



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“FRACTURA DE CADERA”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

**MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

FRACTURAS DE LA CADERA.

Las fracturas de esta última (parte proximal del fémur) son muy frecuentes.

Son lesiones mayores con riesgo significativo de morbilidad y muerte.

Es importante que ninguno de los médicos implicados en la atención de un individuo con fractura aguda de cadera subestime la lesión.

La tasa de supervivencia por esta lesión en la etapa aguda es cercana a 90%.

Varios autores han publicado que la tasa de mortalidad para enfermos que sufren fractura de cadera puede ser de hasta 25 a 50% cuando se valoran un año después de la lesión.

Como es bien sabido, las fracturas de cadera tienen una relación marcada con osteoporosis precedente.

La osteoporosis, la edad avanzada de muchos de los sujetos y las enfermedades médicas concurrentes hacen que la supervivencia con esta lesión sea causa de preocupación en todos los casos.

Los médicos que atienden a estos individuos deben incluir una valoración médica cuidadosa y seguimiento de las enfermedades concurrentes.

Tales consideraciones también han de extenderse al bienestar social del paciente al salir del hospital.

La disminución de la movilidad, el dolor y la alteración de la rutina pueden causar trombosis venosa profunda, neumonía, úlceras por presión y depresión.

También es importante comprender que una fractura de cadera con frecuencia es un fenómeno de vida precipitante, ya que el sujeto afectado puede cambiar de la vida independiente a la vida asistida o hasta el ingreso a una institución de asistencia.

Aunque es parte necesaria del tratamiento agudo inmediato, todos los sujetos que sufren fractura de cadera deben valorarse con el propósito de detectar osteoporosis, con tratamiento apropiado para la densidad mineral después del procedimiento quirúrgico.

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE CADERA.

Por lo general, estas fracturas se clasifican en tres tipos distintos: fracturas del cuello femoral, fracturas intertrocantéricas y fracturas subtrocantéricas.

Fracturas del cuello femoral.

Las fracturas del cuello femoral comprenden casi 50% de todas las fracturas de la parte proximal del fémur.

Son más frecuentes en personas de edad avanzada.

La anatomía de la articulación de la cadera es una consideración importante en el tratamiento de esta lesión.

La cápsula articular de la cadera se extiende desde el borde del acetábulo a la base del cuello femoral.

Por consiguiente, las fracturas del cuello femoral son intracapsulares.

El riego sanguíneo del cuello femoral es precario.

En algunos individuos adultos hay un riego sanguíneo limitado desde el ligamento redondo del acetábulo, que contiene una pequeña rama de la arteria del obturador.

La principal vía de aporte sanguíneo al cuello femoral de todos los pacientes (el único para la cabeza femoral en la mayoría) proviene de vasos que están dentro y a lo largo de la superficie del hueso del cuello femoral.

Ya que las fracturas del cuello femoral están del todo dentro de la cápsula articular, casi nunca se acompañan de hemorragia importante.

Los hematomas de la fractura quedan contenidos dentro de la cápsula.

Cuando la fractura del cuello femoral está desplazada, la interrupción del flujo sanguíneo a la cabeza del fémur es casi segura.

Por consiguiente, la osteonecrosis de la cabeza femoral es casi inevitable en las fracturas desplazadas.

Muchas veces es mejor proceder de inmediato a la sustitución protésica de la cabeza femoral.

Esta intervención quirúrgica se denomina hemiartroplastia e implica la sustitución del cuello y la cabeza femorales con prótesis metálicas y plásticas que se ajustan dentro del acetábulo nativo.

Por lo general, esto se lleva a cabo por medio de acceso posterior de la cadera; exposición e ingreso a la cápsula articular; extracción de la cabeza femoral condenada; resección del cuello femoral residual para hacer posible la ampliación del conducto medular proximal, e inserción de una prótesis del tamaño adecuado.

Después de colocar la prótesis, la cabeza artificial se ubica de nuevo en el acetábulo nativo, seaponen los tejidos y se cierra la piel.

Aunque esta técnica permite soportar peso casi de inmediato sobre la extremidad afectada, implica un estrés fisiológico significativo para los sujetos.

La colocación segura del componente femoral dentro de la parte proximal del cuerpo femoral puede efectuarse con cemento óseo de polimetilmetacrilato que crea un manto alrededor del cuerpo de la prótesis.

Esto conlleva la ventaja de la fijación segura e inmediata del componente femoral.

Una desventaja de esta técnica es que el cemento de polimetilmetacrilato es un sustrato atractivo para películas biológicas bacterianas en caso que el paciente adquiriera una infección perioperatoria.

Una alternativa al uso de dicho cemento es la utilización de prótesis con “ajuste a presión”.

En estas técnicas no cementadas, las prótesis de forma más precisa se impactan en la parte proximal del fémur para obtener un ajuste por interferencia.

Una desventaja de este tipo de prótesis en el tratamiento de la fractura de cadera es que la obtención de un “ajuste a presión” de la prótesis conlleva algún riesgo de fractura femoral yatrógena.

La colocación de la prótesis de artroplastia para reponer la parte proximal del fémur es una buena opción para el individuo sólo si la parte acetabular de la articulación se encuentra sana.

Cuando el lado acetabular de la articulación presenta artritis avanzada, el uso de la cabeza femoral prostética en el acetábulo será inaceptablemente doloroso.

Por consiguiente, en sujetos con cambios osteoartríticos notables precedentes a la fractura del cuello femoral, la mejor alternativa sería proceder a la artroplastia total de la cadera con sustitución de los lados femoral y acetabular de la articulación.

Las fracturas no desplazadas o impactadas de la cabeza femoral pueden ocurrir sin interrupción crítica del riego sanguíneo a la cabeza femoral.

