

Universidad del sureste

Clínica Quirúrgica Complementaria

Resumen

Tema: “Fractura de Cadera”

Catedrático: Alfredo López Lopez

Alumna: Aurora Flor D^ˆ Luna Dguez Mtz

CARRERA: Medicina Humana

7mo Semestre

3er Parcial

Tuxtla Gutierrez, Chis. A Noviembre del 2022

Definición: Es aquella fractura que afecta a la cabeza, el cuello, la región trocanterea del femur. Se producen frecuentemente en ancianos, debido a caídas desde su propia altura. Se consideran fracturas espontáneas, relacionadas con la osteoporosis y la inestabilidad en la marcha, la tasa de mortalidad alcanza entre un 15-20%. Las fracturas más comunes son las de cuello, femoral y las pertrocanterea, que representan sobre el 90% del total de las fracturas de cadera.

FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL (FRACTURA DE CADERA)

Clasificación: las arterias circunflejas femorales lateral y medial (por delante y por detrás respectivamente) forman un anillo extracapsular alrededor del cuello femoral, del cual parten ramas ascendentes que penetran la cápsula articular y se convierten en las arterias retinaculares (intracapsulares). Estas arterias retinaculares proveen la mayor parte de la irrigación de la cabeza femoral (90 %), mientras que la arteria del ligamento redondo, rama de la arteria obturatriz, se limita a la fovea (10 % de la irrigación). De esto se deduce que las fracturas intracapsulares tendrán un peor pronóstico debido a la lesión de los vasos retinaculares (necrosis avascular, pseudoartrosis).

Las fracturas de cadera se clasifican de acuerdo a diferentes criterios. La más utilizada es la clasificación anatómica, que las divide según la localización del rasgo de fractura. Según este criterio son clasificadas como intracapsulares o extracapsulares.

Las fracturas intracapsulares incluyen:

- Fracturas de la cabeza femoral.
- Subcapitales.
- Transcervicales o medio cervicales.
- Basicervicales.

Las fracturas extracapsulares se dividen en dos subtipos:

- Intertrocantéricas (Pertrocantéricas).
- Subtrocantéricas.

La distinción entre fracturas intracapsulares y extracapsulares tiene importancia pronóstica.

El cuello femoral posee sus trabéculas óseas dispuestas de la siguiente forma:

1. Grupo compresivo principal
2. Grupo compresivo secundario
3. Grupo tensional principal
4. Grupo tensional secundario

Entre los grupos compresivos (principal y secundario), y el grupo tensional principal queda delimitado el Triángulo de Ward, una zona de debilidad propensa a las fracturas.

CLÍNICA: Debe sospecharse desde el mismo antecedente de caída en un anciano, aun cuando el dolor sea leve o inexistente.

Puede observarse equimosis o hematoma en la zona de impacto (a nivel del trocánter mayor), impotencia funcional (el paciente no puede caminar ni ponerse de pie), Deformidad (miembro inferior acortado y en rotación externa, elevación del trocánter mayor). La fractura encajada es una excepción, porque permite la deambulacion. Sin embargo luego de 15 días ocurre la reabsorcion de los extremos fracturarios y se produce el desplazamiento de la fractura, lo cual puede complicar el tratamiento. Debido a esto se debe proceder con cautela, dejando al paciente en reposo con control periódico.

COMPLICACIONES: • Necrosis avascular de la cabeza femoral • Seudoartrosis

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Se debe solicitar una RX de pelvis de frente y una RX de cadera de perfil.

TRATAMIENTO: Es fundamental la movilización precoz del paciente, debido al riesgo de enfermedad tromboembólica.

Por lo tanto será de elección el tratamiento quirúrgico urgente.

Fracturas intracapsulares: se utiliza la Artroplasia de cadera (reemplazo de la cabeza femoral con una prótesis).

Fracturas extracapsulares: se utiliza la Osteosíntesis mediante Clavos.

(Clavo-placa de Jewett, Clavo-placa deslizante, Clavo intramedular de Ender).

LUXACIÓN DE CADERA (LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA)

Clasificación:

- A) Luxación posterior (más frecuente): Por rotación interna y aducción, Posición isquiática, Posición retrocotílea, Posición ilíaca.
- B) Luxación anterior (menos frecuente): Por rotación externa y abducción, Posición pubiana, Posición obturatriz.

Es el resultado de un traumatismo muy violento, más frecuente en varones adultos jóvenes. La más frecuente es la luxación posterior, la cual puede producirse por dos mecanismos distintos:

- 1) Mientras el paciente se encuentra sentado y con un muslo cruzado sobre el otro, recibe un impacto directo desde adelante hacia atrás sobre la rodilla (acompañante del conductor durante un accidente de tránsito).
- 2) Mientras el paciente se encuentra agachado con sus caderas flexionadas recibe un impacto directo sobre la espalda (aplastamiento).

CLINICA:

Luxación posterior: los signos son característicos y el diagnóstico es, en general, fácil:

- a. Hombre adulto joven.
- b. Traumatismo violento, en que han actuado fuerzas axiales directas o indirectas a lo largo del fémur, contra la cadera flectada.
- c. Dolor en la raíz del muslo.
- d. Impotencia funcional total.
- e. Posición viciosa del muslo, que es muy típica:
 - Muslo aducido.
 - Rotado al interno.
 - Miembro más corto.
- f. La cabeza femoral a veces se puede palpar bajo los músculos glúteos.
- g. El macizo troncantereano está más elevado en el lado supuestamente luxado (línea de Rose-Nelaton), lo cual es muy difícil de detectar dadas.

Luxación anterior: da una sintomatología inversa, considerando que la cabeza femoral luxada se encuentra en un plano anterior al cótilo.

- a. Antecedente traumático violento con muslo abducido y rotado al externo.

- a. Se ve y se palpa la cabeza femoral en la arcada inguino-crural o en la región obturatriz.
- b. Miembro inferior más largo.
- c. Miembro inferior abducido y rotado al externo.

COMPLICACIONES: • Necrosis avascular de la cabeza del fémur (complicación más frecuente y más grave) • Atrapamiento del nervio ciático mayor • Fractura del reborde posterior del acetábulo (causa de inestabilidad) • Miositis osificante • Luxación inveterada (irreductible).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: • RX de pelvis de frente. • RX de cadera de frente y perfil.

TRATAMIENTO: Como en todas las luxaciones, la tentativa de reducción debe ser inmediata; en la medida que van transcurriendo las horas, las dificultades en la reducción se van haciendo mayores. La contractura muscular, que va siendo muy poderosa, se constituye en un obstáculo formidable para conseguir la reducción; transcurridos algunos días, la reducción ortopédica puede llegar a ser imposible.