

A PROPÓSITO DE UN CASO: LUXACIÓN DE CHOPART ABIERTA EN TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA.

Verdejo Parrilla M, Quintero Quesada J, Almirón Santa Bárbara R, Martín Moya MA, Espejo Reina MJ y Escandón Almazán MP.

Introducción

Las articulaciones astragaloescafoidea y calcaneocuboidea forman el complejo de Chopart. Su nombre se debe al cirujano *François Chopart* quien documentó por primera vez la amputación a este nivel.

Dentro de la patología del pie, las lesiones de este complejo se presenta como una rara entidad (3.6 casos/100000 p/año), que pasa desapercibida hasta el 20-41% en su inicio debido a: la *poca frecuencia*, la *dificultad de la identificación radiológica* y la *similitud de la clínica a las frecuentes fracturas asociadas* (75-90%).

El diagnóstico puede clasificarse desde simples avulsiones hasta fractura-luxaciones, teniendo estas últimas una morbilidad alta a medio-largo plazo.

Objetivo

Describir el tratamiento y seguimiento a corto-medio plazo de un episodio de luxación de Chopart abierta tras traumatismo de baja energía.

Material y métodos

Presentamos el caso de una mujer de 46 años que acude trasladada al Servicio de Urgencias de nuestro hospital en ambulancia por traumatismo mientras bajaba un escalón en su domicilio con inmediata deformidad, dolor y solución de continuidad cutánea.

Se confirma el diagnóstico con imagen de amplificador en la Sala de Urgencias como **luxación abierta de Chopart**.

Previo ATB i.v., analgesia, sedación y anestésico local se realiza primer lavado con SF y reducción. Tras esto se coloca férula posterior para movilizar a la paciente a quirófano y llevar a cabo el tratamiento definitivo.

Bajo raquianestesia se realiza lavado profuso y con control de imagen se lleva a cabo **estabilización con una AK subastragalina y dos AK astragaloescafoideas**.

Tras esto cierre por planos e inmovilización con férula posterior.

La paciente permanece ingresada otros siete días para control de zona de sufrimiento cutáneo y complicaciones urológicas y tras evolución favorable se autoriza el alta.



Fotografía de la lesión a su llegada al Servicio de Urgencias

Resultados

La paciente es revisada a las *3 semanas* para confirmar buena evolución clínica y a los *2 meses* para retirada de AK y autorización de carga parcial y progresiva. Se realizarán nuevas revisiones a los *4 y 10 meses* desde la lesión para confirmar seguimiento favorable y recuperación de ritmo de vida normal.

Conclusiones

- La **luxación de Chopart** es una lesión poco frecuente, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor de pie postraumático para evitar que pase desapercibida desde la primera asistencia.

- El conocimiento de la biomecánica, la exploración física y las técnicas de imagen ayudan a identificar esta patología de manera aislada o en sus posibles asociaciones a otras lesiones.

- El tratamiento de estas lesiones es habitualmente quirúrgico y a pesar de los buenos resultados tenemos que saber la alta morbilidad a medio-largo plazo de estas lesiones.



Reconstrucción 3D TC tras reducción incompleta en Servicio de Urgencias



Radiografías AP y lateral posteriores a la intervención quirúrgica

1. Van Dorp KB, de Vries MR, van der Elst M, Schepers T. Chopart joint injury: a study of outcome and morbidity. *J Foot Ankle Surg* 2010;49:541-5, doi:http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2010.08.005.

2. Kutaish H, Stern R, Drittenbass L, Assal M. Injuries to the Chopart joint complex: a current review. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2017. DOI 10.1007/s00590-017-1958-0

3. Rammelt S, Zwipp H, Schneiders W et al (2010) Anatomic reconstruction of malunited chopart joint injuries. *Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc* 36:196-205

4. Richter M, Wippermann B, Krettek C, Schrott HE, Hufner T, Thermann H. Fractures and fracture dislocations of the midfoot: occurrence, causes and long-term results. *Foot Ankle Int* 2001;22:392-8, doi:http://dx.doi.org/10.1177/107110070102200506.

5. Richter M, Thermann H, Huefner T, Schmidt U, Goesling T, Krettek C. Chopart joint fracture-dislocation: initial open reduction provides better outcome than closed reduction. *Foot Ankle Int* 2004;25:340-8 doi:604507 [pii].

6. Van der Vliet Q, Esselink TA, Heng M, Houwert RM, Leenen L, Hietbrink F. Functional outcomes of traumatic midfoot injuries. *Injury* 2018. https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.09.021

