

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA A NOMBRE DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA RADICADO:2021-00022

JUAN JOSÉ CABRALES PINZÓN <asjubo03@gmail.com>

Vie 16/04/2021 3:57 PM

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: SHIRLEY LIZETH GONZALEZ LOZANO <slgonzalezl@compensarsalud.com>; abogadagilma705@hotmail.com <abogadagilma705@hotmail.com>; notificacionesjudiciales.funjnc@juanncorpas.edu.co <notificacionesjudiciales.funjnc@juanncorpas.edu.co>

 5 archivos adjuntos (3 MB)

CONTESTACIÓN JAIRO ROMERO revisada.pdf; HOJA DE VIDA DR. ROMERO MORA.pdf; ARTICULO ANALISIS DE COMPLICACIONES FRACTURAS.pdf; ARTICULO REVISIÓN DE CONCEPTOS ESGUINCE.pdf; PREVIA JAIRO ROMERO MORA - REVISADA.pdf;

SEÑORES

JUZGADO 5 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

DEMANDANTE: YUDI PAOLA OJEDA VERA

DEMANDADO: JAIRO ALBERTO ROMERO MORA Y OTROS

RADICADO: 2021-00022

ASUNTO: PRESENTO CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y EXCEPCIÓN PREVIA A NOMBRE DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA

JUAN JOSÉ CABRALES PINZÓN, identificado con cedula de ciudadanía 1032451419 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado 284.224 del C.S de la J, en mi calidad de apoderado del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, de conformidad con el poder que fue remitido al Honorable Despacho el día 9 de abril de 2021, me permito presentar escrito de contestación de la demanda junto con sus anexos, así como también escrito de excepción previa

Lo anunciado, se aporta de la siguiente manera:

1. Escrito de contestación de demanda. 18 folios
2. Hoja de Vida del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA. 5 folios
3. Soportes Hoja de vida del DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.39 folios. remitido en enlace de google drive.
4. Artículo científico denominado ANÁLISIS DE LA COMPLICACIONES EN PACIENTES CON FRACTURA - LUXACIÓN DE LISFRANC 7 folios.
5. Artículo científico denominado REVISIÓN DE CONCEPTOS EN: ESGUINCE DE LISFRANC 11 folios.
6. Escrito de excepción previa. 6 folios.

En cumplimiento de lo ordenado por el Decreto 806 de 2020, se copia del presente correo a los apoderados de las partes.

Cordialmente

JUAN JOSÉ CABRALES PINZÓN

APODERADO DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.

CC 1032451419 de Bogotá

TP 284.224 del C.S de la J

[Jairo Romero Papeles.pdf](#)

Señores:
JUZGADO 5 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C
E. S. D.

REFERENCIA	Proceso de Responsabilidad Civil Médica
	Radicación No. 2021-00022
	Demandante: YUDI PAOLA OJEDA VERA
	Demandados: JAIRO ALBERTO ROMERO MORA Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

JUAN JOSE CABRALES PINZÓN, identificado con cedula de ciudadanía 1.032.451.419 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional de abogado 284.224, expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial, del **Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, en su calidad de demandado dentro del presente proceso, de conformidad con el poder a mi conferido, el cual fue remitido vía correo electrónico al Honorable Despacho el día 9 de abril de 2021, por medio del presente escrito y dentro del término legal, me permito dar contestación a la demanda presentada por la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA. Lo anterior en los siguientes términos.

I. RESPUESTA EXPRESA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

Al 1. Teniendo en cuenta que de manera ANTI TECNICA la parte demandante incorpora varios supuestos de hecho en el mismo numeral, para contestar separo.

- **NO ME CONSTA** que la hoy demandante se encontrara en el parque la FLORIDA junto con su familia, teniendo en cuenta que, se trata de un hecho completamente ajeno a mi Mandante. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el curso del proceso.
- **NO ME CONSTAN**, las condiciones de tiempo, modo y lugar en las que se hubiese producido el accidente referido por la parte actora en el hecho que aquí se responde. De igual forma, se desconocen las condiciones en que se le habrían prestado los primeros auxilios y la calidad de profesional de la persona que lo hizo. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el curso del proceso.

Al 2. Teniendo en cuenta que de manera ANTI TECNICA la parte demandante incorpora varios supuestos de hecho en el mismo numeral, para contestar separo.

- **NO ME CONSTA**, toda vez que se trata de un hecho relativo a la atención medica que habría recibido la hoy demandante en la CLINICA JUAN N CORPAS, teniendo en cuenta que mi Mandante no intervino de manera alguna en dicha atención, ya que el Dr. ROMERO MORA atendió a la paciente solo hasta el año 2018.

- **NO ME CONSTA**, cual habría sido el diagnóstico que consideraron los profesionales que atendieron a la paciente el 14 de mayo de 2017, teniendo en cuenta que mi Mandante no intervino de manera alguna en dicha atención médica. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del proceso, en especial a lo consignado en la historia clínica de la paciente.

AI 3. NO ME CONSTA, las condiciones de tiempo modo y lugar en que fue valorada la paciente para el momento indicado en el hecho que aquí se contesta, teniendo en cuenta que mi Mandante no participó de manera alguna en dicha atención.

Sin embargo, según los registros de historia clínica, se tiene que, a la hoy demandante se le ordenó terapia física intensiva, uso de muletas y tobillera de neopreno. De igual forma, en la atención del 14 de junio de 2017, se le ordenó nuevo ciclo de fisioterapia, no permanecer de pie, ni desplazamientos prolongados de pie, evitar escaleras.

AI 4. NO ME CONSTA, toda vez que se trata de un hecho relativo a una atención médica, dentro de la cual mi Mandante no tuvo injerencia y/o participación alguna. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del presente asunto.

AI 5. NO ME CONSTA, toda vez que se trata de un hecho relativo a una atención médica, dentro de la cual mi Mandante no tuvo injerencia y/o participación alguna. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del presente asunto.

Sin embargo, es fundamental señalar que, en los registros de historia clínica se consignaron los hallazgos de la resonancia magnética consistentes en irregularidad articular cuneo metatarsianas del 2° y 3° artejos, con edema de medula ósea y fragmento óseo libre en el 2° post trauma. Solicitó tac de pie derecho con reconstrucción tridimensional y ordenó valoración por cirujano de pie.

AI 6. NO ES CIERTO COMO SE PRESENTA, para ilustrar al Honorable Despacho sobre atención brindada por mi Mandante Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, me permito efectuar el siguiente recuento.

El 27 de agosto de 2018 fue atendida por el Dr. Jairo Alberto Romero Mora, especialista en ortopedia y traumatología, quien registró los hallazgos del tac de pie, consistentes en alteración de la anatomía cuneo metatarsiana del 2° y 3° artejos con fragmentos libres, aumento del espacio intermetatarsiano a nivel del Lisfranc. Radiografía se evidencia traslación dorsal del 2° y 3° metatarsianos con subluxación de Lisfranc.

Indicó reducción abierta de la Lisfranc versus posible artrodesis, **le explicó a la paciente las indicaciones riesgos y posibles complicaciones asociadas al procedimiento**

AI 7. NO ES CIERTO COMO SE PRESENTA, El 19 de enero de 2019, el Dr. Romero, realizó reducción abierta de la articulación de Lisfranc y osteosíntesis con tornillos, tomó radiografías con lo que confirmó la reducción y la ubicación de los tornillos.

El Dr. Romero efectuó control el 23 de enero de 2019, registró que la paciente manifestaba estar asintomática, observó adecuada cicatrización de las heridas. El 25 de febrero de 2019, en nuevo control la paciente manifestaba estar asintomática, en la radiografía mi Represento observó adecuada restitución del Lisfranc con adecuados signos de consolidación.

El 26 de marzo de 2019 en otro control con mi poderdante, la paciente manifestó dolor en la columna interna, el Dr. Romero ordenó continuar fisioterapia e inicio de apoyo en dos semanas y control en un mes con radiografía de pie.

Vale aclarar que, mi Mandante Dr. ROMERO MORA jamás indicó a la paciente motivo alguno por el cual no pudiese seguir atendiendo su caso y fue ella quien voluntariamente no volvió a consulta con mi poderdante.

AI 8. NO ME CONSTA, teniendo en cuenta que se trata de un hecho relativo a una atención médica recibida por la paciente, dentro de la cual mi Mandante no tuvo intervención y/o injerencia alguna. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del presente asunto.

Sin embargo, según los registros de la historia clínica tenemos que, el 03 de mayo de 2019, la paciente fue atendida por el Dr. David Alejandro Borda Sánchez, quien observó en la radiografía de pie aumento del espacio entre la 1° y la 2° cuña. Ordenó tac del pie derecho.

El Dr. Borda la controló el 23 de mayo de 2019, y luego de revisar el tac indicó manejo quirúrgico mediante artrodesis de articulación de Lisfranc del pie derecho, el 16 de agosto de 2019, realizó artrodesis tarso metatarsiana del pie derecho.

AI 9. NO ME CONSTA, teniendo en cuenta que se trata de un hecho relativo a una atención médica recibida por la paciente, dentro de la cual mi Mandante no tuvo intervención y/o injerencia alguna. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del presente asunto.

Sin embargo, tal y como reposa en la historia clínica de la hoy demandante, tenemos que, El Dr. Borda realizó controles post operatorios el 30 de agosto, el 01 de septiembre y el 01 de noviembre de 2019 (último control) en los cuales la paciente manifestó sentirse mucho mejor, en las radiografías observó adecuada artrodesis en adecuada posición.

AI 10. NO ME CONSTA, teniendo en cuenta que no se trata de un hecho en estricto sentido, sino de una serie de afirmaciones respecto de la vida laboral de la hoy demandante, así como también de las solicitudes elevadas ante su EPS, aspectos que son completamente ajenos a mi Mandante. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del presente asunto.

Sin embargo, es menester indicar al Honorable Despacho que, La fractura-luxación de Lisfranc ha sido catalogada históricamente como una lesión grave del pie, que deja importantes secuelas en la función y la marcha. Es claro que, cuando la paciente llegó a la consulta de mi Mandante había transcurrido **MÁS DE UN AÑO DE LA FRACTURA Y HABÍA SIDO SOMETIDO A DIVERSAS ATENCIONES Y**

PROCEDIMIENTOS, TAL Y COMO LA PROPIA DEMANDANTE LO MANIFIESTA EN SU DEMANDA.

AI 11. NO ME CONSTA, NO ME CONSTA, teniendo en cuenta que no se trata de un hecho en estricto sentido, sino de una serie de afirmaciones respecto de la vida laboral de la hoy demandante, aspecto que es completamente ajeno a mi Mandante. En consecuencia, me atengo a lo que se pruebe en el marco del presente asunto.

Sin embargo, es menester indicar al Honorable Despacho que, La fractura-luxación de Lisfranc ha sido catalogada históricamente como una lesión grave del pie, que deja importantes secuelas en la función y la marcha. Es claro que, cuando la paciente llegó a la consulta de mi Mandante había transcurrido **MÁS DE UN AÑO DE LA FRACTURA Y HABÍA SIDO SOMETIDO A DIVERSAS ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS, TAL Y COMO LA PROPIA DEMANDANTE LO MANIFIESTA EN SU DEMANDA.**

II. OPOSICIÓN EXPRESA DE LAS PRETENSIONES.

Desde ya me **OPONGO** a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones tanto declarativas como de condena, teniendo en cuenta que el presente caso NO existe responsabilidad civil, patrimonial, extracontractual alguna en cabeza del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, como se demostrara en el curso del presente asunto.

DECLARATIVAS

PRIMERA: ME OPONGO de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRA CONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. JAIRO ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configure la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante, los demandantes, ni con la Clínica JUAN N CORPAS, entidad a quien va dirigida expresamente la presente pretensión.

SEGUNDA: ME OPONGO de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRA CONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configure la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante y los demandantes, máxime cuando tenemos que, en la presente solicitud se alega la mala praxis de una persona completamente distinta de mi Mandante.

De igual forma, es claro que, la pretensión va encaminada a buscar la declaratoria de responsabilidad de una persona jurídica completamente distinta de mi Mandante como lo es la EPS COMPENSAR.

TERCERA: ME OPONGO de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRACONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. JAIRO ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

Es menester indicar que, en el presente caso **NO EXISTIÓ** error alguno en las atenciones y/o procedimiento realizado por el Dr. JAIRO ROMERO MORA, en la atención de la paciente YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configuré la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante y los demandantes.

De igual forma, es claro que, la pretensión va encaminada a buscar la declaratoria de responsabilidad de una persona jurídica completamente distinta de mi Mandante como lo es la EPS COMPENSAR.

CUARTA: DE CONDENA ME OPONGO de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRACONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. JAIRO ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configuré la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante y los demandantes.

1. **PERJUICIOS MORALES. ME OPONGO** de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRACONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. JAIRO ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención del Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configuré la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante y los demandantes.

2. **PERJUICIOS PATRIMONIALES DAÑO EMERGENTE. ME OPONGO** de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRACONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. JAIRO ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configure la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante y los demandantes.

En consecuencia, no existe obligación indemnizatoria en cabeza de mi Mandante, mucho menos del reconocimiento de un daño emergente inexistente.

3. **PERJUICIOS POR DAÑO A LA SALUD. ME OPONGO** de manera expresa a la prosperidad de la pretensión solicitada, toda vez que en cabeza de mi Mandante **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CIVIL, PATRIMONIAL, EXTRACONTRACTUAL**, teniendo en cuenta que el Dr. JAIRO ROMERO MORA actuó en cumplimiento de la *lex artis* en la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA.

De igual forma, es claro que en el presente asunto no se cumplen los requisitos legales para que se configure la solidaridad.

Aunado a lo anterior, no existe vínculo contractual alguno entre mi Mandante y los demandantes.

En consecuencia, no existe obligación indemnizatoria en cabeza de mi Mandante.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO.

PRIMERA: AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA – PLENO CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS Y ADECUADAS PRACTICAS MEDICAS POR PARTE DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.

Es menester desde ya indicar al Despacho que en el presente litigio **NO EXISTE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL, NI EXTRACONTRACTUAL** alguna en cabeza del **DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, como injustificadamente lo pretenden hacer ver los demandantes con la presente acción. Lo anterior teniendo en cuenta que, como se expondrá a continuación y como se acreditara en el curso del presente proceso, el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA cumplió a cabalidad con la *lex artis* a él exigible en el ejercicio de su especialidad.

El concepto *Lex artis*, hace referencia a todos aquellos parámetros y criterios médicos – técnicos y científicos, existentes en el campo de la medicina, los cuales deben ser aplicados por el médico al momento de entablar la relación médico – paciente, pues en virtud de estos, el profesional de la salud deberá abordar cada uno de los casos, dependiendo de las necesidades y particularidades, para así implementar todos sus conocimientos y habilidades, con el fin de procurar una mejoría y/o conservación de salud de sus pacientes.

En el mismo sentido, es pertinente afirmar que si un médico se ciñe a la *lex artis*, está ejerciendo el ejercicio de su profesión de una manera adecuada y optima, esto es en cumplimiento de todos y cada uno de los criterios, parámetros, guías de referencias nacionales e internacionales y todas las demás herramientas necesarias para ejercer la medicina, situación que claramente se enmarca dentro del presente caso, pues como se demostrara en el curso del presente proceso, la **ÚNICA actuación** de mi Mandante estuvo **completamente delimitadas por la LEX ARTIS**, máxime cuando tenemos que, inclusive la parte actora, en ninguno de los apartes de su demanda formuló reproche alguno en contra del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.

Aterrizando lo anterior al presente caso, encontramos que **EXISTIÓ un pleno cumplimiento de la LEX ARTIS en cabeza del Dr. ROMERO MORA, y por ende del proceder DILIGENTE, ADECUADO, IDONEO y PERITO de mi Mandante al ejercer su profesión.**

SEGUNDA: IDONEIDAD DE DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA – PROFESIONAL PERITO E IDONEO

En primera medida, consideramos fundamental acreditar la idoneidad profesional del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, motivo por el cual a continuación nos permitimos hacer un recuento de la formación académica y experiencia profesional de mi Mandante, la cual se encuentra ampliamente desarrollada en su hoja de vida, documento que igualmente se adjunta con la presente contestación.

Sin embargo, de manera preliminar exponemos lo siguiente:

FORMACIÓN ACADEMICA:

- **PROFESIONAL:** Escuela Colombiana de Medicina
Médico. 1988
- **ESPECIALISTA:** Especialista en Ortopedia y traumatología
Universidad del Bosque 1999.
- **SUBESPECIALIDAD:** Cirugía de Pie y Tobillo.
Fundación Santa Fe de Bogotá. 2000

Cirugía Artroscópica
Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica. 2001.

Así mismo, el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA ha participado en numerosos congresos de actualización en su especialidad, ello con el fin de estar constantemente en formación para ejercer su ejercicio profesional de manera adecuada y brindar a sus pacientes una atención basada en las buenas prácticas médicas, aspecto que lo ha caracterizado en toda su trayectoria profesional.

Ahora bien, no cabe duda alguna que el Dr. ROMERO MORA, lleva **más de VEINTE AÑOS** ejerciendo su especialidad, lo cual acredita una vez más su idoneidad, toda vez que en el tiempo de servicio ha atendido a un número incuantificable de pacientes, así como también ha realizado diversos procedimientos quirúrgicos. Las anteriores atenciones e intervenciones siempre en cumplimiento de la *lex artis* a él exigible en el ejercicio de su profesión.

