

Manejo Agudo de un Politrauma con Fractura-Luxación Abierta de Lisfranc y Chopart - A Propósito de un Caso

Mónica Sánchez Santiuste, Juan Carlos Tenezaca Marcatoma, Fernando Martín Gorroño, Marta García López, Pablo Sierra Madrid, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
SaludMadrid

1 INTRODUCCIÓN

- Definición de **miembro catastrófico**: afectación de ≥ 3 de las 4 esferas (*nervioso, vascular, partes blandas, óseo*).
- La reducción anatómica de las fracturas y luxaciones inestables y desplazadas de las articulaciones del mediopié es importante para preservar la correcta biomecánica de la marcha y evitar secuelas a largo plazo.
- El manejo de dichas lesiones en casos de politrauma es complejo y puede precisar de una actuación multidisciplinar.

2 OBJETIVOS: Presentamos el manejo de urgencia en nuestro servicio de un caso de pie catastrófico tras accidente de moto en un varón de 31 años sin antecedentes de interés.

- * Repaso secuencial del manejo de fracturas abiertas en paciente politraumatizado.
- * Valoración de la viabilidad de un miembro catastrófico.
- * Indicaciones de osteosíntesis (OS) primaria en casos de traumatismo de alta energía y fractura luxación abierta de pie y tobillo.



Herida inciso-cantosa >10 cm en región lateral de mediopié derecho con exposición de tendones extensores y visible luxación dorsal de tercera cuña

3 MATERIAL Y MÉTODOS

- Fractura-luxación abierta Gustilo III de las articulaciones de Lisfranc y Chopart** del pie derecho tras accidente de moto (**politraumatizado, estable**).
- Asocia **avulsión distal de tendones del extensor común de los dedos**.
- Conservación de pulsos** tibial anterior y posterior (con relleno capilar de los dedos mínimamente enlentecido) y **sensibilidad** distal en cara medial y planta del pie, territorio del nervio tibial posterior.
- Puntuación de **6 en la Escala de MESS**.



Radiografías pie derecho: luxación dorsal cuneo-metatarsiana, incongruencia articular calcaneocuboidea, incongruencia articular entre las bases de los metatarsianos y las cuñas, así como de la columna lateral. Fractura-luxación divergente (B2 completa de Myerson) de Lisfranc.



TAC corte sagital y reconstrucción 3D: fractura-luxación de articulación calcaneocuboidea (verde) y fractura-luxación de Lisfranc con tercera cuña desplazada hacia dorsolateral (rojo).

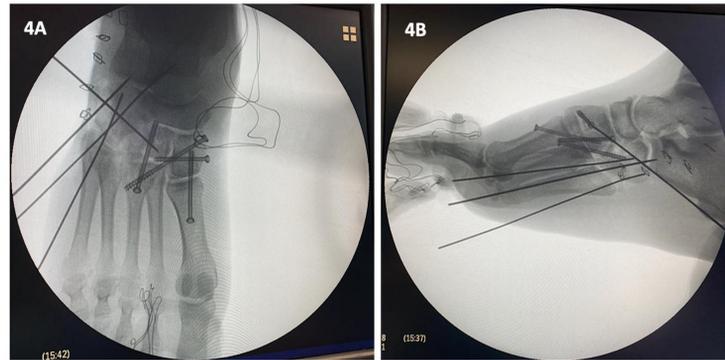
4 RESULTADOS

En quirófano se realiza **intervención según protocolo de daños**: desbridamiento exhaustivo, reducción y estabilización de lesiones osteoligamentosas y cobertura de partes blandas con tejido autólogo (Gustilo IIIA).

Inestabilidad franca de columnas medial, media y lateral de la articulación de Lisfranc y fractura-luxación conminuta de la calcáneo-cuboidea.

OS definitiva de columnas medial y media con tornillos canulados M1-C1, C1-C2, C1-M2, M3-C3. **OS provisional** de columna lateral y Chopart con agujas de Kirschner.

Cierre primario de piel.



Escopia intraoperatoria, proyección anteroposterior (4A) y lateral (4B) de pie derecho

Durante 72 horas postoperatorias se administra **antibioterapia profiláctica**. Posteriormente, el seguimiento del paciente se pierde al tratarse de un accidente laboral.



Fractura abierta Gustilo IIIA; buen relleno capilar distal al alta (4C)



Radiografías al alta: proyección oblicua (4D) y lateral (4E) de pie derecho

5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los traumatismos de alta energía **contraindican normalmente la síntesis primaria por el estado de las partes blandas**, por lo que se suele aplicar **protocolo de control de daños**, realizando una intervención en varios tiempos.

- **1º tiempo**: Desbridamiento agresivo durante las primeras horas, restauración de la congruencia y longitud de las columnas + síntesis temporal utilizando fijación externa (FE) o agujas de Kirschner (AK), cobertura cutánea al máximo posible (valorar uso de dispositivos de vacío) y antibioterapia profiláctica.

- **2º tiempo**: "Second look" tras 5-15 días cuando permitan las partes blandas: evaluación de daños, revisión con síntesis percutánea definitiva +/- cobertura con colgajos miocutáneos (menores tasas de infección postquirúrgica).

La decisión de realizar osteosíntesis definitiva en casos de fracturas abiertas Gustilo III en pie y tobillo es controvertida. Conservar y reconstruir una extremidad catastrófica puede ser peor para la calidad de vida del paciente a largo plazo. **HAY QUE INDIVIDUALIZAR SEGÚN EL CASO** (los Gustilo IIIC suelen derivar en amputación).

El tratamiento dependerá de la edad, gravedad de lesiones concomitantes, la vascularización del miembro y la posibilidad de cobertura de partes blandas. **En un politrauma, el estado general del paciente es clave**:

- **Estable**: a favor de reconstruir y conservar → es el caso de nuestro paciente

- **Inestable o in extremis**: a favor de amputar de entrada.

- **Borderline**: hacer control de daños y "second look".

Si todos estos factores resultan favorables, la osteosíntesis definitiva es una opción terapéutica plausible.

Se asocian a **buen pronóstico**: buena cobertura de partes blandas, sensibilidad en la planta del pie conservada, buen rango de movilidad desde el inicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Brenner P, Rammelt S, Gavlik JM, Zwipp H. Early soft tissue coverage after complex foot trauma. World J Surg. 2001;25 (5):603-9.
- Caba Doussoux P, Zafra Jiménez JA. Estrategias de tratamiento en el politraumatizado. Monografía SOMACOT. Capítulo 13. p 157-166.
- Gu W, Shi Z. Staged management of open Lisfranc injury: Experience from 14 patients. Medicine (Baltimore). 2017;96 (17):e6699.
- Poutaglidou F, Khan R, Krkovic M. Amputation versus Reconstruction in Severe Lower Extremity Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Bone Jt Surg. 2023;11 (6):378-387.
- Rodríguez de la Rúa J, Barón Pérez Y, Casas Ruiz M, Sicilia Castro D. Pies catastróficos. A propósito de un caso. Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia. 2001;21 (2):220-4.
- Sarli I, Hermus J, Poeze M. Primary internal fixation and soft-tissue reconstruction in the treatment for an open Lisfranc fracture-dislocation. Musculoskelet Surg. 2012;96 (1):59-62.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA