



16
24
11245
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL
PETROLEOS MEXICANOS

CORRELACION DIAGNOSTICA, TERAPEUTICA Y
RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS FRACTURAS
DEL CUELLO FEMORAL

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN;
LA ESPECIALIDAD DE
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
PRESENTA EL DR.
SERVANDO COSTA MEDINA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE ANTONIO VAZQUEZ GARCIA

MEXICO. D. F.



1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
ESTUDIOS PRELIMINARES	8
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	10
CONSIDERACIONES GENERALES	11
CALIDAD OSEA	19
MATERIAL Y METODOS	20
RESULTADOS	36
CRITERIOS TERAPEUTICOS	44
CONCLUSIONES	46
DISCUSION	47
BIBLIOGRAFIA	49

INTRODUCCION

LA ARTICULACION COXOFEMORAL, INDISPENSABLE PARA EL INDIVIDUO PARA PODER DESPLAZARSE NORMALMENTE Y TENER UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, ASI, COMO UNIDAD ELEMENTAL EN EL SISTEMA LOCOMOTOR; ES CON FRECUENCIA UNA DE LAS MAS AFECTADAS EN LOS ACCIDENTES TRAUMATICOS EN PERSONAS JOVENES Y DE EDAD AVANZADA.

LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL EN LA ACTUALIDAD HAN LLEGADO A OCUPAR UN LUGAR IMPORTANTE EN EL CAMPO DE LA TRAUMATOLOGIA POR SU FRECUENCIA Y SUS COMPLICACIONES, SIENDO EN LA VIDA DEL CIRUJANO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD.

DESDE AÑOS ATRAS, ESTA FRACTURA QUE AFECTA AL CUELLO FEMORAL HA CONSTITUIDO UN ACCIDENTE TERMINAL EN MUCHOS INDIVIDUOS DEBILES Y FRAGILES, LOS CUALES LLEGAN A FALLECER EN PERIODO DE DIEZ A CATORCE DIAS A CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES PULMONARES PRINCIPALMENTE, QUE SE AGRAVAN CON EL DECUBITO Y LA INMOVILIZACION PROLONGADA QUE FRECUENTEMENTE SE PRESCRIBE.

GENERALMENTE LA FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL SE PRESENTA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA CONSECUTIVAMENTE A ACCIDENTES CORRIENTES, TALES, COMO UNA CAIDA O TROPEZON; EPOCA EN QUE LA CRECIENTE DISMINUCION DE SUS FACULTADES MENTALES Y DE LA COORDINACION, ASI COMO LA DEBILITACION SENIL DE LOS HUESOS PROVOCADA POR LA OSTEOPOROSIS SENIL LOS HACE MAS SUCEPTIBLES A LOS TRAUMATISMO AUN MAS LIGEROS.

EN LA DECADA PASADA SE CONSIDERABA QUE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL ERAN EXCLUSIVAMENTE DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA POR LO MEN-

CIONADO ANTERIORMENTE; PERO EN LA ACTUALIDAD LA GENTE JOVEN TAMBIEN HA LLEGADO A SUFRIR ESTAS LESIONES COMO CONSECUENCIA DE LA VIDA MODERNA - CARACTERIZADA POR LA CRECIENTE PARTICIPACION DE LOS INDIVIDUOS EN VIAJES A GRAN VELOCIDAD, INDUSTRIA COMPLEJA Y DEPORTES RUDOS.

LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL SIEMPRE PLANTEARON GRANDES DESAFIOS A LOS CIRUJANOS TRAUMATOLOGOS Y EN MUCHOS SENTIDOS TODAVIA HOY SIGUEN SIENDO LA FRACTURA SIN SOLUCION EN LO QUE ATAÑE AL TRATAMIENTO Y A LOS RESULTADOS FINALES.

A MEDIDA QUE LA LONGEVIDAD HUMANA AUMENTA CON CADA DECADA QUE PASA NUESTRA SOCIEDAD SE CONVIERTE CADA VEZ MAS EN UNA SOCIEDAD GERIATRICA EN QUE UNA CONSIDERABLE CANTIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y ASILADOS SUFREN FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL Y SUS SECUELAS.

ES POR ESTO QUE EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL HA LLEGADO A ADQUIRIR GRAN IMPORTANCIA EN LAS ULTIMAS DECADAS PARA OFRECER AL PACIENTE UN PRONTO RECUPERACION Y UN MEJOR PRONOSTICO DE VIDA Y FUNCION. ESTO DADO POR UNA MOVILIZACION PRECOZ Y OBIAR ASI LOS PELIGROS DEL DECUBITO E INMOVILIDAD PROLONGADAS .

INCLUSO EN PACIENTES ANCIANOS EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ESTAS FRACTURAS CONSIGUE COMUNMENTE EVITAR LAS COMPLICACIONES FATALES Y REESTABLECER UNA CADERA UTIL E INDOLORA.

ANTECEDENTES

LA EXISTENCIA DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA FUERON SOSPECHADAS POR EL FAMOSO CIRUJANO ÁMBROSE PARE HACE APROXIMADAMENTE 400 AÑOS. EN 1823 SIR ÁSTLEY COOPER FUE EL PRIMERO EN CONTEMPLAR LA EXISTENCIA DE FRACTURAS INTRA Y EXTRACAPSULARES, PENSANDO EN QUE LA FALTA DE UNION DE LAS FRACTURAS TENIAN RELACION CON LA INTERRUPCION DEL APORTE SANGUINEO DEL FRAGMENTO PROXIMAL. PHILLIPS, EN 1867 DESCRIBIO UNA TECNICA DE MANEJO DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA MEDIANTE TRACCION LONGUITUDINAL Y LATERAL PARA EVITAR EL ACORTAMIENTO Y LA DEFORMIDAD. SENN, EN 1883 FUE EL PRIMERO EN OBTENER RESULTADOS SATISFACTORIOS EN ESTUDIOS EXPERIMENTALES EN PERROS UTILIZANDO LA FIJACION INTERNA; MENCIONANDO EN ESE ENTONCES QUE LA PROBABLE CAUSA DE NO HABER PODIDO LOGRAR EXITO EN EL TRATAMIENTO ERA LA INABILIDAD PARA PODER MANTENER LA COAPTACION E INMOVILIZACION ADECUADA DE LOS FRAGMENTOS: PRINCIPIOS QUE HASTA LA ACTUALIDAD SIGUEN VIGENTES. (3,16,21). EN 1876, MAXWELL MENCIONA SU TRATAMIENTO. CON EL ADVENIMIENTO DE LOS RAYOS "X", EN 1902, WHITMAN DESCRIBIO EL USO DEL YESO EN ABDUCCION DESPUES DE LOGRAR UNA CUIDADOSA REDUCCION DE LOS FRAGMENTOS OSEOS, AUNQUE SUS RESULTADOS NO FUERON PUBLICADOS.

COTTON, EN 1911 MENCIONA LA IMPACTACION DE LOS FRAGMENTOS HACIENDO USO DE UN MAZO METALICO, MEDIANTE GOLPES SUAVES EN EL TROCANTER MAYOR ANTES DE COLOCAR EL APARATO DE YESO EN ABDUCCION. LEADBETTER, EN 1927 MEJORO LA TECNICA DE REDUCCION DE WHITMAN, DEMOSTRANDO QUE FLEXIONANDO LA CADERA FRACTURADA CON TRACCION Y POSTERIORMENTE LLEVANDOLA HACIA LA ABDUCCION CON ROTACION INTERNA LA REDUCCION ERA MAS EXACTA Y POR EN DE MAS ESTABLE. (16). WILKIE EN ESE MISMO AÑO Y DE ACUERDO CON WHITMAN Y LEADBETTER PROPUSO EL USO DE YESOS CORTOS EN ABDUCCION Y ROTACION INTERNA EN AMBOS MUSLOS Y MANTENIDOS EN ESA POSICION MEDIANTE UNA BARRA.

TRANSVERSAL.

EL USO DE CLAVOS Y TORNILLOS NO ERA NADA NUEVO EN ESE ENTONCES YA_ QUE EN 1878 EN ALEMANIA, LANGENBECK Y KONING USABAN ESOS DISPOSITIVOS_ EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL.

EN 1908, DAVIS REPORTO EL USO DE TORNILLOS PARA MADERA EN EL TRATA MIENTO, TORNILLOS SIMILARES FUERON UTILIZADOS POR DA COSTA Y MARTIN EN ESTADOS UNIDOS. (3,16).

LA FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL SIEMPRE FUE UNA DE LAS MAS COMUNES_ EN NO CONSOLIDAR; PERO CUANDO SMITH PETERSEN EN 1925 INTRODUJO EL EM-- PLEO DE UN CLAVO CON TRES ARISTAS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE_ FRACTURAS SE REPORTO UNA DISMINUCION DE UN 50% EN LOS CASOS DE FALTA - DE CONSOLIDACION. SIENDO EN 1931 CUANDO SE PUBLICO SU PRIMER INFORME - SOBRE ESTE METODO DE TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS, TENIENDO GRAN ACEPTACION MUNDIAL. (18).

EN 1932, JOHANNSEN DE SUECIA, INTRODUJO UN CLAVO TRIANGULAR PERFO-- RADO POR EL CUAL SE PASABA UNA GUIA, ASEGURANDO DE ESTA FORMA UNA ME-- JOR FIJACION. (9).

