



NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMEN FRACTURA DE CADERA

UNIDAD: TERCERA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 7° "A"

FECHA DE ENTREGA: 09-MAYO-2021

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de cadera suponen en la actualidad una patología con un gran impacto sanitario, social y económico por la elevada incidencia en el paciente anciano. En España se producen 33.000 fracturas de cadera en ancianos, con edad media de aparición sobre los 80 años en mujeres y algo inferior en hombres. Tres de cada cuatro fracturas afectan al sexo femenino. La mortalidad del primer año es de 20-30 % según series, y la intrahospitalaria de 5-10 %.

La causa principal es la osteoporosis y son factores de riesgo el sexo femenino, la raza blanca, el alcoholismo, antecedentes de fractura de cadera, la ingestión excesiva de cafeína, la demencia y la ingestión de determinados fármacos, como los corticoides.

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

En todo paciente que deambulaba previamente y que desde el traumatismo es incapaz de ponerse de pie, hay que sospechar una fractura de cadera. Normalmente existe dolor con la palpación y movilización del fémur proximal, y el sujeto es incapaz de elevar la extremidad afectada contra gravedad. Si la fractura está desplazada se aprecia acortamiento y rotación externa de la pierna.

ESTUDIO RADIOLÓGICO Deben realizarse dos radiografías en proyecciones tangenciales, una antero-posterior (AP) de pelvis, que incluya las dos caderas, y una lateral de la cadera afectada. Esta última se prefiere a la proyección axial, que comporta más dolor para el paciente con fractura.

Si tenemos dudas diagnósticas se puede realizar una TC de la cadera. En ella se visualiza la solución de continuidad en la cortical ósea, podemos valorar cuerpos libres intraarticulares y se pueden realizar reconstrucciones multiplanares y tridimensionales.

CLASIFICACIÓN

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 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.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTRACAPSULARES

Aunque el manejo de las fracturas intracapsulares de cadera ha sido objeto de controversia desde hace décadas, pueden seguirse ciertas recomendaciones de acuerdo con los resultados publicados en la literatura. En primer lugar podemos afirmar que las fracturas intracapsulares no desplazadas deben tratarse mediante osteosíntesis con tornillos tirafondo canulados. A pesar de que no existen pruebas que demuestran la superioridad del tratamiento quirúrgico sobre el conservador en estas fracturas, la fijación con tornillos tirafondo constituye un procedimiento muy poco agresivo que permite una movilización precoz del paciente y reduce el riesgo de desplazamiento ulterior de la fractura.

Es aconsejable utilizar al menos tres tornillos para aumentar la resistencia de la osteosíntesis, orientados paralelos entre sí para permitir la compresión en el foco y localizados en las caras posterior e inferior del cuello femoral para reforzar la zona de transmisión de carga. Aunque este tratamiento permite conservar la articulación, no ofrece una estabilidad suficiente y contraindica la carga precoz en el postoperatorio inmediato. Por este motivo, en pacientes mayores de 80 años, con expectativa de vida inferior a tres años, institucionalizados o con alteraciones mentales puede contemplarse la posibilidad de tratar la fractura con una hemiartroplastia de entrada para evitar el riesgo de desplazamiento postoperatorio y permitir una carga precoz.

En las fracturas intracapsulares desplazadas, es necesario considerar factores que influyen en la técnica a realizar como la edad del paciente, la supervivencia estimada, el nivel funcional, la salud mental y la existencia de patología osteoarticular

El tratamiento de elección en estos pacientes es la implantación de una prótesis parcial de cadera (hemiartroplastia), que permiten una carga temprana. Aunque en general está aceptado que estas fracturas deben tratarse mediante hemiartroplastia,

En la actualidad, hay una tendencia a cementar las hemiartroplastias, salvo en pacientes con elevado riesgo cardiorrespiratorio. La prótesis total de cadera puede estar indicada en pacientes jóvenes con altas demandas funcionales o con patología osteoarticular previa. El riesgo de luxación es más elevado que en las prótesis totales primarias sin antecedente de fractura, siendo los resultados funcionales buenos, aunque la cirugía es más agresiva que las hemiartroplastias y, por tanto, presenta mayores complicaciones quirúrgicas.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EXTRACAPSULARES En la actualidad

El tratamiento conservador de las fracturas extracapsulares ha quedado reducido a aquellos pacientes con una patología de base tan grave que contraindique formalmente la cirugía. Afortunadamente son casos excepcionales, debiendo

iniciarse la movilización del paciente lo más pronto posible para evitar las complicaciones derivadas del encamamiento, que en este grupo de pacientes constituye una amenaza vital. En las fracturas extracapsulares estables, la osteosíntesis con tornillo placa deslizante se considera el «patrón oro» del tratamiento. Se emplea un tornillo tirafondo de fileteado ancho con capacidad de deslizamiento en el plano de la fractura y apoyo en una placa lateral.

Para obtener una adecuada fijación del sistema se deben seguir una serie de normas fundamentales. El tornillo deslizante debe localizarse en la mitad inferior del cuello y de la cabeza del fémur, ya que es la zona de transmisión de la carga y donde se encuentra la mayor trabeculación ósea. Debe colocarse a menos de un centímetro del hueso subcondral para tener buena sujeción. El ángulo de entrada óptimo es de 135° , siendo preferible la valguización de la fractura, que favorece el colapso de la misma, a la varización del punto de entrada, que tiende al desmontaje de la síntesis. La medialización no ha mostrado ventajas si se emplea junto con el tornillo placa deslizante. No parece que existan diferencias en los resultados con relación al tamaño de la placa, así como en la compresión empleada durante la reducción.

Reducción y osteosíntesis, suficiente estabilidad que permite la carga precoz por lo que se conseguirá una recuperación funcional inmediata. A pesar de lo descrito, entre un 4-12% de las fracturas, se produce pérdida de la fijación de la osteosíntesis.

El empleo del clavo intramedular con tornillo deslizante en el plano de la fractura, presenta un mejor comportamiento biomecánico al reducir el momento de flexión por la localización del clavo en el interior del canal óseo. Además, cuando utiliza un tornillo de compresión deslizante se favorece el colapso de la fractura durante la carga.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA ALIVIO DEL DOLOR

Debe ser prioritario desde el diagnóstico del paciente. Lo conseguiremos administrando analgésicos intravenosos (teniendo en cuenta las

contraindicaciones según el tipo de paciente) y mediante la inmovilización de la extremidad afectada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fracturas intracapsulares: el tipo de tratamiento dependerá de la edad y del grado de desplazamiento. Como reglas generales, tendremos en cuenta:

- En paciente joven (menores de 65-70 años), osteosíntesis con tornillos canulados o tornillo-placa deslizante.
- En paciente anciano con fractura sin desplazar o incompleta (grados I y II de Garden), se realizará osteosíntesis.
- En fracturas desplazadas (grado IV de Garden y la mayoría de los grados III), está indicada la artroplastia de cadera.

- Fracturas intertrocantéreas: realizaremos un procedimiento de osteosíntesis conservando la cabeza femoral con tornillo-placa o clavo endomedular. En las fracturas inestables, el mejor procedimiento es el enclavado endomedular.
- Fracturas subtrocantéreas: también el enclavado endomedular.

BIBLIOGRAFIA: De Miguel Herrero I. 1 Calvo Crespo E. . (2006). Fracturas de cadera: técnica quirúrgica y carga precoz. 2021, de MAPFREE Sitio web: https://app.mapfre.com/fundacion/html/revistas/patologia/n02/pdf/fracturas_de_cadera.pdf