



# Medicina humana

Clínicas quirúrgicas  
complementarias

“Fractura de cadera”

2do Parcial (Séptimo semestre)

**Doctor Alfredo López López**

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

---

## Fractura de cadera

### Definición

Es la fractura que ocurre en el extremo proximal del fémur, puede ser intracapsular, afectando al cuello del fémur, o extra capsular, afectando a la región trocanterica. De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital), al cuello (fractura de cuello), a los trocares (fracturas intertrocantericas o pertrocantericas) al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantericas y al trocánter mayor o al trocánter menor.

### Epidemiología

La incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad, ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años. La edad media de presentación es de 80 años y cerca del 80% de los afectados son mujeres (2-3 veces más frecuente en mujeres), en quienes el riesgo anual alcanza el 4% sobre los 85 años de edad.

La mayoría de las fracturas son resultado de caídas o tropiezos, sin embargo cerca del 5% no tiene el antecedente de traumatismo. Las fracturas más comunes son las de cuello femoral y las pertrocantericas, que representan sobre el 90% del total de las fracturas de cadera.

### Factores de riesgo

La osteoporosis, además de ser un factor de riesgo, es un importante factor contribuyente, debido a que disminuye la resistencia del esqueleto y por lo tanto facilita que ocurra una fractura.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia de fractura de cadera materna</li><li>• Exceso de consumo de OH.</li><li>• Exceso de consumo de cafeína.</li><li>• Inactividad física</li><li>• Bajo peso corporal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estatura alta</li><li>• Fractura de cadera previa</li><li>• Uso de psicotrópicos</li><li>• Institucionalización</li><li>• Discapacidad visual</li><li>• Demencia.</li></ul>
---	---

## Presentación clínica

La presentación clínica característica a menudo se da en pacientes de edad avanzada; generalmente de sexo femenino, con un grado variable de demencia y que refiere haber sufrido una caída, golpeándose sobre una de sus caderas. Comúnmente se queja de dolor severo en la cadera afectada y tiene dificultad o imposibilidad para caminar. El paciente suele presentar dolor localizado sobre la cadera y un rango de movilidad limitado para realizar la rotación y flexión tanto pasivas como activas.

Puede presentarse deambulando de manera normal y sólo referir un vago dolor en sus nalgas, rodillas, muslos, ingle o espalda. Además estos pacientes pueden tener lesiones adicionales, como laceraciones de piel y cuero cabelludo, esguinces, etc. los tienden a enmascarar la patología de cadera y distraen la atención del médico.

## Clasificación

Las fracturas de cadera se clasifican de acuerdo a diferentes criterios. La más utilizada es la clasificación anatómica, que las divide según la localización del rasgo de fractura. Según este criterio son clasificadas como intracapsulares o extracapsulares.

Las fracturas intracapsulares incluyen:

- Fracturas de la cabeza femoral.
- Subcapitales.
- Transcervicales o medio cervicales.
- Basicervicales.

Las fracturas extracapsulares se dividen en dos subtipos:

- Intertrocantéricas (Pertrocantéricas).
- Subtrocantéricas.

Las fracturas del cuello femoral pueden clasificarse adicionalmente de acuerdo a la severidad y al grado de estabilidad utilizando la clasificación de Garden:

- Tipo I: Impactación en valgo de la cabeza femoral.
- Tipo II: Fractura completa, pero no desplazada.
- Tipo III: Desplazamiento en varo de la cabeza femoral.
- Tipo IV: Completa pérdida de continuidad entre ambos fragmentos.

Las fracturas extracapsulares intertrocantéricas pueden ser catalogadas según la clasificación de Tronzo:

- Tipo I: Fractura trocantérica incompleta.
- Tipo II: Fractura de ambos trocánteres sin conminución.
- Tipo III: Fractura conminuta con desprendimiento del trocánter menor; la punta inferior del cuello se encuentra dentro de la cavidad medular de la diáfisis femoral, pared posterior conminuta.
- Tipo IV: Fractura conminuta con la punta inferior del cuello fuera de la diáfisis, hacia medial; mayor conminución posterior.
- Tipo V: Trocantérica con oblicuidad invertida al rasgo de fractura, la diáfisis está desplazada hacia dentro; (trazo inverso al tipo I).

## Tratamiento

### Fracturas del cuello del fémur

Las fracturas de cuello del fémur proximal se estabilizan mediante la combinación de una placa femoral con un tornillo tirafondos de compresión. Las fracturas que se producen por encima del trocánter también pueden repararse mediante un sistema de tornillos canulados que se introducen con una técnica similar.

### Técnica

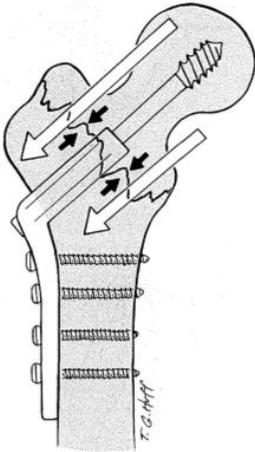
1. Se realiza una incisión lateral o posterolateral sobre la cadera.
2. Se introduce un clavo guía en el trocánter.
3. Se mide la longitud del clavo guía.
4. Se coloca un escariador canulado sobre el clavo guía.
5. Se introduce un tornillo tirafondos (de compresión) en el trocánter.
6. Se encaja el componente de la placa sobre el tornillo y se lo hace avanzar.

7. Se retira el clavo guía.
8. Se labran los orificios para los tornillos con un taladro y se introducen los tornillos en la placa lateral.
9. Se retira el tornillo tirafondos.
10. Se cierra la herida.

## Descripción

Para el tratamiento quirúrgico de la fractura del cuello del fémur (fractura que atraviesa el cuello propiamente dicho o los trocánteres), hay una serie de opciones que se enumeran a continuación:

- El sistema de placa y tornillo de compresión.
- El tornillo de compresión dinámica solo.
- La artroplastia.



**Figura 30-59** Sistema de compresión tornillo-placa. Se introduce a través del trocánter un montaje placa-tubo, además de un tornillo de compresión para aproximar los fragmentos. Después se retira el tornillo. (Tomado de Browner B, Jupiter J, Levine A, Traiton P: *Skeletal trauma: basic science, management, and reconstruction*, 3ª ed., Philadelphia, 2003, WB Saunders.)

## Enclavijado intramedular del fémur

### Objetivos quirúrgicos

Para prepara la fractura de la diáfisis del fémur puede colocarse un clavo femoral intramedular. Este clavo es una varilla rígida que se coloca en el canal medular y se

mantiene en posición mediante cerrojos colocados en un ángulo de 90° con respecto al clavo.

## **Descripción**

Los instrumentos necesario para realizar el procedimiento son los de la caja de ortopedia, incluidos los separadores de cadera, además de un taladro, u juego de clavos de Steinmann y un sistema de enclavijado femoral.

El paciente se coloca decúbito supino sobre la mesa de operaciones ortopédica o sobre una mesa común.

Se administra anestesia general. La pierna de la cadera que va operarse puede colocarse en tracción usando el accesorio de la bota de la mesa ortopédica.

Entonces se evalúa la posición con el fluoroscopio. Debe prepararse la piel de la rodilla, la cadera, el muslo, el glúteo y el tronco, incluida la axila. Los campos se colocan según la técnica habitual, con un campo U que se extiende hasta la rodilla. Se marca la incisión con un rotulador de piel.

Se realiza una incisión sobre el trocánter, la cual profundiza hasta los planos subcutáneo, aponeurótico y muscular. Para exponer el trocánter se usan separadores de Richardsson o separadores tipo rastrillos grandes (de Israel).

## **Artroplastia de la cadera**

### **Objetivo quirúrgico**

El objetivo de la artroplastia de la cadera es remplazar los componentes enfermos de la articulación de la cadera, es decir, el acetábulo, el trocánter y la cabeza del fémur, por uno o más implantes sintéticos.

### **Técnica**

1. Se realiza una incisión anterior o posterolateral sobre la cadera.
2. Se luxa la cadera.
3. Se incide el cuello femoral y se reseca la cabeza del fémur.
4. Se modela y se escarifica el acetábulo.

5. Se evalúa en el acetábulo una copa de prueba, y se introduce la prótesis con tornillos o sin ellos.
6. Se labra el canal femoral con escariadores.
7. Se modela el extremo resecaado del fémur.
8. Se introduce la cabeza femoral y se evalúa mediante la reducción de la articulación.
9. Se luxa la articulación y se limpia el canal femoral.
10. Se coloca la prótesis con cemento o mediante encaje a presión.
11. Se irriga y se cierra la herida.

### **Bibliografías**

- Joanna Kotcher Fuller. (2012). Principios de instrumentación quirúrgica Fuller. España: Panamericana.
- Intervención De Enfermería En La Atención Del Adulto Mayor Con Fractura De Cadera. México: Secretaria De Salud, 2013.