EN 1933, WESCOTT DE ESTADOS UNIDOS UTILIZO EL CLAVO DESCRITO POR - JOHANNSEN, OBTENIENDO RESULTADOS ALENTADORES. (23).

EN 1934, MOORE INFORMO EL USO DE TRES Y POSTERIORMENTE DE CUATRO - CLAVOS ROSCADOS PARALELOS, INTRODUCIDOS A TRAVES DEL CUELLO FEMORAL -- HASTA LA CABEZA. METODO QUE TAMBIEN FUE ACEPTADO POR MUCHOS CIRUJANOS.

EN 1937, THORNTON Y JEWETT DE ESTADOS UNIDOS AGREGARON UNA PLACA - AL EXTREMO EXTERNO DEL CLAVO FIJANDOLA A LA DIAFISIS FEMORAL CON TORNILLOS, OBTENIENDO RESULTADOS ACEPTABLES, PERO EL PORCENTAJE DE SEUDOARTROSIS AUN ERA CONSIDERABLE.

EN 1944, NEUFEL DE ESTADOS UNIDOS, INTRODUJO UN CLAVO EN FORMA DE "V" QUE SE FIJABA A LA DIAFISIS FEMORAL MEDIANTE TORNILLOS. (16).

EN 1940, MOORE EN COMBINACION CON BOHLMAN EMPEZARON A DISEÑAR UN - MODELO DE PROTESIS PARA LA SUSTITUCION DE LA CABEZA Y CUELLO FEMORAL; SIENDO HASTA 1943 CUANDO SE EFECTUO POR PRIMERA VEZ ESTE TIPO DE CIRUGIA; COLOCANDOSE LA PROTESIS A UN PACIENTE QUIEN TENIA UN TUMOR DE CELULAS GIGANTES EN EL CUELLO FEMORAL Y QUE HABIA CAUSADO UNA FRACTURA.- LA CIRUGIA FUE CONSIDERADA UN EXITO YA QUE PERMITIO AL PACIENTE UNA RAPIDA INCORPORACION A LA DEAMBULACION SIN DOLOR POR TRECE MESES HASTA - QUE FALLECIO A CAUSA DE UNA CARDIOPATIA. LA PROTESIS USADA FUE DE ACERO INOXIDABLE. ESTE ACONTECIMIENTO MARCO UNA PAUTA IMPORTANTE Y TRASCENDENTAL EN LA CIRUGIA DE LA CADERA. (13,21).

EN 1950, LOS HERMANOS JUDETT DISEÑARON UNA PROTESIS DE ACRILICO DE TALLO CORTO QUE DESPERTO GRAN INTERES MUNDIAL, REPORTANDOSE EL USO DE ELLA EN APROXIMADAMENTE TRESCIENTOS CASOS. (10).

EN 1951, PETERSEN INTRODUCE UNA PROTESIS DE TALLO CORTO DE ACERO - INOXIDABLE QUE SE FIJABA CON UNA PETAÑA AL EXTREMO EXTERNO DE LA DIAFISIS MEDIANTE TORNILLOS. SU USO FUE MUY LIMITADO.

EN 1954, LIPMAN DE ESTADO UNIDOS, DESCRIBIO UNA PROTESIS DE TALLO

LARGO PARA TRANSFICION DE LA CADERA, MUY BIEN DISEÑADA Y QUE EN ALGUNOS ASPECTOS ERA SUPERIOR A LAS QUE EN AQUEL ENTONCES SE HABIAN DISEÑADO, PERO NUNCA LLEGO A TENER GRAN ACEPTACION, YA QUE SU COLOCACION ERA MUY LABORIOSA. (21)

EN 1957, CHARNLEY INTRODUJO UN TORNILLO DE COMPRESION CON CARGA DE MUELLE PARA LA FIJACION DE LA PLACA LATERAL, DESECHANDOSE POR SUS RESULTADOS DESALENTADORES. (5).

EN 1959, DEYERLE DISEÑO UNA PLACA QUE SE ASEGURABA A LA DIAFISIS FEMORAL MEDIANTE TORNILLOS Y PERMITIA EL PASO DE TORNILLOS ROSCADOS A TRAVES DE SU CUERPO PARA LA FIJACION DE LA FRACTURA. (22).

EN ESE ENTONCES SE DESARROLLARON APROXIMADAMENTE ENDOPROTESIS FEMORALES, LAS CUALES NO FUERON ACEPTADAS MUNDIALMENTE POR TENER UN TALLE CORTO.

MOORE, CONTINUO REALIANDO CAMBIOS A LA PROTESIS DISEÑADA POR EL, POPULARIZANDOLA EN 1950.

EN 1952, THOMPSON INTRODUCE SU PROTESIS FEMORAL, DISEÑADA PARA FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL BAJAS, SIENDO ACEPTADA, REPORTANDOSE EN 1954 SUS RESULTADOS. (20).

DURANTE ES TIEMPO LA CIRUGIA DE LA CADERA TENIA SUS BASES EN LOS PRINCIPIOS DE LA FIJACION INTERNA Y EN LA CIRUGIA DEL REEMPLAZO PARCIAL DESCRITAS Y POPULARIZADAS HASTA EL MOMENTO, HASTA APROXIMADAMENTE EL AÑO DE 1958 EN QUE SE INTRODUJO EL SISTEMA SUIZO A/O CON EL USO

DE PLACAS ANGULADAS, TENIENDO GRAN ACEPTACION MUNDIAL POR LA ESTABILIDAD QUE BRINDABAN Y POR SUS BUENOS Y ALENTADORES RESULTADOS.

EN 1970, CHARNLEY INTRODUCE EL USO DEL CEMENTO OSEO PARA LA MEJOR FIJACION DE LAS ENDOPROTESIS. ESTO MARCO UN HECHO HISTORICO EN EL DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA CIRUGIA DE LA CADERA, ABRIENDOSE GRANDES ORIZZONTES PARA EL REEMPLAZO TOTAL DE LA CADERA. (14).

EN 1974, BITMAN Y GILIBERTY INTRODUCEN EL SISTEMA BIPOLAR PARA EL REEMPLAZO PARCIAL DE LA CADERA, AUNQUE SUS RESULTADOS FUERON BUENOS DICHO SISTEMA NO TUVO GRAN ACEPTACION POR LAS DIFICULTADES CON QUE LOS CIRUJANOS SE TOPABAN PARA CONSEGUIR SUS COMPONENTES.

A PARTIR DE ENTONCES LAS TECNICAS MENCIONADAS DESPERTARON GRAN INTERES EN LOS CIRUJANOS DE CADERA, LOGRANDO CADA VEZ MAYORES EXITOS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL.

EN RESUMEN, DESPUES DE LAS PUBLICACIONES DE SMITH PETERSEN, WESCOTT JOHANSEN, MOORE Y THOMPSON MUCHOS OTROS AUTORES ADAPTARON EL SISTEMA DE LA FIJACION INTERNA Y APARECIERON OTROS TIPOS DE PLACAS Y TORNILLOS DESTINADOS A CONFERIR MAYOR ESTABILIDAD, TALES COMO: LA PLACA DE MACLAUGHLIN Y EL TORNILLO DE LORENZO Y RICHARDS. LOS VERDADEROS ADELANTOS EN LAS HEMIARTROPLASTIAS FUERON LA SUSTITUCION DE MOORE EN 1943, LA PROTESIS DE TALLO CORTO DE JUDETT Y LAS PROTESIS DE TALLO LARGO DE MOORE Y THOMPSON INTRODUCIDAS EN LA DECADA DE 1950.

SIENDO EN LA ACTUALIDAD UTILIZADOS MUCHOS DE ESTOS DISPOSITIVOS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL.

ESTUDIOS PRELIMINARES

EN LA LITERATURA MUNDIAL SE HAN PUBLICADO LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL CON DIFERENTES METODOS DE TRATAMIENTO: ENDOPROTESIS FEMORAL TIPO AUSTIN MOORE Y THOMSON, USO DE PLACAS ANGULADAS A/O, FIJACION CON MULTIPLES CLAVOS ROSCADOS, TORNILLOS DE TRANSFICION, CLAVOS PERCUTANEOS, FIJACION INTERNA CON CLAVOS E INJERTO AUTOLOGO TOMADO DE PERONE, FIJACION CON CLAVOS DE ENDER.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS HAN SIDO VALORADOS EN BASE A LA FUNCIONALIDAD DE LA CADERA INTERVENIDA TOMANDO EN CUENTA LA PRESENCIA DE DOLOR Y ACTIVIDAD, ASI COMO LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS.

LOS RESULTADOS PUBLICADOS EN LOS DIFERENTES ESTUDIOS EFECTUADOS -- NOS DEMUESTRAN QUE SI EXISTE DIFERENCIA ENTRE UN METODO Y OTRO, YA QUE LOS PORCENTAJES DE EXCELENTES, BUENOS, REGULARES Y MALOS RESULTADOS ES SIGNIFICATIVO. (1,2,6,8,11,12,15).

