

LUXACIÓN TRAUMÁTICA 1ª CUÑA

A propósito de un caso

Llorente Pérez JJ; Álvarez Méndez M; Fraga Reverter FJ; Vázquez Andrade I; Otero Pérez R

OBJETIVOS

Presentación de un caso de fractura luxación de Lisfranc con luxación cerrada de la cuña medial.

El mediopié puede considerarse desde el punto de vista biomecánico muy estable y rígido, lo que reduce mucho las posibilidades de lesión a ese nivel, hasta el 0,2% según la literatura revisada. Por otra parte, parece que esta misma rigidez incrementaría las posibilidades de que en el caso de luxación se afectara más de una estructura.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 39 años que acude al servicio de urgencias con deformidad evidente en pie derecho tras sufrir un traumatismo de alta energía (aplastamiento). La piel se encuentra íntegra y el estado neurovascular es correcto.

La exploración radiológica y el TAC revelan una luxación medial de la 1ª cuña con múltiples lesiones asociadas.

PRIMER TIEMPO (día 1): reducción abierta de la cuña medial con estabilización provisional con Agujas K, asociando fasciotomías y aproximación elástica con vessel loop junto con inmovilización con férula suropédica posterior. (Imagen 1 y foto)

SEGUNDO TIEMPO (día 5) desbridamiento y cierre de fasciotomías asociando mini-incisiones de descarga

TERCER TIEMPO (día 18): reducción abierta y fijación interna con placas y tornillos e inmovilización con férula posterior (imagen 2)



RESULTADOS

En el postoperatorio se mantiene

- 4 semanas férula de yeso posterior
- 2 semanas de CAM WALKER en descarga absoluta
- 2 semanas CAM WALKER y carga parcial
- Se retira inmovilización a las 8 semanas de la cirugía definitiva
- A los 6 meses de la cirugía definitiva se realiza RMO

Actualmente el paciente tiene 9 meses de seguimiento, habiendo terminado el proceso de rehabilitación con un rango de marcha de 1 hora sin dolor y buena movilidad.

Control Rx en carga 8 meses (Imagen 3)



CONCLUSIONES

En las fx de lisfranc de alta energía puede producirse una afectación importante de las PPBB con riesgo de producir un síndrome compartimental. Es por ello que estas lesiones precisan de un cuidado y seguimiento estrictos de las PPBB. El término lesión de Lisfranc engloba un amplio espectro de lesiones de las articulaciones T-MTT que provocan una disrupción del mediopié respecto al antepié. Este tipo de lesión provoca inestabilidad e incongruencia articular que conlleva, en caso de no ser tratado correctamente, la aparición de cambios artrósicos precoces y de dolor crónico.

Por nuestra experiencia positiva recomendamos asociar fasciotomías profilácticas de los compartimentos del pie junto con la reducción y estabilización provisional con agujas K, así como mini-incisiones de descarga en el momento del cierre de las mismas.

Es fundamental una rápida actuación en el servicio de urgencias con una reducción y fijación precoces para optimizar los resultados del tratamiento.