



CLINICAS QUIRURGICAS COMPLMENTARIAS

FRACTURA DE CADERA

DR ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

FRACTURAS DE CADERA

En general, se definen dos grandes grupos de fracturas de cadera, las fracturas intracapsulares y las extracapsulares. En las primeras, la fractura se sitúa en el cuello del fémur y puede quedar interrumpida la vascularización de la cabeza femoral, por lo que conllevan un riesgo de necrosis y de pseudoartrosis, que deben ser considerados a la hora de seleccionar el tratamiento. Se han propuesto diversas clasificaciones de las fracturas intracapsulares de cadera, pero ninguna ha demostrado tener una correlación intra e inter observador suficiente como para aconsejar su uso generalizado y, además, no aportan información diagnóstica, terapéutica o pronóstica. Estas fracturas por tanto deben subdividirse exclusivamente en desplazadas y no desplazadas, dado que el grado de desplazamiento sí correlaciona con el riesgo de complicaciones y determina el tipo de tratamiento a realizar. Las fracturas intracapsulares de cadera incluyen las fracturas subcapitales y transcervicales. Las fracturas extracapsulares se subdividen, según su localización anatómica, en basicervicales, intertrocanteréas y subtrocantéreas. Sin embargo, el factor pronóstico clave para conocer la capacidad de recuperación funcional precoz de estos pacientes es la estabilidad de la fractura, por lo que es más práctico clasificarlas en fracturas estables e inestables. El grado de estabilidad es inversamente proporcional a la conminución. Una fractura extracapsular es estable siempre que esté conservada la línea de transmisión de cargas desde el calcar hasta la diáfisis femoral. El calcar femoral se localiza en la zona posteromedial de la extremidad proximal del fémur, y está formado por las trabéculas que, sometidas a fuerzas de compresión, son la línea de soporte de la carga durante la deambulación. Por ello, la rotura del calcar en la zona intertrocanterea implica que la fractura es inestable. Además de las fracturas que interrumpen el calcar (esto es, las fracturas que interesan a la pared posteromedial de la extremidad superior del fémur), son inestables las fracturas con afectación o extensión subtrocantérea, en las que está interrumpido el paso de la carga a la diáfisis femoral, y las denominadas fracturas de trazo invertido, en las que la línea de fractura se dirige de superior a inferior y de medial a lateral, por el riesgo de desplazarse durante la carga

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Anestesia, de preferencia por bloqueo espinal.
- Colocación del paciente en la mesa de tracción y reducción indirecta bajo IDI.
- Profilaxis antibiótica intravenosa con 2 g de cefalotina en la inducción anestésica.
- Embrocado con solución de yodopovidona y colocación de campos quirúrgicos.

ABORDAJE TRADICIONAL

- Incisión desde el trocánter mayor hacia distal, a demanda, en función de la longitud de la placa por utilizar (promedio de 12 cm).
- Acceso al plano óseo reclinando hacia anterior el vasto lateral.

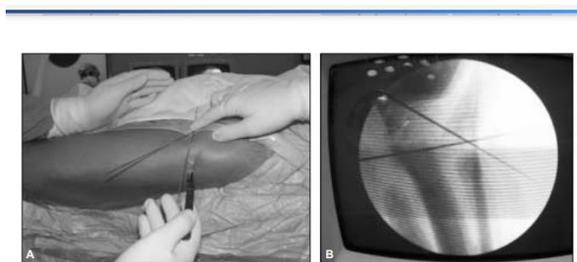
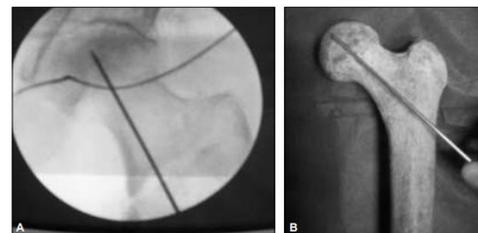


Figura 3. A. Sitio de ingreso de tornillo cefálico. B. Confirmación de sitio de ingreso bajo radioscopia.



- Colocación de una clavija con guía bajo control con IDI.
- Labrado del canal, colocación del tornillo cefálico y de la placa-tubo con sus respectivos tornillos.
- Liberación de la tracción y aplicación del tornillo de compresión.
- Cierre por planos y colocación del drenaje aspirativo.

