadas en la zona guiadas con ecografía aplicando una mezcla de anestésicos y corticosteroides, encontrando sólo una mejoría transitoria de unas cuantas horas.

Dada la ausencia de mejoría, se realizó artroscópica de rodilla con fines diagnósticos; con el objetivo de excluir otras lesiones posibles que provocan dolor en compartimento posterolateral de rodilla; no se pudo objetivar ninguna lesión de interés en el procedimiento quirúrgico. Tras la artroscopia, el dolor no cedió y fue en aumento, siempre localizado en la cara posterolateral de la rodilla. Finalmente, se optó por realizar una cirugía abierta ante la posibilidad de que se tratase de un síndrome de la fabela. Se propuso escisión abierta de la misma sin poder garantizar que fue el origen del dolor, y por tanto, la desaparición del mismo.

La técnica quirúrgica abierta (Figura 2) consistió en:

1. Se colocó al paciente en decúbito supino con manguito de isquemia en muslo.
2. Se dibujaron las marcas anatómicas que nos servirían de guía: tubérculo de Gerdy, la cintilla iliotibial y la cabeza del peroné.
3. Con la rodilla flexionada a 90° se realizó una incisión centrada en el cóndilo femoral lateral.
4. Durante la disección inicial se disecó el nervio peroneo común, que emerge desde el bíceps femoral hasta el cuello del peroné. Posteriormente, accedimos entre el borde entre la cintilla iliotibial y el bíceps femoral; posterior al colateral lateral.

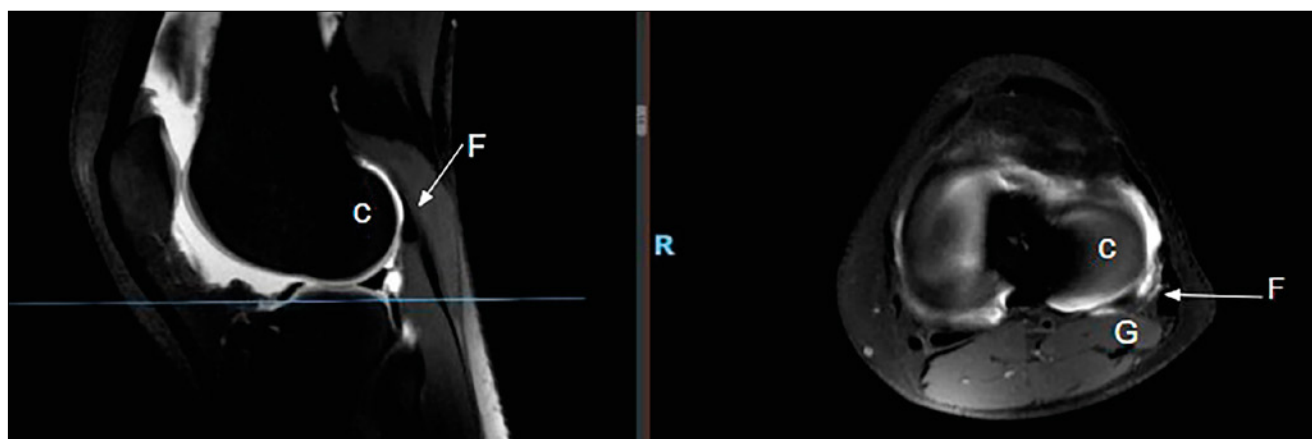


Figura 1. Imágenes de resonancia donde se aprecia la existencia de fabela sin presencia de otras alteraciones importantes. C: Cóndilo femoral. F: Fabela. G: Gastrocnemio lateral

