

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



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.



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).

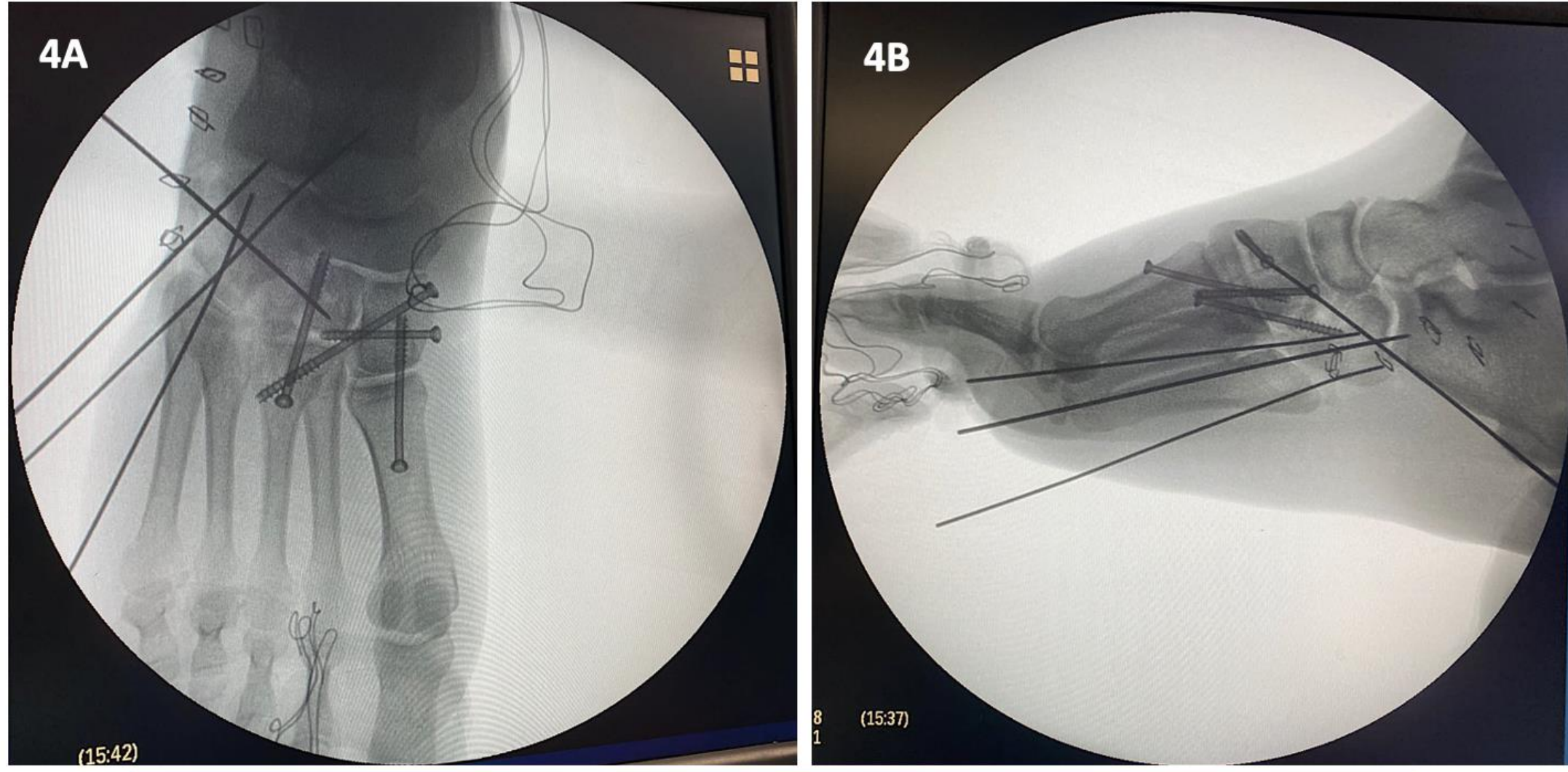
4 RESULTADOS

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.
- Poutoglidou 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.
- Sanli 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