Corolario de lo anterior, es claro que el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, es un profesional **IDONEO, PERITO y DILIGENTE**, el cual cuenta con toda la experiencia necesaria para realizar el tipo de procedimiento que se le practico a la paciente ROMERO MORA, y que el mismo fue realizado en cumplimiento de la *lex artis* y las buenas prácticas médicas.

TERCERA: INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE LA ATENCIÓN ADECUADA A LA PACIENTE POR PARTE DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA Y LA EXISTENCIA DE LOS SUPUESTOS DAÑOS.

El nexo de causalidad como elemento de la responsabilidad civil, hace referencia al vínculo que debe existir entre el presunto daño causado y el hecho generador del daño culposo, situación que compete demostrar exclusivamente a la parte demandante, pues de no hacerlo, no habría lugar a declaratoria de responsabilidad alguna en cabeza del demandando, tal y como sucede en el presente caso.

Como se demostrará en el curso del presente proceso, es claro que el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA **NO CAUSÓ DAÑO ALGUNO**, pues como se ha venido explicando a lo largo del presente escrito mi Mandante cumplió con todas y cada una de las obligaciones de medio que a él le asistían de manera **DILIGENTE, PRUDENTE y PERITA**, no existe entonces nexo de causalidad alguno entre los presuntos daños alegados por los demandantes y la conducta empleada por mi Mandante, rompiéndose entonces este elemento esencial de la responsabilidad civil.

Es fundamental indicar que, tal y como se señaló líneas arriba mi Mandante conoció a la paciente el día 27 de agosto de 2018, es decir **MÁS DE UN AÑO DESPUES DE LA OCURRENCIA DE LA FRACTURA, ASÍ COMO DE DISTINTAS VALORACIONES Y ACTUACIONES POR OTROS ESPECIALISTAS**. En dicha atención médica, mi Mandante realizó lo siguiente:

1. Observó en tac de pie alteración de la anatomía cuneo metatarsiana del 2° y 3° artejo con fragmentos libres, aumento del espacio intermetatarsiano a nivel del Lisfranc y radiografía con subluxación de Lisfranc, indicó reducción abierta de la Lisfranc versus posible artrodesis.

2. Le explicó a la paciente las indicaciones riesgos y posibles complicaciones asociadas al procedimiento, las cuales fueron completamente asumidas por la paciente, tal y como se evidencia en el documento de consentimiento informado que obra en la Historia Clínica que se encuentra en custodia de la EPS COMPENSAR.

Posteriormente mi Mandante, el 19 de enero de 2019, el Dr. Romero, realizó procedimiento quirúrgico consistente en reducción abierta de la articulación de Lisfranc y osteosíntesis con tres tornillos, tomó radiografías con las que confirmó la reducción y la ubicación de los tornillos, inmovilizó con vendaje bultoso no se registraron complicaciones.

En cumplimiento de las obligaciones de medio que a mi Mandante le asisten, posterior a su procedimiento quirúrgico, valoró a la paciente de manera adecuada en el posoperatorio, pues veamos:

- El Dr. Romero efectuó control el 23 de enero de 2019, registró que la paciente manifestaba estar asintomática, observó adecuada cicatrización de las heridas, indicó movilidad pasiva del pie y el tobillo.
- El 25 de febrero de 2019, en nuevo control la paciente manifestaba estar asintomática, el Dr. Romero en la radiografía observó adecuada restitución del Lisfranc con adecuados signos de consolidación.
- El 26 de marzo de 2019 en otro control la paciente manifestó dolor en la columna interna, el Dr. Romero ordenó continuar fisioterapia e iniciar apoyo en dos semanas y control en un mes con radiografía de pie.

No obstante a lo anterior, la paciente **NO VOLVIÓ A CONTROL CON EL DR. ROMERO MORA**, pese haberla citado. Es claro que, la paciente tal y como se evidencia en la historia clínica, decidió solicitar cita de control con otro especialista, distinto al Dr. ROMERO MORA y quien tuvo la oportunidad de revisar las nuevas imágenes de la paciente.

Es fundamental señalar al Honorable Despacho que, es claro que el actuar de mi Mandante en todo momento fue adecuado, prudente y perito, pues:

- a) Valoró a la paciente **MÁS DE UN AÑO DESPUES DE HABERSE PRODUCIDO LA FRACTURA.**
- b) Le explicó a la paciente lo relacionado a su diagnóstico, indicación de procedimiento quirúrgico, **RIESGOS Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS.**
- c) La señora YUDI PAOLA OJEDA VERA firmó consentimiento informado, donde estaba dentro de los riesgos el DOLOR, INFECCIÓN DEHISCENCIA DE LA HERIDA, LESIÓN NEUROVASCULAR, AMPUTACIÓN, TVP, TEP, Y MUERTE, **los cuales fueron asumidos por la paciente.**
- d) Realizó procedimiento quirúrgico adecuado e indicado para tratar una fractura con más de un año de evolución y control posoperatorio adecuado, hasta que la paciente abandonó las valoraciones por parte de mi Mandante.

Ahora bien, es importante señalar que, la fractura-luxación de Lisfranc ha sido catalogada históricamente como una lesión grave del pie, que deja importantes secuelas en la función y la marcha.

Es importante volver a ser enfáticos en indicar que, el Dr. JAIRO ROMERO MORA, tan solo conoció el caso de la paciente **MÁS DE UN AÑO DESPUES DE HABERSE PRESENTADO LA FRACTURA, CUANDO YA HABÍA SIDO SOMETIDA A DIFERENTES TRATAMIENTOS MEDICOS**, motivo por el cual, no cabe duda alguna que mi Mandante estaba tratando las secuelas de la fractura que tenía la paciente y claramente al momento de explicarle su estado de salud, le manifestó y quedo consignado en el consentimiento informado que uno de los riesgos del procedimiento podría ser el dolor.

Corolario de lo anterior, en el presente caso estamos ante la ausencia del nexo de causalidad, motivo por el cual al Despacho solicito desde ya **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda.

CUARTA: AUSENCIA DE CULPA EN CABEZA DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA. – OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS.

En armonía con la argumentación expuesta en la excepción inmediatamente anterior, resulta claro que en el presente caso el elemento culpa **BRILLA POR SU AUSENCIA**, toda vez que como se demostrara a lo largo del presente asunto el actuar de mi Mandante siempre se sujetó a la *Lex artis* y buenas prácticas médicas, motivo por el cual no se violaron de manera alguna los conceptos de **diligencia, prudencia y pericia que deben estar presente siempre en el buen profesional.**

La culpa, como uno de los elementos esenciales que deben estar presentes en la ecuación para determinar si existe o no responsabilidad, hace referencia a aquel factor de conducta, el cual resulta ser totalmente subjetivo, teniendo en cuenta que la conducta desplegada por el agente debe ser comparada con la de un individuo prudente o en términos netamente jurídicos con un buen padre de familia (en este caso un buen medico), la cual se encuentra enmarcada en términos de diligencia y prudencia, motivo por el cual si se violaron dichos preceptos se puede hablar de culpa, pues por haber actuado con impericia o negligencia se causan daños a personas que no debían soportarlos.

En el mismo sentido y en tratándose el presente caso de obligaciones del médico, es decir de medios más no de resultados, vale la pena destacar los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, en donde retiradamente se ha venido indicado que:

*“5.7. Es claro, entonces, que por regla de principio, los médicos se obligan a realizar su actividad con la diligencia debida, esto es, a poner todos sus conocimientos, habilidades y destrezas profesionales, así como todo su empeño, en el propósito de obtener la curación del paciente o, en un sentido más amplio, a que éste consiga en relación con su salud o con su cuerpo el cometido que persigue o anhela, **sin que, por lo tanto, se reitera, como regla general, queden vinculados al logro efectivo del denominado “interés primario” del acreedor –para el caso, la recuperación de la salud o su curación-, pues su deber de prestación se circunscribe, particularmente, a la realización de la***

actividad o comportamiento debido, con la diligencia exigible a este tipo de profesionales¹ (Negrilla y subrayada fuera de texto)

Así las cosas, no cabe duda alguna que en el presente caso todas y cada una de las atenciones fueron realizadas con la diligencia exigida a un profesional de la Medicina, como lo es el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, quien lleva más de **QUINCE AÑOS** ejerciendo su profesión cumpliendo cabalmente la *lex artis* y adecuadas prácticas médicas.

En el mismo sentido, es menester resaltar al Despacho que teniendo en cuenta el tipo de responsabilidad que estamos tratando la carga de la prueba se encuentra en cabeza de los demandante, toda vez que es quien alega el daño el que debe probar, que el mismo tuvo su origen en el actuar negligente o imprudente de su deudor, situación que en el presente caso no se configura, teniendo en cuenta que, en primera medida **NO EXISTE CONDUCTA CULPOSA ALGUNA IMPUTABLE AL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, y que por otro lado la parte actora **NO acredita de manera alguna los daños que presuntamente le habían sido causados.**

A continuación, nos permitimos exponer las razones por las cuales el Despacho encontrara que en el presente caso el elemento culpa **BRILLA POR SU AUSENCIA**, las cuales se acreditaran y probaran en debida forma en el marco del presente proceso:

- **IDONEIDAD DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA:** Como se puso de presente líneas arriba el ROMERO MORA, es Medico, especialista en Ortopedia y Traumatología, Subespecialista en Cirugía de Píe y Tobillo, Subespecialista en Cirugía Artroscopica, quien cuenta con más de **VEINTE AÑOS** en el ejercicio de su profesión, encontrándose totalmente acreditada la idoneidad.
- Es fundamental reiterar al Honorable Despacho que para el momento en que el Dr. ROMERO MORA atendió a la paciente **MÁS DE UN AÑO DESPUES DE HABERSE PRESENTADO LA FRACTURA, ASI COMO UNA SERIE DE TRATAMIENTOS Y VALORACIONES REALIZADAS POR ESPECIALISTAS DISTINTOS A EL.**
- Mi Mandante explicó de manera clara y adecuada a la paciente su condición de salud, tal y como se encuentra descrito en la historia clínica.
- El Dr. ROMERO MORA, explicó de manera clara y expresa los riesgos y complicaciones propios del procedimiento que realizó en el mes de enero de 2019, suscribiéndose el respectivo consentimiento informado.
- Es claro que el Dr. ROMERO MORA, de manera adecuada y oportuna valoró a la paciente en tres oportunidades posteriores a la cirugía, en su posoperatorio, ordenándole fisioterapia, las recomendaciones necesarias para una evolución favorable, imágenes de control.

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, MP Dr. Arturo Solarte,

- La paciente de manera **VOLUNTARIA** no volvió a consulta con el Dr. ROMERO MORA.

Ahora bien, respecto de las obligaciones de medio que rigen la actividad médica debemos señalar el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, de Talento Humano en Salud, el cual a continuación se transcribe parcialmente:

*ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una **obligación de medio**, basada en la competencia profesional. (Negrillas fuera de texto)*

De los anteriores supuestos facticos, es posible entonces concluir entonces que en el presente caso la actuación del JAIRO ROMERO MORA, cumplió con todas y cada una de las obligaciones de **medios** que a él le asistían, toda vez que mi Mandante, fue completamente **DILIGENTE, PERITO y PRUDENTE**.

QUINTA: PLENO CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN EN EL PRESENTE CASO – EXISTENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En el presente caso, resulta claro que **EXISTIÓ** un adecuado proceso de información derivado de la relación médico – paciente, toda vez que como ya ha venido señalando, el Dr. JORGE ALBERTO ROMERO MORA, desde la primera valoración a la paciente, de manera clara le explicó que su condición, era de una evolución de una fractura de un año, los tratamientos, los riesgos y complicaciones.

Es claro que en la historia clínica completa que, se encuentra en custodia de COMPENSAR EPS, tenemos que en efecto la paciente suscribió documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO, el cual es la protocolización del proceso global de información. En dicho consentimiento mi Mandante Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, le explicó a la paciente, cuáles podrían ser los riesgos y complicaciones propias de la cirugía, donde se consignaron entre otros los siguientes: **DOLOR**, **INFECCIÓN**, **DEHISCENCIA DE LA HERIDA**, **LESIÓN NEUROVASCULAR**, **AMPUTACIÓN**, **TVP**, **TEP**, Y **MUERTE**.

Es fundamental volver a recordar que, mi Mandante en enero de 2019, no estaba realizando un procedimiento quirúrgico para tratar una fractura, sino las secuelas de la misma, pues había transcurrido **MÁS DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA FRACTURA**.

Ahora bien, es claro que dentro de la historia clínica del paciente encontramos firmados los documentos de consentimiento informado, motivo por el cual no cabe duda alguna de que la paciente conocía todos y cada uno de los riesgos y complicaciones que podrían materializarse **NO COMO CONSECUENCIA DE UNA MALA PRACTICA MEDICA**, como de manera desacertada lo pretende hacer ver la parte actora, sino, por ser **INHERENTE AL PROCEDIMIENTO Y A LA CONDICIÓN Y ESTADO DE LA FRACTURA**.

Con lo anterior, resulta totalmente claro que en el presente caso existen diversas pruebas del adecuado proceso de información que se dio a lo largo del tratamiento del paciente y que desde las tratativas preliminares el paciente conocía que no se garantizaba un resultado en específico.

SEXTA: TASACIÓN EXCESIVA DE LOS PRESUNTOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS

En el presente caso, es claro que la tasación de los presuntos daños y/o perjuicios reclamados por los demandantes, resulta totalmente excesiva y absurda, esto teniendo en cuenta que por un lado no existe relación alguna entre el presunto daño padecido o futuro y la reparación pretendida, y por otro que la misma no se ciñe a los parámetros legales y jurisprudenciales que integran nuestro sistema jurídico.

Como se ha venido manifestando a lo largo del presente escrito, tenemos que la parte actora de manera contraria a los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia, establecen una serie de daños y perjuicios morales y vida de relación, los cuales en primera medida se debe manifestar que no se acreditan de manera siquiera sumaria, pues brillan por su ausencia las pruebas de la efectiva configuración de los perjuicios solicitados.

De igual forma, tenemos que, el apoderado de la parte actora, solicitó perjuicio material por concepto de lucro cesante consolidado y futuro, limitándose a establecer un cálculo aritmético, sin señalar el origen del mismo, no existe en el expediente soporte alguno de contrato, facturas, entre otros.

Así las cosas, y tal como es posible apreciar, los topes de indemnización señalados en la jurisprudencia resultan ser inferiores a los solicitados en la demanda, circunstancia que de manera inequívoca nos permite concluir, que dichas peticiones además de ser inviables son totalmente excesivas.

- A. En el caso concreto la demandante solicita la suma de \$ 90.852.600 por concepto de perjuicios morales, sin embargo, es claro que no existe relación alguna entre la actuación de mi Mandante y la producción del supuesto daño indemnizable y por otro lado tenemos que los demandantes no acreditan el daño con pruebas.

Aunado a lo anterior, tenemos que, la propia parte actora, afirma que la hoy demandante se encuentra laborando normalmente y no soportan con argumento alguno, cual sería ese dolor interno que acongoja a la paciente, pues únicamente se limitan a establecer una suma de dinero.

- B. En el caso concreto la demandante solicita la suma de \$ 6.405.857 por concepto de daño emergente, sin embargo, es claro que no existe relación alguna entre la actuación de mi Mandante y la producción del supuesto daño indemnizable y por otro lado tenemos que los rubros solicitados como COPAGOS, APARENTE TRANSPORTE DE DESPLAZAMIENTO A LA UNIVERSIDAD, DESCUENTOS, entre otros, es claro que los mismos no se generaron con la actuación del Dr. ROMERO MORA.

- C. En el caso concreto la demandante solicita la suma de \$ 45.426.300 por concepto de daño a la salud, el cual no ha sido reconocido por la Corte Suprema de Justicia, así mismo es claro que, no existe relación alguna entre la actuación de mi Mandante y la producción del supuesto daño indemnizable y por otro lado tenemos que los demandantes no acreditan el daño con pruebas.

Aunado a lo anterior, tenemos que, la propia parte actora, afirma que la hoy demandante se encuentra laborando normalmente y no soportan con argumento alguno, cual sería ese dolor interno que acongoja a la paciente, pues únicamente se limitan a establecer una suma de dinero

En ese orden de ideas y conforme lo manifestado a lo largo de la presente excepción, solicito de la manera más atenta y respetuosa a su Honorable Despacho se sirva **DENEGAR** las pretensiones de condena de la demanda, y/o en su defecto se ajuste lo correspondiente a los daños y/o perjuicios efectivamente padecidos por la parte demandante toda vez que en el caso objeto de estudio en la demanda se tasan de manera excesiva los daños y/o perjuicios que se reclaman.

SEPTIMA: GENERICA O INNOMINADA.

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso (antes 306 del Código de Procedimiento Civil), solicito a su Honorable Despacho se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso, incluyendo las de prescripción, compensación y nulidad relativa.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo consagro en el en el artículo 206 del Código General del Proceso, manifiesto expresamente que **ME OPONGO** a la estimación de los perjuicios patrimoniales efectuada por la parte demandante, toda vez que las mismas resultan totalmente ajenas a la realidad de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA y que en todo caso las mismas resultan totalmente arbitrarias y exageradas:

El artículo 206 del C. de G.P., establece que: “Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente”.

