

Manejo quirúrgico del Lisfranc sutil y sus resultados clinicofuncionales Revisión de casos

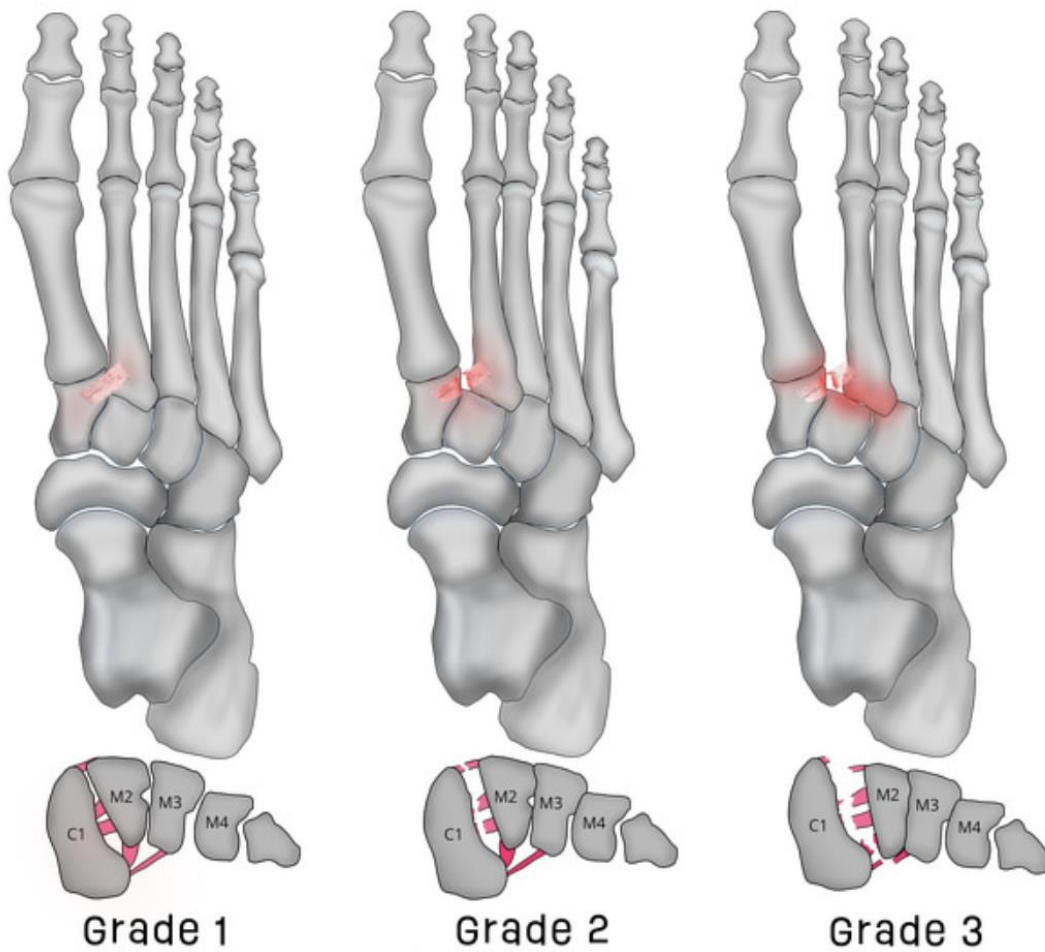
Mónica Sánchez Santiuste, Pablo Sierra Madrid,
M^a Soledad Pérez Antoñanzas, M^a Jesús Juanicotena Iturralde
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid



1 INTRODUCCIÓN: ¿Qué es el Lisfranc sutil o ligamentoso?

- Definición de LISFRANC SUTIL: lesión aislada del ligamento de Lisfranc.
- Ocurre tras traumatismos indirectos y **a menudo pasa desapercibido** en la exploración y pruebas de imagen iniciales. Requiere un **alto índice de sospecha** y un **correcto algoritmo diagnóstico**.
- Aunque **existe discusión en cuanto al tratamiento** del Lisfranc sutil, la **escasa capacidad de cicatrización del ligamento** hace que el **manejo quirúrgico de las lesiones inestables** (Nunley y Vertullo II y III) **sea de elección** para preservar el arco plantar, la correcta biomecánica de la marcha y evitar secuelas a largo plazo.