EN NUESTRO HOSPITAL ES LA PRIMERA REVISION QUE SE REALIZA, ANALIZANDO LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN BASE LA FUNCIONALIDAD DE LA CADERA TOMANDO EN CUENTA LA EDAD DEL PACIENTE, DOLOR, GRADO DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACION COXOFEMORAL Y PRESENCIA DE COMPLICACIONES CON UNO Y OTRO METODO.

OBJETIVOS

1.- CORRELACIONAR EL ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL DE - PETROLEOS MEXICANOS.

2.- ANALIZAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE ACUERDO AL TIPO DE FRACTURA Y METODO UTILIZADO.

3.- PROTOCOLIZAR EL MANEJO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR - DE CONCENTRACION NACIONAL DE PETROLEOS MEXICANOS.

HIPOTESIS

REALIZAR UN ESTUDIO Y ANALISIS MINUCIOSO DE LA FRACTURA, DE LA CALIDAD OSEA Y DE LA EDAD DEL PACIENTE PARA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO INTEGRAL Y A UN TRATAMIENTO MAS RACIONALIZADO.

NO EXISTIENDO UNA CLASIFICACION FUNCIONAL ADECUADA DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL, SE NECESITARA ADECUAR EL TIPO DE LA FRACTURA A UNA U OTRA CLASIFICACION.

CONSIDERACIONES GENERALES

LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL CONSTITUYEN UNA DE LAS LESIONES -
MAS DESVASTADORAS QUE EL ESQUELETO HUMANO PUEDE SUFRIR A CUALQUIER E-
DAD. LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD AUMENTAN EN PROPORCION CON LA EDAD,
Y CON LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE LA ACOMPAÑAN. SE CONSIDERA UNA DE
LAS CAUSAS MAS COMUNES DE MUERTE TRAUMATICA DESPUES DE LOS 75 AÑOS DE
EDAD.

COMO LA INVALIDEZ DEL PACIENTE PUEDE REVESTIR PROPORCIONES TRAGI--
CAS, ESTA LESION REQUIERE DE ATENCION ESPECIALIZADA POR GENTE CAPACITA
DA Y EXPERTA DESDE SU INGRESO A LA SALA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL. EL -
PROCEDER MEDICO REVISTE IMPORTANCIA CRITICA AL TOPARSE CON ESTE TIPO -
DE LESIONES CUANDO INGRESAN, YA QUE LA PRIMERA PREGUNTA QUE SE HACE EL
MEDICO ANTE ESTE TIPO DE SITUACIONES ES: ¿ SE CONSIDERA UN CASO DE UR-
GENCIA, O DEBE SER MANEJADO COMO UN PACIENTE ELECTIVO?. ANTE ESTO SE -
DEBEN DE TOMAR EN CUENTA EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, SE DEBEN SOLI
CITAR LOS EXAMENES PREOPERATORIO URGENTES, REALIZARSE LAS INTERCONSUL-
TAS QUE ASI SE CREA CONVENIENTE, VERIFICAR LA EXISTENCIA DE SANGRE EN
EL BANCO; TODO ESTO ENCAMINADO PARA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN --
LAS MEJORES CONDICIONES PARA PODER SER INTERVENIDO Y ASI DE ESTE MODO
DISMINUIR AL MAXIMO EL RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL ACTO QUIRUR
GICO Y EN EL PERIODO POSTOPERATORIO. (21).

EL MANEJO POSTOPERATORIO TAMBIEN CONSIDERADO IMPORTANTE PARA LA ME
JOR EVOLUCION DEL PACIENTE, ESTA ENCAMINADO A UNA PRONTA MOVILIZACION
EVITANDO AL MAXIMO LAS COMPLICACIONES PULMONARES QUE LA INMOVILIZACION
PROLONGADA TRAE CONSIGO.

LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL COMPRENDEN A LAS FRACTURAS SUBCAPITALES, TRANSCERVICALES Y LAS BASICERVICALES. (3,21,22).

LAS FRACTURAS SUBCAPITALES SON AQUELLAS QUE SE PRODUCEN EN LA UNION DEL CUELLO FEMORAL EN SU PORCION PROXIMAL CON LA CABEZA FEMORAL. LAS TRANSCERVICALES SON AQUELLAS QUE SE PRODUCEN EN CUALQUIER PORCION DEL CUELLO FEMORAL DESDE SU UNION CON LA CABEZA FEMORAL HASTA LA BASE DEL CUELLO. Y FINALMENTE LAS BASICERVICALES SON AQUELLAS EN LAS QUE EL TRAZO DE FRACTURA PASA POR LA BASE DEL CUELLO FEMORAL CON INTEGRIDAD DE LOS TROCANTERES. (FIG. 1).

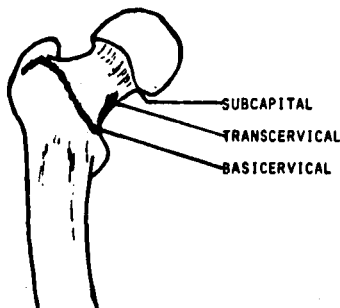


FIG. 1

LAS FRACTURAS SUBCAPITALES VERDADERAS SIN UN IMPORTANTE COMPONENTE CERVICAL SON RARAS. ESTE TIPO DE FRACTURA HA SIDO CLASIFICADA SEGUN -- LOS CRITERIOS DE GARDEN EN CUATRO TIPOS:

GARDEN I: CONSIDERA COMO UNA FRACTURA INCOMPLETA O IMPACTADA. EN ESTAS FRACTURAS LAS TRABECULACIONES OSEAS DEL CUELLO INFERIOR ESTAN INTACTAS.

GARDNER II: ES UNA FRACTURA COMPLETA SIN DESPLAZAMIENTO,
CONSIDERADA COMO UNA FRACTURA ESTABLE AL IGUAL QUE EL TIPO I.

GARDNER III: ES UNA FRACTURA COMPLETA CON DESPLAZAMIENTO PARCIAL DE -
1 CM. O MENOS.
EN ESTE TIPO DE FRACTURA EL PATRON TRABECULAR DEL CUELLO
FEMORAL YA SE ENCUENTRA ALTERADO.
CONSIDERADA COMO UNA FRACTURA INESTABLE.

GARDNER IV: ES EL TIPO DE FRACTURA SUBCAPITAL MAS SEVERA.
EL TRAZO DE FRACTURA ES COMPLETO Y EXISTE UNA DESPLAZAMIE
TO TOTAL.
AQUI SE AGREGA UNA PATRON ROTACIONAL A LA CABEZA FEMORAL,
ES LA MAS INESTABLE DE TODAS.

GARDNER CONSIDERA QUE LOS TIPOS I Y II SON LA MAS ESTABLES, Y QUE
LOS TIPOS III Y IV SON LAS MAS INESTABLES. TOMANDO RELEVANCIA LO ANTE
RIOR EN CUANTO A PRONOSTICO Y TRATAMIENTO SE REFIERE.

EL TRATAMIENTO ESTA ENCAMINADO A UNA REDUCCION EXACTA Y FIRME FI-
JACION EN LOS TIPOS I Y II EN PACIENTES JOVENES. EN LOS PACIENTES AN-
CIANOS EL TRATAMIENTO ESTA ORIENTADO HACIA UNA SUSTITUCION PROTESICA_
DE LA CABEZA FEMORAL CON UNA ENDOPROTESIS FEMORAL YA QUE LOS PORCENTA
JES EN LA FALLA DE UNION EN PACIENTE ANCIANOS ES MUY ELEVADA. EN CAM-
BIO EN PACIENTES JOVENES POR DEBAJO DE LA QUINTA DECADA SE CONSIDERA_
QUE LA OSTEOGENESIS AUN PUEDE REPARAR ESTOS TIPOS DE FRACTURAS, AUN -
CORRIENDO EL RIESGO DE PERDER LA CABEZA FEMORAL A CONSECUENCIA DE UNA

NECROSIS AVASCULAR EN 25 A 37%.

EL PORCENTAJE DE FALLA DE UNION EN ESTOS TIPOS DE FRACTURAS TRATADAS MEDIANTE REDUCCION Y FIJACION VARIA SEGUN LAS DIFERENTES SERIES DE VARIOS AUTORES, REPORTANDOSE FALLA EN APROXIMADAMENTE DE UN 12 A UN -- 28%.

EN LOS TIPOS III Y IV EL TRATAMIENTO DE PRIMERA INSTANCIA EN LA -- SUSTITUCION PROTESICA DE LA CABEZA FEMORAL YA QUE ESTO PERMITE AL PA-- CIENTE UNA PRONTA MOVILIZACION Y SE DISMINUYEN LOS RIESGOS POSTOQUIRUR-- GICOS DE SEUDOARTROSIS Y NECROSIS AVASCULAR, YA QUE EN ESTOS TIPOS DE_ FRACTURA EL PATRON VASCULAR SE ENCUENTRA ALTERADO DISMINUYENDO CONSIDERABLEMENTE EL APORTE SANGUINEO AL FRAGMENTO PROXIMAL, CONDICIONANDO RE-- TARDO EN LA CONSOLIDACION Y AUMENTANDO EL RIESGO POSTERIOR DE UNA NE-- CROSIS ASEPTICA. (3,6,12,16,21,22).