1. En primera medida, es necesario una vez más manifestar al Despacho que en el presente caso la parte demandante no acredita de manera alguna los daños y/o perjuicios que presuntamente habrían sufrido y por los cuales deban percibir algún tipo de reparación.
2. En segundo lugar, es importante poner de presente al Despacho que las pruebas aportadas y solicitadas, no cuentan con la idoneidad para acreditar la existencia de los presuntos daños, por el contrario, como se acreditará en el curso del proceso la parte demandante de manera desacertada pretende hacer incurrir en error al Despacho.

3. Tal y como se manifestó en la excepción denominada “**TASACIÓN EXCESIVA DE LOS PRESUNTOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS**”, El fundamento de la presente objeción es el siguiente.
4. De igual forma, tenemos que la parte demandante de manera injustificada se aparta de los antecedentes jurisprudenciales para el reconocimiento de perjuicios en casos como el que nos ocupa.
5. Por otro lado, tenemos que, la parte actora se limitó a establecer un cálculo aritmético para establecer un supuesto daño emergente el cual **NO TIENE SOPORTE PROBATORIO ALGUNO**, pues no aportan pruebas de los supuestos transportes, copagos, fisioterapias y demás rubros que señalan.
6. De manera desatinada vemos como en la subsanación de la demanda, vemos que la apoderada de la parte actora realiza la siguiente afirmación:

CUARTA CAUSAL: con fundamento en el artículo 206 del C.G.P. presento en debida forma el **JURAMENTO ESTIMATORIO**:

Estimo la indemnización de los daños y perjuicios, discriminados en los siguientes conceptos.

DAÑO EMERGENTE: conforme a los gastos en los cuales ha tenido que incurrir mi poderdante durante el año de incapacidad por la suma de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$6.405. 857.00)**

LUCRO CESANTE: conforme a los descuentos de nómina dejados de recibir durante 12 meses por la suma de **UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$1.936. 257.00).**

No obstante, a lo anterior, es claro que, en primera medida, en ningún momento se solicitó como pretensión un supuesto lucro cesante, pues solamente la parte actora solicita: 1. Daño Moral. 2. Daño emergente y 3. Daño a la Salud. En consecuencia, es claro que la parte demandante de manera desafortunada ahora pretende en la subsanación buscar un provecho económico por la suma de (\$1.936.257).

Así mismo, cabe resaltar que en el caso de que la cantidad estimada por el demandante en el juramento estimatorio excediere el 50% de la que resulte en su regulación, deberá ser condenado aquel a pagar a los demandados una suma equivalente al 10% de la diferencia, tal y como lo señala el art. 206 del Código General del Proceso.

Por lo anterior, solicito respetuosamente desde este momento al Despacho, que en caso de encontrar probados los supuestos del artículo 206 del CGP al que se hizo referencia, aplique la sanción allí consagrada.

V. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS MEDIOS DE PRUEBA RELACIONADOS POR LA PARTE DEMANDANTE

La parte demandante en su escrito de demanda solicita las siguientes pruebas, sobre las cuales de manera expresa me permito efectuar los siguientes pronunciamientos.

La parte demandante en su escrito de demanda solicita las siguientes pruebas, sobre las cuales de manera expresa me permito efectuar los siguientes pronunciamientos.

(A) DOCUMENTALES.

Con relación a las denominadas “documentales” es menester tener presente que las mismas deben reunir los requisitos establecidos en los artículos 243 y siguientes del Código General del Proceso para efectos de que se puedan tener con el respectivo valor probatorio y como documentos los destacados por la parte actora. Por lo mencionado me atengo a lo que resulte establecido dentro del plenario y de los documentos que efectivamente cumplan con todos los requisitos correspondientes.

(B) INTERROGATORIO DE PARTE.

No nos oponemos.

(C) A PRUEBA POR INFORME.

Es claro que, la solicitud de prueba por informe no recae sobre mi representado, pues es claro que, enfáticamente se dice que a las entidades demandadas. En consecuencia, nos atenemos a lo que considere el Honorable Despacho.

(D) A LA PRUEBA PERICIAL.

NOS OPONEMOS, teniendo en cuenta que, la parte actora cuenta con un término de prescripción de **DIEZ AÑOS**, para poder hacer valer sus derechos por la vía judicial en los casos como el que nos ocupa, motivo por el cual es claro que, cuentan con un término más que suficiente para poder desplegar una actividad diligente con la consecución de las pruebas que consideren pertinentes para probar los supuestos de hecho presentados en la demanda.

Por lo anterior, no cabe duda alguna que, no es el Honorable Despacho quien deba entrar a subsanar la nula actividad de la parte actora para contar con un dictamen pericial.

(E) Testimoniales

Es claro que, la parte actora únicamente se limita a señalar nombre de dos personas, sin embargo, no establece el objeto de la prueba, que es lo que desea soportar con los dichos de los sujetos citados. En consecuencia, **NOS OPONEMOS**.

VI. PRUEBAS APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA DEFENSA DEL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA

A) DOCUMENTALES.

Solicito se tengan como pruebas las siguientes:

1. Hoja de Vida del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA. 5 folios
2. Soportes Hoja de Vida del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA. 38 folios.
3. Artículo científico denominado Revisión de Conceptos en: ESGUINCE DE LIFRANC. 11 FOLIOS.
4. Artículo científico denominado Análisis de las complicaciones en pacientes con fractura – luxación de Lisfranc. 7 folios

5. Historia Clínica completa de la paciente YUDI PAOLA OJEDA VERA, que se encuentra en custodia de COMPENSAR EPS y que debe ser aportada en su totalidad por la codemandada.

B) DECLARACIÓN DE TERCERO – CONCEPTO EXPERTO.

De acuerdo con la ponencia de la H. Corte Suprema de Justicia, sala civil, bajo ponencia del Dr. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ, SC9193-2017, Radicación nº 11001-31-03-039-2011-00108-01, me permito solicitar respetuosamente al despacho comparecer a rendir declaración en su calidad de expertos a los siguientes especialistas en ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

- Dr. CARLOS ROBERTO CORTES PARAMO, médico especialista en ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá y quien podrá recibir citación electrónica en el e-mail carlos.roberto@yahoo.com.ar o podrá ser citado por conducto de mi Mandate.

Lo anterior para que, en su calidad de médico, especialista en Ortopedia pueda declarar como concepto de experto técnico pueda declarar sobre si la atención brindada por el Doctor JAIRO ALBERTO ROMERO MORA estuvo ajustada a la lex artis.

- Dr. EDGAR AUGUSTO HERNANDEZ PERDOMO, médico especialista en ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá y quien podrá recibir citación electrónica en el e-mail edgarhernandez72@yahoo.com o podrá ser citado por conducto de mi Mandate.

Lo anterior para que, en su calidad de médico, especialista en Ortopedia pueda declarar como concepto de experto técnico pueda declarar sobre si la atención brindada por el Doctor JAIRO ALBERTO ROMERO MORA estuvo ajustada a la lex artis.

C) TESTIMONIALES.

Con el respeto acostumbrado solicito al Honorable Despacho, se sirva fijar fecha y hora de audiencia con el fin de escuchar la declaración de las siguientes personas:

1. **DR. DAVID ALEJANDRO BORDA SANCHEZ**, quien valoró a la hoy demandante en los meses de septiembre y noviembre de 2020, con el fin de que pueda manifestar el estado de salud del paciente, sus atenciones, valoraciones y todo lo que le conste de la atención a la paciente.

El Dr. BORDA SANCHEZ, podrá recibir notificaciones electrónicas en el e-mail: davidborda@gmail.com

D) DICTAMEN PERICIAL.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 226 y siguientes del C.G.P., y debido a la insuficiencia del termino para aportar una prueba de contenido técnico-científico como lo es el dictamen pericial en **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**, me permito anunciar que aportare el mismo, dentro del término que su Despacho conceda para

tal efecto, el cual en ningún caso podrá ser inferior a 10 días, según lo consagrado en el artículo 227 del CGP.

E) DECLARACIÓN DE PARTE.

- Mi Mandante, Dr JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, quien es demandado dentro del presente proceso, y está domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C.; su declaración de parte a efectos que refiera sobre lo que le consta al interior de lo sucedido en la atención de YUDI PAOLA OJEDA VERA y aspectos técnicos – científicos del caso.

F) INTERROGATORIO DE PARTE.

- Comedidamente solicito al Honorable Despacho fijar fecha y hora de audiencia, con el fin de practicar interrogatorio de parte a la **totalidad** de la parte demandante, para que en dicha diligencia respondan las preguntas que de manera personal realizare sobre los hechos base de la presente demanda, contestación de demanda y en general todo lo que les conste de la atención de la Sra. YUDI PAOLA OJEDA VERA..

VII. PETICIÓN ESPECIAL.

1. Se absuelva al Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, de cada una de las pretensiones de la demanda, por no existir responsabilidad alguna en los hechos objeto de la misma.
2. Se declare al Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, exento de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dado que no existió ninguna conducta de mi representado de la cual se desprenda la causa generadora de los supuestos perjuicios alegados por la demandante.
3. Se condene en costas y agencias en derecho a la demandante.

VIII. ANEXOS:

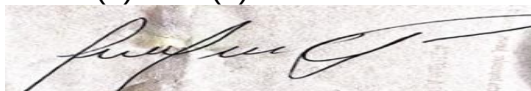
- A) Los relacionados en el acápite de pruebas.
- B) Poder para actuar conferido por el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, el cual obra en el expediente

IX. NOTIFICACIONES.

El suscrito apoderado judicial JUAN JOSE CABRALES PINZÓN, y el Dr JAIRO ALBERTO ROMERO MORA recibiremos notificaciones en la Secretaría del Despacho, o en la Carrera 19 # 114-65 oficina 502 en la ciudad de Bogotá D.C.

Dirección de notificación electrónica: asjubo03@gmail.com

Del Sr(a) Juez(a)



JUAN JOSE CABRALES PINZON
C.C. No. 1.032.451.419 De Bogotá
T.P. No. 284.224 del C.S. de la J

HOJA DE VIDA



NOMBRE: JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.

PROFESION: MEDICO CIRUJANO

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

SUBESPECIALIDAD: CIRUGIA ARTROSCOPICA RODILLA, PIE Y TOBILLO.

DIRECCION: Calle 97 # 23-37 Consultorio 603.

TEL: 4327496 – 3134259466. **CEL:** 3107742809.

CC # 79383538 de BOGOTA.

RM # 13393 de BOGOTA

CORREO ELECTRONICO: [jaromero6621@yahoo.com.co/](mailto:jaromero6621@yahoo.com.co)
jaromero6621@gmail.com.

FORMACION PROFESIONAL.

- Medico Cirujano. Escuela Colombiana de Medicina. Diciembre de 1988.
- XVI Congreso Latinoamericano de Ortopedia y Traumatología. XL Congreso Colombiano de Ortopedia y Traumatología. Cartagena, 7 al 11 de octubre de 1995.
- 41 Congreso Nacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Bogota, 9 al 13 de Octubre de 1996.
- Curso Bianual de Ciencias Básicas del Sistema Músculo-Esquelético. Bogota, 26 al 30 de Mayo de 1997.
- Ortopedista Traumatólogo. Universidad El Bosque. Julio 30 de 1999.
- Jornada de Actualización en Técnicas AO. Girardot, 20 al 22 de Agosto de 1999.
- 11 Curso AO. Principios del Tratamiento Quirúrgico de las Fracturas. Melgar, 19 al 22 de julio de 2000.
- Subespecialista en Cirugía de Pie y Tobillo. Fundación Santa Fe de Bogota. Agosto de 2000.
- Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Miembro Adscrito. Cartagena, 27 de Mayo de 2001.

- Subespecialista en Cirugía Artroscópica. Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica. Diciembre de 2001.
- Curso de Cirugía Artroscópica de Hombro y Rodilla sobre Cadáver. Cartagena, 6 al 8 de diciembre de 2001.
- 47 Congreso Nacional. SCCOT. Cartagena, 1 al 4 de Mayo de 2002.
- Arthrex Course. Naples, Florida. USA. Julio 16 a 17 de 2002.
- Curso AO Tobillo y Pie. Lima, Perú. Octubre 17 al 19 de 2002.
- Seminario AO. Cirugía Mínimamente Invasiva. Melgar, Colombia. 16 al 19 de Julio del 2003.
- Simposio de Fijación Externa y Reconstrucción de Miembros. San Juan, Puerto Rico. Agosto 27 al 29 de 2003.
- Seminario – Taller de Trauma. Bogota, octubre 6 de 2003.
- 49 Congreso Nacional SCCOT. Cartagena, 28 de Abril al 1 de Mayo de 2004.
- Simposio “Fijadores Internos”. Bogota, octubre 4 de 2004.
- Expositor en VI Simposio Instrumentación Quirúrgica: Reemplazos Articulares de Tobillo. Bogota, 18 de noviembre de 2005.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons 72nd Annual Meeting. Washington, DC. USA. Febrero 23 al 27 de 2005.
- 51 Congreso Nacional SCCOT. Cartagena, Abril 27 al 30 de 2006.
- Arthrex Course. Naples, Florida. USA. Agosto 31 a Septiembre 1 de 2006.
- Arthrex Course. Bogota. Noviembre 20 y 21 de 2006.
- Curso Nacional de Actualización en Pie y Tobillo. Melgar, Colombia. Enero 19 y 20 de 2007.
- Conferencista en el 52 Congreso Nacional SCCOT. Cartagena. Mayo 17 al 20 de 2007.
- IV Latin American Forum (LAF 2007). Miami, Florida. USA. Junio 22 y 23 de 2007.
- II Curso Internacional de Artroscopia Hombro, Codo y Rodilla. Cartagena, Colombia. Octubre 16 al 18 de 2008.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons 2009 Annual Meeting. Las Vegas, Nevada. USA. Febrero 25 al 28 de 2009.
- IV Curso Internacional de Cirugía de Rodilla. Medellín, Colombia. Octubre 22 al 24 de 2009.
- Osteotech. Symposium “ Novel Osteobiologic Approaches in Regenerative Medicine”. Eatontown, New Jersey. USA. Diciembre 7 y 8 de 2009.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons 2010 Annual Meeting. New Orleans, Louisiana. USA. Marzo 9 al 13 de 2010.
- VII Latin American Forum (LAF 2010). Rio de Janeiro, Brazil. Mayo 29 y 30 de 2010.
- ArthroMiami. First Iberoamerican Symposium. Miami, Florida. USA. Julio 22 al 24 de 2010.
- Instructor en el Curso de Rodilla en el Centro de Entrenamiento – ISOtech. Bogota, 6 de noviembre de 2010.
- Robert W. Metcalf and AANA Winter Meeting: Arthroscopic Surgery. Salt Lake City, Utah. USA. Marzo 23 al 27 de 2011.
- 56 Congreso Nacional SCCOT. Cartagena, Colombia. Mayo 11 al 14 de 2011.
- Smith and Nephew Arthroscopic Knee Training. Andover, Massachussets.USA. 19 y 20 de Septiembre de 2011.

- American Academy of Orthopaedic Surgeons 2012 Annual Meeting. San Francisco, California. USA. Febrero 8 al 12 de 2012.
- International Orthopaedic Foot & Ankle Symposium presented by AAOS and AOFAS #3274. November 29 -- December 1, 2012; Orlando FL.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons 2013 Annual Meeting. Chicago, IL. Marzo 19 – 23 de 2013.
- V Curso de Ortopedia y Traumatología. Patología de Pie y Cuello de Pie. Clínica Marly, Bogotá, julio 12 y 13 de 2013.
- Orthofix Course Reconstruction. Verona (Italia), 9-11 Septiembre de 2013.
- ICRS 2013. 11th World Congress of the Interventional Cartilage Repair Society. Izmir, Turquía, Septiembre 15-18 de 2013.
- I Curso de Artroscopia de Pie y Tobillo. Bogotá, Octubre 5 de 2013. Eurociencia (Smith & Nephew).
- Expositor, 2do Simposio Panamericano de Actualización en Artroscopia y Ortopedia. “Trasplante Meniscal. Técnica Dovetail”. Arthrex. 21 a 23 Nov 2013. Hotel Intercontinental, Medellín. Colombia.
- ArthroParis. 5th International Symposium on Surgical and Biological Treatments in Orthopaedics , Sport Medicine and Distal Extremity Pathologies. Junio 27-28/2014. CNIT, Paris. Francia.
- ICRS. 5th ICRS SURGICAL SKILLS-COURSE. University of Thessalia. Larissa, Grecia. Octubre 23-25, 2014.
- ISAKOS, 10th Biennial Congress 2015. Junio 7 – 11 de 2015. Lyon, Francia.
- 8vo Congreso Internacional de Artroscopia y Traumatología Deportiva. Cartagena, 21 al 24 de Octubre de 2015. SCCOT.
- Congreso Internacional de Artroscopia. ACCART 2017. Cartagena de Indias, Colombia. Abril 27,28 y 29 de 2017.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2018 Annual Meeting, New Orleans, LA. USA. Marzo 6 al 10 de 2018.
- Congreso Internacional de Artroscopia. ACCART 2019. Cartagena de Indias, Colombia. Abril 10 al 13 de 2019.
- ISAKOS, 12th Biennial Congress 2019. Mayo 12 – 16 de 2019. Cancún, Mexico.
- Curso Actualización en Dolor Neuropático Localizado. Universidad El Bosque. Septiembre de 2020.

EXPERIENCIA PROFESIONAL.

