



FRACTURAS DE CADERAS

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

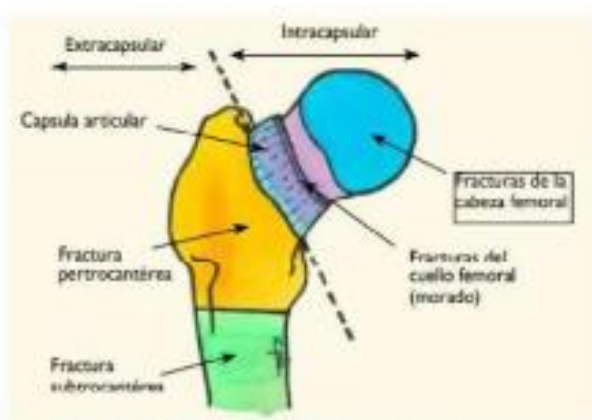


13 DE NOVIEMBRE DE 2022

LUIS FRANCISCO CHIVARDI HERNANDEZ
CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

Definición	Aquellas fracturas que involucran la porción proximal del fémur hasta 5 cm bajo el trocánter menor. 14-36% mortalidad al año con tratamiento adecuado y casi 100% sin tratamiento por enfermedades del decúbito: ITU, TVP, Neumonía, escaras, etc... El 50% no recupera funcionalidad y 5% ocurre en jóvenes por accidentes de alta energía.
Epidemiología	
Etiología	Factores de riesgo: Antecedentes de fractura de cadera previa , caídas a nivel, edad >75 años, sexo femenino, Osteoporosis. Clasificación:
Fisiopatología	<u>Intracapsulares o mediales (Clas. De Garden)</u> Grado I: Rasgo incompleto no desplazado. GII: rasgo completo no desplazado. GIII: rasgo completo mínimamente desplazado. GIV: rasgo completo con desplazamiento >50%. <u>Extracapsulares o laterales:</u> aquellas fracturas que se extienden desde el cuello femoral extracapsular a la zona inmediatamente distal al trocánter menor. En este grupo se distinguen las fracturas inter o per trocantéricas que recorren la región que une el trocánter mayor al trocánter menor, clasificadas frecuentemente según Tronzo en 5 tipos y las sub trocantéricas cuyo rasgo se ubica distal al trocánter menor.
Manifestaciones clínicas	Extremidad acortada, abducida y en rotación externa. Puede existir equimosis al nivel del trocánter mayor en las extracapsulares. Las rotaciones y la flexión de cadera se encuentran limitadas por dolor. El paciente no es capaz de elevar la extremidad en forma activa. En incompletas o no desplazadas pueden presentarse con mínima deformidad y escaso dolor, leves alteraciones del rango articular e incluso algunos caminan. En estos casos se usa la maniobra de Stinchfield: En decúbito supino, se le pide que levante la pierna contra gravedad y luego contra resistencia. Si la maniobra genera dolor inguinal o en el muslo, se considera positiva.
Examen físico	
Diagnóstico	Radiografías: la proyección más importante es de pelvis AP ya que permite comparar con la cadera contralateral. También debe solicitarse una proyección focalizada de cadera AP y cross table. Buscar alteraciones del patrón trabecular, interrupción de las corticales y acortamiento o angulación del cuello femoral. El ángulo normal entre el cuello femoral y la diáfisis femoral en una Rx AP es de 135°. La alteración en este ángulo sugiere una fractura. RM: solo se solicita ante la sospecha de una fractura y una radiografía sin alteraciones.
Exámenes de laboratorio	
Exámenes de imágenes	
Diagnósticos diferenciales	Fractura de Pelvis, Fractura de Fémur. Luxación de cadera: Se produce una pérdida completa de la congruencia articular entre la cabeza femoral y el acetábulo. Podemos encontrar en un alto porcentaje (40-70%) lesiones asociadas como fracturas de rodilla, cotilo, pierna y siempre debe descartarse del esqueleto axial: pelvis, columna lumbar, torácica y cervical. Al examen físico hay que comprobar la indemnidad del nervio ciático. La gran mayoría de los casos son luxaciones posteriores, y se manifiesta con una "posición púdica" (aducción, flexión y rotación interna, además del acortamiento). Como toda luxación, se debe reducir en forma inmediata antes de las 6 horas para disminuir la posibilidad de necrosis avascular. El tratamiento definitivo dependerá del tipo de luxación (simple o compleja). En el caso de las lesiones simples, estas no se acompañan de fracturas asociadas. Las luxaciones complejas (fractura de cotilo o cabeza) requieren por lo tanto de una reducción abierta y OTS.

Tratamiento	Manejo inicial: Hospitalizar, analgesia EV y evaluación preoperatoria, inmovilización en posición menos dolorosa para el paciente, ayuda una mínima flexión de rodilla. Derivación traumatológica: Siempre. Determinar la causa de la caída, por ej. Síncope, profilaxis de TVP. Hidratación y control electrolítico. Prevención de delirium: Evitar colinérgicos y sedantes e Interconsulta geriátrica disminuye en 50% su incidencia.
Básico/Médico	
Quirúrgico	Tratamiento es quirúrgico mediante osteosíntesis o artroplastia de cadera. Fracturas de cuello: OTS precoz en pacientes jóvenes menores de 50 años. En pacientes mayores artroplastia total, buscando una rápida deambulacion para disminuir la enfermedad del decúbito. Aquellos enfermos con baja expectativa de vida y mínima demanda física utilizar prótesis parciales, siempre y cuando no exista artrosis previa, en cuyo caso se deberá escoger una prótesis total. Fracturas inter o pertrocantéreas: reducción y OTS con clavo placa (DHS) o clavos endomedulares bloqueados. Fracturas sub trocántéricas: uso de clavos endomedulares (CEM) bloqueados dado sus buenos resultados funcionales en comparación a la OTS con clavo placa. Complicaciones Qx: Infecciones, TVP/TEP, Pseudoartrosis, Necrosis avascular, Falla precoz de la fijación (< a 3 meses)



Clasificación anatómica de la cadera

Clasificación de Garden

- Tipo I: incompleta o impactada
- Tipo II: completa no desplazada
- Tipo III: completa con desplazamiento -50%
- Tipo IV: completa con desplazamiento +50%



Muñoz, S., Lavanderos, J., Vilches, L., Delgado, M., Cárcamo, K., Passalacqua, S., & Guarda, M. (2008). Fractura de cadera. *Cuadernos de cirugía*, 22(1), 73-81.

Figuroa, J. F. J. V., Becerra, M. M., Landerreche, G. G. M., Ahedo, C. E. S., & Elizondo, J. L. C. (2010). Tratamiento quirúrgico de las fracturas de cadera. *Acta Ortopédica Mexicana*, 24(4), 242-247.

Mas, Y. B., Montalvo, J. I. G., Soler, P. A., & Alarcón, M. T. A. (2012). Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. *Revista española de geriatría y gerontología*, 47(5), 220-227.