CLINICAMENTE EL PACIENTE VA A PRESENTAR INCAPACIDAD FUNCIONAL DE -- LA EXTREMIDAD PELVICA AFECTADA, PUEDE HABER PRESENCIA DE HEMATOMA, AU-- MENTO DE VOLUMEN DE LA CADERA, ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD PELVICA Y ACTITUD ANTALGICA EN ROTACION EXTERNA.

EL ESTUDIO RADIOGRAFICO MAS ADECUADO PARA ESTE TIPO DE FRACTURAS -- ES EN LA POSICION ANTEROPOSTERIOR CON ROTACION INTERNA Y LA POSICION -- LATERAL CON LA CADERA SANA A 90° DE FLEXION. ESTO NOS PERMITE VALORAR_ LA INTEGRIDAD O NO DEL CUELLO FEMORAL Y EL GRADO DE DESPLAZAMIENTO EN_ EL PLANO ANTEROPOSTERIOR.

LAS FRACTURAS TRANSCERVICALES SON LAS MAS COMUNES. ESTE TIPO DE -- FRACTURAS HAN SIDO CLASIFICADAS SEGUN LOS CRITERIOS DE PAWELLS, TOMAN- DO EN CUENTA LA ANGULACION DEL TRAZO DE FRACTURA CON UNA HORIZONTAL -- TRAZADA EN EL BORDE SUPERIOR DE LA CABEZA FEMORAL. DESCRIBIENDOSE TRES TIPOS:

PAWELLS I: PRESENTA UNA ANGULACION DE 30° .

CONSIDERADA COMO UNA FRACTURA ESTABLE.

PAWELLS II: PRESENTA UNA ANGULACION DE 50° .

CONSIDERADA INESTABLE.

PAWELLS III: PRESENTA UNA ANGULACION DE 70° .

LA MAS INESTABLE.

TAMBIEN ESTAS FRACTURAS HAN SIDO CLASIFICADAS POR EL GRADO DE DES- PLAZAMIENTO QUE PRESENTAN. DESCRIBIENDOSE TRES GRADOS:

GRADO I: NO DESPLAZADAS. A ESTE GRUPO PERTENECEN LAS FRACTURAS IMPAC- TADAS.

CONSIDERADA COMO UNA FRACTURA ESTABLE.

GRADO II: SON AQUELLAS QUE PRESENTAN UN DESPLAZAMIENTO MENOR DE 1 CM, CONSIDERADA POR ALGUNOS AUTORES COMO ESTABLE.

GRADO III: AQUELLAS QUE PRESENTAN UN DESPLAZAMIENTO MAYOR DE 1 CM. PUEDEN SER FRAGMENTADAS.

EN BASE A ESTOS DOS PARAMETROS SE ORIENTA EL TRATAMIENTO QUIRURGI- CO. EL TRATAMIENTO UTILIZADO EN LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL SE -

ENCAMINA HACIA LA REDUCCION DEL DESPLAZAMIENTO CON FIJACION DE LA FRACTURA CON O SIN OSTEOTOMIA ESTABILIZADORA, O BIEN AL REEMPLAZO PROTESICO DE LA CABEZA Y CUELLO FEMORAL.

SE HA OBSERVADO EN ESTUDIOS REALIZADOS QUE LAS FRACTURAS TIPO PAWELLS I SON LAS MAS ESTABLES Y LAS QUE MEJOR PRONOSTICO TIENEN EN CUANTO A FUNCION Y VIABILIDAD DE LA CABEZA FEMORAL PARA ALGUNOS AUTORES. LAS TIPO PAWELLS II Y PAWELLS III HAN PRESENTADO DISCREPANCIA EN LOS RESULTADOS OBTENIDO CON LOS DIFERENTES METODOS DE FIJACION, YA QUE UNOS AUTORES HAN PUBLICADO MEJORES RESULTADOS EN LAS PAWELLS III QUE EN LAS PAWELLS II. PRESUMIENDO QUE LA CAUSA SEA POSIBLEMENTE DEBIDA AL DESPLAZAMIENTO POSTERIOR. ESTOS DOS ULTIMOS TIPOS DE FRACTURAS HAN SIDO CONSIDERADAS COMO INESTABLES POR EL GRADO DE ANGULACION QUE PRESENTAN. -- (FIG.2). (16,20).

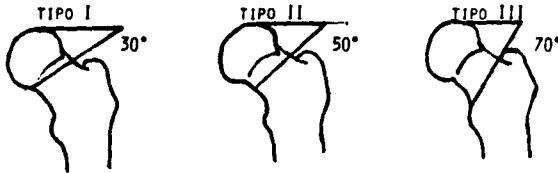


FIG. 2.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL REEMPLAZO PROTESICO PARECE SUPERAR A LOS OBTENIDOS MEDIANTE REDUCCION Y FIJACION. (15,16,20).

CLINICAMENTE EL PACIENTE PRESENTA HALLAZGOS SIMILARES QUE EN LAS FRACTURAS SUBCAPITALES. EL ESTUDIO RADIOLOGICO TAMBIEN ES SIMILAR.

LAS FRACTURAS BASICERVICALES SON LAS SEGUNDAS EN FRECUENCIA. ESTE TIPO DE FRACTURAS HA SIDO CLASIFICADA SEGUN EL GRADO DE DESPLAZAMIENTO MENCIONANDOSE TRES GRADOS:

GRADO I: SON AQUELLAS FRACTURAS NO DESPLAZADA.

A ESTE GRUPO PERTENECEN LAS FRACTURAS IMPACTADAS.

GRADO II: SON AQUELLAS FRACTURAS QUE PRESENTAN UN DESPLAZAMIENTO MENOR DE 1 CM.

GRADO III: SON AQUELLAS CON DESPLAZAMIENTOS MAYORES A 1 CM. PUEDE SER FRAGMENTADA.

EN GENERAL LAS FRACTURAS BASICERVICALES SE REDUCEN CON FACILIDAD Y CONSOLIDAN BIEN, POR QUE HAY MAS MATERIAL OSEO PARA QUE LA FIJACION QUEDE FIRME DURANTE TODO EL PROCESO DE CONSOLIDACION. SIN EMBARGO MERE CEN TENER RESPETO POR QUE A VECES RESULTA DIFICIL REDUCIRLAS. EN EFECTO EL FRAGMENTO SUPERIOR PUEDE FORMAR UNA ANGULO AGUDO CON ANTEVERSION EXTREMA, ESTO CAUSADO POR LA TRACCION DEL MUSCULO PSOASILIACO, EL CUAL NO ENCUENTRA OPOSICION PARA SU FUNCION, FLEXIONANDO LATERALMENTE ASI - LOS DOS FRAGMENTOS EN EL SITIO DE FRACTURA.

EN LO QUE RESPECTA AL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE FRACTURAS SE HA OBSERVADO QUE LA REDUCCION Y FIJACION MEDIANTE PLACAS, TORNILLOS Y CLAVOS A DADO RESULTADO POSITIVOS EN LA MAYOR DE LOS CASOS, Y QUE EL INDICE DE COMPLICACIONES ES MENOR. EL UNICO INCONVENIENTE QUE SE ENCUENTRA CON ESTE METODO ES EL RETARDO EN LA INCORPORACION A SU VIDA NORMAL.

TAMBIEN EL USO DE PROTESIS FEMORALES EN ESTE TIPO DE FRACTURA HA -

OFRECIDO RESULTADOS MUY BUENOS, INCORPORANDO A LOS PACIENTES A SUS ACTIVIDADES EN UN CORTO PERIODO DE TIEMPO. (5,15,16,20,21,22).

EN LOS QUE RESPECTA A LAS COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL SE HAN DESCRITO: - TROMBOEMBOLIA PULMONAR

- EMBOLIA GRASA
- SHOCK
- INFECCION
- SEUDDARTROSIS
- NECROSIS AVASCULAR
- PERDIDA DE LA REDUCCION POR OSTEOSINTE
SINTESIS INSUFICIENTE
- ARTROSIS POSTRAUMATICA
- MIOSISTIS OSIFICANTE
- COXALGIA RESIDUAL POSTRAUMATICA

ES POR ESO QUE DEBEMOS TENER MUCHOS CUIDADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL, SEA CUAL FUERE, TENIENDO EN MENTE -- TODAS ESTAS COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTARSE, ADEMAS DE TENER EN -- CUENTA LAS FALLAS TECNICAS, YA QUE DE ESO DEPENDERA EL EXITO O EL FRACASO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

CALIDAD OSEA

LA CALIDAD OSEA, FACTOR DETERMINANTE EN EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LAS FRACTURAS EN ESPECIAL LAS QUE ATAFEN AL CUELLO FEMORAL, A TOMADO UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DETERMINACION DEL TIPO DE CIRUGIA QUE SE HA DETERMINADO REALIZAR. A NIVEL DEL CUELLO FEMORAL SE HA OPTADO EL USO DEL INDICE DE SINGH.

EL INDICE DE SINGH SE BASA EN LOS PATRONES DE TRABECULACIONES EXISTENTES EN EL TEJIDO OSEO DEL CUELLO Y CABEZA FEMORAL. DICHS PATRONES DE TRABECULACIONES ESTAN COMPUESTAS POR GRUPOS DE LINEAS DE TENSION Y COMPRESION, APRECIANDOSE SEIS DIFERENTES PATRONES QUE HA PERMITIDO CLASIFICAR EL GRADO DE CALIDAD OSEA.