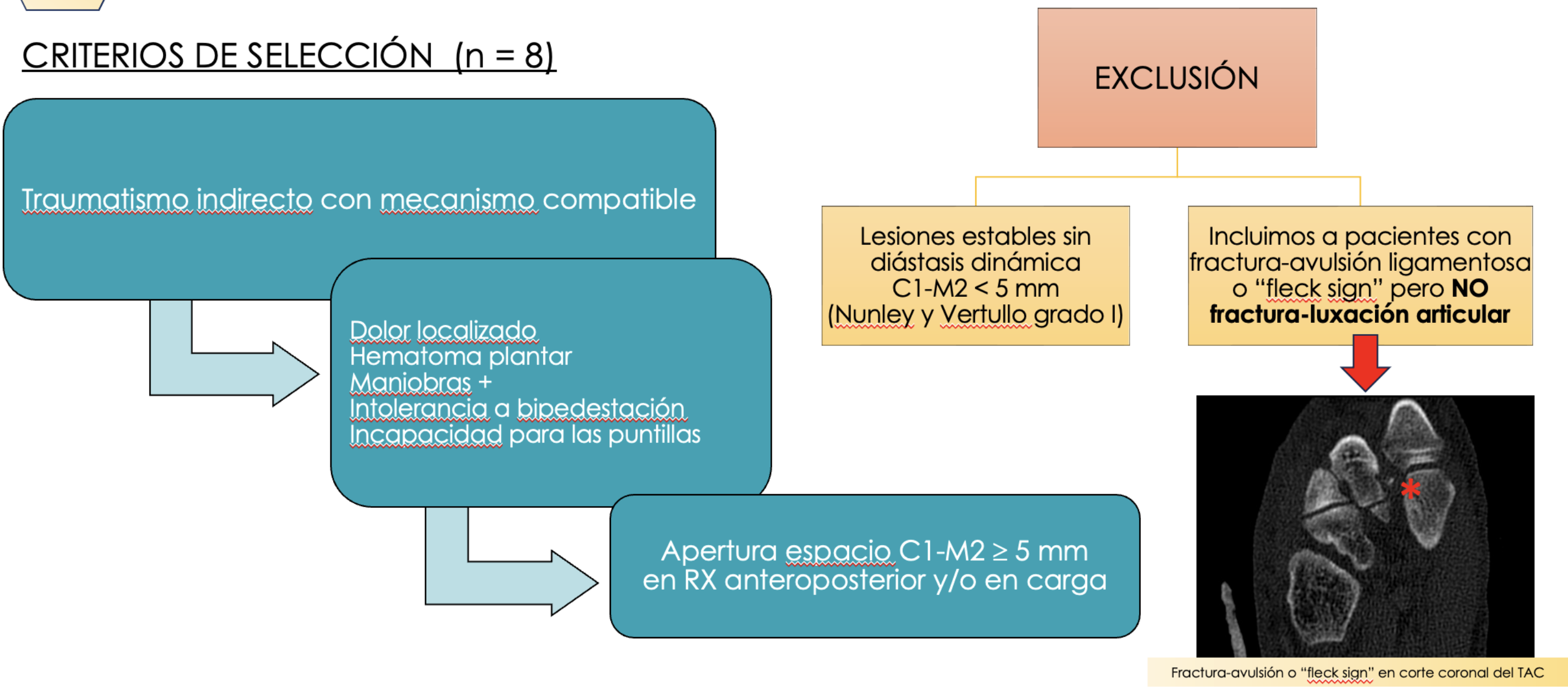
Nunley-Vertullo classification



2 OBJETIVOS: Presentamos un estudio retrospectivo de ocho casos de Lisfranc sutil intervenidos mediante reducción y fijación interna (RFI) en nuestro centro en los últimos 5 años y su evolución clínico-funcional.

