

LESIÓN LISFRANC SUTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Igado Insa, MP., Yaya Beas, RM., Alsina Pujol, M., Aparicio Artal, C., Mata Martín, JM., Maurain Vilorio, A.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Alcañiz (Teruel).

Introducción:

Las lesiones de Lisfranc pueden ser ligamentosas o fractura luxación de Lisfranc. Son lesiones poco frecuentes, siendo más comunes en varones jóvenes. Se producen por traumatismos de alta energía, como accidentes de tráfico o accidentes deportivos. El mecanismo de producción puede ser directo o indirecto por flexión dorsal o abducción forzada del medio pie. En otras ocasiones se puede producir una lesión o rotura de los ligamentos de Lisfranc tras un mecanismo de baja energía como una torsión de tobillo con el pie fijo en el suelo.

En muchas ocasiones las lesiones de Lisfranc son infra diagnosticadas, bien por ser confundidas con un esguince de tobillo o bien por quedar en segundo plano en accidentes de tráfico con lesiones más graves.

Para el diagnóstico se recomienda realizar radiografías de ambos pies para comparar, pedir proyección anteroposterior, lateral y oblicua y siempre que sea posible realizarlas en carga. En los casos graves donde existe fractura luxación, la radiografía suele ser evidente. En otras ocasiones, sobretodo en lesiones de Lisfranc ligamentoso, la lesión puede pasar desapercibida en la radiografía.

En la radiografía anteroposterior en carga hay que valorar:

- si existe ensanchamiento mayor de 2 milímetros del espacio entre primera cuña y segundo metatarsiano y entre primera cuña y segunda cuña.

- la existencia de un fragmento óseo desprendido en el espacio entre primera y segunda cuña, lo que se conoce como signo de “fleck” y no confundirlo con el os intermetarseum.

- la continuidad del 1º y 2º metatarsiano con la cuña correspondiente, así como del 3º y 4º metatarsiano con la cuña correspondiente y el cuboides

En la radiografía lateral hay que valorar el desplazamiento a dorsal de la base del primer o segundo metatarsiano.

Ante la sospecha clínica y en caso de duda en las radiografías se puede realizar TAC o una Resonancia Magnética para confirmar el diagnóstico.

Objetivos:

En lesiones de alta energía cuando existe desplazamiento es necesario un tratamiento quirúrgico. El tratamiento de las lesiones de Lisfranc no desplazadas, lo que se conoce como lesiones sutiles de Lisfranc, es el que genera controversia.



Material y métodos:

Presentamos el caso de una paciente mujer de 41 años que presenta dolor en pie derecho de 72 horas de evolución tras torsión de tobillo al bajar de una silla. Inicialmente fue valorada con radiografías y se diagnosticó de esguince de medio pie. Consulta por persistencia de dolor.

Presenta tumefacción en medio pie, dolor y pequeño hematoma plantar. Ante la sospecha de posible lesión de Lisfranc se repiten radiografías en carga de ambos pies. Se aprecia aumento del espacio entre primera cuña y segundo metatarsiano, tras lo cual se realiza TAC que confirma fractura del margen plantar de la base del segundo metatarsiano con al

menos dos pequeños fragmentos y fractura medial en el margen plantar de la base del cuarto metatarsiano.

Tras el diagnóstico y dadas las características de la paciente se opta por tratamiento quirúrgico con reducción abierta y osteosíntesis con placa cuneo metatarsiana, tornillo de primera cuña a segundo metatarsiano y agujas K en cuarto y quinto metatarsiano dado que durante la cirugía se objetivó inestabilidad con migración a dorsal de ambos metatarsianos. Se coloca inmovilización con yeso y descarga durante 6 semanas, tras las cuales se retiran las agujas y se permite carga protegida con ortesis Walker durante otras 6 semanas.



Resultados:

La paciente presentó cuadro de distrofia simpaticorrefleja que precisó de rehabilitación. Tras dieciocho meses de la cirugía la paciente se encuentra sin dolor.

Conclusiones:

Las lesiones de Lisfranc son poco frecuentes y muchas veces infradiagnosticadas. Ante la sospecha de esta lesión en traumatismos de baja energía se deben realizar radiografías en carga de ambos pies para comparar y si persiste la duda solicitar TAC o RMN. Siempre sospechar en caso de hematoma plantar.

En pacientes jóvenes con alta demanda funcional el tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y osteosíntesis puede ser una opción.