GRUPO VI: CALIDAD OSEA NORMAL.

GRUPO V: CALIDAD OSEA REGULAR.

GRUPO IV: INDICIOS DE OSTEOPOROSIS.

GRUPO III: OSTEOPOROSIS LEVE.

GRUPO II: OSTEOPOROSIS MODERADA.

GRUPO I: OSTEOPOROSIS SEVERA.

ESTA CLASIFICACION POR GRUPOS DE CALIDAD OSEA NOS HA PERMITIDO --NORMAR CRITERIOS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LOS PACIENTES CON FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL. (16).

MATERIAL Y METODOS

EL PRESENTE FUE REALIZADO EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL DE PETROLEOS MEXICANOS DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO DE JULIO DE 1984 A AGOSTO DE 1989.

SE REVISARON LOS EXPEDIENTES CLINICOS Y RADIOLOGICOS DE 88 PACIENTES LOS CUALES HABIAN SUFRIDO FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL, DESDE SU INGRESO AL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, TOMANDO EN CUENTA SEXO, EDAD, CAUSA DE LA FRACTURA, ENFERMEDADES ASOCIADAS, TIPO DE FRACTURA, METODO DE TRATAMIENTO, TIEMPO QUIRURGICO, SANGRADO APROXIMADO Y -- DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

EN EL ESTUDIO SE INCLUYERON TODOS AQUELLOS PACIENTES QUE AL MOMENTO DE HACER LA REVISION HABIAN SIDO DADOS DE ALTA DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Y SE EXCLUYERON A 12 PACIENTES LOS CUALES NO CONTABAN CON LOS REQUISITOS, YA QUE 8 SE ENCONTRABAN AUN EN SU PERIODO POSTOPERATORIO QUE VARIO DE 5 A 21 DIAS. 4 PACIENTES NO SE INCLUYERON POR HABER PRESENTADO OTRAS FRACTURAS EN LA EXTREMIDAD AFECTADA, QUE EN UN MOMENTO DADO PUDIERAN INTERFERIR CON LOS RESULTADOS EN CUANTO A FUNCIONALIDAD SE REFIERE.

EL ESTUDIO ABARCO A 76 PACIENTES; CON UN TOTAL DE 77 FRACTURAS, YA QUE UN PACIENTE TUVO FRACTURA DOBLE. 52 ERAN FEMENINOS Y 24 ERAN MASCULINOS. (TABLA I). LA EDAD DE LOS PACIENTES FUE DE 30 AÑOS LA MENOR Y DE 89 LA MAYOR CON UN PROMEDIO DE 74.4 AÑOS. (TABLA II). LA CAUSA QUE HABIA PRODUCIDA LA FRACTURA FUE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO EN 7 Y CAIDA

DE SU MISMA ALTURA 69, SIENDO UN 9.3% Y UN 90.7% RESPECTIVAMENTE. EN CUANTO A LATERALIDAD SE REFIERE 29 FUERON IZQUIERDAS (38%) Y 48 FUERON DERECHAS (62%). LA OCUPACION DE LOS PACIENTES EN SU MAYORIA CORRESPONDIÓ A PACIENTES CON UNA VIDA COMPLETAMENTE SEDENTARIA, SIENDO 56 CASOS (73.6%), CON ACTIVIDAD MODERADA (JUBILADOS Y AMAS DE CASA CON UNA OCUPACION LIBRE EN SU DOMICILIO Y CON SALIDAS A LA CALLE CON RELATIVA FRECUENCIA) FUERON 12 (15.7%), Y CON UNA VIDA ACTIVA COMPLETAMENTE 8 CASOS (10.7%). (CUADROS III, IV Y V).

EL TIPO DE FRACTURA QUE PRESENTARON FUE: 19 SUBCAPITALES (24.67%), 33 BASICERVICALES (42.86%) Y 25 TRASCERVICALES (32.46%). (CUADRO VI).

PRESENCIA DE ENFERMEDADES ASOCIADAS EN ORDEN DE FRECUENCIA FUERON: HIPERTENSION ARTERIAL 20 (26.31%), HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS 9 (11.84), CARDIOPATIA 8 (10.53%), HIPERTENSION Y CARDIOPATIA 6 (7.89%), DIABETES MELLITUS 5 (6.58%), EPOC 5 (6.58%), PARKINSON 1 -- (1.32%) Y FIBROSIS PULMONAR 1 (1.32%). (TABLA VII).

EL TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA FUE BLOQUEO PERIDURAL EN 73 PACIENTES (96.05%), Y GENERAL OROINTUBADA EN 3 (3.94%). (TABLA VIII).

EL METODO EMPLEADO FUE: OSTEOSINTESIS CON PLACA ANGULADA A/O 19 -- CASOS (24.67%), HEMIARTROPLASTIA TIPO MOORE 36 (46.75%), HEMIARTROPLASTIA TIPO THOMPSON 20 (25.97%) Y EN 2 CASOS SE UTILIZO UNA HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR CON PROTESIS AUTOBLOQUEANTE DE MULLER Y COPA GILBERTY -- (2.59%). (TABLA IX).

EL TIPO DE FRACTURA SUBCAPITAL QUE MAYOR FRECUENCIA TUVO FUE LA TIPO III SIENDO 18 CASOS (94.73%) Y DEL TIPO II SOLAMENTE SE PRESENTO 1 CASO (5.26%). DE LAS FRACTURAS TRANSCERVICALES EL TIPO II FUE LA -- QUE MAYOR FRECUENCIA PRESENTO SIENDO 20 CASOS (80%), EL TIPO III FUERON 4 CASOS (16%) Y DEL TIPO I FUE SOLAMENTE 1 CASO (4%). EN LO QUE RESPECTA A LAS FRACTURAS BASICERVICALES LA TIPO I ES LA QUE MAYOR FRECUENCIA PRESENTO SIENDO 16 CASOS (48.48%), DEL TIPO II FUERON 13 CASOS (39.39%) Y DEL TIPO III HUBO 4 CASOS (12.12%). (CUADRO XII).

EL TIEMPO QUIRURGICO REPORTADO EN LAS OSTEOSINTESIS FUE EL MENOR DE 1:40 HRS. Y EL MAYOR DE 4:00 HRS. CON UN PROMEDIO DE 2:24 HRS. EL TIEMPO REPORTADO EN LAS HEMIARTROPLASTIAS EL MENOR FUE DE 1:00 HR. Y EL MAYOR DE 2:45 HRS. CON UN PROMEDIO DE 1:35 HRS.

EL SANGRADO APROXIMADO REPORTADO EN LAS HOJAS QUIRURGICAS DE LAS HEMIARTROPLASTIAS FUE DE 200 ML Y 450 ML (MENOR Y MAYOR RESPECTIVAMENTE) CON UN PROMEDIO DE 255 ML. EN LAS OSTEOSINTESIS EL SANGRADO CALCULADO FUE DE 250 ML EL MENOR Y DE 1000 ML EL MAYOR CON UN PROMEDIO DE 411 ML. (CUADRO XIII).

LOS DIAS HOSPITAL PROMEDIO DE LOS PACIENTE INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE DE OSTEOSINTESIS FUE DE 8.3 DIAS, SIENDO EL MENOR NUMERO DE DIAS DE 4 Y EL MAYOR DE 15. EN LAS HEMIARTROPLASTIAS EL PROMEDIO FUE DE 6.2 DIAS, SIENDO EN MENOR DE 4 Y EL MAYOR DE 12. (CUADRO XIV).

SEXO	CASOS	%
M	24	31,57
F	52	68,42

CUADRO I. FRECUENCIA DE SEXO.

	EDAD
MENOR	30
MAYOR	89
PROMEDIO	74,4

CUADRO II. PROMEDIO DE EDAD.

CAUSA	CASOS	%
CAIDA	69	90,7
ACCIDENTE	7	9,3

CUADRO III. CAUSA DE LA FRACTURA.

LADO	CASOS	%
DER	48	62
IZQ	29	38

CUADRO IV. LATERALIDAD.

ACTIVIDAD	CASOS	%
NORMAL	8	10.7
MODERADA	12	15.7
SEDENTARIA	56	73.6

CUADRO V. TIPO DE ACTIVIDAD.

TIPO	CASOS	%
SUBCAPITAL	19	24.67
TRANSCERVICAL	25	32.46
BASICÉRVICAL	33	42.86

CUADRO VI. TIPO DE FRACTURA.

ENFERMEDAD	CASOS	%
HTA	20	26.31
HTA + DM	9	11.84
CARDIOPATIA	8	10.53
HTA + CARDIOPATIA	6	7.89
DM	5	6.58
EPOC	5	6.58
PARKINSON	1	1.32
FIBROSIS PULMONAR	1	1.32

- HTA = HIPERTENSION ARTERIAL
- DM = DIABETES MELLITUS
- EPOC = ENF. PULMONAR OBST. CRONICA

CUADRO VII ENFERMEDADES ASOCIADAS.

TIPO	CASOS	%
BPD	73	96,05
AGOI	3	3,94

▪ BPD = BLOQUEO PERIDURAL

▪ AGOI = ANEST. GRAL. OROINTUBADA

CUADRO VIII. TIPO DE ANESTESIA.