3.1 MATERIAL & MÉTODOS

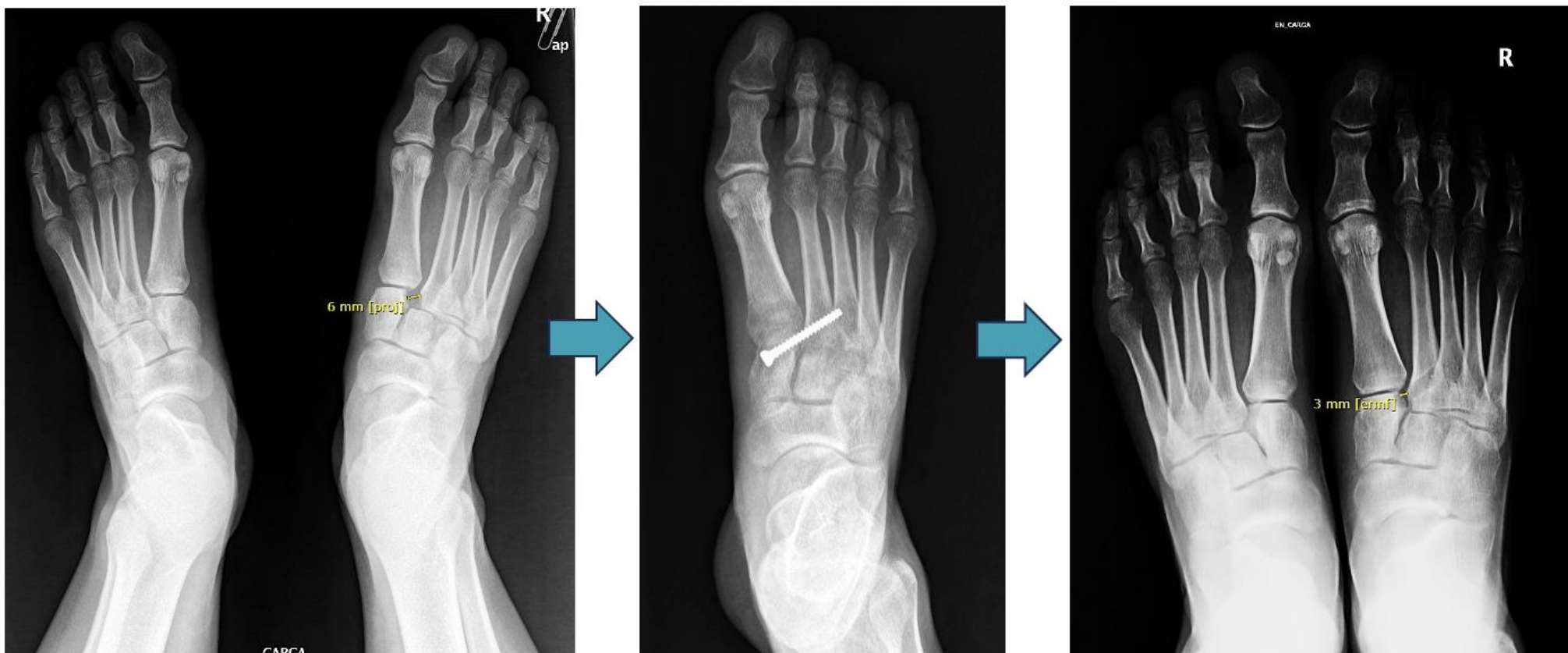
CRITERIOS DE SELECCIÓN (n = 8)



3.2 MATERIAL & MÉTODOS

- Todos los casos son sometidos a **RFI (abierta o cerrada) con al menos un tornillo C1-M2** de rosca completa de 4 ó 4,5 mm, comprobándose correcta reducción del espacio posteriormente.
- Medimos **diástasis pre y postquirúrgica**.
- Los resultados clínico-funcionales son valorados mediante la **escala AOFAS** (American Orthopaedic Foot and Ankle Society).