Por ende, tales fracturas casi siempre se tratan con fijación interna in situ con tres o cuatro tornillos insertados a través de la corteza de la parte proximal lateral del fémur, lo cual atraviesa el sitio de fractura y abarca la cabeza femoral.

La colocación de tales tornillos puede efectuarse a través de incisiones cutáneas muy pequeñas y, en la mayoría de los casos, no se requiere exposición directa del hueso.

Estos procedimientos causan hemorragia mínima y a menudo se acompañan de recuperación posoperatoria muy rápida.

Fracturas intertrocantéricas de la cadera.

Las fracturas de la cadera también ocurren a menudo en la región entre el trocánter mayor y el menor.

Estas fracturas se denominan fracturas intertrocantéricas de la cadera, las cuales pueden tener una sola línea de fractura o quizá se formen varios fragmentos escasamente visibles.

Un resultado habitual es un fragmento leve que corresponde al trocánter menor.

A diferencia de las fracturas del cuello femoral, aquéllas de la región trocantérica casi siempre originan hemorragia considerable que puede tener consecuencias hemodinámicas.

La vigilancia de los índices hemodinámicos y el hematócrito es importante en cualquier paciente con fractura intertrocantérica.

Como las fracturas del cuello femoral, casi todas las fracturas de la región intertrocantérica se tratan con intervención quirúrgica porque las medidas terapéuticas no quirúrgicas conllevan una incidencia muy alta de complicaciones.

El tratamiento de este tipo de lesiones siempre incluye fijación interna.

Esto puede llevarse a cabo con una tabla de fractura, en la cual la alineación de la extremidad inferior se mantiene por medios mecánicos en posición reducida, mientras se realiza la intervención quirúrgica.

Una alternativa es practicarla en posición supina sobre una mesa radiolúcida con métodos de reducción manual.

En la mayoría de los casos se opta por el acceso lateral de la cadera y la fijación de la fractura se consigue con transfixión del trocánter, el cuello y la cabeza femorales por medio de un tornillo grande.

Éste puede colocarse junto con un dispositivo de tornillo y placa (que en conjunto se llama un tornillo deslizante para cadera).

Otra alternativa es un dispositivo cefalomedular en el que tornillos con ángulo fijo se fijan con un clavo intramedular corto en sentido proximal a distal, a través de la región proximal del trocánter o por la fosa piriforme.

Con la colocación de cualquiera de estos dispositivos (cuya elección por lo regular depende de la morfología de la fractura), el individuo es capaz de soportar peso casi inmediatamente después de la intervención quirúrgica.

Fracturas subtrocantéricas y fracturas del cuerpo femoral.

Por lo general, las fracturas subtrocantéricas de la cadera son resultado de mecanismos de lesión de mayor energía en comparación con aquéllos de las fracturas del cuello femoral o las intertrocantéricas.

Por consiguiente, es más probable que se acompañen de otras lesiones óseas o de tejidos blandos. En la mayoría de los casos, las fracturas intertrocantéricas se tratan con un dispositivo intramedular, el cual puede insertarse con o sin escariado previo. Como las inserciones musculares en los fragmentos proximales originan un fuerte desplazamiento de los fragmentos, a menudo es necesaria la resección abierta.

Casi todas las fracturas de la diáfisis femoral se controlan con una barra intramedular.

Ésta se aplica después del escariado progresivo.

En muchos casos, el dispositivo intramedular se refuerza con tornillos de fijación o un tornillo de transfixión que abarca el cuello femoral.

En la mayoría de los casos, es posible el soporte posoperatorio inmediato del peso.

El tratamiento quirúrgico de la fractura acetabular se enfoca en la reconstrucción y la fijación interna de la estructura anatómica acetabular original, así como la creación de una articulación de la cadera estable.

El acetábulo puede exponerse mediante un acceso anterior, lateral o posterior, según la lesión ósea.

El tratamiento quirúrgico de una fractura acetabular es una tarea mayor, requiere entrenamiento especial y experiencia.

Material y métodos.

Técnica quirúrgica: se usa bloqueo subaracnoideo con dosis única de anestesia y sedación.

Se coloca al paciente en decúbito lateral con una inclinación posterior de 10 grados aproximadamente sobre una mesa radiolúcida.

La extremidad no fracturada queda en contacto con la mesa quirúrgica en una posición de flexión de cadera y rodilla de 30 grados.

Se realiza fijación anterior y posterior del paciente, ya sea con dispositivos especiales de fijación en sacro y pubis anclados a la mesa quirúrgica o bien se pueden improvisar bultos de tela compactos de 30 cm de diámetro aproximadamente.

Debemos siempre mantener la inclinación posterior de 10 grados.

Se coloca el intensificador de imágenes por debajo de la mesa quirúrgica con dirección del rayo hacia la articulación coxofemoral en anteroposterior y una inclinación de 15 grados en dirección caudocefálico respecto al eje longitudinal del paciente.

El arco en «C» del fluoroscopio debe estar abierto para realizar el giro de éste y poder visualizar proyecciones laterales.

Al momento de realizar esta maniobra, la pierna contralateral a la fractura se deberá encontrar en semiflexión, para dejarnos libre el campo de visión.

El cirujano se coloca por arriba del arco en «C» posterior al paciente, a la altura de la pelvis.

El primer ayudante se coloca por debajo del arco en «C» a nivel del muslo, en donde podría realizar algunas maniobras de tracción y contracción, así como movimientos rotacionales.

La instrumentista debe de estar a espaldas del cirujano.



Bibliografía.

Principios de Cirugía, Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill. Madrid, 2010.