

13 / 11 / 2022

Tema:
Fractura de cadera.

Nombre del docente: Alfredo López López.

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Tares: resumen de fractura de caderas.

Materia: Clínica Quirúrgicas Complementarias.

Semestre: 7to. Parcial: 3ro.

Carrera: Medicina Humana.

Universidad: Universidad Del Sureste.



“Fractura de cadera”.

Con el término genérico fractura de cadera se describen las fracturas que ocurren en la extremidad proximal del fémur. De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital, que es muy poco frecuente), al cuello del fémur (fractura del cuello), a los trocánteres (fracturas intertrocanteréas o pertrocanteréas), al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantéreas) y al trocánter mayor o al trocánter menor (fracturas aisladas de los trocánteres). Mientras que las fracturas del cuello son intracapsulares, en el sentido de que la línea de fractura se encuentra en el interior de una cápsula articular, las fracturas trocantéreas y subtrocantéreas son extracapsulares, ya que la línea de fractura se encuentra fuera de la cápsula de la articulación de la cadera.

En cuestiones de su **diagnóstico** se tiene que empazar a través de una buena 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. Después se continua con tomas radiológicas deben realizarse dos radiografías en proyecciones tangenciales, una ántero-posterior (AP) de pelvis, que incluya las dos caderas, y una lateral de la cadera afectada. Está ultima se prefiere a la proyección axial, que comporta más dolor para el paciente con fractura. El hallazgo será una línea hipodensa con solución de continuidad de la cortical. 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. La RMN es útil en la identificación de fracturas que no son evidentes en el estudio radiográfico (sensibilidad de 100 %). Se visualiza la línea de fractura como una línea hipointensa en secuencias potenciadas en T1. El aumento de señal adyacente a la fractura en secuencias potenciadas en T2 refleja el área de contusión o edema óseo. Las pruebas de imagen ayudan en el diagnóstico diferencial, como en la fractura de acetábulo, las fracturas de estrés, la fractura del trocánter mayor, la fractura de las ramas pubianas o la bursitis trocantérica.

Después que se hace una valoración radiológica, se sigue con clasificar el grado de la lesión. Todas las clasificaciones tienen en cuenta la localización del trazo de fractura en la radiografía ántero-posterior. Según afecte a la zona recubierta de cápsula articular o se encuentre fuera de ésta, distinguiremos:

Fracturas intracapsulares: Pueden afectar a la cabeza femoral (son más raras y se asocian a luxaciones de cadera) o al cuello femoral. En cualquier caso, estas fracturas asientan sobre un hueso peor vascularizado, por lo que no son infrecuentes la ausencia de consolidación o la necrosis avascular (NAV). Las fracturas del cuello femoral se clasifican según Garden en cuatro tipos en función del desplazamiento de la fractura en la radiografía AP.

- Tipo I: incompleta impactada en valgo
- Tipo II: completa sin desplazamiento.
- Tipo III: completa con desplazamiento parcial.
- Tipo IV: completa y totalmente desplazada.
- Las fracturas tipo I y II tienen menor riesgo de NAV.

Fracturas extracapsulares: con las intertrocanteréas (o pertrocanteréas) y subtrocantéreas, se producen sobre hueso bien vascularizado. Suelen ocasionar más dolor e inestabilidad hemodinámica que las intracapsulares. Podemos clasificarlas en:

- **Estables:** tienen contacto cortical posterior y medial una vez reducidas.
- **Inestables:** son todas las demás y las de trazo invertido.

En cuestiones de **tratamiento** el tipo de cirugía generalmente depende del lugar y la gravedad de la fractura, de si los huesos fracturados no están bien alineados (fractura desplazada), de tu edad y de tus afecciones médicas subyacentes. Estas son algunas opciones

- **Reparación interna con tornillos:** Se insertan tornillos de metal en el hueso para mantenerlo unido mientras la fractura se cura. A veces, los tornillos están sujetos a una placa de metal ubicada a lo largo del hueso del muslo (fémur).

- **Reemplazo total de cadera:** El extremo superior del fémur y el acetábulo del hueso pélvico se reemplazan con piezas artificiales (prótesis). Los estudios muestran cada vez más que el reemplazo total de cadera es más conveniente y está relacionado con mejores resultados a largo plazo en adultos sanos que viven de forma independiente.
- **Reemplazo parcial de cadera:** En algunos casos, no es necesario reemplazar el acetábulo de la cadera. El reemplazo parcial de cadera puede ser recomendable para adultos que tienen otras afecciones médicas o que ya no viven de manera independiente.

Bibliografía:

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-fractura-cadera-atencion-primaria-15323>
2. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/saludlandia-fracturas-01.pdf>
3. https://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_62_66.pdf