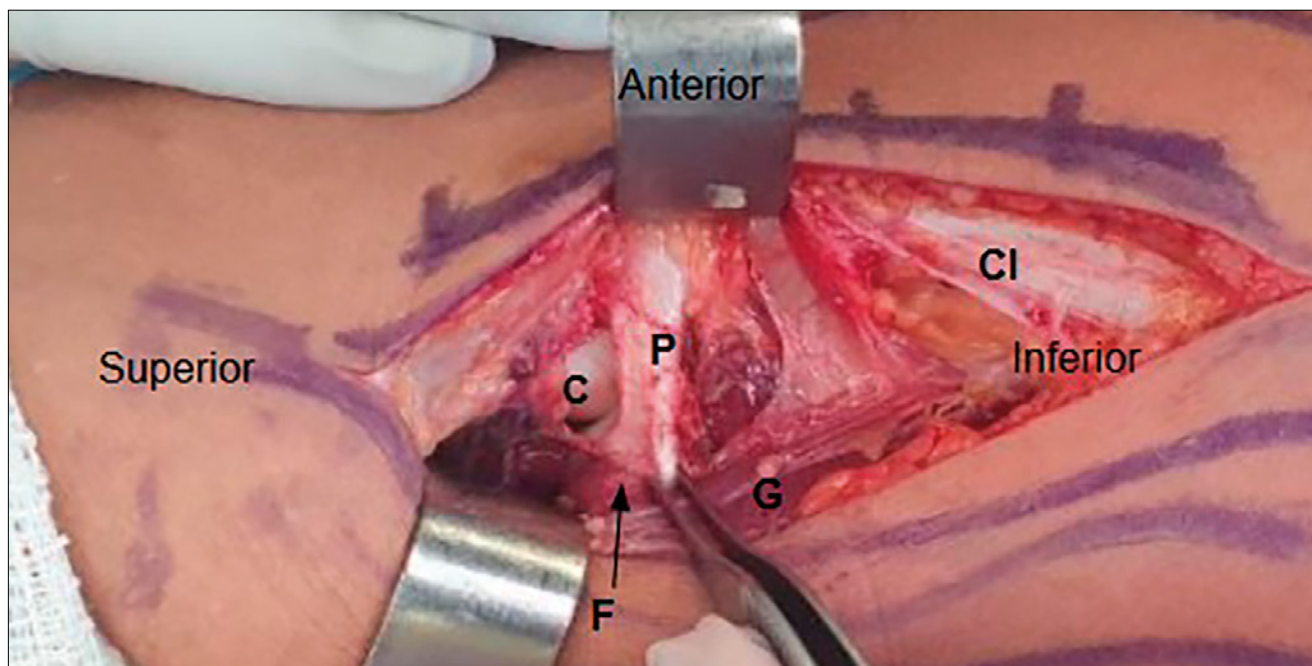


Figura 2. Abordaje y disección. C: Cóndilo femoral. P: Tendón del poplíteo. F: Fabela. CI: Cintilla iliotibial. G: vientre muscular gastrocnemio

5. Una vez visualizamos el gastrocnemio lateral, en el fondo podremos palpar la fabela, aunque no la pudimos visualizar porque típicamente se ubica profunda en el tendón.
6. Se realizó una disección profunda hasta acceder a la fabela y delimitarla de forma medio-lateral para poder sujetarla con una pinza y ayudarnos a completar la disección de la fabela en profundidad.
7. En la disección profunda sobre la cápsula, es necesario tener especial cuidado con las estructuras neurovasculares que se encuentran muy cercanas; nos fue útil rotar hacia externo la fabela para mantenerlas lo más alejadas posible.
8. Tras completar la escisión realizamos un adecuado cierre capsular para evitar la extravasación de líquido sinovial (Figura 3).

En el postoperatorio inmediato se permitió la movilidad y la carga de forma completa. Presentó una evolución con resolución completa del dolor, permitiendo retomar su actividad deportiva sin restricciones.

DISCUSIÓN

Los síntomas hallados con más frecuencia en el síndrome de la fabela y que nos pueden orientar el difícil diagnóstico son: dolor en zona posterolateral de la rodilla mecánico, que empeora con la extensión completa de la misma y dolor local a comprimir la fabela contra el cóndilo femoral (6,7).

En este caso, se excluyeron con seguridad otros posibles diagnósticos y con la evolución de la clínica, la paciente presentaba un dolor típico del síndrome de la fabela, resistente a tratamiento fisioterápico que se realizó en toda su amplitud de posibilidades.

En la literatura los casos descritos se podrían agrupar, dado que hay varias formas de presentación relativamente "típicas" o con posible fundamento biomecánico común:

1. Pacientes jóvenes y generalmente con alta actividad deportiva, que presentan dolor después del ejercicio intenso (1).
2. Pacientes mayores con artrosis que experimentan este síndrome tras la artroplastia total de rodilla, con aparición más frecuente a la semana de la cirugía. Se postulan como posibles causas: el choque de la fabela contra el polietileno, contra un componente femoral algo sobredimensionado o una aparición de osteofito en la fabela que cause la fricción (7).

Así mismo se ha reportado un caso de síndrome de la fabela tras osteotomía tibial; donde la posible causa podría ser el aumento de la presión en el compartimento posterolateral tras la corrección de la deformidad angular (7). La corrección de la deformidad angular, también podría ser causa de fractura de la fabela en algunos casos de síndrome de la fabela tras artroplastia total de rodilla en los que se ha realizado una gran corrección de la alineación (8).

