

FRACTURA-LUXACIÓN DE LISFRANC, ¿SE PUEDE REALIZAR UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PERCUTÁNEO?

Fernando Linares Yanes, Diego Alejandro Rendón Díaz, Pablo Martín Vélez, David González Martín, Javier Álvarez de la Cruz.
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

La articulación de Lisfranc está constituida por las articulaciones formadas entre las tres cuñas y el cuboides con las bases de los cinco metatarsianos.

Las luxaciones en esta localización son relativamente raras y suelen estar asociadas a fracturas y otras luxaciones hasta en el 80% de los casos, es por ello que, en muchas ocasiones y principalmente en politraumatizados, pueden pasar desapercibidas en el momento inicial del proceso diagnóstico. Complicaciones como el edema, la epidermólisis con formación de flictenas o el síndrome compartimental pueden aparecer, provocando un retraso en el tratamiento o empeorando el pronóstico.

El tratamiento de esta lesión es principalmente quirúrgico, siendo la reducción abierta y fijación interna de las tres primeras articulaciones tarso-metatarsianas el tratamiento de elección y llegando, en muchos casos, a opciones como la artrodesis del mediopié. En casos con gran afectación de partes blandas está indicada la osteosíntesis temprana percutánea o temporal con agujas de Kirschner hasta su mejoría, pudiendo realizar la osteosíntesis definitiva a las 2-3 semanas.

El correcto diagnóstico, junto con una reducción anatómica y su estabilización, son fundamentales para conseguir un resultado favorable.

OBJETIVO: Mostramos el caso de un paciente de 57 años que sufre una caída y acude presentando una fractura-luxación de Lisfranc en el pie izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Descripción del caso: presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedente de esquizofrenia hebefrénica que sufre una caída desde altura en su domicilio. Cuando llega a nuestro hospital el paciente presenta un gran edema de todo el pie (Figura 1), con epidermólisis cutánea y formación de flictenas, además de una equimosis en la zona central de la planta del pie (signo patognomónico de la lesión de Lisfranc). La exploración neurovascular fue normal. El paciente fue diagnosticado, mediante dicha exploración y TC del pie, de una fractura-luxación de Lisfranc tipo C1 de Hardcastle & Myerson (Figura 2), además de fracturas del 2º, 3º y 4º metatarsianos.

Tratamiento quirúrgico: Decidimos realizar una intervención quirúrgica urgente debido a la gran inestabilidad del mediopié y de las lesiones cutáneas acompañantes. Con la epidermólisis y el edema que presentaba, la cirugía abierta convencional estaba contraindicada por lo que realizamos una osteosíntesis percutánea para conseguir la estabilización definitiva de la fractura. Todo el procedimiento se realizó con mínimas incisiones consiguiéndose una correcta reducción del Lisfranc con un clamp de Weber y agujas de Kirschner temporales. La osteosíntesis llevada a cabo fue la fijación del primer radio con 2 tornillos y la fijación de la primera cuña al 2º metatarsiano con 1 tornillo de Lisfranc, todos fueron tornillos canulados ALPS de 3,5 mm. Se sintetizaron el segundo, tercer y cuarto radio con agujas de Kirschner endomedulares. Comprobamos, con la escopia intraoperatoria, la correcta reducción y estabilidad del antepié (Figura 3). Inmovilizamos con férula posterior de yeso y el paciente fue dado de alta a las 48 horas de la intervención.

RESULTADOS:

En los controles periódicos posteriores se observó la cicatrización completa de las lesiones cutáneas del pie, sin signos de infección y se retiraron los puntos de sutura a las 2 semanas. A las 6 semanas se retiraron las agujas de Kirschner y se inició carga parcial protegida con Cam-Walker. A los 3 meses el paciente estaba realizando una vida normal, sin ortesis, y sin dolor por lo que fue dado de alta a los 5 meses (Figura 4).

CONCLUSIÓN:

Las técnicas percutáneas, en la osteosíntesis de la fractura-luxación de Lisfranc, pueden ser una alternativa para la estabilización definitiva cuando hay gran afectación de partes blandas, generando menos complicaciones y favoreciendo una rápida recuperación en comparación con la estabilización temporal y cirugía definitiva diferida.