- Medico Interno en el Hospital San Rafael de Facatativa de Diciembre de 1987 a Febrero de 1988.
- Medico Interno en el Hospital Santa Clara de Marzo de 1988 a Junio de 1988.
- Medico Interno en el Hospital Simon Bolívar de Julio de 1988 a Septiembre de 1988.
- Medico Interno en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos de Octubre de 1988 a Diciembre de 1988.
- Medico Rural en el Hospital Regional San Vicente de Padua de Garagoa. Boyacá. De Abril de 1989 a Mayo de 1989.

- Medico General en el Hospital Central de la Policía Nacional desde Junio 14 de 1990 a Enero 14 de 2000.
- Medico General en el Instituto de Seguros Sociales desde Enero de 1992 hasta Junio de 1995.
- Medico General en la Clínica de Occidente desde Noviembre de 1990 hasta Noviembre de 1992.
- Ortopedista Traumatólogo. Hospital Central de la Policía Nacional. Enero 15 de 2000 hasta junio 14 de 2010.
- Ortopedista Traumatólogo. SaludCoop E.P.S. Desde Noviembre 2 de 1999 hasta 15 de julio de 2015.
- Ortopedista Traumatólogo. Colombiana de Salud. Tunja. Febrero de 2004 a Noviembre de 2007.
- Ortopedista Traumatólogo. Colpatria ARL. Febrero de 2008 hasta Abril 30 de 2014.
- Ortopedista Traumatólogo. Clínica de Ortopedia y Accidentes Laborales. Enero 15 de 2014 hasta 30/07/2018.
- Ortopedista Traumatólogo. Compensar EPS. Agosto de 2014 hasta 01/01/2020.
- Ortopedista, Cirujano Artroscopista de Rodilla, Pie y Tobillo. Clínica Orthohand. Julio 21 de 2015 hasta Noviembre 30 de 2016.
- Ortopedista, Cirujano Artroscopista de Rodilla, Pie y Tobillo. Medplus Medicina Prepagada. Abril de 2019 hasta la actualidad.
- Ortopedista Clínica Alcalá. Enero de 2020 a la actualidad.
- Ortopedista, Cirujano de Rodilla, Pie y Tobillo. Clínica de Ortopedia y Accidentes Laborales. Julio de 2020 hasta la actualidad

MENCIONES HONORIFICAS Y AFILIACIONES.

- Mención por Virtud Policial y Ejemplar Comportamiento. Policía Nacional. Bogotá, Colombia. Noviembre 5 de 1999.
- Mejor Alumno de Pregrado. Escuela Colombiana de Medicina. Bogotá, Colombia. Enero 22 de 1988.
- Miembro Adscrito de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Cartagena, Colombia. 27 de Mayo de 2001.
- Miembro Internacional de la American Academy of Orthopaedic Surgeons. Febrero de 2005.
- Miembro de International Cartilage Repair Society. Septiembre de 2013.
- Miembro Cofundador ACCART. Abril 29 de 2017.

REFERENCIAS PERSONALES.

- Dr. SANTIAGO J. FERNANDEZ. Ortopedista. T: 3112336322.
- Dr. SERGIO ECHEVERRY. Cirujano de HOMBRO. T: 3153380035
- Dr. EDGAR HERNANDEZ, Ortopedista Cirujano de Pie y Tobillo. edgarhernandez72@yahoo.com. T: 3183640553
- Dr. PEDRO HORTUA. Cirujano de Pie y tobillo. T: 4327496.

Bogota, 10 de Septiembre de 2020.

Artículo original

Análisis de las complicaciones en pacientes con fractura-luxación de Lisfranc

García-Renedo RJ,* Carranza-Bencano A,** Leal-Gómez R,*** Cámara-Arrigunaga F****

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España

RESUMEN. *Objetivo:* Valorar las complicaciones y secuelas del tratamiento de la fractura-luxación de Lisfranc (FLL). *Material y métodos:* Se realizó un estudio de cohortes ambispectivo trasversal de 83 pacientes con diagnóstico de fractura-luxación de Lisfranc. Se utilizó un protocolo de recopilación de datos con variables relacionadas con la lesión, parámetros clínicos, terapéuticos, complicaciones y escalas de valoración clínica. *Resultados:* 66 pacientes (79.5%) presentaron complicaciones tanto precoces como tardías. Las complicaciones precoces sumaron nueve casos de edema postoperatorio, tres de infección superficial, dos de necrosis cutánea que precisó injerto libre de piel (ILPH), uno de lesión vascular, uno de tromboembolismo pulmonar (TEP), uno de pérdida de reducción en el postoperatorio precoz, uno de mala reducción que precisó de nueva intervención. Entre las complicaciones tardías, 41 pacientes (49.40%) presentaron signos radiológicos de artrosis en la articulación tarsometatarsiana, cinco con enfermedad de Sudeck que precisó tratamiento, ocho con descalcificación por desuso, 12 con edema residual, uno con pérdida de reducción en fase tardía, uno con cicatriz hipertrófica y brida retráctil, uno con osteomielitis crónica, uno con pseudoartrosis, tres con intolerancia/infección tardía al material de os-

ABSTRACT. *Objective:* To value the complications and sequels for patients with Lisfranc's fracture-luxation (FLL). *Material and methods:* A transverse ambispective study of cohorts was realized of 83 patients by diagnosis of Lisfranc's fracture-luxation. There was in use a protocol of withdrawal of information with variables related to the injury, clinical, therapeutic parameters, complications and scales of clinical valuation. *Results:* 66 patients (79.5%) presented complications grouping early and late. Analyzing the early complications, we observe 9 cases of postoperative edema with inflammation and swelling, 3 cases of superficial infection, 2 cases of necrosis cutaneous that precise graft should free of skin (ILPH), 1 case of vascular complication, 1 case of pulmonary embolis (TEP), 1 case of loss of reduction in the precocious postoperative, 1 case of bad reduction that was necessary new intervention. The late complications presented the following distribution: 41 patients (49.40%) presented radiological signs of degenerative osteoarthritis in the tarsometatarsal joint, 5 cases of Sudeck's disease that needed treatment, 8 cases of decalcification for disuse, 12 cases of edema and residual inflammation, 1 case of loss of reduction in late phase, 1 case of hypertrophic scar with retractable bridle, 1 case of chronic osteomyelitis, 1 case of pseudodegenerative

Nivel de evidencia: IV

* Especialista de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España.

** Jefe de Sección Unidad de Cirugía Pie y Tobillo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España.

*** Grupo OSSIS Ortho Sport. Monterrey, Nuevo León, México.

**** Grupo Ortopédico Star Médica. Mérida, Yucatán, México.

Dirección para correspondencia:

Dr. Raúl Javier García Renedo

H.U. Marqués de Valdecilla Avda. Valdecilla, s/n. CP. 39008 Santander (Cantabria) E-mail: raugarcia@humv.es

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>

Introducción

La fractura-luxación de Lisfranc es una patología poco frecuente, con una incidencia variable, según las series, de entre una por cada 5,500 fracturas¹ o una por cada 60,000 habitantes/año,² lo que representa el 0.2% de todas las fracturas, es decir, 9% de todas las fracturas metatarsianas y tarsometatarsianas. En muchas ocasiones, la fractura-luxación de Lisfranc se produce en pacientes politraumatizados, con asociación de fracturas en otras localizaciones, enmascarando o retrasando el diagnóstico inicial.^{3,4}

El tratamiento de la lesión del complejo tarso-metatarsiano (TMT) ha ido ganando atención en los últimos años,

teosíntesis; también hubo reintervención de siete pacientes en fase de secuelas donde se les realizó artrodesis. No se observó ninguna rotura de material de osteosíntesis. Casi la mitad de los pacientes (49.4%) recibieron algún tipo de indemnización económica tras el accidente. **Conclusiones:** El tratamiento de las FLL debe realizarse lo antes posible, ya que la estabilización en un breve plazo de tiempo puede ayudar a mejorar los resultados. La reducción anatómica no predice los buenos resultados. Un número importante de pacientes refirió dolor residual.

Palabras clave: Fractura-luxación de Lisfranc, complicaciones, tratamiento.

osteoarthritis, 3 cases of late intolerance/infection to the osteosynthesis material, reintervention of 7 patients in phase of sequels where they were realized artrodesis. No break of material was observed of osteosynthesis. Almost the half of the patients (49.4%) they received some type of economic indemnification after the accident. **Conclusions:** The treatment of the FLL must be realized as soon as possible, providing that the general condition of the patient and of the soft parts allows it, since the stabilization in the brief space of time can help to improve the results. The anatomical reduction cannot grant a good result. An important number of patients had residual pain.

Key words: Lisfranc's fractures-luxation, complications, treatment.

como consecuencia de las múltiples controversias que esta patología ha generado. La clave para un resultado favorable en las lesiones de la articulación de Lisfranc es el correcto diagnóstico, combinado con una reducción anatómica de las articulaciones afectadas y estabilización para conseguir buenos resultados funcionales. La principal característica para que se mantenga reducida la lesión tarsometatarsiana sin la aparición de diástasis entre el borde lateral de la cuña medial y el segundo metatarsiano es la correcta cicatrización del ligamento de Lisfranc sin laxitud.⁵ La inadecuada fijación, una mala reducción o una inadecuada inmovilización postoperatoria conducen a resultados insatisfactorios.⁶

Las lesiones de la articulación de Lisfranc suponen pérdida de la estabilidad estructural normal del pie provocando una deformidad asociada. El objetivo de este estudio es cuantificar la presencia de complicaciones y secuelas secundarias al tratamiento de este tipo de lesiones.

Material y métodos

Se realizó un estudio de cohortes ambispectivo trasversal de 83 pacientes con diagnóstico de fractura-luxación de Lisfranc (FLL) tratados desde 1997 a 2010. Todos ellos presentaban suficiente información clínica y acudieron a revisiones en consulta para completar un cuestionario. Las lesiones fueron clasificadas en dos grupos: luxaciones puras y fracturas-luxación de la articulación de Lisfranc. Para clasificar las lesiones se utilizó el método de Hardcastle-Reschamer, adaptación de la clasificación de Quenu y Kuss. La investigación clínica se realizó mediante un protocolo de recolección de datos que incluía variables sociodemográficas y epidemiológicas, variables relacionadas con la lesión, parámetros clínicos, terapéuticos, complicaciones y escalas de valoración clínica. Se analizaron las variables del protocolo de estudio y los resultados clínicos y funcionales en relación con las complicaciones (preco-

ces y tardías) en los pacientes con lesión de la articulación de Lisfranc (Tabla 1).

La evaluación de los resultados clínicos y funcionales se realizó mediante las escalas de *Baltimore Painful Foot Score*, *Creighton Nebraska Health Foundation*, *American Orthopaedic Foot and Ankle Society* (AOFAS) y *Hannover Scoring System*. Se agrupó a los pacientes según los valores obtenidos en las escalas de valoración clínica y funcional, con la finalidad de establecer comparaciones entre sí. La presencia de dolor en reposo y en actividad se valoró mediante la percepción dolorosa del paciente mediante la entrevista médica y la aplicación de la escala visual analógica (EVA) en reposo y actividad.

Tratamientos realizados: La elección del tratamiento se realizó en función del grado de congruencia y estabilidad articular y no del agente etiológico de alta o baja energía.

Tratamiento ortopédico no quirúrgico: Las indicaciones para tratamiento ortopédico no quirúrgico fueron: reducción anatómica adecuada con suficiente estabilidad y/o existencia de contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico. El tratamiento consistió en inmovilización con férula de yeso que posteriormente, tras revisión en consulta, pasó a ser un yeso cerrado, permaneciendo en descarga total durante 6-8 semanas.

Reducción cerrada/fijación percutánea mínimamente invasiva (MIS): Cuando la reducción cerrada fue anatómica pero no se mostró estable, se realizó fijación percutánea con agujas de Kirschner de 1.6 a 2.0 de diámetro. A continuación se inmovilizó con una férula de yeso que a las dos semanas se sustituyó por un yeso cerrado. Al igual que en el grupo anterior, también se mantuvo en descarga durante 6-8 semanas.

Reducción abierta/fijación interna: La reducción abierta se realizó en todos los casos que cumplían los criterios de Myerson (ángulo talometatarsal mayor de 15° e imposibilidad de realizar reducción cerrada). En presencia de edema masivo, flictenas y malas condiciones de piel la intervención se retrasó hasta que mejoró el estado de las

Tabla 1. Complicaciones sometidas a estudio en la muestra de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc.

- **Complicaciones precoces:** mala reducción, alteraciones tróficas, fallo del implante, relajación, pérdida de alineación, infección de la herida o sistémica, necrosis cutánea, edema, flebitis, exudado, síndrome compartimental, compromiso vascular
- **Complicaciones tardías:** retracción del tendón de Aquiles, artrosis postraumática, atrofia *sudeck*, dolor crónico, protusión material, osteosíntesis, exostosis de hueso, fallo de consolidación (seudoartrosis), fracturas de stress, reintervención, deformidad en varo
- Distancia residual entre el primer metatarsiano al segundo metatarsiano en el pie lesionado en radiografía antero-posterior (mm)
- Presencia de dolor con actividad
- Presencia de dolor en reposo
- Necesidad de tomar analgésicos para control del dolor
- Presencia de cojera como secuela
- Presencia de problemas musculares como secuela
- Presencia de deformidad final como secuela
- Presencia de valgo en el pie lesionado como secuela
- Presencia de alteraciones de la pisada como secuela
- Presencia de limitación para caminar una distancia igual a la caminada previamente a la lesión
- Presencia de problemas ligamentarios o alteraciones óseas como secuela de la lesión
- Presencia de cambio en la talla del zapato como secuela de la lesión
- Presencia de signos radiológicos de artrosis postraumática
 - Leve
 - Moderada
 - Severa
- Tiempo hasta la retirada de yeso (días)
- Tiempo en descarga sin apoyar el pie desde la inmovilización (días)
- Necesidad de rehabilitación
- Tiempo hasta la retirada del material de osteosíntesis (días)
- Tiempo en volver a su ocupación laboral previa a la lesión (meses)
- Necesidad de utilizar plantillas
- Necesidad de utilizar calzado especial ortopédico
- Si el paciente ha recibido compensación económica tras la lesión
- Tiempo de seguimiento del paciente en el estudio
- Tiempo hasta el alta (meses)

partes blandas. Para la fijación interna se utilizaron agujas de Kirschner de 1.6 a 2.0 de diámetro.

Artrodesis: La artrodesis secundaria se realizó en pacientes que presentaron artrosis sintomática, en quienes el tratamiento conservador farmacológico, ortésico y/o fisioterapia no fue capaz de mejorar la sintomatología en un período de 24 meses después de la lesión. Se utilizaron tornillos canulados de 4 mm o 4.5 mm.

Criterios radiológicos de reducción

La escala radiológica para evaluar la reducción postquirúrgica midió el desplazamiento entre la base del primero y segundo metatarsiano (**D1**):

- **Anatómico/excelente ($D1 \leq 2$ mm):** definitiva congruencia de la reducción/dificultad para detectar la lesión.
- **Aproximadamente anatómico ($D1 > 2$ a ≤ 5 mm):** relativa congruencia y/o ángulo talometatarsal menor de 15°.
- **No anatómico/regular ($D1 > 5$ mm):** insuficiente congruencia y/o ángulo talometatarsal mayor de 15°.

- **Incongruencia/mala reducción:** ausencia de congruencia en la reducción.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumieron en su media y desviación estándar (DE) o su mediana y rango intercuartil (RIQ P_{25} - P_{75}).

Se evaluó la asociación entre variables cualitativas y cuantitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en caso de que más de 25% de los pacientes fueran menores de cinco. En variables ordinales se contrastó la hipótesis de tendencia ordinal de proporciones. Para el análisis entre pares de variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson o en caso de asimetría la distribución rho de Spearman. Se determinó el contraste de la hipótesis nula de que el coeficiente es igual a cero.

Se analizó el comportamiento de las variables cuantitativas por cada una de las variables independientes categorizadas mediante t de Student (en comparaciones de una variable con dos categorías) y/o el análisis de la variancia (ANOVA). Mediante esta técnica se han evaluado las diferencias de medias debido al efecto individual o principal de cada factor y/o al efecto de sus interacciones. Se ajustó el nivel de significación para contrastes múltiples con el test de Bonferroni.

Se ajustaron modelos de regresión logística, con el objeto de evaluar la asociación de aquellas variables cuyo resultado en análisis crudo de la p del contraste era inferior a 0.15. Este modelo permitió identificar la relación entre un conjunto de variables explicativas y la probabilidad de buen resultado o resultado óptimo de las variables estudiadas. Se presentaron las «*odds ratios*» o razones de ventaja con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados

El tratamiento quirúrgico se efectuó en 63 pacientes (75.9%); reducción cerrada y fijación percutánea con agujas de Kirschner en 53 (63.9%) y reducción abierta mediante abordaje dorsal y fijación con agujas de Kirschner en 10 (15.2%). En 46 casos se fijó la columna medial, en 61 pacientes la columna intermedia y en 42 pacientes la columna lateral. La distribución de las agujas, según la clasificación de Hardcastle-Reschamer en el tipo A, fue de 11 agujas Kirschner en la columna medial, 12 agujas Kirschner en la columna intermedia y 11 agujas Kirschner en la columna lateral. En el tipo B1 fue de 17 agujas Kirschner en la columna medial, 18 agujas Kirschner en columna intermedia y cinco agujas Kirschner en la columna lateral. En el tipo B2 fue de 13 agujas Kirschner en la columna medial, 26 agujas Kirschner en la columna intermedia y 19 agujas Kirschner en columna lateral. En el tipo C fue de cinco agujas Kirschner en la columna medial, cinco agujas Kirschner en columna intermedia y cinco agujas Kirschner en columna lateral.