EJEMPLO:
- Varón de 19 años
- Apertura asimétrica C1-M2 de 6 mm
- RCFI con tornillo C1-M2
- EMO a los 10 meses PO
- Reducción del espacio C1-M2 a 3 mm



4.2 RESULTADOS

	n = 8
Rango de edad en el momento de la cirugía	19-70 años
Distribución por sexo	3 mujeres ; 5 varones
Lateralidad del pie	5 izquierdo (62,5%) ; 3 derecho (37,5%)
Intervención en momento agudo (< 6 semanas) *	7 (87,5%)
Diástasis C1-M2 media prequirúrgica	5 mm
Diástasis C1-M2 media postquirúrgica	2 mm
Tiempo hasta extracción del material (EMO)	9,17 meses postoperatorios
Puntuación media en la escala AOFAS al alta	82 puntos
Complicaciones postquirúrgicas	1 caso de síndrome de Súddeck 1 caso de reconversión a artrodesis

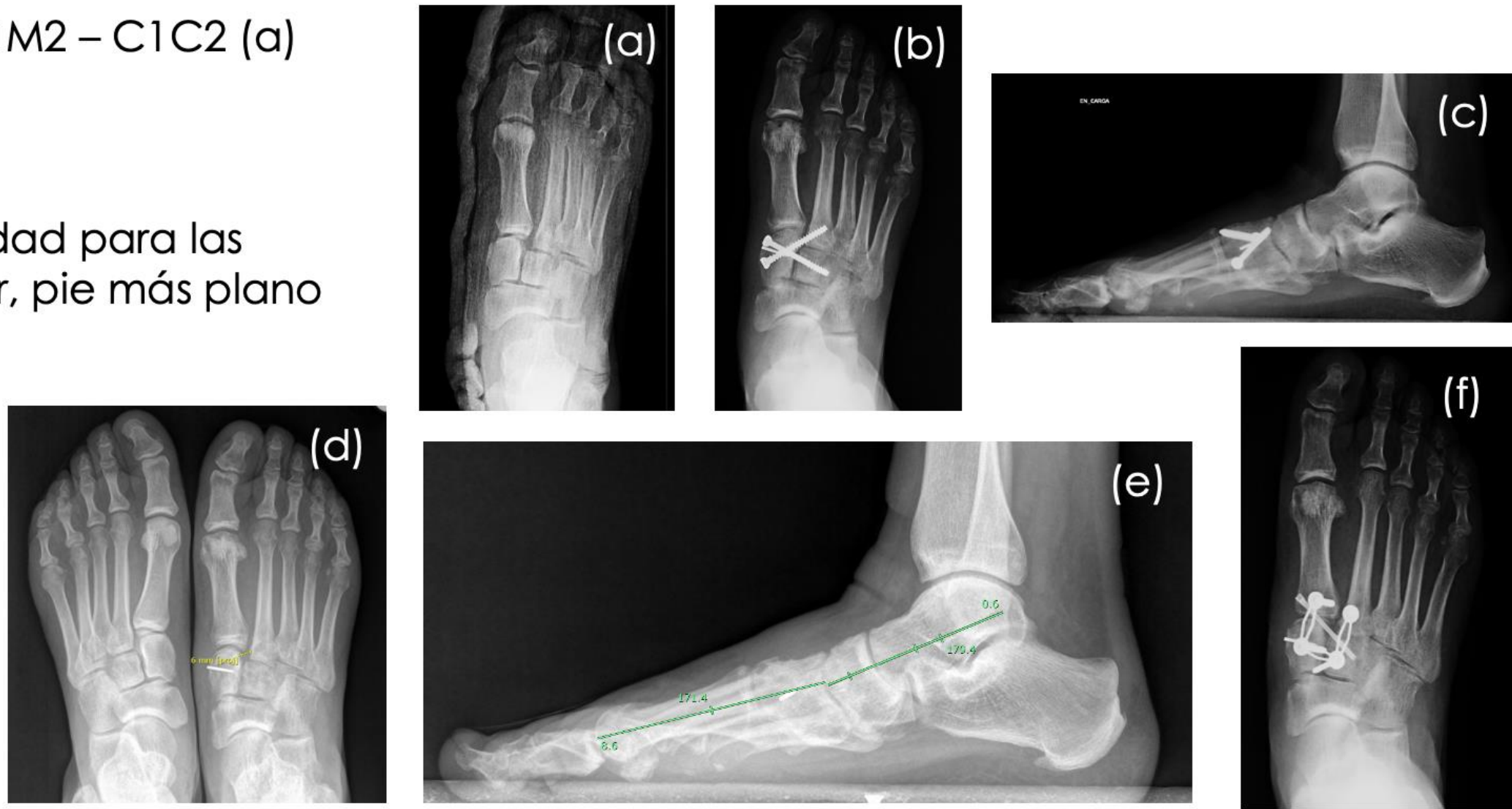
* Hubo un caso en paciente de 49 años de manejo ortopédico inicial (férula de yeso, ortesis tipo walker y plantilla con soporte de arco longitudinal) que fracasó y tras 6 meses se intervino mediante artrodesis M1C1 - C1C2 - M2C2 - M3C3. Tras 6 meses fue dado de alta sin dolor.