Figura 1. (A y B) Epidermólisis con flictenas. (C) Equimosis plantar central. (D) Ligamento de Lisfranc



Figura 2. Cortes de TC que muestran la fractura-luxación de Lisfranc tipo C1 de Hardcastle & Myerson.

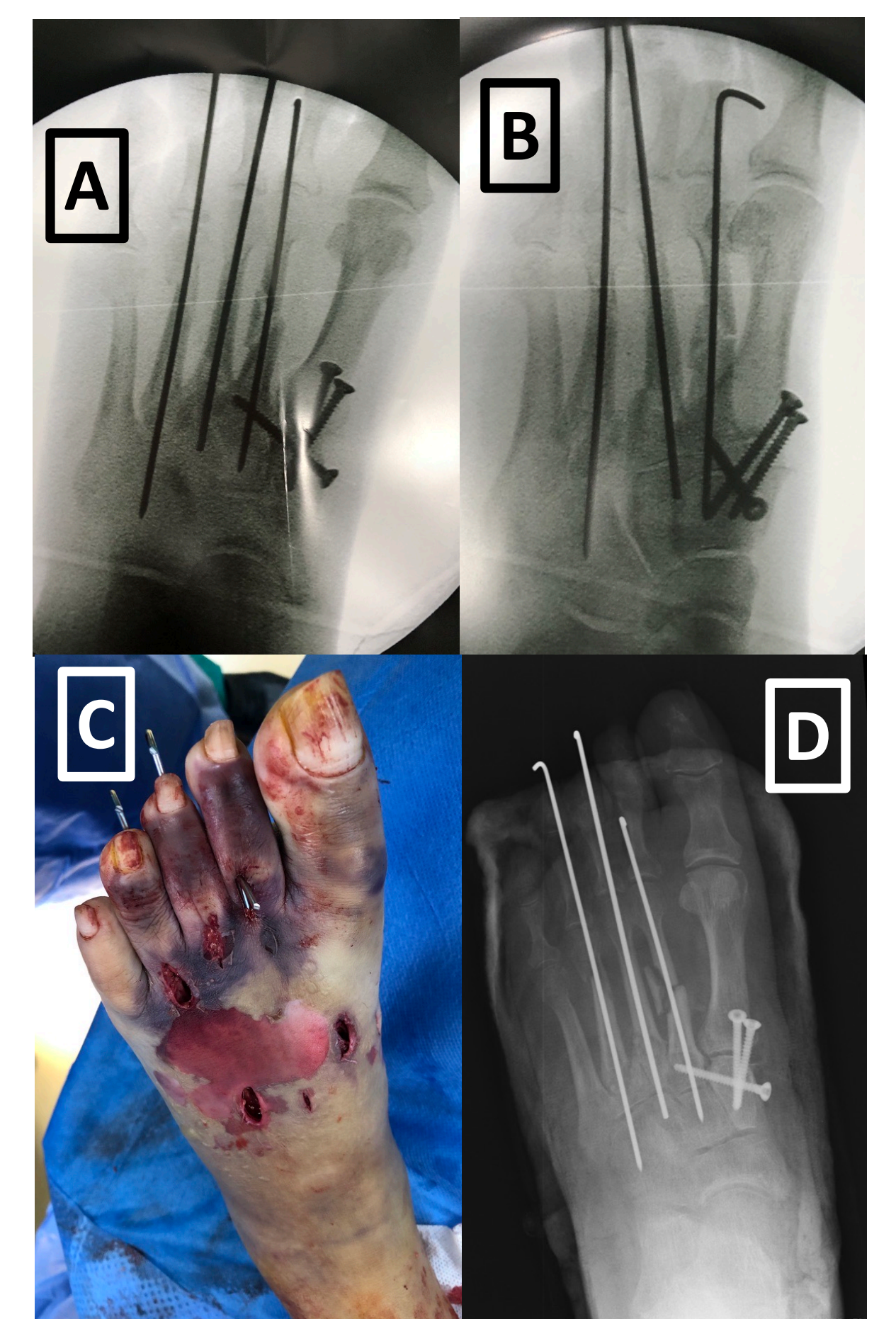


Figura 3. (A y B) Controles escópicos intraoperatorios. (C) Cirugía percutánea. (D) Control Rx postquirúrgico inmediato.

