



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez

“Fractura de Cadera”

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Dr. Alfredo López

Br. Viridiana Merida Ortiz

Estudiante de Medicina

7to Semestre

13 de noviembre de 2022, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Fractura de Cadera

Es la solución de continuidad del tejido óseo ocurrida en la extremidad proximal del fémur.

Factores de riesgo: Osteoporosis, caídas, polifarmacia, dispositivo de apoyo, problema cognitivo, edad avanzada, sexo femenino, tabaquismo, bajo peso <50kg.

Mecanismo de lesión:

- Paciente sometido a traumatismo de alta energía.
- Paciente que sufren caídas desde la propia altura.
 - ✓ Indirectos: Menor energía, rotación externa.
 - ✓ Directa: Fuerza transmitida hacia el cuello.
 - ✓ Carga axial: Mayor energía.

Clínica: Dolor severo, dificultad para levantarse y caminar, posición de flexión, abducción y rotación hacia afuera, acortamiento de la extremidad, dolor en región inguinal.

Complicación: Necrosis avascular.

Clasificaciones:

DE GARDEN

- I. Incompleta del cuello (abducido o impactado)
- II. Completa sin desplazamiento
- III. Completa con desplazamiento parcial
- IV. Completa del cuello femoral con desplazamiento total

DE PIPNKIN

- I. Fx debajo de la fóvea
- II. Fx superior a la fóvea
- III. Tipo i o tipo ii con fractura de cuello asociada
- IV. Tipo i, ii o iii con fractura asociada del acetábulo
- V. Fractura asociada a luxación posterior

DE TRONZO (Intertrocantéricas)

- I. Fractura incompleta, sin desplazamiento.
- II. Fractura completa sin desplazamiento.
- III. IIIA: Conminución del trocánter mayor.
IIIB: Conminución del trocánter menor.
- IV. Fractura con conminución de la pared posterior.
- V. Fractura con trazo invertido

DE RUSSELL-TAYLOR (subtrocantérica)

1. No afectan la fosa piriforme.
 - 1A. Debajo del trocánter menor
 - 1B. Afectan al trocánter menor.
2. Afectan la fosa piriforme.
 - 2A Tienen un contrafuerte medial estable
 - 2B. No tiene estabilidad de la corteza femoral medial

DE EVANS (intertrocanterica)

- I: fx en 2 partes no desplazada
- II: fx de 2 partes desplazada
- III. fx desplazada en 3 partes con conminución posterolateral por desplazamiento del fragmento del trocánter mayor.
- IV: fx desplazada en 3 partes con fractura conminuta posteromedial.
- V: fx desplazada en 4 partes con conminución que afecta a ambos trocánteres
- VI: Fx con trazo oblicuo invertido: el trazo principal irradia hacia abajo y afuera, desde el trocánter menor, con desplazamiento medial del fragmento distal por acción de los aductores.

DE SEINSHEIMER

- I: No desplazada o con desplazamiento < 2 mm
- II: Fractura de dos fragmentos;
 - IIA: Fx transversa.
 - IIB: Fx espiroidea con el trocánter menor unido al fragmento proximal.
 - IIC: Igual a B, pero con el fragmento del trocánter menor unido al fragmento distal.
- III: Fractura en tres fragmentos;
 - IIIA: Espiroidea en tres fragmentos, con el trocánter menor como tercer fragmento.
 - IIIB: Igual a la anterior, pero el tercer fragmento en ala de mariposa.
- IV: Conminuta en 4 o más fragmentos.
- V: Fractura inter y subtrocantérica

DE PAUWELS (grado de oblicuidad)

- I. 0° a 30°
- II. 30° a 50°
- III. 70° o más

DE DELBET (pediátrica)

- I: Separación transepifisaria (fisis femoral proximal)
 - IA sin dislocación
 - IB con dislocación

- II: Transcervical. (más común 40-50%)
- III: Cervico-trocantérea (30%)
- IV: Intertrocantérea. (6-15%, de peor pronóstico)

Diagnóstico:

- Radiografía AP y lateral de pelvis <24h
- TAC: duda diagnóstica

Estudios Preclínicos:

- Analítica: Bh, TP, TTP, grupo ABO y Rh, QS, ES
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

Tratamiento:

- Prevención:
 - ✓ Suplementación con Ca 1,000-1,500 mg/día
 - ✓ Suplementación con vitamina D 400-800 UI/día
 - ✓ Medidas anti-caídas
 - ✓ Tamizaje de osteoporosis
- Medidas de sostén:
 - ✓ Inicio temprano de analgésicos
 - Paracetamol
 - Clonixinato de lisina
 - Metamizol
 - Diclofenaco
 - Tramadol
 - ✓ Inmovilización de la extremidad
 - ✓ Reposición de líquidos parenterales
 - ✓ Vendaje compresivo en extremidades
 - ✓ HBPM: 12h pre y 12h post quirúrgico
 - 14 días hospitalarias
 - 35 días post-egreso
 - ✓ Cefotaxima: 30 minutos pre y 8 h post quirúrgico
 - ✓ Haloperidol a dosis bajas
- Quirúrgico:
 - ✓ Tratamiento definitivo
 - ✓ Realizar <36h
 - ✓ Técnicas de reparación
 - Reducción abierta
 - Artroplastia: Fractura intracapsular
 - Reemplazo protésico: Fracturas conminutas u osteopenia

Bibliografía: Ortopedia y Traumatología; Fernando S. Silberman y Oscar Varaona