El tratamiento quirúrgico en el síndrome de la fabela está indicado principalmente ante un fracaso del tratamiento conservador, consistente en fisioterapia, toma de antiinflamatorios, inyección local de corti-

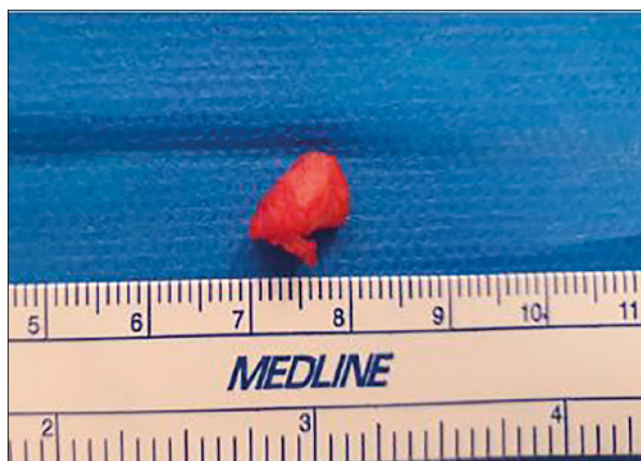


Figura 3. Fabela escindida.

coides e incluso se han aplicado terapia de ondas extracorpóreas con éxito (3,9).

A pesar de las posibilidades de tratamiento conservador, en la literatura se encuentra un mayor porcentaje de alivio a largo plazo del dolor en aquellos pacientes tratados de forma quirúrgica; pudiéndose realizar tanto de forma abierta como artroscópica (6,10); sin haber podido encontrar estudios comparando un método con el otro, probablemente debido a la baja incidencia de este síndrome y al difícil diagnóstico.

La escisión abierta de la fabela permite una técnica eficaz, eficiente y relativamente segura en el tratamiento del síndrome de la fabela. Esta técnica permite evitar la necesidad de una disección más profunda donde podríamos dañar de forma iatrogénica las estructuras neurovasculares (5). Además, permite realizar gestos quirúrgicos añadidos que podrían tener papel en el alivio sintomático de este síndrome, como la neulolisis del nervio peroneo común (5).

La escisión artroscópica de la fabela se postula como una técnica segura, rápida y eficaz en el tratamiento de esta patología. Precisa una adecuada localización prequirúrgica de la fabela, para la que nos podríamos ayudar de la transiluminación (6). También es importante realizar los portales anteromedial y anterolateral muy cercanos a los bordes del tendón rotuliano para lograr un mejor acceso a la región posterior. Una complicación específica de la técnica es la extravasación de fluido al compartimento posterior de la rodilla, que puede minimizarse logrando un tiempo quirúrgico lo más corto posible (10).

Podríamos concluir que en aquellos casos de síndrome de la fabela diagnosticado de forma precisa, excluyendo aquellas patologías más frecuentes causantes del dolor, inicialmente podría estar indicado un tratamiento conservador intensivo. Los casos tratados de forma quirúrgica presentan alivio sintomático más duradero independientemente de si éste se realiza de forma abierta o artroscópica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nguyen DQ, Do TD, Van Nguyen L, Mai VD, Do CD. Fabella syndrome in a professional football player: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 9 de marzo de 2022;93:106919.
2. Tabira Y, Saga T, Takahashi N, Watanabe K, Nakamura M, Yamaki KI. Influence of a fabella in the gastrocnemius muscle on the common fibular nerve in Japanese subjects. *Clin Anat.* 2013;26(7):893-902.
3. Dalip D, Iwanaga J, Oskouian RJ, Tubbs RS. A Comprehensive Review of the Fabella Bone. *Cureus.* 5 de junio de 2018;10(6):e2736.
4. Driessen A, Balke M, Offerhaus C, White WJ, Shafizadeh S, Becher C, et al. The fabella syndrome - a rare cause of posterolateral knee pain: a review of the literature and two case reports. *BMC Musculoskelet Disord.* 26 de marzo de 2014;15:100.
5. Ernat JJ, Peebles AM, Provencher MT. Open Excision of a Painful Fabella. *Arthrosc Tech.* abril de 2022;11(4):e577-81.
6. Dannawi Z, Khanduja V, Vemulapalli KK, Zammit J, El-Zebdeh M. Arthroscopic Excision of the Fabella -A Report of Two Cases. *J Knee Surg.* 2007;20(4):299-301.
7. Kim T, Chung H, Lee H, Choi Y, Son JH. A case report and literature review on fabella syndrome after high tibial osteotomy. *Medicine (Baltimore).* enero de 2018;97(4):e9585.
8. Kwee TC, Heggelman B, Gaasbeek R, Nix M. Fabella Fractures after Total Knee Arthroplasty with Correction of Valgus Malalignment. *Case Rep Orthop.* 2016;2016:4749871.
9. Effect of Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy in Patients With Fabella Syndrome [Internet]. [citado 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.e-arm.org/journal/view.php?doi=10.5535/arm.2016.40.6.1124>
10. Provencher MT, Sanchez G, Ferrari MB, Moatshe G, Chahla J, Akamefula R, et al. Arthroscopy-Assisted Fabella Excision: Surgical Technique. *Arthrosc Tech.* abril de 2017;6(2):e369-74.

Si desea citar nuestro artículo:

Grande Caballero ML, Sánchez Rodríguez S, Garrido Gómez J. Dolor en compartimento posterolateral de rodilla. *Actual Med.* 2025;110(821):42-45. DOI:10.15568/am.2025.821.cc01