

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

SEPTIMO SEMESTRE

CLINICAS QUIRURGICAS

FRACTURA DE CADERA

DR ALFREDO LOPEZ LOPEZ

MARIA MERCEDES MARROQUIN HERNANDEZ

13-11-2022

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 intertrocantéreas o pertrochantéreas), 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. 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.

Las fracturas de cadera suelen ser muy dolorosas y generalmente provocan dolor en la ingle.

Si los fragmentos óseos se han separado, el sujeto no puede caminar, permanecer en pie o mover su pierna. Cuando se acuesta, la pierna afectada puede parecer más corta y está rotada hacia afuera. Sin embargo, si los fragmentos óseos han quedado impactados y la fractura es pequeña, el paciente puede caminar y a veces puede tener sólo un dolor leve, y la pierna parece normal.

Si se produce un sangrado abundante desde el foco de fractura o desde vasos sanguíneos próximos, el paciente puede sentirse mareado o débil. La zona puede hincharse, y puede aparecer un hematoma violáceo.

A veces, cuando se rompe la cadera, el dolor parece originarse de la rodilla en lugar de la cadera. Esto es así porque la rodilla y la cadera comparten las mismas vías nerviosas. Este tipo de dolor se denomina dolor referido.

Si la fractura de cadera obliga al paciente a permanecer en cama durante mucho tiempo, está en mayor riesgo de desarrollar problemas graves. Los problemas debidos al encamamiento incluyen

- Úlceras por presión
- Coágulos de sangre, que pueden ocasionar una embolia pulmonar
- Confusión mental
- Neumonía
- Pérdida de tejido muscular y una disminución de la capacidad física general (pérdida de condición física)

Las personas mayores son más propensas a presentar problemas debidos al reposo en cama, y dichos problemas pueden tener consecuencias más graves. La

fractura de cadera puede cambiar la forma en que viven. Las personas de edad avanzada pueden resultar incapaces de realizar sus actividades habituales. Es posible que necesiten a una persona que les ayude en el hogar o pueden tener que vivir en una residencia de ancianos. El paciente puede deprimirse si la fractura limita su actividad u ocasiona una dependencia.

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. 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 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 (figura 3), 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.

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
- Fracturas subtrocantéreas: también el enclavado endomedular.

Bibliografía

https://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_62_66.pdf

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/saludlandia-fracturas-01.pdf>

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/fracturas/fracturas-de-cadera>