La evaluación de los resultados clínicos y funcionales se muestra en la *tabla 2*.

La escala visual analógica (EVA) media en reposo fue 1.72 puntos (DE 2.04) con un rango que osciló de cero puntos en el mínimo y siete puntos en el máximo. La escala visual analógica (EVA) media en actividad fue de 3.97 puntos (DE 3.03) con un valor mínimo de cero puntos y máximo de 10 puntos.

Del total de 83 pacientes, 66 de ellos (79.5%) presentaron complicaciones, tanto precoces como tardías (Tablas 3 y 4).

Analizando las complicaciones precoces, observamos nueve casos de edema postoperatorio con inflamación y tumefacción, tres casos de infección superficial, dos casos de necrosis cutánea que precisó injerto libre de piel (ILPH), un caso de complicación vascular, un caso de tromboembolismo pulmonar (TEP), un caso de pérdida de reducción en el postoperatorio precoz y un caso de mala reducción que precisó de nueva intervención.

Las complicaciones tardías presentaron la siguiente distribución: 41 pacientes (49.40%) con signos radiológicos de artrosis en la articulación tarsometatarsiana, cinco casos de enfermedad de Sudeck que precisaron tratamiento específico, ocho casos de descalcificación por desuso, 12 casos de edema e inflamación residual, un caso de pérdida de reducción en fase tardía, un caso de cicatriz hipertrófica con brida retráctil, un caso de osteomielitis crónica, un caso de pseudoartrosis, tres casos de intolerancia/infección tardía al material de osteosíntesis, reintervención de siete pacientes en fase de secuelas donde se les realizó artrodesis.

Al analizar conjuntamente la variable de dolor, observamos que 65 pacientes (78.3%) refirieron dolor en algún momento del proceso de la lesión, bien sea en el postoperatorio inmediato o de forma tardía, tanto en reposo como en actividad. El 49.4% (41 pacientes) recibió algún tipo de indemnización económica tras el accidente y ocho pacientes (9.64%) tuvieron que cambiar de trabajo o actividad después de producirse la lesión. El grado de satisfacción respecto a los resultados obtenidos fue bueno en 38 pacientes (45.8%), regular en 31 pacientes (37.3%) y malo en 14 pacientes (16.9%).

Al analizar la epidemiología y la etiología no se observaron diferencias estadísticas para las complicaciones y secuelas sometidas a estudio. Tan sólo los pacientes politraumatizados tenían más índice de complicaciones que los no politraumatizados ($p = 0.019$). En las lesiones agrupadas según la clasificación de Hardcastle-Reschamer se observó que las de tipo B (B_1+B_2) presentaron más complicaciones (precoces y tardías) en comparación con los grupos A y C de Hardcastle-Reschamer ($p = 0.072$). Las lesiones abiertas y las asociadas con otra fractura presentaron más complicaciones (precoces y tardías) que las lesiones cerradas o sin lesiones asociadas, sin llegar a ser éstas diferencias significativas.

No se encontró asociación entre el tiempo transcurrido desde que se produjo la lesión hasta el diagnóstico de la misma, el tiempo de la lesión a la cirugía y el tiempo de demora quirúrgica respecto a las complicaciones.

En las imágenes radiológicas postraumatismo, se observó que había más complicaciones totales cuanto mayor era

Tabla 2. Criterios de reducción radiológica y puntuaciones de escalas en la muestra de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc.

		Recuento	%
Criterios radiológicos de reducción	Anatómico/excelente	56	67.5
	Aproximadamente anatómico/buena	22	26.5
	No anatómico/mala	2	2.4
	Incongruencia/mala reducción	3	3.6
Criterios cualitativos de Hardcastle	Bueno	36	44.4
	Regular	30	37.0
	Malo	15	18.5
Resultados <i>score</i> Baltimore	90 - 100	21	25.3
	75 - 89	29	34.9
	60 - 74	20	24.1
	≤ 59	13	15.7
Resultados <i>score</i> Nebraska	90 - 100	11	13.3
	80 - 89	30	36.1
	65 - 79	28	33.7
	≤ 64	14	16.9
Resultados <i>score</i> AOFAS	90 - 100	12	14.5
	70 - 89	21	25.3
	50 - 69	32	38.6
	≤ 49	18	21.7
Resultados <i>score</i> Hannover	90 - 100	10	12.0
	75 - 89	36	43.4
	50 - 74	19	22.9
	≤ 49	18	21.7
Score funcional	Excelente	12	14.5
	Bueno	36	43.4
	Regular	23	27.7
	Pobre	12	14.5

Tabla 3. Complicaciones y secuelas funcionales en la muestra de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc.

		Recuento	%
Dolor en actividad	No	18	21.7
	Sí	65	78.3
Dolor en reposo	No	45	54.2
	Sí	38	45.8
Cojera final	No	45	53.7
	Sí	38	46.3
Estabilidad final	Sí	71	85.5
	No	12	14.5
Movilidad flexo-extensión	Normal	52	62.7
	Leve restricción	28	33.7
	Severa restricción	3	3.6
Movilidad inversión-eversión	Normal	53	63.9
	Leve restricción	20	24.1
	Severa restricción	10	12.0
Problemas musculares	No	70	84.3
	Sí	13	15.7
Deformidad final del pie	No	36	43.4
	Sí	47	56.6
Presencia de valgo	No	67	80.7
	Sí	16	19.3
Alteraciones de la pisada	No	50	60.2
	Sí	33	39.8
Grado satisfacción del paciente	Bueno	38	45.8
	Regular	31	37.3
	Malo	14	16.9
Retorno a su empleo habitual	Sí	66	79.5
	No	17	20.5
Incapacidad laboral	No	74	89.2
	Sí	9	10.8

Tabla 4. Evolución postratamiento y complicaciones en la muestra de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc.

		N válido	Media	DE	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Complicaciones precoces*	No	57	68.7%				
	Sí	26	31.3%				
Complicaciones tardías*	No	22	26.5%				
	Sí	61	73.5%				
Diástasis residual (mm)		83	2.64	1.07	2.50	2.00	3.10
Artrosis*	No	46	55.4%				
	Sí	37	44.6%				
Puntuación artrosis*	Leve	24	64.9%				
	Moderada	6	16.2%				
	Grave	7	18.9%				
Número de días hasta retirada del yeso		83	49.46	13.36	47.00	40.00	57.00
Número de días en descarga		83	48.73	14.08	48.00	36.00	60.00
Rehabilitación*	No	55	66.3%				
	Sí	28	33.7%				
Número de días desde cirugía hasta la retirada material**		57	158.79	119.93	117.00	96.00	180.00
Plantillas*	No	42	50.6%				
	Sí	41	49.4%				
Calzado*	Normal	70	84.3%				
	Ortopédico	13	15.7%				
Tiempo de seguimiento		83	52.80	28.71	48.00	24.00	77.00

* Datos expresados en número de casos y porcentaje.

** En seis casos aún no se ha retirado el material de osteosíntesis.

la distancia entre la base del primer metatarsiano al segundo metatarsiano, la distancia entre la base del segundo metatarsiano a la cuña medial y la distancia entre la cuña medial a la cuña intermedia en el pie lesionado, sin alcanzar diferencias significativamente estadísticas. Los casos que no presentaron congruencia articular postraumatismo mayor de 50% tuvieron más complicaciones totales que los pacientes que presentaron congruencia mayor de 50% ($p = 0.064$) (Tabla 5).

Al estudiar los diferentes métodos de tratamiento utilizados y sus características, no hemos encontrado diferencias significativas con aparición o no de complicaciones. Existían complicaciones en todos los casos de reducción no anatómica e incongruencia articular, en relación con los criterios radiológicos de reducción y en todos los pacientes con criterios cualitativos de Hardcastle malos ($p = 0.003$). Las complicaciones aparecieron con mayor diástasis residual entre la base del primer metatarsiano al segundo metatarsiano ($p = 0.001$). Los pacientes que presentaron complicaciones tardaron más en reincorporarse a su empleo o actividad laboral previa y tuvieron una mayor demora desde la cirugía al alta, en comparación con el grupo de pacientes que no presentaron complicaciones ($p = 0.05$). De igual manera, los pacientes que presentaron complicaciones requirieron, en mayor medida, la utilización de plantillas y calzado ortopédico que los pacientes del grupo sin complicaciones ($p = 0.003$ y $p = 0.046$).

Discusión

La incidencia de complicaciones fue alta en nuestra serie (31.3% precoces y 73.5% tardías) y el porcentaje de resultados regulares y malos alcanzó hasta 25%; el retorno a la actividad

previa a la lesión se consiguió prácticamente en todos los casos, motivo por el que consideramos que aunque esta lesión precisa de tiempos largos hasta su recuperación, no tiene un carácter tan invalidante como se le ha otorgado en la literatura.

Mulier et al⁷ describieron dos pacientes con distrofia simpática refleja en una serie de casos retrospectiva (nivel de evidencia IV), complicación no descrita en otras series como la de Myerson⁴ y Kuo et al,⁸ aunque Myerson refería que la mayor parte de los síndromes compartimentales en el pie se debían a lesiones CMT.

El retraso diagnóstico y la demora quirúrgica fueron factores condicionantes en los resultados; se comportaron como un factor predictivo de peores puntuaciones, a pesar de no alcanzar significancia estadística, pues se apreció que conforme estos tiempos aumentaban, las puntuaciones obtenidas fueron peores para las cuatro escalas de valoración. La atención previa en otro centro hospitalario o centro de salud y posterior traslado a un Centro de Referencia para tratamiento definitivo aumentó el tiempo de lesión, obteniéndose peores puntuaciones en las cuatro escalas de valoración. Por tanto, podría ser útil establecer un protocolo para este tipo de lesiones complejas que permita canalizar al paciente a centros específicos calificados, así como determinar las posibles complicaciones y secuelas. El porcentaje de retrasos diagnóstico-terapéuticos oscila entre 6% y 40% en las distintas series,^{9,10} siendo en la nuestra de 14.5%. Los pacientes con retraso diagnóstico presentaron un porcentaje mayor de reducciones abiertas respecto al resto de la serie, pues aunque la tumefacción haya mejorado con el paso de los días el proceso de cicatrización ya iniciado hace más difícil la reducción. En la serie de Richter et al,¹¹ se observan peores

resultados en el grupo de pacientes operados pasadas la primeras 24 horas desde el traumatismo ($p < 0.02$). Estos autores afirman que el daño de las partes blandas causado por la inflamación y el edema puede influir en los resultados más que el retraso del tratamiento quirúrgico en sí mismo, por lo que para evitarlo es fundamental el diagnóstico precoz.

Franciszewski et al,¹² realizaron artrodesis primaria en dos pacientes con cuatro meses y 25 años después de la lesión del CMT, obteniendo resultados bueno y malo respectivamente. Otros autores como Chiodo y Myerson¹³ han reducido FLL mediante técnica RAFI después de un año de la lesión, afirmando que el éxito de la reducción tardía depende de la extensión de la incongruencia articular. Trevino¹⁴ afirmó que aunque los resultados buenos pueden ser obtenidos como máximo hasta las seis semanas desde la lesión, el éxito de la cirugía a partir de las seis semanas disminuye por múltiples factores, destacando, entre otros aspectos, la necesidad de una amplia disección de partes blandas, destrucción de la superficie articular y por la inestabilidad del ligamento de Lisfranc. Lo ideal sería llevar a cabo un tratamiento quirúrgico de las lesiones cerradas cuando la inflamación de las partes blandas sea mínima, pudiendo hacerse de forma inmediata o cuando la inflamación haya desaparecido, pues las complicaciones de la cirugía se minimizan con el adecuado cuidado de las partes blandas.

La distancia media entre la base del primer metatarsiano al segundo metatarsiano, la distancia entre la base del segundo metatarsiano a la cuña medial, la distancia entre la cuña medial a la cuña intermedia y la congruencia articular postraumatismo en el momento de la lesión, valoradas en la

radiografía inicial post-lesión, fueron un factor determinante en los resultados, observándose que a mayor distancia se obtenían peores resultados y que a mayor congruencia ($> 50\%$) se obtenían mejores puntuaciones en las cuatro escalas de valoración, a pesar de no alcanzar significancia estadística. En este contexto, podemos pensar que factores como la conminución articular, la desvitalización de partes blandas y la impactación articular pueden influir en los resultados. Los criterios radiológicos de reducción y la diástasis residual entre la base del primer metatarsiano al segundo metatarsiano se mostraron como una variable factor pronóstico de los resultados, ya que estaban directamente relacionados con las puntuaciones de las cuatro escalas de valoración, obteniendo mejores puntuaciones conforme se conseguían reducciones anatómicas, siendo estas diferencias significativamente estadísticas ($p = 0.005$). La reducción anatómica puede ser menos predictora de los resultados en los pacientes con luxación aislada sin fractura debido a que estas lesiones asocian daños en la interfase ligamento-hueso que no suelen ser reparados perfectamente.

Los resultados de nuestro estudio reflejan la importancia de conseguir y mantener la reducción anatómica de la FLL siguiendo la teoría de las columnas, con objeto de garantizar buenos resultados a largo plazo. Aunque una buena reducción anatómica no garantiza un buen resultado, creemos que incrementa la probabilidad de conseguir un pie más confortable y con mejor forma. Hay que tener en cuenta que, además de las lesiones en la superficie articular, las fracturas intraarticulares pueden dejar una incongruencia a modo de escalón o de separación articular. Las fracturas con ma-

Tabla 5. Características anatómicas en el pie lesionado en relación con las complicaciones en la serie de 83 pacientes con fractura-luxación de Lisfranc.

	Complicaciones (precoces + tardías)									
	No					Sí				
	Media	DE	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Media	DE	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Distancia 1° MTT-2° MTT	8.65	6.08	7.00	5.00	10.00	12.06	6.75	11.00	8.00	18.00
Pie Lesionado										
Distancia base 2° MTT-Cuña	7.18	5.83	5.00	4.00	8.00	7.38	5.60	6.00	4.00	8.00
Medial pie lesionado										
Distancia entre cuña	2.65	.70	3.00	2.00	3.00	3.33	1.78	3.00	2.00	4.00
medial-intermedia y pie lesionado										
Congruencia $> 50\%$ (*)	Sí 8	33.3%				16	66.7%			
	No 9	15.3%				50	84.7%			
Distancia 5° MTT	17.71	2.42	18.00	16.00	19.00	17.39	3.77	18.00	16.00	19.00
a cuña medial de pie lesionado										
Ángulo de abordaje calcáneo	23.18	2.43	23.00	22.00	26.00	22.53	5.01	23.00	20.00	25.00
en el pie lesionado										
Profundidad Medial	8.75	3.08	7.60	6.80	10.10	9.16	2.65	8.95	7.40	10.30
de La Mortaja										
Profundidad Lateral	4.82	1.35	4.70	3.80	5.80	5.03	1.57	5.10	3.80	6.20
de La Mortaja										
Longitud Del 2° metatarsiano	70.59	8.82	69.00	66.00	75.00	75.30	9.73	78.00	68.00	82.00

(*) Datos expresados en número de casos y porcentaje.

yor desplazamiento y conminución suelen reducirse peor que las fracturas simples. Además, las fracturas con mayor conminución obtienen resultados menos satisfactorios, independientemente de la reducción articular que se haya logrado. La carga de contacto y la gravedad global de la lesión pueden disminuir la función articular. Para confirmar esta teoría habría que diseñar estudios clínicos que pudieran determinar los efectos relativos de estos dos incidentes, las características de carga de la articulación y la cantidad de energía que actúa sobre la superficie articular. De igual manera, excepcionalmente algunos pacientes pueden obtener un buen resultado a pesar de existir una mala alineación articular. Aitken y Poulson¹⁵ son los únicos autores que han descrito resultados satisfactorios con reducciones no anatómicas. Recientemente, trabajos experimentales^{16,17} realizados en animales han demostrado un gran potencial de remodelación en las incongruencias y los escalones articulares.

Otros parámetros sometidos a estudio, como son el dolor valorado por la escala visual analógica (EVA), la limitación de las actividades y movilidad, la presencia de problemas óseo-ligamentosos, la deformidad del pie y su posición en valgo, los cambios de talla en el calzado, la cojera residual y la ausencia de estabilidad, se asocian de forma estadísticamente significativa con los grupos de puntuaciones establecidos para las diferentes escalas de valoración, teniendo en cuenta que las complicaciones están directamente relacionadas con los resultados y por lo tanto con las puntuaciones.

Los pacientes pierden puntuación por el dolor leve-moderado, que limita las funciones recreacionales y aumenta la necesidad de usar plantillas o zapatos ortopédicos, siendo este dato significativamente estadístico ($p = 0.001$). Algunos autores, como Wiss,¹⁸ han mostrado correlación entre los resultados funcionales y el grado de alteración de la marcha. Al ser la zona del tarso medio la de distribución y soporte en el pie y seno de las articulaciones de adaptación y por tanto menos móviles, se podría considerar que la actividad que mejor define la recuperación de la función en la escala de valoración es el apartado de la superficie recorrida en contraposición a la distancia o el tipo de calzado. Del mismo modo, el retorno a su empleo o actividad laboral, incapacidad laboral y el grado de satisfacción mostró correlación con las puntuaciones, alcanzando significación estadística ($p = 0.001$).

