

Lesión de Lisfranc

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

Una lesión de Lisfranc afecta la zona central del pie, donde los huesos largos de los dedos se unen a los huesos pequeños del arco plantar. El dolor suele localizarse en la parte superior del mediopie, y esa zona suele hincharse. En lesiones leves, la hinchazón se concentra en un solo punto, por lo que puede señalar exactamente dónde le duele. En lesiones más graves, toda la parte superior del pie se hincha, lo que dificulta identificar el origen del dolor.

El contacto con el peso corporal empeora los síntomas: caminar, estar de pie, subir escaleras o empujar con la punta del pie resulta doloroso; incluso tras una lesión leve, empujar con la punta del pie suele ser difícil. Girar el pie hacia adentro o hacia afuera también provoca dolor. Pueden aparecer hematomas en la planta del pie, lo cual es un signo muy característico de esta lesión. Algunas personas aún pueden caminar, pero sienten que el pie “no funciona bien” y el dolor no desaparece como ocurriría en un simple esguince.

En la vida cotidiana, estos problemas resultan muy molestos. Es posible que no pueda empujar bien con la punta del pie al caminar, por lo que apoya más el talón o se apoya en el otro pie para avanzar. Levantarse de una silla, permanecer de pie frente a la encimera mientras cocina o llevar bolsas de compras mientras camina se vuelve complicado. Subir escaleras resulta lento, ya que no puede confiar en que el mediopie soporte su peso.

Un dato importante: esta lesión es fácil de pasar por alto. Hasta el 20 % de las lesiones de Lisfranc se diagnostican erróneamente o se pasan por alto al principio; alrededor del 20-24 % no se detectan en la primera evaluación, incluso en radiografías tempranas. Las lesiones de baja energía, en las que el pie se lastima por un giro o tropiezo y no por un accidente grave, son las más difíciles de identificar, pues la hinchazón y los hematomas pueden parecer leves. Si no puede apoyar peso en el pie o le duele hacerlo, y además presenta hinchazón y sensibilidad en el mediopie, esta combinación de síntomas debe tomarse siempre en serio.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La parte central del pie está estructurada como un arco romano. Los huesos largos que conducen a los dedos forman un lado del arco, mientras que una fila de huesos pequeños forma el otro lado. En el punto donde se unen se encuentra un conjunto de articulaciones llamadas articulación de Lisfranc; esta actúa como el vínculo resistente entre la parte delantera del pie y el talón. Cada vez que caminamos, esta zona soporta la carga y absorbe el impacto.

El arco se mantiene unido gracias a la forma de los huesos y a fuertes bandas de tejido denominadas ligamentos. Uno de estos ligamentos es más importante que los demás: se extiende desde un hueso pequeño del arco hasta la base del hueso que lleva al segundo dedo del pie. Mide entre 8 y 10 mm de ancho y entre 5 y 6 mm de grosor; es el principal elemento que impide el colapso del arco. No existe ningún ligamento entre los huesos del primer y segundo dedo, por lo que esta única banda es la encargada de mantener todo el arco en su posición.

En una lesión de Lisfranc, ese ligamento se distiende o se desgarra, o bien los huesos circundantes se fracturan y desplazan. Los huesos pueden separarse, lo que aplana el arco. Por eso empujar con el pie resulta doloroso y por qué no se puede confiar en la estabilidad de la zona media del pie: la estructura que debería soportar el peso ya no permanece unida. Los hematomas en la planta del pie se producen porque el tejido lesionado se encuentra muy cerca de la parte inferior del pie.

Estas lesiones van desde una distensión estable, en la que no hay desplazamiento alguno, hasta una lesión grave en la que los huesos se separan visiblemente o se fracturan. Una lesión estable puede curarse sin cirugía. Cuando los huesos se han desplazado de su posición, normalmente es necesario volver a colocarlos en su sitio, pues un arco que cicatriza fuera de su alineación suele seguir siendo doloroso y rígido con el tiempo.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano ortopédico en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica que usted presenta. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica tomamos su historia clínica, examinamos su pie y solicitamos estudios por imagen cuando es necesario. Las radiografías bipedales son el punto de partida habitual, ya que las articulaciones del mediopie solo muestran su posición real cuando la persona está de pie. Si dichas radiografías no bastan para determinar el diagnóstico, una tomografía computarizada o una resonancia magnética pueden mostrar con mayor detalle los ligamentos y los pequeños huesos. Una vez que sabemos cuánto se han desplazado los huesos y si la lesión es un esguince o una fractura-luxación, podemos analizar juntos cuál es el tratamiento más adecuado para usted.

