

Fractura-luxación de Chopart en edad pediátrica.

DOI: <http://dx.doi.ORG/10.37315/SOTOCAV20232935831>

LAPEÑA MARTÍNEZ A, SALOM TAVERNER M, MARTÍNEZ GIL L, CUCÓ SANZ L, ENGUÍDANOS SÁNCHEZ C.

HOSPITAL POLITÉCNICO Y UNIVERSITARIO LA FE, VALENCIA.

Resumen

La fractura-luxación de Chopart es una patología extremadamente rara en la edad pediátrica. En la escasa bibliografía existente, se describen los traumatismos de alta energía y posicionamiento del pie en flexión plantar e inversión como origen de las luxaciones producidas en el mediopié. Es necesaria una rápida reducción y fijación con el objetivo de preservar el estado de las partes blandas y evitar complicaciones graves sobre la extremidad. El objetivo de este trabajo es el de presentar el caso de un paciente de 11 años con fractura-luxación de Chopart, así como las recomendaciones basadas en nuestra experiencia y encontradas en la literatura.

Palabras clave: Articulación de Chopart, luxación, escafoides tarsiano, edad pediátrica.

Summary

Chopart's fracture-dislocation is an extremely rare pathology in the pediatric age. High-energy trauma with the foot in the plantarflexed and inverted position seems to be the origin of dislocations produced in the midfoot as described in the bibliography. A fast reduction and fixation are necessary in order to preserve the state of the soft tissues and avoid fatal complications on the extremity. The aim of this paper is to present the case of an 11-year-old patient with Chopart's fracture-dislocation, as well as the recommendations based on our experience and found in the literature.

Keywords: Chopart joint, dislocation, tarsal scaphoid, pediatric age.

Correspondencia:

Andrés Lapeña Martínez

lapenya.martinez.andres@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de enero 2023

Fecha de aceptación: 24 de febrero de 2023

INTRODUCCIÓN

La fractura-luxación de Chopart es una entidad infrecuente en el adulto e inédita en el niño. Cualquier lesión sobre la articulación generaría una alteración de la bóveda plantar, así como de la transmisión del movimiento del complejo del talón hacia la región metatarsofalángica. Frecuentemente se asocian fuerzas indirectas o directas sobre el eje anteroposterior del pie como origen de las lesiones, relacionándose con caídas desde altura o accidentes deportivos o de tráfico¹.

El objetivo del artículo es presentar un caso de una fractura-luxación de la articulación de Chopart en un niño de 11 años, así como describir el tratamiento elegido y realizar una revisión de la bibliografía encontrada.

CASO CLÍNICO

Varón de 11 años que acude a urgencias por dolor y deformidad del pie izquierdo tras caída desde un árbol.

A la exploración destaca una desviación medial y dorsal del mediopié, además de una gran inflamación y dolor. Tras la realización de radiografías simples se aprecia una fractura-luxación de Chopart (luxación astragaloescafoidea y fracturas de escafoides y cuboides) (Fig. 1).



Figura 1: Radiografías simples de la lesión.

Tras estos hallazgos, y con el fin de tomar una decisión terapéutica, se decide realizar un TAC. En él se confirman las lesiones descritas previamente, cuantificando el tamaño del fragmento dependiente del escafoides, motivo que justifica la cirugía (Fig. 2).



Figura 2: Reconstrucción 3D de la lesión.

En el quirófano, y bajo anestesia general, se procede a la reducción cerrada de la fractura-luxación. Bajo fluoroscopia se aprecia la correcta congruencia articular y reducción de la fractura de escafoides. Ante dicha situación, se realiza una síntesis y fijación provisional percutánea con agujas de Kirschner: 2 AK desde la región dorsal del escafoides hasta el astrágalo y 1 AK desde el escafoides hasta el cuboide. Finalmente se asoció una férula suropédica (Fig. 3).



Figura 3: Control radiológico inmediato tras cirugía con AK.

Durante el ingreso el paciente presentó buena evolución clínica y radiológica, siendo dado de alta a los dos días sin alteraciones. Tras 4 semanas de inmovilización con férula se retiraron las AK, permitiendo la carga parcial a las 6 semanas. A los 8 meses de la lesión, el paciente se encontraba asintomático y realizando sin problemas su vida cotidiana (actividades deportivas, escolares...), con evidencia radiológica de consolidación y correcta congruencia articular (Fig. 4).



Figura 4: Control radiológico a los 8 meses de la lesión.

DISCUSIÓN

Las fracturas en el pie representan el 12% de todas las acontecidas en los pacientes de edad pediátrica. Las más frecuentes son las producidas sobre los dedos durante la adolescencia, siendo en otras áreas más frecuentes durante una edad más temprana (0-6 años). Por otro lado, las luxaciones son extremadamente raras en niños. El manejo de estas supone un reto para los facultativos encargados de su resolución puesto que se relacionan con graves complicaciones como síndrome compartimental, deformidades residuales y necrosis avascular^{2,3}.

Generalmente se han relacionado las fracturas de los huesos del mediopié con grandes traumatismos: caídas desde altura o accidentes de tráfico o deportivos (esquí, escalada...). Debido a la energía necesaria para producirse este tipo de lesiones, se considera necesaria la monitorización y tratamiento precoz a fin de evitar las posibles complicaciones de las partes blandas producidas en las primeras horas tras el trauma desencadenante^{2,3}.

El tratamiento tiende a ser ortopédico. La utilización de material de osteosíntesis (agujas de Kirschner o tornillos percutáneos) tras una reducción cerrada o abierta debe considerarse únicamente cuando los fragmentos tengan un tamaño y desplazamiento considerable. Las fracturas multifragmentarias se benefician de tratamientos ortopédicos debido a que la reducción abierta podría perjudicar a la vascularización de los fragmentos más pequeños^{1,3}. Normalmente se tiende a la inmovilización durante 3-4 semanas con una férula suropédica, permitiendo la carga parcial a partir de la 3 semana según la estabilidad de la fractura y el control radiológico^{1,3}.

Finalmente, recalcar la escasa casuística de este tipo de patología. La mayoría de las recomendaciones y actuaciones realizadas sobre nuestro paciente están basadas en bibliografía de adultos que nos orienta hacia una correcta praxis pero que no ha demostrado que sea lo más adecuado en la población pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heckman, James D., et al. Rockwood and Green's fractures in adults. Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
2. Mayr J, Peicha G, Grechenig W, Hammerl R, Weiglein A, Sorantin E. Fractures and dislocations of the foot in children. Clin Podiatr Med Surg. 2006; 23(1):167-ix. doi:10.1016/j.cpm.2005.10.011
3. Ribbans WJ, Natarajan R, Alavala S. Pediatric foot fractures. Clin Orthop Relat Res. 2005; 432:107-115. doi:10.1097/01.blo.0000156451.40395.fc