TRATAMIENTO	CASOS	%
H. AUSTIN MOORE	36	46,75
H. THOMPSON	20	25,97
OST. PLACA ANG.	19	24,68
H. BIPOLAR	2	2,59

CUADRO IX. TRATAMIENTO UTILIZADO.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
30-39	1	2	3
40-49	1	4	5
50-59	3	2	5
60-69	2	9	11
70-79	6	14	20
80-89	11	21	32
TOTAL	24	52	76

CUADRO X. DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

FRACTURA	MOORE	THOMPSON	PLACA	BIPOLAR
BASICERVICAL	3	12	17	1
TRANSCERVICAL	19	4	1	1
SUBCAPITAL	14	4	1	0
TOTAL	36	20	19	2

CUADRO XI. TRATAMIENTO UTILIZADO/TIPO DE FRACTURA.

SUBCAPITAL		
GRADO	CASOS	%
II	1	5.26
III	18	94.73

TRANSCERVICAL		
GRADO	CASOS	%
I	1	4
II	20	80
III	4	16

BASICERVICAL		
GRADO	CASOS	%
I	16	48.48
II	13	39.39
III	4	12.12

CUADRO XII. CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS.

TRATAMIENTO	TIEMPO	SANGRADO
OSTEOSINTESIS	2:24	411
HEMIARTROPLASTIA	1:35	255

* TIEMPO: HRS.

* SANGRADO: MLS.

CUADRO XIII. TIEMPO Y SANGRADO POR TIPO DE TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO	DIAS
HEMIARTROPLASTIAS	6.2
OSTEOSINTESIS	8.3

CUADRO XIV. DIAS ESTANCIA PROMEDIO POR TIPO DE TRATAMIENTO.

EDAD	SUBC.	TRANS.	BASIC.	TOTAL
30-39	1	0	2	3
40-49	1	3	2	6
50-59	2	0	3	5
60-69	2	5	4	11
70-79	6	7	7	20
80-89	7	10	15	32
TOTAL	19	25	33	77

CUADRO XV. TIPO DE FRACTURA POR GRUPO DE EDAD.

EN LO QUE RESPECTA A LA CALIDAD OSEA, SE CLASIFICARON DE ACUERDO AL INDICE DE SINGH; CORRESPONDIENDO 12 PARA EL GRUPO II; 38 PARA EL GRUPO III; 15 PARA EL GRUPO IV; 9 PARA EL GRUPO V, Y 2 PARA EL GRUPO VI. (CUADRO XVI).

	CASOS	%
GRUPO I	0	0
GRUPO II	12	15.79
GRUPO III	38	50
GRUPO IV	15	19.73
GRUPO V	9	11.84
GRUPO VI	2	2.63
TOTAL	76	99.99

CUADRO XVI.- FRECUENCIA POR GRUPOS DE CALIDAD OSEA.

MANEJO DEL PACIENTE.- LOS PACIENTES A SU INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, EN DONDE FUERON VALORADOS POR LOS MEDICOS TRAUMATOLOGOS DEL SERVICIO EN FORMA INTEGRAL; SOLICITANDO EXAMENES PREOPERATORIOS ASI COMO LOS ESTUDIOS RADIOLOGICOS PERTINENTES. LOS EXAMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS FUERON: BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA, QUIMICA SANGUINEA (GLUCOSA, UREA Y CREATININA), TIEMPO DE PROTOMBINA, TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA, PLAQUETAS, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y GRUPO Y RH.

LOS PACIENTES FUERON INTERVENIDOS EN LAS 24 A 48 HORAS SIGUIENTES A SU INGRESO.

LOS ABORDAJES UTILIZADOS EN LAS INTERVENCIONES FUE EL LATERAL PARA LAS OSTEOSINTESIS Y EL POSTEROLATERAL PARA LAS HEMIARTROPLASTIAS.

LAS OSTEOSINTESIS FUERON LLEVADAS A CABO EN LA MESA DE ALBEE CON CONTROL FLUOROSCOPICO DE LA REDUCCION ASI COMO DE LA COLOCACION DE LA PLACA ANGULADA EN LA POSICION ANTEROPOSTERIOR Y AXIAL.

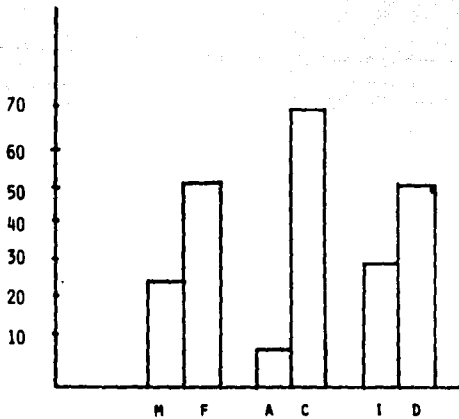
LAS HEMIARTROPLASTIAS FUERON REALIZADAS EN LA MESA CONVENCIONAL DE MAYO, VERIFICANDOSE LA ORIENTACION ADECUADA DE LA ENDOPROTESIS ASI COMO SU TAMAÑO MEDIANTE MEDICION DE LA CABEZA CON EL VERNIER Y REALIZANDO LA PRUEBA DEL "CHUPETE".

EN AMBAS INTERVENCIONES SE COLOCO DRENOVAK DE 1/4", EL CUAL FUE RETIRADO EN LAS SIGUIENTES 36 A 48 HORAS, PREVIA VERIFICACION DE QUE YA NO SALIERA MATERIAL POR EL DRENJE.

LOS PACIENTES FUERON MANEJADOS EN SU PERIODO POSTOPERATORIO CON ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS ASI COMO CON ANTIBIOTICOTERAPIA A BASE DE CEFALOSPORINAS DEL TIPO DE LA CEFALOTINA. SE USARON MEDIDAS GENERALES TALES COMO VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES, FISIOTERAPIA INCENTIVA, Y MONITOREO DE SIGNOS VITALES POR TURNO.

LAS EXTREMIDADES INFERIORES FUERON COLOCADA EN ABDUCCION MEDIANTE UN BULTO DE SABANAS INTERPUESTO EN AMBOS MUSLOS PARA EVITAR LA LUXACION DE LAS PROTESIS FEMORALES. EN EL CASO DE LAS OSTEOSINTESIS LAS EXTREMIDADES SE DEJARON LIBREMENTE.

EL RETIRO DE PUNTOS DE SUTURA SE REALIZO APROXIMADAMENTE A LOS 14 DIAS DE HABER SIDO INTERVENIDOS.



- M= MASCULINO
- F= FEMENINO
- A= ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO
- C= CAIDA
- I= IZQUIERDO
- D= DERECHO

FIG. 3. FRECUENCIA SEXO, CAUSA Y LADO AFECTADO.

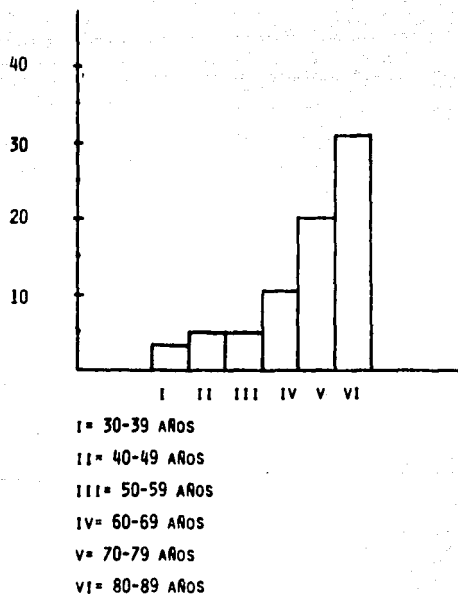


FIG 4. FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD.

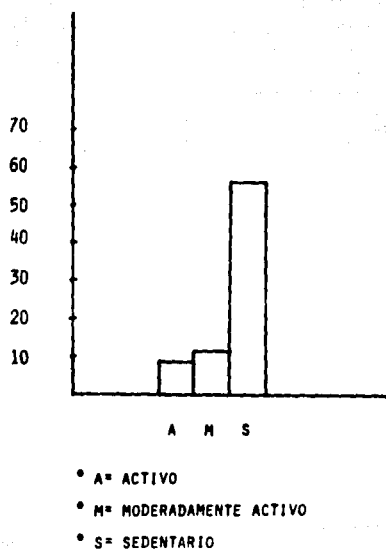


FIG. 5. FRECUENCIA POR TIPO DE VIDA.

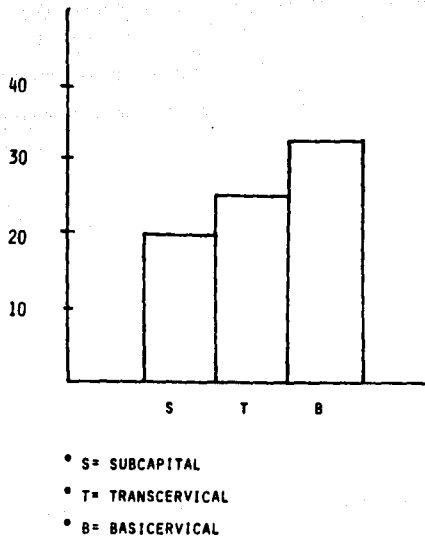


FIG. 6. FRECUENCIA POR TIPO DE FRACTURA.