En la revisión de la literatura existente, solamente hemos encontrado un trabajo¹⁹ que analiza la incapacidad de los pacientes para regresar a su actividad habitual así como las compensaciones económicas o indemnizaciones percibidas. En el trabajo de Calder et al,¹⁹ 24 de 46 pacientes realizaron una reclamación médico-legal por el resultado de la lesión, observándose que el grupo de pacientes que habían puesto una reclamación por intereses económicos tenían peores resultados, independientemente de cualquier factor. En nuestra serie es de señalar que casi la mitad de los pacientes (49.4%) recibieron una indemnización económica tras el accidente, dato similar al publicado por Resch²⁰ donde 50% de los pacientes de la serie recibieron una compensación económica o incluso una pensión permanente. No encontramos

relación estadísticamente significativa entre la compensación o indemnización económica que reciben los pacientes tras sufrir la lesión respecto a las puntuaciones en ninguna de las cuatro escalas de valoración.

Conclusiones

El tratamiento de las FLL y su estabilización en un breve plazo de tiempo puede ayudar a mejorar los resultados. Un número importante de pacientes refirieron dolor residual que requirió la toma de analgésicos de forma ocasional, pero sin que ello tuviera repercusión en sus actividades y ocupaciones habituales. Casi la mitad de los pacientes (49.4%) recibieron algún tipo de indemnización económica tras el accidente.

Bibliografía

1. Salvi AE. Lisfranc injuries: a matter of ligament disruption. *J Foot Ankle Surg.* 2014; 53(5): 674-6.
2. Harcartle Ph, Reschauer R, Kutscha-Lissberg E, Schoffmann W. Injuries to the tarsometatarsal joint: Incidence, classification and treatment. *J Bone Joint Surg (Br).* 1982; 64: 349-56.
3. Kenzora JE, Burgess AR. The neglected foot and ankle in polytrauma. *Adv Orthop Surg.* 1983; 7: 89-98.
4. Myerson MS, McGarvey WC, Henderson MR. Morbidity after crush injuries to the foot. *J Orthop Trauma.* 1994; 8: 343-9.
5. Tarczyńska M, Gawęda K, Dajewski Z, Kowalska E, Gągała J. Comparison of treatment results of acute and late injuries of the Lisfranc joint. *Acta Orthop Bras.* 2013; 21(6): 3444-6.
6. Wright MP, Michelson JD. Lisfranc injuries. *BMJ.* 2013; 347: f4561.
7. Mulier T, Reynders P, Sioen W, van den Bergh J, de Reymaeker G, Reynaert P, et al. The treatment of Lisfranc injuries. *Acta Orthop Belg.* 1997; 63: 82-90.
8. Kuo RS, Telwani NC, DiGiovanni CW, Holt SK, Benirschke SK, Hansen ST Jr, et al. Outcome after open reduction and internal fixation of Lisfranc joint injuries. *J Bone Joint Surg (Am).* 2000; 82-A: 1609-18.
9. Vuori JP, Aro HT. Lisfranc joint injuries: trauma mechanisms and associated injuries. *J Trauma.* 1993; 35: 40-5.
10. Arntz CT, Hansen ST. Dislocations and fracture dislocations of the metatarsal joints. *Orthop Clin North Am.* 1987; 18: 105-14.
11. Richter M, Thermann H, Wippermann B. Foot fractures in restrained front seat car occupants: a long term study over twenty three years. *J Orthop Trauma.* 2001; 15: 287-93.
12. Franciszewski T, Burks RT, Manaster BJ. Subtle injuries of the Lisfranc joint. *J Bone Joint Surg.* 1990; 72: 1519-22.
13. Chiodo CP, Myerson MS. Developments and advances in the diagnosis and treatment of injuries to the tarsometatarsal joint. *Orthop Clin North Am.* 2001; 32(1): 11-20.
14. Trevino SG, Baumhauer JF. *Lisfranc injuries.* In Myerson MS (ed): Current Therapy in Foot and Ankle Surgery. St. Louis, Mosby-Year Book. 1993.
15. Aitken AP, Poulson D. Dislocations of the tarsometatarsal joint. *J Bone Surg.* 1963; 45: 246-60.
16. Lovász G, Llinas A, Benya PD, Park SH, Sarmiento A, Luck JV Jr. Cartilage changes caused by a coronal surface stepoff in a rabbit model. *Clin Orthop Relat Res.* 1998; 354: 224-34.
17. Llinas A, McKellop HA, Marshall GJ, Sharpe F, Kirchen M. Healing and remodeling of articular incongruities in a rabbit fracture model. *J Bone Joint Surg Am.* 1993; 75: 1508-23.
18. Wiss DA, Kull DM, Perry J. Lisfranc fracture-dislocation of the foot: a clinical-kinesiologic study. *J Orthop Trauma.* 1987; 1(4): 267-74.
19. Calder JD, Whitehouse SL, Saxby TS. Results of isolated Lisfranc injuries and the effect of compensation claims. *J Bone Joint Surg Br.* 2004; 86(4): 527-30.
20. Resch S, Stenström A. The treatment of tarsometatarsal injuries. *Foot Ankle.* 1990; 11: 117-23.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/334759181>

Revisión en conceptos en: Esguince de Lisfranc

Article · October 2018

CITATION

1

READS

871

4 authors, including:



[Eduardo Méndez-Gassibe](#)

Universidad Mayor

4 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[María Fernanda Sanhueza](#)

Universidad Mayor

3 PUBLICATIONS 1 CITATION

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Cogni-Action: Physical Activity as a mediator of cognitive development in schoolchildren. [View project](#)



Exercise Physiology [View project](#)

REVISIÓN DE CONCEPTOS EN: ESGUINCE DE LISFRANC

Current Concepts Review in: Lisfranc Sprain

Eduardo Méndez ¹. MD, María F. Sanhueza ¹. MD, Phillip Foster ¹. MD, Rocío Nuche ¹. MD.

1. Residente de Medicina del Deporte, Universidad Mayor, Santiago de Chile.

Recibido el 8 de agosto de 2018 / Aceptado el 13 de octubre de 2018

RESUMEN

Las lesiones musculoesqueléticas del pie son frecuentes en la medicina del deporte y la actividad física. El esguince de Lisfranc implica una lesión de tejidos blandos que compromete a las articulaciones tarsometatarsales. Se presenta como un esguince estable o puede asociarse a una fractura desplazada e inestable, en los casos más graves. Cabe destacar que estas lesiones pueden ser subestimadas o erróneamente diagnosticadas en un 20% a 40% de los casos. La falta de estabilidad del mediopie durante la fase intermedia de la marcha juega un rol fundamental en el mecanismo de la lesión, lo que se vuelve aún más relevante en presencia de un esguince de Lisfranc, en el cual los pacientes pueden presentar dolor severo e inestabilidad frente a la carga. Ante una historia clínica y un examen físico que oriente a este tipo de lesiones, es fundamental agotar los recursos imagenológicos hasta descartar la lesión y tratarla para recuperar la estabilidad del mediopie. El objetivo de esta revisión narrativa será describir los aspectos epidemiológicos, anatómicos, fisiopatológicos y clínicos más relevantes del esguince de Lisfranc.

PALABRAS CLAVES: Esguince de Lisfranc; Lesiones de Lisfranc, Lisfranc; Esguince del mediopie.

ABSTRACT

Foot musculoskeletal injuries are common in sports and physical activity medicine. The Lisfranc sprain is a soft tissue injury that compromises the tarsometatarsal joints. It presents as a stable sprain or may be associated with a displaced and unstable fracture, in the most severe cases. It is important to notice that these lesions can be underestimated or misdiagnosed in 20% to 40% of cases. The lack of stability of the midfoot during the intermediate phase of gait plays a fundamental role in the mechanism of the injury, which becomes even more relevant in the presence of a Lisfranc sprain, in which patients can present severe pain and instability in loading. This is why when in front of a patient with a medical history and a physical examination that suggests this type of injury, it's essential to use imaging resources to rule out for sure these injury. Thus, the main purpose of the Lisfranc injury management will be to recover the stability of the midfoot, which is

essential for load support. The objective of this narrative review will be to describe the most relevant epidemiological, anatomical, physiopathological and clinical aspects of the Lisfranc sprain.

KEYWORDS: Lisfranc sprain; Lisfranc injuries; Lisfranc; Midfoot sprain.

I. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline, EBSCO y Google Scholar. Se utilizaron las palabras claves “Lisfranc sprain”, “Lisfranc injuries” y “midfoot sprain”. El filtro utilizado fue el idioma inglés. En la búsqueda se obtuvieron 163 resultados, de los cuales se seleccionaron 38 artículos científicos.

II. INTRODUCCIÓN

Las lesiones del pie suelen ser comunes dentro de los traumas sufridos en el deporte. Entre ellas, destaca la “lesión de Lisfranc”, que corresponde a un espectro de lesiones óseas y/o ligamentosas que comprometen al complejo tarsometatarsal. Se presenta como un esguince estable o como una lesión inestable, la cual puede ir asociada a una fractura desplazada y en los casos más graves, presentarse como una luxofractura del mediopie¹.

En general, el término “lesión de Lisfranc” se utiliza para describir una lesión del mediopie centrada en la segunda articulación tarsometatarsiana².

Estas lesiones son poco comunes, es por eso que requieren una alta sospecha clínica. Se ha estimado que un 20% a 40% de estas lesiones pasan inadvertidas, pudiendo generar complicaciones como el dolor, la inestabilidad del mediopie, la imposibilidad de soportar carga, y a largo plazo, artrosis³.

El complejo articular de Lisfranc fue descrito en el siglo XIX por un cirujano de guerra francés, Jacques Lisfranc de St. Martin, quien describe por primera vez la amputación en esta localización⁴.

El objetivo de esta revisión narrativa es describir los aspectos epidemiológicos, anatómicos, fisiopatológicos y clínicos más relevantes del esguince de Lisfranc.

III. EPIDEMIOLOGÍA

Los datos de la literatura se enfocan en la lesión de Lisfranc más que en el esguince propiamente tal. Se describe que en la población general las lesiones de Lisfranc son poco frecuentes y representan aproximadamente el 0,2% de todas las fracturas. A menudo coexisten con fracturas tarsales o metatarsianas. En los Estados Unidos, se ha informado que la incidencia anual es de 1 por cada 55.000 habitantes, cifra que incluso podría estar subestimada debido al subdiagnóstico o diagnóstico errado, reportado hasta en un 20 a 40%^{1,5,6}. En Chile, no existen estudios ni datos en la literatura que señalen la realidad epidemiológica de esta lesión.

Los varones tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de sufrir una lesión en la articulación Lisfranc, posiblemente debido a una mayor participación en actividades de alta energía, como es la conducción de automóviles a alta velocidad o la conducción de motocicletas⁷.

La lesión ocurre en todos los grupos de edad, pero más común en la tercera década de la vida por las razones antes expuestas⁶.

El esguince de Lisfranc es cada vez más común en los deportistas⁸, debido al aumento de la práctica deportiva y a diferencia de la población general se describe que ocurre en un trauma de baja energía⁹. Se han reportado estas lesiones en

varios deportes, incluyendo fútbol, gimnasia, equitación y running¹⁰.

IV. ANATOMÍA Y BIOMECÁNICA

La articulación de Lisfranc se compone de las articulaciones tarsometatarsianas, intermetatarsianas e intertarsianas anteriores.

Los tres metatarsianos mediales articulan a su correspondiente cuña, mientras los dos laterales lo hacen con el cuboides. La estabilidad en la articulación de Lisfranc es proporcionada por su configuración ósea. La cuña media está rebajada en comparación con la cuña medial y lateral. Este receso acomoda la base del segundo metatarsiano, creando una especie de mortaja. La "piedra angular" es la base del segundo metatarsiano rebajado⁸.

Junto a la disposición ósea, la estabilidad de esta articulación está dada por un grupo de ligamentos, de los cuales los más importantes son los que unen la cara lateral de la segunda cuña con la base del segundo metatarsiano, correspondiente a los ligamentos dorsal, interóseo y plantar, llamados en su conjunto "complejo ligamentario de Lisfranc", el cual sufre mayor daño y disrupción en lesiones del mediopie^{2, 11, 12}. El último de este grupo de ligamentos, el plantar, es a menudo llamado individualmente "ligamento de Lisfranc", dirigiéndose del borde lateral de la cuneiforme medial al borde medial del segundo metatarso, siendo el más fuerte y grueso, y tomando vital importancia en la estabilización del segundo metatarsiano y, en consecuencia, manteniendo el arco del mediopie².

Mientras que los ligamentos intermetatarsianos conectan los metatarsianos segundo a quinto, no hay un ligamento transversal que una el primer metatarsiano al segundo metatarsiano¹³.

Esto último, contribuye a la propensión del primer metatarsiano a desplazarse cuando los ligamentos transmetatarsianos se lesionan.

Los estabilizadores secundarios de la articulación de Lisfranc son tejidos blandos e incluyen la fascia plantar, los músculos y tendones intrínsecos del pie y las inserciones de los tendones del tibial anterior, del tibial posterior y del peroneo largo¹³.

Un factor importante para recordar es que la articulación de Lisfranc tiene poca estabilidad inherente. Las articulaciones están orientadas en forma plana sobre superficies planas, dependiendo de la estabilidad de los ligamentos para mantener su configuración, de modo que, sin una estabilidad ligamentosa el "arco" colapsará¹⁴.

Del punto de vista biomecánico, la articulación de Lisfranc corresponde a la transición del mediopie al antepie, siendo crucial para el patrón de marcha, debido a que en ella radica el paso de la fuerza o el peso desde el mediopie¹⁵.

El año 2001, Chiodo y Myerson presentaron una clasificación para evaluar la estabilidad del pie basándose en los tres pilares anatómicos (figura 1). Esta describe las tres unidades funcionales de la articulación tarsometatarsiana¹⁶. La primera articulación cuneiforme medial y metatarsiana constituye la columna medial. La columna media incluye las articulaciones entre la segunda y tercera tarsometatarsiana y la columna lateral consiste en las articulaciones entre el cuboides y el cuarto y quinto metatarsianos.

La columna lateral es la más móvil con 10-20° de movimiento, la columna intermedia posee un mínimo movimiento y la columna medial, un rango intermedio con 5-10°; este último, dado por la articulación talo-navicular. Es así cómo, al ser rígida la columna intermedia, biomecánicamente, ésta hace de brazo de

palanca rígido durante el soporte del peso con las columnas medial y lateral, proporcionando el ajuste apropiado a medida que las fuerzas de carga pasan a través del mediopie⁸.

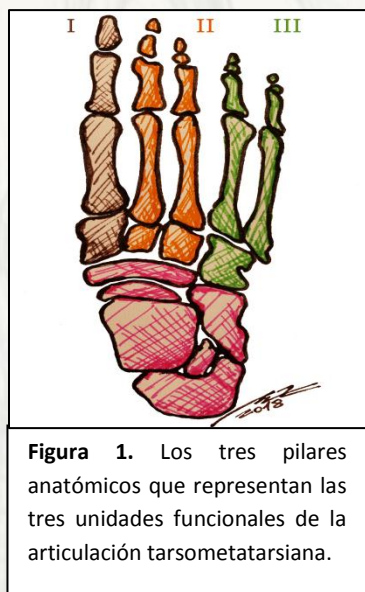


Figura 1. Los tres pilares anatómicos que representan las tres unidades funcionales de la articulación tarsometatarsiana.

V. FISIOPATOLOGÍA Y MECANISMOS DE LESIÓN

La falta de estabilidad del mediopie durante la fase intermedia de la marcha tendrá un impacto estructural y funcional en la extremidad inferior del paciente¹⁷.

La articulación de Lisfranc es más débil a lo largo de su aspecto dorsal y entre la primera y la segunda bases metatarsianas, donde no hay un ligamento interóseo intermetatarsiano¹⁸. La falta de estabilidad en el mediopie a menudo resulta en un movimiento excesivo en la articulación de Lisfranc que conduce a la degeneración articular en diversos grados. El antepie a menudo se ve afectado por los cambios en la sobrecarga del mismo y por las contracciones secundarias de las articulaciones metatarsofalángicas. Si es lo suficientemente grave, la falta de estabilidad puede provocar cambios graves en la función de los tejidos blandos como consecuencia de la mala alineación

ósea y a su vez remodelación ósea. Los osteofitos pueden progresar y crear una mayor presión sobre los tendones y los tejidos blandos que empeoran con el calzado y/o la masa corporal elevada¹⁷.

La pérdida de la estabilidad del mediopie eventualmente tendrá una consecuencia de cambios funcionales secundarios que pueden llevar a la incapacidad para colocar el pie de manera efectiva durante las fases de contacto medio o propulsión en el ciclo de la marcha. Al mismo tiempo, la inestabilidad, es indicativa en la sintomatología del paciente ya sea en la toma de una postura o en la realización de alguna actividad de pie. Además, a medida que el mediopie pierde estabilidad, el mismo va generando una postura anormal¹⁷.

Los mecanismos de lesión se clasifican en directos e indirectos. El directo es menos frecuente y tiene que ver con golpe o aplastamiento, como caída de peso sobre el pie. El más común es el mecanismo indirecto en que se realiza una flexión dorsal o una abducción forzada del medio pie, siendo la primera más frecuentemente asociada a fracturas de Lisfranc e incluso síndromes compartimentales¹.

