

Tratamiento de las fracturas de la cadera en el adulto



Rolando Colón Nebot, MD

Cirujano Ortopeda
Ex Presidente Sociedad de Ortopedia de Puerto Rico
Hospital Cayetano Coll y Toste, Arecibo, Puerto Rico

Con el incremento en la expectativa de vida, las fracturas de la cadera se han situado dentro de las causas más comunes de ingreso hospitalario. Pueden ocurrir a cualquier edad, pero el estereotipo del paciente fracturado es el anciano.

Estas fracturas se clasifican en fracturas intracapsulares y extracapsulares. Las primeras son las de la cabeza y el cuello del fémur y las segundas, las pertrocantéreas.

Fracturas de la cabeza femoral

Suelen ser secundarias a accidentes serios, como de tránsito o caídas de altura, y presentarse en pacientes politraumatizados. Generalmente, se acompañan de dislocaciones de la cadera y ocurren combinadas con fracturas del acetábulo.

El **diagnóstico** se establece por la deformidad de la cadera, con radiografías y estudio de tomografía computarizada –*CT scan*– en varios planos.

Generalmente, el **tratamiento** es de reducción abierta y osteosíntesis o fijación con tornillos. Después de la osteosíntesis, son recomendables la movilización precoz y el apoyo parcial por dos o tres meses. Existe una alta incidencia de artrosis o artritis post traumática y de necrosis o muerte de la cabeza del fémur, así como parálisis del nervio ciático y formación de calcificaciones alrededor de la articulación.

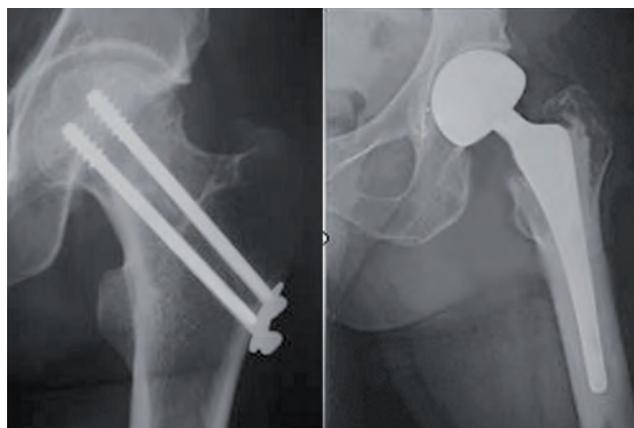
Fracturas del cuello del fémur

Su clasificación más sencilla es la de fracturas no desplazadas y de fracturas desplazadas, lo que es de gran validez por su utilidad pronóstica.

Las fracturas **no desplazadas**, en jóvenes y ancianos activos, deben tratarse mediante fijación interna con atornillamiento de clavos canulados paralelos entre sí.

Las fracturas **desplazadas** son tratadas por reducción cerrada mediante técnicas de tracción y rotación interna de la cadera en una mesa ortopédica bajo un control de intensificador de imágenes radiográficas. Se tratan con fijación con un tornillo dinámico de compresión. Las fracturas en ancianos o en pacientes con comorbilidades son tratadas con hemiartroplastía o artroplastía total (cirugías de reemplazo articular).

Se han llevado a cabo estudios que comparan la fijación de las fracturas y el tratamiento con artroplastias, que han concluido que la fijación interna tiene una incidencia de reintervenciones y reingreso hospitalario del 30-40%, mientras que las cifras oscilan entre el 5-10% para las artroplastias, siendo ligeramente menor la mortalidad



Fractura del cuello tratada con tornillos canulados paralelos.
Fractura del cuello o de la cabeza tratada con prótesis bipolar.

en los casos de fijación interna. El resultado funcional es comparable en ambos procedimientos.

Fracturas pertrocantericas

Estas fracturas comprenden el extremo proximal del fémur. Según su estabilidad y cantidad de fragmentos óseos, se clasifican en simples, con dos fragmentos, y en las multifragmentarias. Las primeras se consideran estables y las otras inestables.

La osteosíntesis o método de fijación de la fractura debe ser estable. Cuando hay dos fragmentos, se puede utilizar una placa paracortical con un tornillo dinámico. Esto posibilita la compresión interfragmentaria de la fractura a lo largo del eje de deslizamiento del tornillo en el cuello del fémur. Desde el punto de biomecánico, el uso combinado de un tornillo deslizante sobre un clavo intramedular resulta ser el apropiado para fracturas fragmentarias muy inestables.



Fractura pertrocanterica tratada con tornillo intramedular y clavo intramedular.

Fractura pertrocanterica tratada con tornillo deslizante y placa cortical.

Complicaciones de fracturas de cadera

La mayor frecuencia de complicaciones ocurre por problemas vasculares como tromboembolia o infecciones adquiridas en el hospital. Las causas más habituales de mortalidad son la pulmonía, las complicaciones cardiacas y las renales.

Por lo antes mencionado, la mayoría de las muertes ocurren en pacientes de edad avanzada. Cerca del 20-30% de los pacientes con fractura de cadera fallecen dentro de los seis meses de haber ocurrido la fractura. El embolismo pulmonar es la cuarta causa de muerte en pacientes de fractura de la cadera (14%). Su riesgo disminuye significativamente con profilaxis antitrombótica, usando medias de compresión gradual elásticas y con movilización temprana.

La mayor parte de los casos en que se requiere transfusiones de sangre están ligados a pacientes mayores de 75 años con valores de hemoglobina preoperatoria inferiores a 10 g/dl. Posibles pérdidas funcionales pueden ocurrir por estreñimiento, deterioro de la integridad cutánea, inmovilidad física y riesgo de úlceras por presión.

Se estima que el 50% de los pacientes que tienen una vida independiente antes de la fractura será incapaz de recuperar su estilo de vida previo.

Las fracturas son más frecuentes en las mujeres (2/3 de los casos), con un riesgo de presentarse en el 4% en personas sobre los 80 años.

La tasa de mortalidad a un año luego de ocurrir una fractura varía entre 14 y 36%. La recuperación del nivel previo de deambulación es de 50 a 65 % y un 20% de los afectados pierde la capacidad de deambular dentro y fuera de su hogar.

Comentario

Una fractura de cadera es un problema frecuente que, sobre todo en la población de edad avanzada, puede tener serias consecuencias. Para cada caso en particular, se requiere considerar las opciones de tratamiento, así como tomar las medidas preventivas para disminuir las posibles complicaciones. Asimismo, debido a las repercusiones que puede tener este tipo de fractura, es importante considerar medidas preventivas, en especial en la población de mayor riesgo como pueden ser personas de edad avanzada, mujeres y pacientes con osteoporosis.