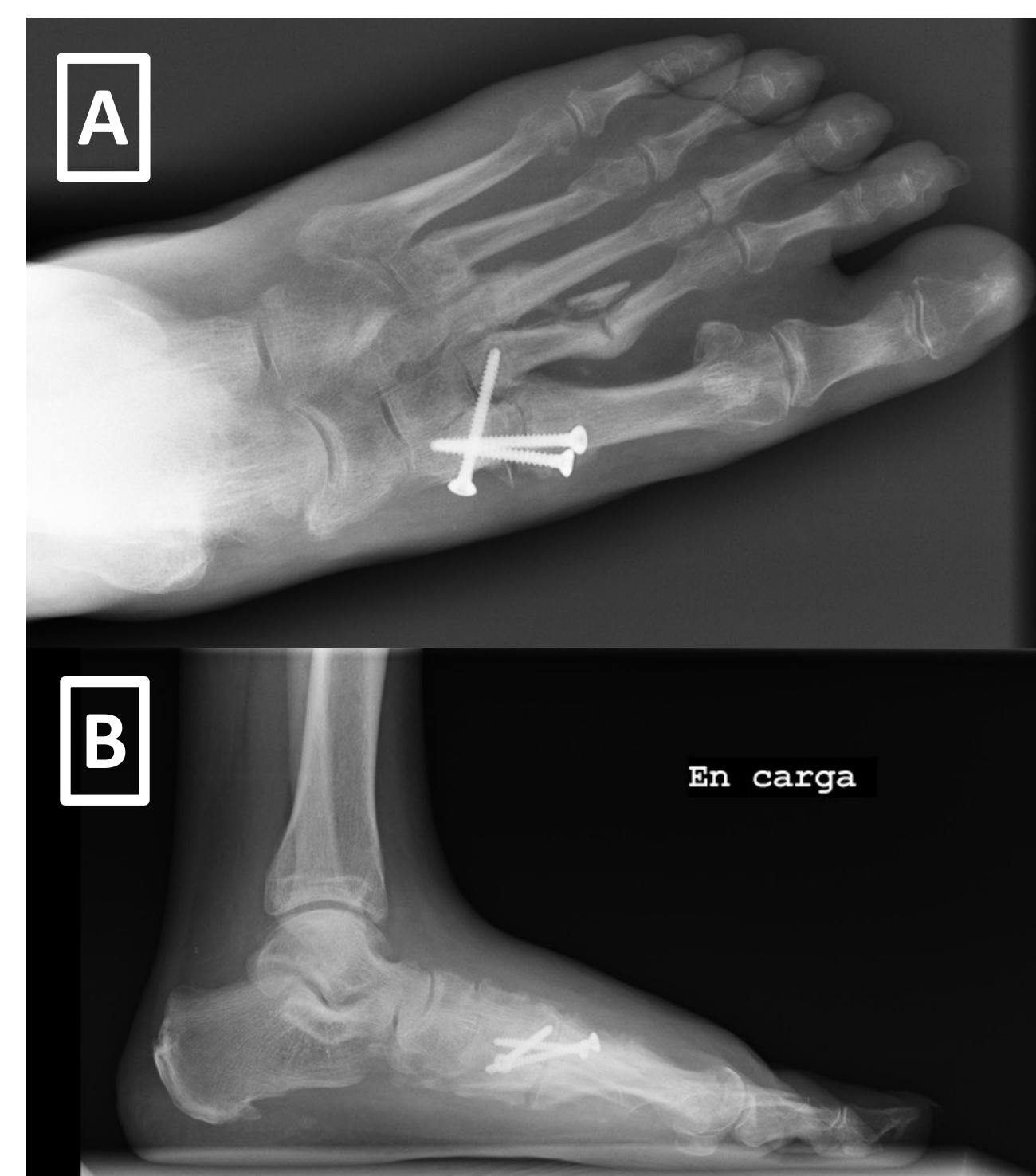


Figura 4. (A) Control Rx a los 5 meses. (B) Rx en carga completa a los 5 meses.

CONTACTO:
flinaresyanes@gmail.com