Los mecanismos de lesión en la práctica deportiva son indirectos y corresponden a la torsión y carga axial del pie¹⁹. En el primero, ocurre una abducción del mediopie como cuando un jugador pivotea sobre el antepie apoyado en la cancha o cuando el pie queda atrapado en una fijación mientras la persona cae (p.e. equitación, windsurf, ski, etc)¹⁸. El segundo mecanismo, también conocido como lesión de "flexión plantar forzada", resulta de la carga a lo largo del eje longitudinal del pie, lo que eleva el arco longitudinal y obliga al mediopie a la flexión plantar²⁰.

Aunque estos mecanismos se describen con frecuencia en la literatura, la evidencia que

los respalda está limitada a los recuerdos de jugadores y entrenadores^{20, 21}.

VI. CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La evaluación de un paciente con sospecha de lesión en el pie debe partir por la anamnesis²². Posteriormente se realiza la inspección, para lo que debe descubrirse completamente el pie y pierna hasta la rodilla. Se debe evaluar la marcha de ser posible y los rangos activos y pasivos de movimiento.

Los pacientes con esguince de Lisfranc pueden presentar dolor severo e inestabilidad frente a la carga. Pueden presentar también aumento de volumen del mediopie con equimosis plantar medial, esto último patognomónico de estas lesiones²³.

A la palpación presentan dolor en la articulación tarsometatarsiana. Es recomendable palpar y movilizar las articulaciones tarsometatarsianas una por una para localizar la lesión²⁴. Las molestias pueden ir desde sintomatología leve a dolor que dificulta el examen. Se deben realizar maniobras de estrés del mediopie, las que resultarán dolorosas al igual que la abducción, aducción y dorsiflexión que pueden estar limitadas en la movilización activa y ser dolorosas a la movilización pasiva.

La evaluación inicial se puede realizar con radiografías, las proyecciones a solicitar son anteroposterior (AP), lateral verdadera (L) y oblicua (O) con carga siempre que sea posible. En ellas podemos encontrar²⁵:

1. Ensanchamiento del espacio entre la primera cuña y segundo metatarsiano de más de 2 mm (AP) o la misma separación entre la primera y segunda cuña.
2. Fragmento óseo avulsivo en el espacio entre primera cuña y

segundo metatarsiano (AP) signo de "fleck" o de la mancha por su traducción. Es importante diferenciarlo del hueso accesorio os intermetatarseum, una variante normal que se encuentra habitualmente más distal en el mismo espacio y que se puede ver su cortical continua²⁶.

3. Pérdida de la continuidad de la línea que se dispone entre la cara medial de la base del segundo metatarsiano con la cara medial de la segunda cuña. (AP)
4. Pérdida de la continuidad de la línea que se dispone entre la cara lateral de la base del primer metatarsiano con la cara lateral de la segunda cuña. (AP)
5. Desplazamiento a dorsal de la base del primer o segundo metatarsiano en la placa lateral.
6. Pérdida de alineamiento entre el tercer y cuarto metatarsiano con la cuña y el cuboide correspondientemente. (AP)
7. Apertura en cuña entre la base del segundo metatarsiano y la segunda cuña, en la proyección oblicua se visualiza la apertura por dorsal en que las corticales de ambos huesos no están paralelas.

Cuando las imágenes con carga no son posibles, se pueden realizar imágenes sin carga idealmente tomando de ambos pies para poder realizar la comparación entre ellas, debiendo buscar todos los signos detallados previamente.

La ausencia de estos hallazgos en la radiografía con una clínica altamente sugerente de lesión de Lisfranc debe hacernos tratarlo como si la tuviera a la espera de una evaluación más detallada.

La ecografía puede mostrar signos indirectos de una lesión de Lisfranc: la no visualización

del ligamento dorsal entre la primera cuña y el segundo metatarsiano y la distancia entre estos mismos mayor a 2,5 mm nos deben hacer sospechar una lesión²⁷. En la evaluación dinámica se puede evaluar la apertura con y sin carga, sin embargo es un examen operador dependiente que no entrega mucha más información que la radiografía, la cual puede mostrar lesiones óseas que se pueden asociar hasta en un 90% de los casos, por lo que no es un examen de elección.

La tomografía computada es necesaria cuando existen traumas de alta energía en que se sospechan fracturas y es necesario describir la severidad y el compromiso articular que esta pueda tener. Puede mostrar también pequeños mal alineamientos o fracturas no visualizadas en la radiografía²⁸ y es recomendable cuando en la radiografía se observan fracturas distintas a las avulsivas del ligamento de Lisfranc²⁶.

La Resonancia Magnética es superior en identificar lesiones incluso más leves, mostrando directamente la lesión parcial o total del ligamento de Lisfranc incluso en pacientes con radiografías con carga normales. Las estructuras dorsales son más débiles que las plantares, por lo que es más frecuente ver la rotura a este nivel. La resonancia magnética puede mostrar también otras lesiones asociadas como edema óseo, fractura trabecular, sinovitis, lesiones arteriales, disrupción del arco dorsal y lesiones capsulares. La ausencia de estos hallazgos descarta mayores lesiones sin necesidad de otros estudios²⁹.

VII. MANEJO

Luego de cualquier lesión aguda del mediopie, el manejo inicial debe contemplar un enfoque estándar de protección, reposo, hielo local, inmovilización, elevación y según corresponda medicación analgésica (PRICE-M, por sus siglas en inglés). Posteriormente

el objetivo principal del manejo de la lesión de Lisfranc será recuperar la estabilidad del mediopie que es esencial para el soporte de cargas.

Komenda y colaboradores informaron que la artritis postraumática es más común en la base del segundo metatarsiano, lo que sugiere que la incongruencia se tolera mejor en las columnas medial y lateral³⁰.

7.1. No quirúrgico

Se reserva para pacientes que tienen un patrón de lesión estable o que no pueden tolerar la intervención quirúrgica, es decir, cuando no hay luxación o subluxación en la articulación de Lisfranc y las relaciones anatómicas entre el tarso medio se han mantenido. La clave para un manejo no quirúrgico exitoso de las lesiones de Lisfranc es descartar una inestabilidad sutil. Las lesiones en el mediopie sospechosas de inestabilidad por la historia y el examen físico, pero que muestran resultados normales en las radiografías con carga, deben seguirse de cerca con los exámenes seriados o evaluarse con imágenes avanzadas. Cuando se mantiene un alto índice de sospecha con hallazgos dudosos en imágenes avanzadas, se debe realizar un examen bajo anestesia.

El tratamiento no quirúrgico generalmente consiste en 4 a 6 semanas sin carga, con inmovilización bajo la rodilla, seguido de un programa de rehabilitación³¹.

7.2. Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está indicado para lesiones asociadas a fracturas desplazadas, luxación o subluxación de medio pie y separación entre el primer y segundo metatarsiano. Existen alternativas para la resolución: reducción abierta con fijación interna y fusión primaria. Si existe extenso

daño de partes blandas se puede utilizar fijación externa y resolución por etapas³².

La reducción cerrada y la fijación con agujas Kirschner se utilizan con poca frecuencia, ya que es difícil medir el éxito de la reducción utilizando esta técnica debido a las limitaciones de una técnica percutánea. Como se mencionó anteriormente puede ser utilizada en un inicio hasta que disminuya el daño de partes blandas en lesiones de alta energía para luego en una segunda intervención abierta poder realizar una reparación definitiva³³.

Aunque algunos investigadores proponen que se logra una mejor reducción anatómica con métodos abiertos, los pacientes con una articulación Lisfranc reducida en descarga pero con inestabilidad dinámica en carga por abducción son excelentes candidatos para una reducción percutánea y la fijación interna. Es fundamental evaluar la reducción del complejo de Lisfranc en las proyecciones radiológicas anteroposterior y lateral en pabellón para garantizar una reducción anatómica, ya que la calidad de la reducción se correlaciona con los resultados del paciente.³⁴ Cualquier subluxación persistente o reducción inadecuada requiere conversión a un procedimiento abierto.

La reducción abierta y la fijación interna es el tratamiento quirúrgico de elección. Permite una reducción más precisa, y generalmente implica la aplicación de tornillos intermetatarsianos, placa dorsal o una combinación de ambos. Las placas de bloqueo de bajo perfil recientemente introducidas proporcionan una mayor rigidez de la construcción y pueden causar menos irritación de los tejidos blandos. La artrodesis primaria ha sido recomendada principalmente en lesiones ligamentosas, fracturas y luxaciones con daño severo de la superficie articular. Sin embargo, los estudios aleatorizados han mostrado resultados

comparables entre la artrodesis primaria y la reducción abierta con fijación interna^{35, 36}.

Recientemente, se han descrito nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las lesiones crónicas de la articulación de Lisfranc. Un ejemplo de ello es la reconstrucción de ligamentos con técnica de túnel óseo único para la lesión leve sintomática crónica de la articulación de Lisfranc en atletas que utilizan injertos autólogos donde todos los atletas regresaron a actividades de alto nivel³⁷.

El mal manejo de este tipo de lesiones del complejo de Lisfranc puede conducir a complicaciones como rigidez con afección de la marcha, artrosis, síndrome de dolor regional complejo y pérdida del arco tarsometatarsiano que puede manifestarse como un pie ensanchado o plano permanente.

Con respecto al retorno deportivo, un estudio reciente de Mora y colaboradores, refieren que un 94% de los pacientes que sufren una lesión de Lisfranc manejados con reducción abierta y fijación interna, pueden reintegrarse al deporte después de la lesión. Aproximadamente un tercio de la cohorte estudiada tuvo dolor continuo y el 18% tuvo que reducir su nivel de participación debido a este dolor, lo cual proporciona información pronóstica valiosa sobre la función a medio y largo plazo para el asesoramiento preoperatorio de los pacientes que se someten a este tratamiento³⁸.

VIII. REFERENCIAS

1. Clare M et al. Lisfranc injuries. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2017; 10: 81–85.
2. Welck MJ et al. Lisfranc injuries. *Injury, Int. J. Care Injured* 2015; 46: 536–41.
3. Wynter S et al. Lisfranc injuries. *AFP* 2017; 46(3): 116-19.
4. Desmond EA et al. Current concepts review: Lisfranc injuries. *Foot Ankle Int* 2006;27(8):653–60.
5. Wright MP et al. Lisfranc injuries. *BMJ* 2013; 347:f4561.
6. Lau S et al. Lisfranc fracture dislocation a review of a commonly missed injury of the midfoot. *Emerg Med J* 2017; 34:52–56.
7. Faraco M et al. Epidemiological study on Lisfranc injuries *Acta Ortop Bras.* 2017; 25(1): 44-7.
8. Shakked R et al. Lisfranc injuries in the athlete. *JBJS Reviews* 2017;5(9): e4.
9. Lewis J et al. Lisfranc injuries in the athlete. *Foot & Ankle International* 2016;37(12): 1374–80.
10. DeOrio M et al. Lisfranc injuries in sport. *Foot Ankle Clin* 2009;14(2):169–86.
11. Chiodo CP et al. Developments and advances in the diagnosis and treatment of injuries to the tarsometatarsal joint. *OrthopClin North Am.* 2001;32:11-20.
12. Kura H et al. Mechanical behavior of the Lisfranc and dorsal cuneometatarsal ligaments: in vitro biomechanical study. *J Orthop Trauma.* 2001;15:107-110.
13. Ho VB., et al. Subtle Lisfranc Injury: Low Energy Midfoot Sprain. *Military Medicine.* 2007; 172, 9: xii-xiii
14. Coetzee JC. Making sense of Lisfranc injuries. *Foot Ankle Clin*2008;13:695–704.
15. Bulcholz RW. Rockwood and green's fractures in adults: two volumes plus integrated content website. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
16. Chiodos P, Meyerson M. “ Developments and advances in the diagnosis and treatment of injuries to the tarsometatarsal joint”. *OrthopClin North Am.* 2001 Jan;32(1):11-20.
17. Di Domenico et al. Lisfranc Fracture-Dislocation/ Arthrodesis. In: *Complications in Foot and Ankle Surgery.* 1st ed. p. 219–232[Chapter 16].
18. Desmond EA et al. Current Concepts Review: Lisfranc Injuries. *Foot Ankle Int* 2006 27: 653.
19. Kent RW et al. Etiology and Biomechanics of Tarsometatarsal Injuries in Professional Football Players. *Orthop J Sports Med.* 2014
20. Wiley JJ The mechanism of tarso-metatarsal joint injuries. *J Bone Joint Surg Br.* 1971;53:474–482.
21. Meyer SA et al. Midfoot sprains in collegiate football players. *Am J Sports Med.* 1994;22:392–401
22. Nazarenko A et al. Imaging evaluation of traumatic ligamentous injuries of the ankle and foot. *RadiolClin North Am.* 2013 May;51(3):455-78.
23. Sivaloganathan S et al. Lisfranc injuries: assessment, diagnosis and management. *British Journal of Hospital Medicine,* April 2018, Vol 79, No 4

24. Granata JD et al. The midfoot sprain: a review of Lisfranc ligament injuries. *Phys Sportmes* 2010 Dec;38(4):119-26.
25. Seo DK et al. Nonweightbearing radiographs in patients With a Subtle Lisfranc Injury. *Foot Ankle Int.* 2017 Oct;38(10):1120-1125.
26. Hatem SF. Imaging of Lisfranc injury and midfoot sprain. *RadiolClin North Am.* 2008 Nov;46(6):1045-60.
27. Woodward S et al. Sonographic evaluation of Lisfranc ligamen injuries. *J Ultrasound Med.* 2009 Mar;28(3):351-7.
28. Wedmore I et al. Emergency department evaluation and management of foot and ankle pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2015 May; 33(2):363-96.
29. Eleftheriou K. Lisfranc injury in the athlete: evidence supporting management from sprain to fracture dislocation. *Foot Ankle Clin.* 2013 Jun;18(2):219-36.
30. Komeda GA. "Results of arthrodesis of the tarsometatarsal joints after traumatic injury". *J Bone Joint Surg Am.* 1996 Nov;78(11):1665-76.
31. Meyer SA. "Midfoot sprains in collegiate football players." *Am J Sports Med.* 1994;22:392-401
32. Kadow TR, et al. "Staged treatment of high energy midfoot fracture dislocations". *Foot Ankle Int.* 2014 Dec;35: 1287-91.
33. DolfiHerscovici Jr. "Acute management of high-energy lisfranc injuries: A simple approach". *Injury, Int. J. Care Injured* 49 (2017).
34. Jeffrey D. "Lisfranc Injuries When to Observe, Fix, or Fuse" .*Clin Sports Med.* 2015 Oct;34(4):705-23
35. Coetzee JC, Ly TV. "Treatment of primarily ligamentous Lisfranc joint injuries: primary arthrodesis compared with open reduction and internal fixation. Surgical technique." 2007. *J Bone Joint Surg Am* 89(Suppl 2 Pt.1): 122-127
36. Henning JA, Jones CB, Sietsema DL, Bohay DR, Anderson JG. " Open reduction internal fixation versus primary arthrodesis for lisfranc injuries: a prospective randomized study". (2009) *Foot Ankle Int*30(10): 913-922
37. Miyamoto W, Takao M, Innami K, Miki S, Matsushita T L"igament reconstruction with single bone tunnel technique for chronic symptomatic subtle injury of the Lisfranc joint in athletes." (2015) *Arch Orthop Trauma Surg*135(8): 1063-1070.
38. Mora AD, et all. "Return to Sports and Physical Activities After Open Reduction and Internal Fixation of LisfrancInjuries in Recreational Athletes." *Foot Ankle Int.* 2018;39(7):801-807

Este artículo se cita de la siguiente manera:

Méndez E, Sanhueza M, Foster P. Revisión de Conceptos en: Esguince de Lisfranc. Rev. Actuali. Clinic. Meds. Vol. 2. Num 2, Julio-Diciembre (2018). ISSN 0719-8620, pp 30-39.

Las opiniones, análisis, resultados y conclusiones del autor son de su exclusiva responsabilidad y no necesariamente involucran el pensamiento de la Revista Actualizaciones de Clínica MEDS.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe contar con el permiso de la Revista Actualizaciones Clínica MEDS

.

Señores:
JUZGADO QUINTO (5) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

REFERENCIA	Radicación No. 2021-00022
	Demandante: YUDI PAOLA OJEDA VERA
	Demandados: JAIRO ALBERTO ROMERO MORA Y OTROS
ASUNTO: EXCEPCIONES PREVIAS	

JUAN JOSE CABRALES PINZÓN, identificado con cedula de ciudadanía 1.032.451.419 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional de abogado 284.224, expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial, del Dr. **JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, en su calidad de demandado dentro del presente proceso, de conformidad con el poder a mi conferido, el cual obra en el expediente, **por medio del presente escrito** y dentro del término legal, **me permito presentar EXCEPCIONES PREVIAS** en el presente asunto en virtud de lo dispuesto en los artículos 100 y 101 del Código General del Proceso.