Abordaje mínimamente invasivo

- Localización y marcado en la piel del sitio de ingreso del tornillo cefálico con IDI

- Incisión en la piel de 4-5 cm de longitud desde el sitio de ingreso del tornillo cefálico hacia distal, apertura de la aponeurosis y acceso óseo por divulsión de las fibras musculares del vasto lateral.

- Colocación de una clavija "orientadora" rasante a la cara anterior del cuello y de la cabeza femoral, posicionándola en la dirección del tornillo cefálico en el plano coronal

Colocación con motor de la clavija guía, paralela y posterior a la "orientadora", control final en los planos coronal y sagital bajo .- Labrado del canal e introducción del tornillo cefálico.

- El tornillo cefálico se deja con el canal guía en una posición que permita que la placa se presente al cenit para su colocación.

- Se rota la placa 90º y se tracciona manualmente de las partes blandas para permitir la aplicación de la placa a la diáfisis femoral y la colocación de sus tornillos.

- Se libera la tracción y se coloca el tornillo de compresión.

- Cierre por planos sin colocación de drenaje y cura plana

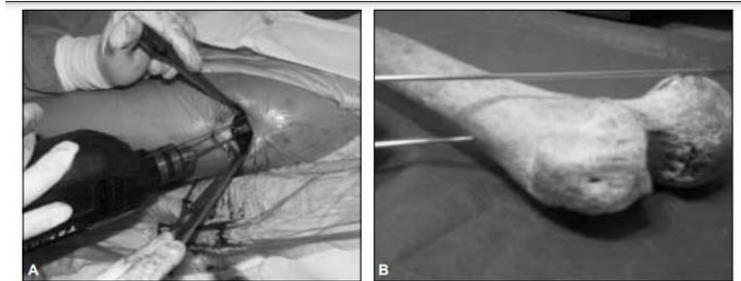


Figura 5. A. Representación de la colocación de la clavija guía. B. Colocación de la clavija guía por debajo de la orientadora.

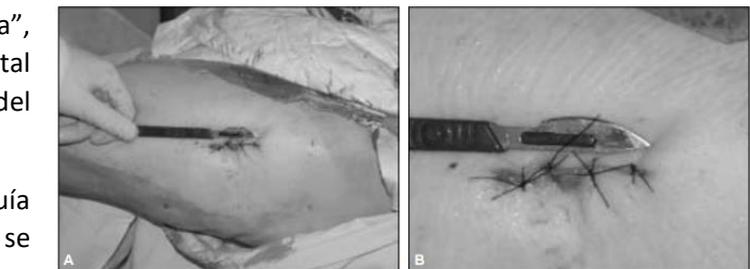
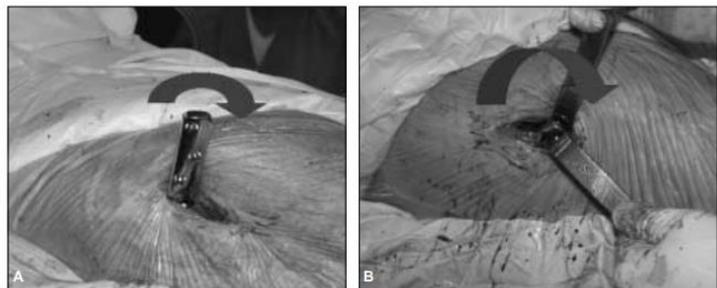


Figura 7. A y B. Aspecto de la herida luego del cierre (5 cm).

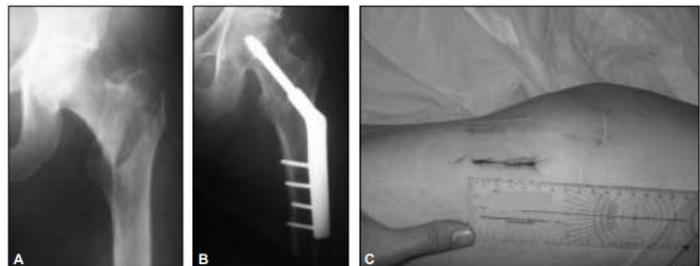


Figura 8. A, B y C. Paciente 1.

profilaxis antibiótica durante 24 horas y antiagregación plaquetaria por 21 días. A las 24 horas rehabilitación con sedestación y ejercicios activos/ a articular y la función.

La artroplastia total de cadera (ATC) es uno de los procedimientos ortopédicos más exitosos que se realizan hoy en día, y es una intervención coste-efectiva para disminuir el dolor, mejorar la función y sobre todo la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera. Sir John Charnley, un cirujano ortopédico británico, desarrolló los principios fundamentales de la cadera artificial y se considera el padre de la ATC. La ATC es una intervención electiva que debería ser considerada como una opción entre otras alternativas.

