

# Fractura-Luxación de Lisfranc en paciente de 14 años

## Introducción - Objetivos

La lesión de Lisfranc en pacientes pediátricos se encuentra limitada a pocos casos en la literatura. Al igual que en el adulto, son lesiones difíciles de diagnosticar por lo que suelen pasar desapercibidas en los departamentos de urgencias. A diferencia de la población adulta donde el tratamiento suele ser quirúrgico, en este grupo poblacional existe debate respecto al manejo definitivo lesión.

Exponer el manejo en urgencias y el tratamiento quirúrgico de una fractura luxación de Lisfranc en una paciente de 14 años tratada en nuestro servicio de urgencias.

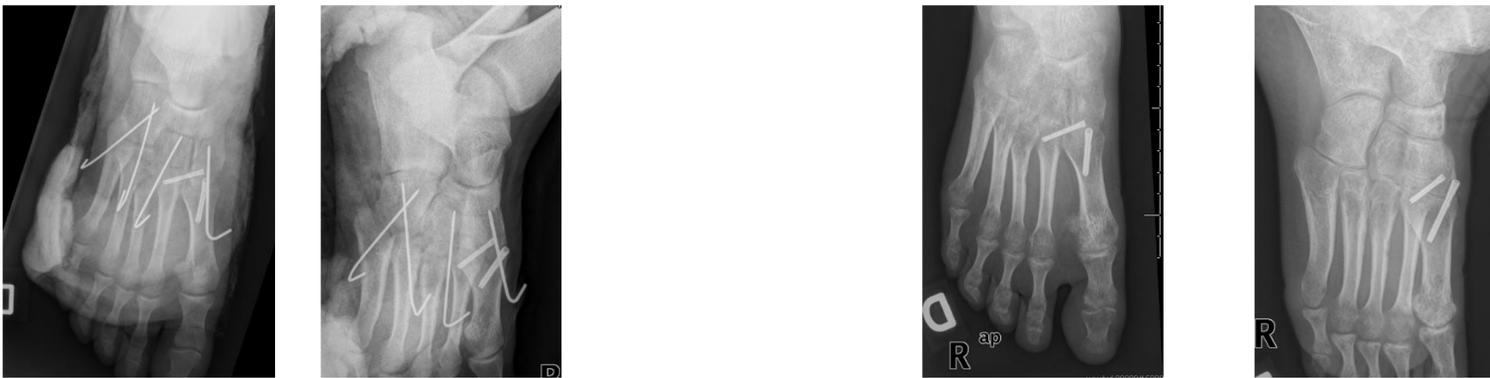
## Material y métodos

Se trata de una mujer de 14 años, originaria de guinea ecuatorial, sin antecedentes de interés, que sufre un traumatismo tras un salto de 1 metro de altura. Acude a urgencias tras 3 días de evolución con dolor severo en mediopie e impotencia funcional en su pie izquierdo. A la exploración física: dolor sobre la articulación tarsometatarsiana, tumefacción importante, hematoma plantar e imposibilidad para la carga.

Se realiza radiografía anteroposterior y oblicua de pie (Fig 1 y 2) donde se observa aumento del espacio entre primer y segundo metatarsianos y fractura en la base del segundo metatarsiano, signo de Fleck, y lesión en la base del 3er y 4to metatarsianos. Ante estos hallazgos se solicita TC urgente donde se caracteriza como lesión de Lisfranc Myerson tipo A. Se decide inmovilización provisional y tratamiento quirúrgico urgente de la lesión.



Bajo anestesia general, con manguito de isquemia y tras administrar cefazolina 1gr iv como profilaxis, se practica un abordaje dorsal en la primera comisura. Se disecciona arteria dorsal del pie, el nervio peroneo profundo y el extensor largo del primer dedo. Se localiza la primera articulación tarsometatarsiana, se lava mediante suero salino y se retiran las partes blandas interpuestas. Se reduce la luxación y se fija mediante un aguja K de 1.5mm de distal a proximal, y se coloca un tornillo de posición de 3.5 mm de proximal a distal manteniendo la aguja. Posteriormente se reduce el segundo metatarsiano, que se fija con un tornillo de posición a la primera cuña. Tras comprobar la estabilidad de esta reducción procedimos reducir el tercer, cuarto y quinto metatarsianos y fijarlos con agujas K de 1.2mm (Figura 3 y 4). Se mantiene inmovilización con férula hasta la resolución del edema de parte blanda, que se cambia por un yeso cerrado. Se mantienen las agujas y la inmovilización durante 8 semanas (Fig 5 y 6). Se autoriza la carga parcial progresiva a partir de este momento.



## Resultados

La paciente se encuentra en el momento actual, 8 meses de la lesión, realizando vida normal. Presenta un balance articular a nivel del pie-tobillo similar al contralateral, con capacidad total para hacer actividad deportiva, sin dolor ni secuelas funcionales.

## Conclusión

La rareza de esta lesión en la población infantil hace fundamental el reconocimiento de la lesión en urgencias, así como la realización del tratamiento quirúrgico precoz en la fractura luxación de lisfranc, logra unos resultados clínicos buenos y permite una recuperación funcional satisfactoria en el paciente pediátrico