Las excepciones que se plantean en el presente documento y que se encuentran consagradas en la ley procesal, son:

- **INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE REQUISITOS FORMALES- INEXISTENCIA DE AGOTAR EL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD CON EL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.**

La fundamentación fáctica y jurídica con base en las cual se sustentan las mismas son:

- El día 7 de julio del año 2020, la parte hoy demandante, solicitó trámite de audiencia de conciliación extrajudicial en derecho ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación.
- Tenemos que dentro de la parte convocada, hoy demandada se encuentra **el Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, a quien desde ya se debe manifestar **NÚNCA LO CITARON DENTRO DE NINGÚN TRAMITE DE CONCILIACIÓN, COMO DE MANERA DESATINADA Y DESAFORTUNADA LO PRETENDIÓ HACER VER LA APODERADA DE LA PARTE ACTORA, EN SU SOLICITUD PROBATORIA.**
- Tal y como se evidencia en los documentos emitidos por el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, se tiene que en efecto la diligencia fue fijada para el día 10 de septiembre de 2020, nuevamente resaltando que mi Mandante **JAMÁS** fue citado a una audiencia de conciliación.
- En el formato de constancia de inasistencia, el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, se permitió consagrar lo siguiente:

4.- La conciliadora remitió a las direcciones de correo electrónico de las partes la respectiva citación, manifestando de manera expresa que la audiencia se llevará a cabo por medios virtuales en consideración a la emergencia sanitaria y el respectivo aislamiento obligatorio amparado en los Decretos 491 y 531 de 2020 y solicitando a las partes que expresen su voluntad de que la audiencia se realice por este medio.

- Es claro que, mi Mandante **JAMÁS** recibió correo electrónico alguno donde fuera citado a una audiencia de conciliación en el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, en donde se buscara resolver el posible conflicto de la hoy demandante con los hoy demandados.
- Posteriormente, en el mismo documento, se consignó lo siguiente:

No comparecieron los señores **MARIO ESTEBAN SANCHEZ ROJAS, LUIS FERNANDO OLARTE SALAZAR Y JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, con

Lugar de Archivo: Centro de Conciliación de la PGN.	Tiempo de Retención: Archivo de Gestión: 5 años, Archivo Central: 3 años.	Disposición Final: Microfilmación y Conservación permanente.
---	---	--

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. Calle 16 No. 4-75 Piso 1º.
PBX 587 8750 Ext. 13435/13436/13439 Fax. 5878750 Ext. 13482. conciliacion.civil@procuraduria.gov.co

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho

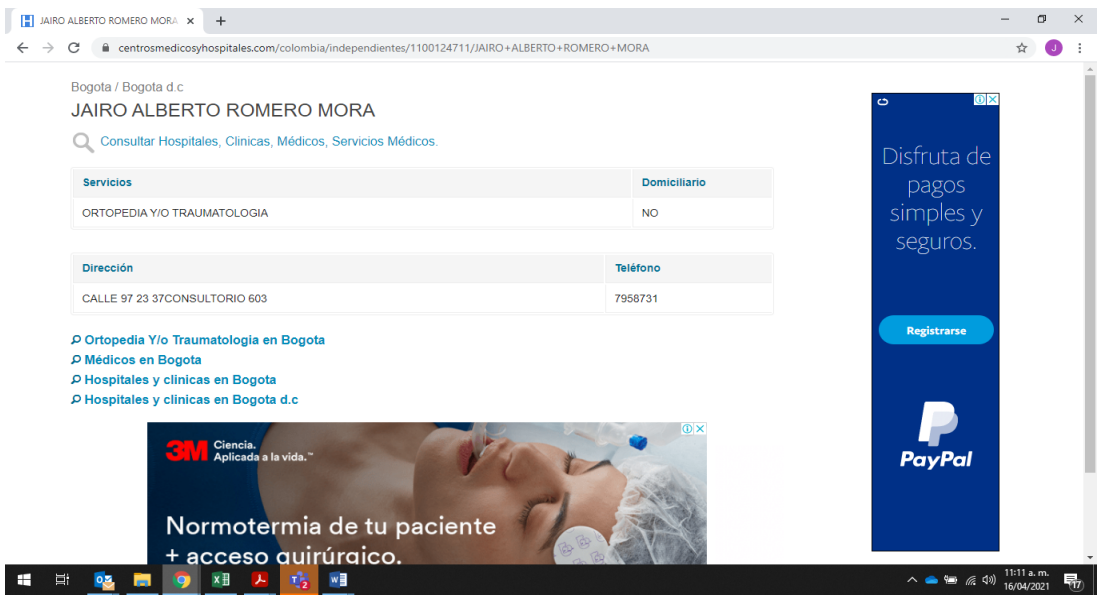
	PROCESO PREVENTIVO	Fecha de Revisión	16/11/2018
	SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO EN MATERIA CIVIL Y COMERCIAL	Fecha Aprobación	16/11/2018
	FORMATO CONSTANCIA DE INASISTENCIA	Versión	1
	REG-PR-CO-016	Página	3 de 3

quienes no se pudo llevar a cabo la audiencia de conciliación. Se observa que no fueron aportados los correos electrónicos de éstos convocados, por desconocimiento de los mismos.

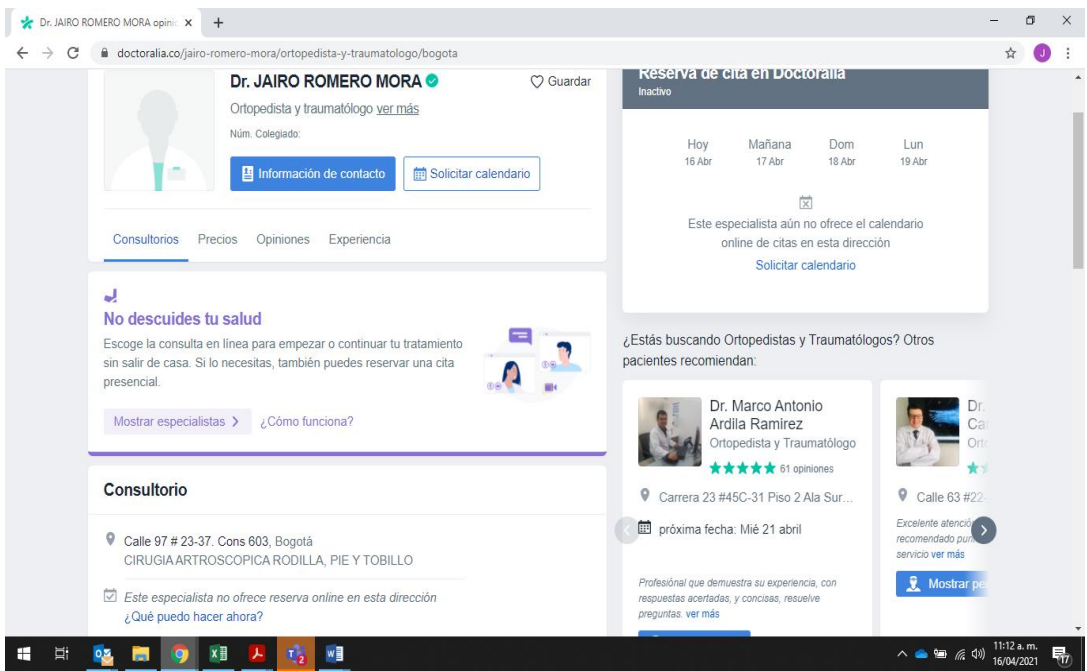
- Es evidente que en la misma constancia de inasistencia el propio Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, afirma de manera clara que los médicos **MARIO ESTEBAN SANCHEZ ROJAS, LUIS FERNANDO OLARTE SALAZAR Y JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, no fueron citados pues **NO SE TENIA CONOCIMIENTO DE LOS CORREOS ELECTRONICOS**.
- Debe ser a todas luces claro para el Honorable Despacho que, en el presente asunto **NO SE AGOTÓ EL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD CON EL DR. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA**, toda vez que:
 - A) Jamás se enteró de la existencia de un trámite de conciliación extrajudicial donde tenía la calidad de convocado.
 - B) Nunca recibió correo electrónico alguno por parte del Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, donde lo citaran en calidad de convocado.
 - C) No tuvo la posibilidad de conocer los términos de la conciliación y poder presentarse a la audiencia, lo cual claramente vulnera a todas luces el

artículo 29 de la Constitución Política de Colombia, pues no existió debido proceso alguno.

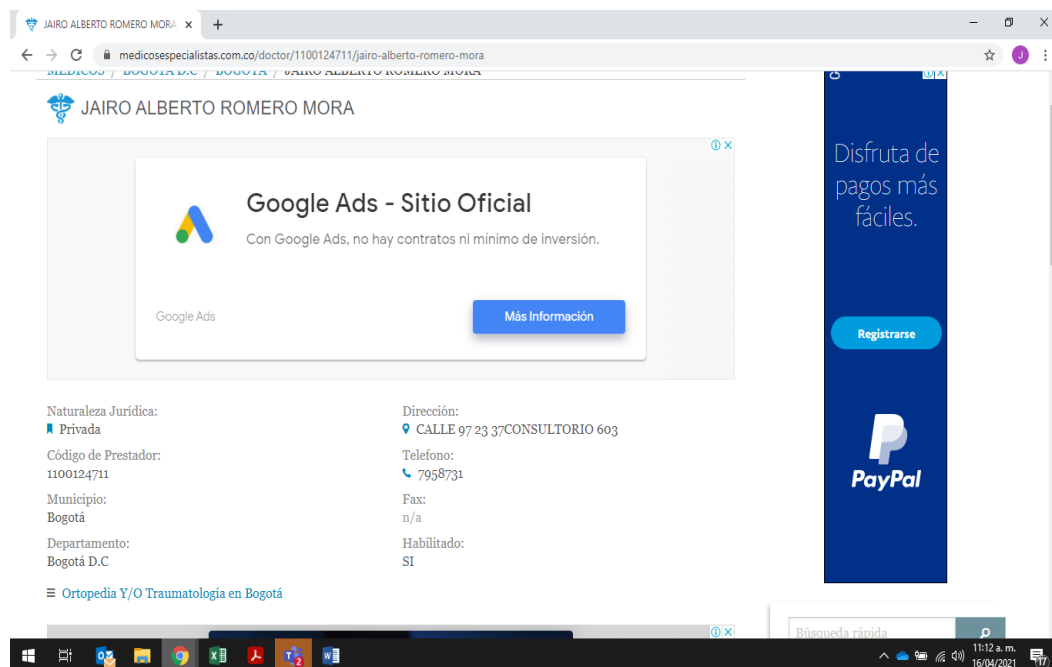
- Es fundamental señalar que, la parte convocante no tuvo intención alguna de realmente citar al Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, pues no desplegó actuación alguna tendiente a obtener una dirección de correo electrónico y/o física, lo cual da clara cuenta de una actuación desatinada por su parte.
- Basta con hacer una búsqueda en google, para poder encontrar datos de contacto del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA, como lo es dirección física y teléfono. Veamos:



<https://centrosmedicosyhospitales.com/colombia/independientes/1100124711/JAIRO+ALBERTO+ROMERO+MORA>



<https://www.doctoralia.co/jairo-romero-mora/ortopedista-y-traumatologo/bogota>



<https://medicospecialistas.com.co/doctor/1100124711/jairo-alberto-romero-mora>

- Así las cosas, no cabe duda alguna que, la actuación de la parte convocante en su momento al indicar que desconocía datos de contacto del Dr. ROMERO MORA, es completamente desatinada y vulnera de manera clara garantías constitucionales de mi Mandante, pues no se agotó el requisito de procedibilidad.
- Ahora bien, si tanta era si intención de citar a mi Mandante, hubiese podido elevar derecho de petición a COMPENSAR EPS, con el fin de poder por lo menos si quiera demostrar que tuvo la intención de conocer la dirección de correo electrónico y/o datos de contacto del Dr. JAIRO ALBERTO ROMERO MORA.
- La ley 640 de 2001 en su artículo 35 consagró que:

*“ARTICULO 35. REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD. <Artículo modificado por el artículo 52 de la Ley 1395 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> **En los asuntos susceptibles de conciliación, la conciliación extrajudicial en derecho es requisito de procedibilidad para acudir ante las jurisdicciones civil, de familia y contencioso administrativa, de conformidad con lo previsto en la presente ley para cada una de estas áreas.** En los asuntos civiles y de familia podrá cumplirse el requisito de procedibilidad mediante la conciliación en equidad.*

Realizada la audiencia sin que se haya logrado acuerdo conciliatorio total o parcial, se prescindirá de la conciliación prevista en el artículo 101 del Código de Procedimiento Civil o de la oportunidad de conciliación que las normas aplicables contemplen como obligatoria en el trámite del proceso, salvo cuando el demandante solicite su celebración.

El requisito de procedibilidad se entenderá cumplido cuando se efectúe la audiencia de conciliación sin que se logre el acuerdo, o cuando vencido el término previsto en el inciso 1o del artículo 20 de esta ley la audiencia no se hubiere celebrado por cualquier causa; en este último evento se podrá acudir

directamente a la jurisdicción con la sola presentación de la solicitud de conciliación.

Con todo, podrá acudir directamente a la jurisdicción cuando bajo la gravedad de juramento, que se entenderá prestado con la presentación de la demanda, se manifieste que se ignora el domicilio, el lugar de habitación y el lugar de trabajo del demandado, o que este se encuentra ausente y no se conoce su paradero” (Negrilla y subrayada fuera de texto)

- A su vez el artículo 36 de la citada disposición, consagró que:

“ARTICULO 36. RECHAZO DE LA DEMANDA. <Ver Notas del Editor> La ausencia del requisito de procedibilidad de que trata esta ley, dará lugar al rechazo de plano de la demanda”

- Así mismo es claro que en el presente asunto no se dio cumplimiento en debida forma a la Ley 640 de 2001, motivo por el cual es claro que la demanda presentada carece de los requisitos formales establecidos por la Ley.

El párrafo 2 de la Ley 640 de 2001, consagró lo siguiente:

“ARTICULO 1o. ACTA DE CONCILIACION. El acta del acuerdo conciliatorio deberá contener lo siguiente:

1. Lugar, fecha y hora de audiencia de conciliación.
2. Identificación del Conciliador.
3. Identificación de las personas citadas con señalamiento expreso de las que asisten a la audiencia.
4. Relación sucinta de las pretensiones motivo de la conciliación.
5. El acuerdo logrado por las partes con indicación de la cuantía, modo, tiempo y lugar de cumplimiento de las obligaciones pactadas.

PARAGRAFO 1o. A las partes de la conciliación se les entregará copia auténtica del acta de conciliación con constancia de que se trata de primera copia que presta mérito ejecutivo.

PARAGRAFO 2o. <Parágrafo modificado por del artículo [620](#) de la Ley 1564 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> **Las partes deberán asistir personalmente a la audiencia de conciliación y podrán hacerlo junto con su apoderado. Con todo, en aquellos eventos en los que el domicilio de alguna de las partes no esté en el municipio del lugar donde se vaya a celebrar la audiencia o alguna de ellas se encuentre por fuera del territorio nacional, la audiencia de conciliación podrá celebrarse con la comparecencia de su apoderado debidamente facultado para conciliar, aun sin la asistencia de su representado”** (Negrilla y subrayado fuera de texto)

- En el presente asunto tenemos, que, mi Mandante **NO SE ENTERÓ DE TRAMITE DE CONCILIACIÓN ALGUNO, NO AGONTANDOSE ENTONCES EL REQUESITO DE PROCEDIBILIDAD.**

- Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que dentro del presente asunto **NO CABE DUDA ALGUNA QUE NO SE CUMPLIÓ CON EL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD EN DEBIDA FORMA, PUES NO SE CUMPLIÓ CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY 640 DE 2001.**
- De la lectura de los artículos anteriormente expuestos, es claro que en el presente caso **NO SE AGOTÓ EN DEBIDA FORMA EL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DADO QUE EL CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA PROCURADURIA NO TENÍA LA COMPETENCIA PARA CONOCER DE ELLO, MOTIVO POR EL CUAL EL HONORABLE DESPACHO DEBE RECHAZAR LA PRESENTE DEMANDA.**

- **PETICIÓN**

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos, de manera respetuosa, solicito a su Honorable Despacho, se sirva declarar respecto de mi mandante, la excepción previa de **INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES**, expuestas a lo largo de este escrito; lo anterior toda vez que se encuentran comprobadas, y es por ello que requiero además que se proceda de conformidad con el artículo 101 del Código General del Proceso.

- **PRUEBAS**

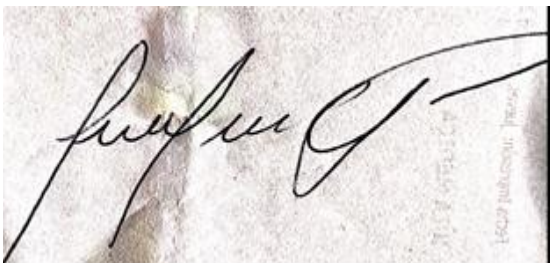
Como prueba de lo indicado solicito tener en cuenta la totalidad de los folios del expediente del proceso de la referencia; especialmente los relacionados con la demanda y sus anexos, pues con ellos se prueban las excepciones previas antes referidas

- **NOTIFICACIONES**

El suscrito apoderado judicial JUAN JOSE CABRALES PINZÓN, y el Dr JAIRO ALBERTO ROMERO MORA recibiremos notificaciones en la Secretaría del Despacho, o en la Carrera 19 # 114-65 oficina 502 en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: asjubo03@gmail.com

Del Señor Juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan José Cabrales Pinzón', is written over a light-colored, textured background. The signature is fluid and cursive.

JUAN JOSÉ CABRALES PINZÓN
CC. 1.032.451.419 de Bogotá
T.P 284.224 del C.S.J