4.3 RESULTADOS

Tuvimos un caso de fracaso de la osteosíntesis que tuvo que ser reconvertido a artrodesis a los 2 años

- RFI abierta con tornillos C1M2 – C1C2 (a)
- EMO a los 5 meses (b y c)
- Dolor en mediopié, debilidad para las puntillas, fatiga al caminar, pie más plano
- Apertura del espacio C1-M2 (d) con colapso del arco plantar y negativización del ángulo de Meary (e)
- Artrodesis con tornillo M1C2 y placa en "U" (f)



6 DISCUSIÓN & CONCLUSIÓN

Se estima que **>20% de lesiones sutiles del Lisfranc pasan desapercibidas** en el momento agudo y esto conlleva una alta tasa de morbilidad a largo plazo.

Es conveniente tener un **algoritmo diagnóstico y de tratamiento** estandarizado.

Sospecha clínica – Rx convencionales ± TAC – Rx en carga para comprobar estabilidad dinámica

Aunque controvertido, la tendencia general es al **manejo quirúrgico de lesiones inestables** con ≥5 mm de diástasis C1-M2 con la carga o asimetría ≥ 2 mm respecto al pie contralateral

En nuestra experiencia, la **RFI es una opción terapéutica sencilla con buenos resultados a corto-medio plazo** (puntuación media AOFAS de 82).

Inconvenientes de nuestra revisión:

- Limitado tamaño muestral
- No resultados a largo plazo (seguimiento tras alta aprox. 1 año postop.)
- Tiempo medio hasta EMO prolongado (9 meses postop.)

BIBLIOGRAFÍA

- De Bruijn, J. et al. Lisfranc injury: Refined diagnostic methodology using weightbearing and non-weightbearing radiographs. Injury 53 (2022) 2318–2325
- Herscovici, D Jr. et al. The LISFRANC JUT: A physical finding of subtle LISFRANC injuries. Injury 52 (2021) 1038–1041
- Llopis et al. Lisfranc Injury Imaging and Surgical Management. Semin Musculoskelet Radiol 2016;20:139–153
- Sanli, I. et al. Primary internal fixation and soft-tissue reconstruction in the treatment for an open Lisfranc fracture-dislocation. Musculoskelet Surg (2012) 96:59–62
- Seybold, J. D. et al. Lisfranc Injuries When to Observe, Fix, or Fuse. Clin Sports Med 34 (2015) 705–723
- Singh Grewal, U. et al. Lisfranc injury: A review and simplified treatment algorithm. The Foot 45 (2020) 101719
- Stavrakakis, I. M. et al. Percutaneous fixation of Lisfranc joint injuries: A systematic review of the literature. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica 53 (2019) 457e462

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA