

PRESENTACIÓN DE UN CASO: FRACTURA-LUXACIÓN DE LISFRANC CERRADA

Jiménez Nava, C; Mena Roson, A; Plasencia Hurtado de Mendoza, A; Serrano Alonso, O; Martín Gorroño, F.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid)



OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de fractura luxación cerrada de Lisfranc y la revisión del tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a un varón de 34 años que acude derivado de otro centro por fractura-luxación de Lisfranc de doce horas de evolución, tras accidente deportivo. A la exploración presenta deformidad e impotencia funcional, así como sufrimiento de partes blandas dada dicha deformidad, sin heridas y con buen estado neurovascular. Realizamos pruebas complementarias evidenciando **fractura-luxación tipo A lateral de Myerson**. Se intervino de urgencia mediante doble abordaje dorsal, reducción y fijación con tornillos en Lisfranc medial y medio y agujas en Lisfranc lateral.



RESULTADOS

El paciente presenta buena evolución postoperatoria. Mantuvimos al paciente dos meses en descarga y un mes más de carga controlada con ortesis tipo Walker. No ha tenido problemas con la herida quirúrgica y clínicamente mantiene la longitud de las columnas y el arco plantar está conservado. Actualmente ha reiniciado progresivamente actividad deportiva y no presenta dolor.



CONCLUSIÓN

La articulación de Lisfranc es la transición entre el mediopié rígido y el antepié relativamente flexible, ayudando a dar la **rigidez** necesaria en la propulsión en la fase de despegue. Además, es el encargado de soportar el arco transversal del pie. El brazo de palanca rígido es el Lisfranc intermedio, siendo el medial y el lateral móviles y adaptándose en la propulsión al mismo. Por otro lado, el **ligamento de Lisfranc** une una columna medial y media de una forma rígida, permitiendo a la vez una movilidad entre M1 y M2 (no más de 1mm). Cuando se crea **inestabilidad** entre dichas columnas al incrementarse dicha movilidad, se produce dolor y artrosis. El Lisfranc lateral es más móvil, por lo que nunca se artrodesa y se permite la fijación temporal con agujas, mientras que en el Lisfranc medio y medial es preciso una fijación más estable con tornillos o placas. En nuestro paciente realizamos una fijación con tornillos canulados de rosca completa C1-M2, M1-C1, M2-C2 y M3-C3 y fijación con agujas M4 y M5 a cuboides. Con esto conseguimos estabilizar las tres columnas y obtuvimos un resultado satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watson TS, Shurnas PS, Denker J. Treatment of Lisfranc joint injury: current concepts. J Am Acad Orthop Surg [Internet]. 2010;18(12):718–28
2. Grewal US, Onubogu K, Southgate C, Dhinsa BS. Lisfranc injury: A review and simplified treatment algorithm. Foot (Edinb) [Internet]. 2020;45(101719):101719.
3. Seybold JD, Coetzee JC. Lisfranc injuries: When to observe, fix, or fuse. Clin Sports Med [Internet]. 2015;34(4):705–23.