En el caso de lesiones estables, donde no hay desplazamiento de los huesos, normalmente iniciamos con un tratamiento no quirúrgico. Esto implica no cargar peso sobre el pie para que los ligamentos lesionados puedan recuperarse, y posteriormente realizar fisioterapia para recuperar la fuerza y volver a caminar con normalidad. Seguimos su evolución durante las semanas siguientes antes de decidir cuál será el siguiente paso.

El alivio del dolor es sencillo: los analgésicos y antiinflamatorios comunes ayudan a reducir la molestia mientras el pie se recupera, y le permiten participar en la fisioterapia en lugar de evitarla.

La cirugía se considera cuando los huesos se han desplazado de su posición o cuando la articulación es inestable y no se mantiene por sí sola. El objetivo es volver a colocar los huesos en su posición normal y fijarlos mientras cicatrizan, protegiendo así el arco del pie. Una opción consiste en utilizar tornillos o pequeñas placas para mantener los huesos alineados mientras los ligamentos sanan. Otra opción es la artrodesis de las articulaciones afectadas, es decir, se fomenta que los huesos se unan formando una sola pieza; este método se emplea en ciertos tipos de lesiones, ya que la cicatrización de los ligamentos es menos fiable que la de los huesos. Algunas lesiones pueden tratarse mediante una fijación flexible, usando material blando en lugar de tornillos rígidos; esto estabiliza los huesos permitiendo cierto movimiento y evita una segunda intervención para retirar el material de fijación. En lesiones que no fueron tratadas o que quedaron inestables en el pasado, la cirugía sigue siendo útil si aún no ha aparecido artritis. Analizaremos juntos cuál de estos enfoques se adapta a su lesión y tomaremos la decisión en conjunto.

Qué esperar

La mayoría de las personas con una lesión de Lisfranc evolucionan favorablemente cuando se detecta y trata adecuadamente. Lo esencial es volver a colocar los huesos en su posición normal y mantenerlos allí mientras cicatrizan. Cuando esto ocurre, el arco del pie conserva su forma, y se maximizan las posibilidades de caminar sin dolor persistente. Si la lesión es estable y no ha habido desplazamiento de los huesos, puede curarse sin cirugía; no obstante, será necesario no cargar peso sobre el pie mientras los ligamentos sanan.

En cambio, si una lesión de Lisfranc pasa desapercibida o no se trata, el pronóstico es distinto. El arco del pie puede aplanarse y el pie girar hacia afuera, provocando dolor en la parte superior del mediopié y bajo el arco. Con el tiempo, esto puede derivar en artritis en esa zona, rigidez y cambios duraderos en la forma de caminar. Algunas personas necesitan posteriormente una intervención quirúrgica para fusionar las articulaciones afectadas, pues el daño ya se ha producido. Por eso esta lesión se considera grave, incluso cuando parece leve.

Aun con un tratamiento adecuado, la recuperación no siempre es perfecta. Algunas personas siguen sintiendo dolor a pesar de que los huesos han sido recolocados en su posición exacta. Ese dolor residual puede deberse a tejido cicatricial o a daño en el cartílago sufrido en el momento de la lesión. La cicatrización tarda meses, no semanas, y es normal que el pie se sienta rígido y fatigado mientras recupera la fuerza.

En el ámbito deportivo, los datos son alentadores: entre el 93 % y el 94 % de los atletas vuelven a practicar algún tipo de deporte tras el tratamiento, y entre el 74 % y el 88 % recuperan su nivel previo a la lesión. Este rango refleja la realidad: algunos vuelven a su nivel completo, mientras que otros deben adaptar su entrenamiento o competición.

Lo más importante que hay que recordar es esto: si se trata a tiempo y de forma adecuada, la mayoría de las personas vuelven a caminar, trabajar y llevar una vida normal. Si se ignora, la misma lesión puede generar problemas duraderos. Un diagnóstico correcto desde el principio marca una gran diferencia en cómo se sentirá el pie años después.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera de inmediato si no puede apoyar peso en el pie, o si le duele hacerlo, acompañado de hinchazón y sensibilidad en la zona central del pie. Solicite una evaluación por parte de un especialista si el dolor no mejora como lo haría en un esguince simple, o si sigue teniendo dificultades para impulsarse al caminar. Diríjase a urgencias si el pie se hincha mucho, se vuelve tenso y doloroso, ya que este tipo de lesión grave puede elevar la presión interna del pie y requiere evaluación inmediata. Esta lesión es fácil de pasar por alto; a veces ni siquiera se detecta en las radiografías iniciales. Por eso, si el pie no le parece normal, merece la pena insistir en que se le realice una evaluación adecuada.