

# Fractura de cóndilo occipital. A propósito de un caso

Crespo Agea, F.J., Pérez Sánchez, A., Rodríguez Domínguez, F.J., Hoyos Perales, I.,  
Martínez Pardo, F., Fernández Alba, G.  
*Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz*

## Introducción

La fractura de cóndilo occipital es **infrecuente**. Su incidencia ronda entre el 4% y el 18% en pacientes con TCE graves. Estas fracturas a menudo pasan desapercibidas. Su diagnóstico precoz y correcto manejo clínico pueden prevenir posibles lesiones neurológicas.

## Objetivos

Presentamos el caso de un paciente de 57 años con fractura de cóndilo occipital sin afectación neurológica.

## Material y Métodos

Varón de 57 años, AP de trastorno distímico y enolismo. Acude a urgencias tras ser agredido. Refiere ingesta de alcohol. Presenta TCE y herida supraciliar derecha.

**Exploración:** Fetor enólico, pupilas anisocóricas, con midriasis derecha poco reactiva e hiperemia conjuntival con edema periorbitario ipsilateral. No afectación de pares craneales. Dolor a la palpación de apófisis espinosas cervicales.

**Rx cráneo:** dudosa fractura de órbita derecha.

**Rx columna cervical:** dudosa fractura cervical C3.

**TAC:** fractura no desplazada en el techo de la órbita derecha y **fractura no desplazada de cóndilo occipital** izquierdo.

Se opta por tratamiento conservador mediante ortesis cervical rígida tipo Philadelphia con buena tolerancia. Se recomienda reposo relativo durante 3 meses



Imagen 1. Fractura cóndilo occipital izquierdo



Imagen 2. Fractura cóndilo occipital izquierdo

## Resultados

Acude a consulta a los 3 meses retirándose collarín con buena tolerancia, aunque refiere mareos. No ha presentado en este periodo clínica neurológica alguna. Comienza progresivamente sus actividades cotidianas. No se observan líneas de fractura en Rx de control.

## Conclusión

La fractura de cóndilo occipital es de difícil diagnóstico. Ante alta sospecha clínica se debe realizar **TAC o RM** para confirmar el diagnóstico. La **clínica** puede variar desde dolor cervical sin afectación neurológica hasta muerte por lesión del bulbo raquídeo. El **tratamiento** consiste en uso de **collarín cervical rígido** en la mayoría de los casos. En fracturas inestables o con afectación neurológica puede ser precisa la **cirugía**.