La decisión para realizarla debe tomarse teniendo en consideración tanto los riesgos como los beneficios potenciales. La comprensión minuciosa tanto del procedimiento como de los resultados esperados es una parte importante del proceso de decisión. En el paciente adecuado la ATC puede ser una intervención que cambia su vida al mejorar el dolor, la función y la calidad de vida.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La ATC está indicada en pacientes con patología de cadera, que condiciona dolor persistente e incapacitante y disminución significativa de las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida, en los que ha fracasado un tratamiento conservador o quirúrgico previo.

Pacientes con importante deformidad y limitación de la movilidad pueden ser también candidatos al reemplazo articular si la discapacidad resultante es considerable.

La edad en sí misma no es una contraindicación para realizar una artroplastia, y ésta se puede indicar por tanto en pacientes de todas las edades (excepto antes de la finalización del crecimiento), pero debido a la posibilidad de fallo de la prótesis con el tiempo es preferible retrasar el procedimiento el máximo posible.

La ATC está contraindicada en casos de infección activa (local o sistémica), enfermedades médicas preexistentes significativas (por ejemplo, infarto agudo de miocardio reciente o angina inestable, insuficiencia cardíaca o anemia severa), inmadurez esquelética, paraplejía o tetraplejía y debilidad muscular permanente o irreversible en ausencia de dolor.

TECNICA DE ARTROPLASTIA TOTAL Y PARCIAL

La artroplastía de cadera , ó prótesis , consiste en una cirugía ortopédica que busca reemplazar de forma total o parcial la articulación de la cadera con un implante artificial llamado prótesis. El objetivo es reemplazar las partes de la articulación que han sido dañadas y aliviar el dolor, cuando no se puede controlar con otros tratamientos o éstos han fallado

INSTRUMENTAL NECESARIO:

Caja de cadera, separador de cadera, caja de prótesis de cadera, (en función de la casa comercial que utilicemos), motor con sierra, y si la prótesis prevemos que va a ser cementada, ampliaremos con los tapones endomedulares y la jeringa de cementación

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Con el paciente en decúbito lateral, y una vez realizada la incisión y separados los planos correspondientes, se accede a la articulación afectada, se realiza la desarticulación manual de la misma, y posteriormente se extrae con la sierra la cabeza del fémur, que se separa y mide.

Una vez fuera la cabeza del fémur, nos podemos encontrar con tener que modificar y por tanto cambiar también, el lecho dónde se aloja la misma, el acetábulo, procediendo por tanto a su fresado hasta un nº previamente acordado.

Con el acetábulo final ya colocado, el cirujano se dirige al fémur, fresando el vástago del mismo, una vez fresado también, hasta el nº correspondiente, se procede a la colocación del vástago protésico. Finalmente, y una vez colocado el polietileno que corresponde en el acetábulo, se procede a la prueba de la cabeza femoral, decidiéndose el nº. y posterior cierre de la incisión.

CARACTERÍSTICAS :

Las prótesis son de dos clases: cementadas y no cementadas. Las prótesis cementadas emplean un material especial, cemento, para facilitar el anclaje de los componentes de la prótesis al hueso, fundamentalmente en sujetos con osteoporosis o edad avanzada, ya que la rehabilitación con estas prótesis es más rápida pero la duración de las mismas es menor. Las no cementadas no se acompañan de ningún material adicional, sino que el metal va en contacto directo con el hueso; en estos casos, la prótesis es de mayor duración, pero la rehabilitación es más duradera puesto que es el hueso el que debe crecer lentamente para facilitar el anclaje de la prótesis. Éstas últimas se emplean en pacientes de menor edad y con hueso de características normales.

POSICIÓN QUIRÚRGICA:

La posición quirúrgica del paciente es en decúbito lateral, exponiendo la cadera afectada.

Es importante revisar toda la posición con el fin de proteger y almohadillar de manera correcta todas las zonas susceptibles de lesión.

TIPO DE ANESTESIA:

Normalmente el tipo de anestesia más frecuente, suele ser la anestesia espinal, si se preve un tiempo de duración quirúrgica por encima de las dos horas, se . Suele realizar una anestesia combinada epi/ espinal.

RECOMENDACIONES:

Proteger las zonas de apoyo. Evitar la hipotermia con la utilización de mantas térmicas y calentadores de líquidos