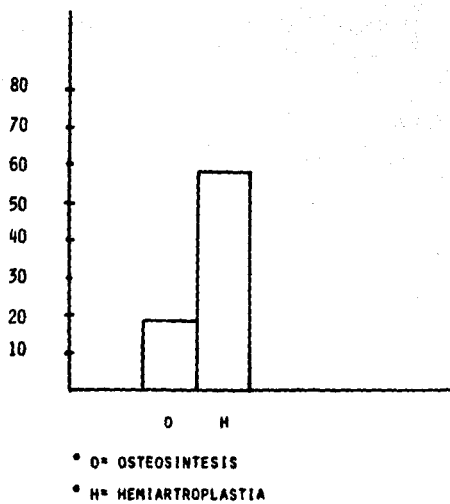


FIG. 7, FRECUENCIA POR TIPO DE TRATAMIENTO.

LOS PACIENTES FUERON VALORADOS POSTERIORMENTE EN LA CONSULTA EXTERNA, EN PERIODOS DE 15 A 30 DIAS, REVISANDOSE CLINICAMENTE EL ESTADO DE LA CICATRIZ QUIRURGICA, DATOS DE INFECCION, DATOS DE LUXACION, ARCOS DE MOVILIDAD, PRESENCIA DE DOLOR Y SI LA DEAMBULACION ERA ASISTIDA. RADIOGRAFICAMENTE SE VALORO SI EXISTIA AFLOJAMIENTO DE LA PROTESIS Y LUXACION DE LA MISMA, ASI COMO RUPTURA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y PERDIDA DE LA REDUCCION.

LA VALORACION FINAL FUE LLEVADA A CABO AL MOMENTO DE SER DADOS - DE ALTA DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

HUBO NECESIDAD DE REALIZAR OSTEOTOMIA FEMORAL VALGOESTABILIZADORA EN 10 PACIENTES POR CONSIDERARSE FRACTURAS INESTABLES.

RESULTADOS

LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR UNO U OTRO METODO DE TRATAMIENTO - FUERON VALORADOS DE ACUERDO A LA MOVILIDAD, DOLOR, COMPLICACIONES, TIEMPO DE INICIACION DE LA MARCHA, AYUDA PARA LA MARCHA Y EL TIEMPO EN QUE FUERON DADOS DE ALTA DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

RESULTADOS DE LA OSTEOSINTESIS. LOS PACIENTE QUE SE TRATARON MEDIANTE OSTEOSINTESIS PRESENTARON ARCOS DE MOVILIDAD DE FLEXION DE 70° A 110° CON UN PROMEDIO DE 87.8; EXTENSION DE 0° A 15° CON UN PROMEDIO DE 5°; ABDUCCION DE 20° A 35° CON UN PROMEDIO DE 25° Y ADUCCION DE 10° A 30° CON UN PROMEDIO DE 17.5°.

NO PRESENTARON DOLOR 13 PACIENTES (72.22%), DOLOR LEVE 3 (16.66%) Y DOLOR MODERADO 2 (11.11%). CONSIDERANDO COMO DOLOR LEVE AQUEL QUE SE PRESENTABA EN FORMA OCASIONAL Y QUE NO REQUERIA DE LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS; Y COMO DOLOR MODERADO AQUEL QUE SE PRESENTABA EN FORMA MAS O MENOS CONSTANTE DE PREDOMINIO VESPERTINO Y QUE CEDIA CON ANALGESICOS. (CUADRO XVII).

NO NECESITARON AYUDA PARA LA MARCHA 12 PACIENTES (68.5%); NECESITARON AYUDA DE BASTON 5 (26.3) Y SOLAMENTE UN PACIENTE NECESITO ANDADERA (5.2%).

EL TIEMPO PROMEDIO EN QUE INICIARON LA MARCHA ASISTIDA FUE DE 6.4 DIAS SIENDO 5 EL MENOR Y 9 EL MAYOR. EL TIEMPO PROMEDIO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA FUE DE 85 DIAS CON UN MINIMO DE 70 Y UN MAXIMO DE 120.

DOLOR	CASOS	%
AUSENTE	13	72.22
LEVE	3	16.66
MODERADO	2	11.11

CUADRO XVII. PRESENCIA DE DOLOR.

EL TIEMPO EN QUE FUERON DADOS DE ALTA FUE EN PROMEDIO DE 105 -- DIAS CON UN MINIMO DE 90 Y UN MAXIMO DE 140.

LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN LAS OSTEOSINTESIS FUE_ 1 CASO DE SEUDOARTROSIS (5.26%); 1 CASO DE MALA COLOCACION DE LA -- PLACA QUE AMERITO UNA REINTERVENCION (5.26%) Y UN CASO DE ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD DE APROXIMADAMENTE 2 CMS. POR FALLA EN EL CORTE_ DE LA OSTEOTOMIA VALGOESTABILIZADORA (5.26%), (CUADRO XVIII).

NO SE REPORTARON CASOS DE INFECCION NI DE RUPTURA DEL MATERIAL - DE OSTEOSINTESIS.

LOS RESULTADOS SE OBTUVIERON EN BASE A DOLOR Y FUNCIONALIDAD DE LA CADERA INTERVENIDA; REPORTANDOSE COMO EXCELENTES A LOS CUALES NO PRESENTARON DOLOR, LOS ARCOS DE MOVILIDAD ERAN FUNCIONALES O NORMALES Y NO NECESITARON AYUDA PARA LA DEAMBULACION. RESULTADO BUENOS - FUERON AQUELLOS QUE PRESENTARON DOLOR OCASIONAL, CON ARCOS DE MOVILIDAD FUNCIONALES O NORMALES Y QUE NECESITARON BASTON PARA LA MARCHA. RESULTADOS REGULARES FUERON AQUELLOS QUE PRESENTARON DOLOR MAS O MENOS CONSTANTE QUE NECESITARON DE LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS Y QUE AMERITARON USO DE BASTON PARA LA DEAMBULACION. RESULTADOS

MALOS FUERON AQUELLOS QUE PRESENTARON DOLOR MAS O MENOS CONSTANTE - EL CUAL LIMITABA LOS ARCOS DE MOVILIDAD Y QUE NECESITARON DE LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS ASI COMO EL USO DE BASTON O ANDADERA.

COMPLICACION	CASOS	%
SEUDOARTROSIS	1	5.26
MALA COLOCACION	1	5.26
ACORTAMIENTO	1	5.26

CUADRO XVIII, COMPLICACION DE LAS OSTEOSINTESIS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON LOS SIGUIENTES:

RESULTADO	CASOS	%
EXCELENTE	12	66.66
BUENOS	3	16.66
REGULARES	2	11.11
MALOS	1	5.56

UNA PACIENTE ABANDONO EL TRATAMIENTO POR VOLUNTAD SIGUIENDO SU - TRATAMIENTO EN MEDIO PARTICULAR.

RESULTADOS DE LAS HEMIARTROPLASTIAS. LAS HEMIARTROPLASTIAS EN MODO SIMILAR A LAS OSTEOSINTESIS FUERON VALORADAS.

LOS ARCOS DE MOVILIDAD ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES AL TERMINO DE SU EVOLUCION FUERON: FLEXION PROMEDIO DE 95° SIENDO EL MENOR DE 70° Y EL MAYOR DE 130°; PARA LA EXTENSION EL PROMEDIO FUE DE 7° SIENDO EN MENOR DE 0° Y EL MAYOR DE 15°; LA ABDUCCION PROMEDIO FUE DE 28° CON UN ARCO MENOR DE 20° Y UN MAYOR DE 35° Y LA ADUCCION PROMEDIO FUE DE 22° SIENDO EL MENOR DE 10° Y EL MAYOR DE 30°.

PARA EL DOLOR SE SIGUIERON LOS MISMOS PARAMETROS QUE EN LA OSTEOSINTESIS. ENCONTRANDO AUSENCIA DE DOLOR EN 41 PACIENTES (74,54%), DOLOR LEVE EN 10 (18,18%) Y DOLOR MODERADO EN 4 (7,27%). (CUADRO XIX).

DOLOR	CASOS	%
AUSENTE	41	74,54
LEVE	10	18,18
MODERADO	4	7,27

CUADRO XIX. PRESENCIA DE DOLOR EN HEMIARTROPLASTIAS.

NO NECESITARON AYUDA PARA LA DEAMBULACION 44 PACIENTE (80%), 9 HICIERON USO DE BASTON (16,36%) Y 2 USO DE ANDADERA (3,63%).

LA DEAMBULACION FUE INICIADA A LOS 3,2 DIAS EN PROMEDIO CON UN MINIMO DE 2 Y UN MAXIMO DE 7.

LA INCORPORACION A SUS ACTIVIDADES EN PROMEDIO FUE A LOS 48,75 DIAS CON UN MINIMO DE 30 Y UN MAXIMO DE 90.

LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN LAS HEMIARTROPLASTIAS --
FUERON LAS SIGUIENTES:

	CASOS	%
DEFUNCION	3	5.17
DEHISCENCIA	2	3.44
INFECCION SUP.	1	1.72
PROTESIS ALTA	1	1.72
PROTESIS BAJA	5	8.62

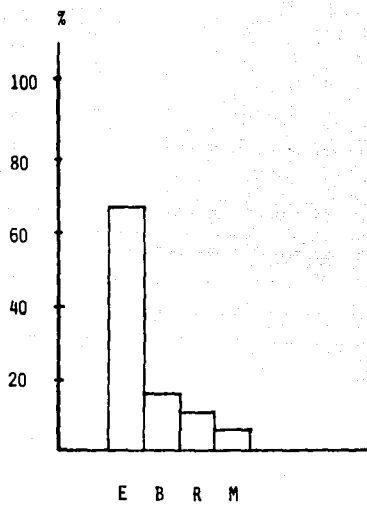
LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS HEMIARTROPLASTIAS FUERON:

	CASOS	%
EXCELENTES	41	74.54
BUENOS	10	18.18
REGULARES	2	3.63
MALOS	2	3.63

LOS 2 CASOS DE DEHISCENCIA DE LA HERIDA SE MANEJARON MEDIANTE -
ESCARIFICACION DE LA HERIDA CON CIERRE POR SEGUNDA INTENCION. EL PA
CIENTE QUE PRESENTO INFECCION SUPERFICIAL DE LA HERIDA FUE MANEJADO
CON ANTIBIOTICOTERAPIA CON BUENOS RESULTADOS.

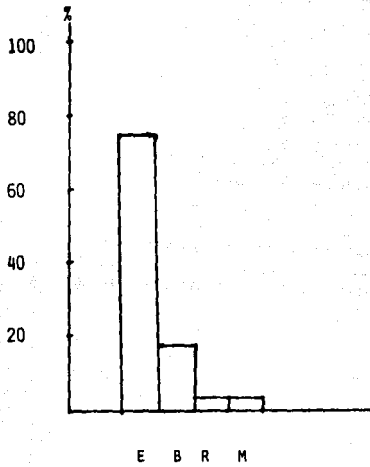
LOS 6 PACIENTES CON PROBLEMAS TECNICOS EN LA COLOCACION DE LA -
PROTESIS EVOLUCIONARON CON BUENOS RESULTADOS.

LA CAUSA DE LAS DEFUNCIONES ORIGINADA POR COMPLICACIONES CARDIO
PULMONARES Y A DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO EN EL PERIODO POSTQ
PERATORIO INMEDIATO.



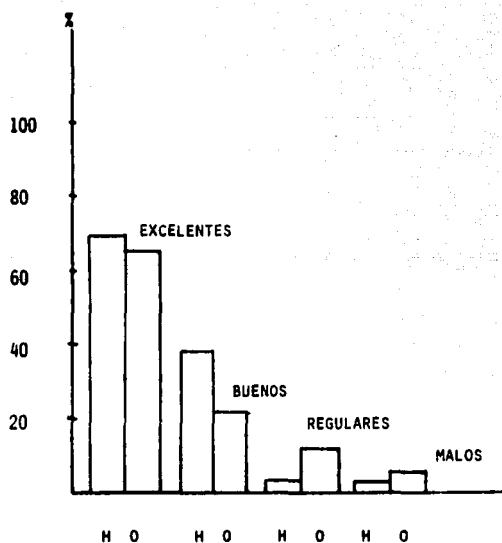
- E= EXCELENTE
- B= BUENO
- R= REGULAR
- M= MALO

FIG. 8. RESULTADOS DE LAS OSTEOSINTESIS.



- E= EXCELENTE
- B= BUENO
- R= REGULAR
- M= MALO

FIG. 9. RESULTADOS DE LAS HEMIARTROPLASTIAS.



• H= HEMIARTROPLASTIAS
 O= OSTEOSINTESIS

FIG. 10. CORRELACION DE RESULTADOS.

CRITERIOS TERAPEUTICOS

COMO HEMOS VISTO EN PUNTOS ANTERIORES LA IMPORTANCIA QUE REVISTE_ TANTO LA CALIDAD DEL HUESO ASI COMO EL TIPO DE FRACTURA EN CUANTO A SU LOCALIZACION ANATOMICA EN EL CUELLO FEMORAL Y EL GRADO DE ESTABILIDAD_ QUE NOS OFRECE, HEMOS RESUMIDO EN EL SIGUIENTE CUADRO EL TIPO DE TRATAMIENTO MAS ADECUADO:

SUBCAPITALES:

ESTABLE - JOVEN - BUENA CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS
 ESTABLE - ADULTO - REGULAR CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS
 ESTABLE - ANCIANO - MALA CALIDAD OSEA= HEMIARTROPLASTIA
 INESTABLE - JOVEN - BUENA CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS + OSTEOTOMIA
 INESTABLE - ADULTO - REGULAR CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS + OSTEOTOMIA
 INESTABLE - ANCIANO - MALA CALIDAD OSEA= HEMIARTROPLASTIA

TRANSCERVICALES:

ESTABLE - JOVEN - BUENA CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS
 ESTABLE - ADULTO - REGULAR CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS
 ESTABLE - ANCIANO - MALA CALIDAD OSEA= HEMIARTROPLASTIA
 INESTABLE - JOVEN - BUENA CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS + OSTEOTOMIA
 INESTABLE - ADULTO - REGULAR CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS + OSTEOTOMIA
 INESTABLE - ANCIANO - MALA CALIDAD OSEA= HEMIARTROPLASTIA

BASICERVICALES:

ESTABLE - JOVEN - BUENA CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS
 ESTABLE - ADULTO - REGULAR CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS
 ESTABLE - ANCIANO - MALA CALIDAD OSEA = OSTEOSINTESIS O HEMIARTROPLASTIA
 INESTABLE - JOVEN - BUENA CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS + OSTEOTOMIA
 INESTABLE - ADULTO - REGULAR CALIDAD OSEA= OSTEOSINTESIS + OSTEOTOMIA
 INESTABLE - ANCIANO - MALA CALIDAD OSEA= HEMIARTROPLASTIA

TOMANDO LA CALIDAD OSEA EN BASE A LOS PARAMETROS DE SINGH PARA EL GRADO DE OSTEOPOROSIS, CLASIFICAMOS COMO BUENA CALIDAD OSEA A LOS GRADOS V Y VI; REGULAR AL GRADO IV Y FINALMENTE COMO MALA CALIDAD OSEA A LOS GRADOS III, II Y I.

CONCLUSIONES

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL EN NUESTRO HOSPITAL NO PRESENTAN GRAN VARIACION CON LOS DE OTRAS SERIES, POR LO QUE CONSIDERAMOS QUE ESTAMOS EN EL TRATAMIENTO CORRECTO.

ASI MISMO EN CUANTO AL TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO, TOMANDO EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS DE LA FRACTURA Y A LA CALIDAD OSEA; NO OBSERVAMOS DIFERENCIA SIGNIFICATIVA; POR LO CUAL CONSIDERAMOS QUE CADA FRACTURA DEBE SER VALORADA INDIVIDUALMENTE SIN HACER UN LADO EL TIPO DE ACTIVIDAD DEL PACIENTE Y LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE PUEDA PRESENTAR.

EN CUANTO AL PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSERVAMOS QUE EN NUESTRA CASUISTICA FUE MINIMO Y QUE LA MAYORIA EVOLUCIONO HACIA LA MEJORIA CLINICA; Y QUE NO TUVIERON RELACION DIRECTA CON UNO U OTRO METODO DE TRATAMIENTO.

LA VENTAJA DE LA HEMIARTROPLASTIA ES PRINCIPALMENTE UNA PRONTA MOVILIZACION DISMINUYENDO AL MAXIMO LAS COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES QUE PUDIERAN PRESENTARSE.

LOS PACIENTES IDEALES PARA LAS OSTEOSINTESIS SE INCLUYEN A TODOS AQUELLOS QUE LLEVAN UN VIDA ACTIVA, JOVENES Y CON BUENA CALIDAD OSEA, CON LA ESPERANZA DE VOLVER A SUS ACTIVIDADES SIN LIMITACIONES. EN CUANTO A LOS PACIENTES IDEALES PARA HEMIARTROPLASTIAS SON AQUELLOS CON UNA VIDA SEDENTARIA Y CON MALA CALIDAD OSEA, QUE LO IMPORTANTES ES MOVILIZARLOS Y REINCORPORARLOS A SU VIDA QUE LLEVABAN.

DISCUSION

LA HEMIARTROPLASTIA Y LA OSTEOSINTESIS SON METODOS CON UN FACIL DOMINIO Y AMPLIA DIFUSION, Y QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA TECNICO SE REALIZAN CON UN GRADO SIMILAR DE DIFICULTAD. EL TEMOR AL USO DE IMPLANTES ENDOPROTESICOS ES DEBIDO A LA IDEA DE QUE EL PACIENTE NO TIENE TEJIDO DE REPARACION PROPIO COMO ES EL CASO DE LA OSTEOSINTESIS Y LA ACTIVIDAD FISICA SE VE RESTRINGIDA, AMEN DE LAS TEMIDAS AUNQUE RARAS COMPLICACIONES DE SEPSIS PROFUNDA Y AFLOJAMIENTO TARDIO.

POR EL CONTRARIO EL USO DE PLACAS NOS OFRECE UNA REPARACION BIOLOGICA, DURADERA, SIN LIMITANTES EN LA ACTIVIDAD FISICA UNA VEZ CONSOLIDADA LA FRACTURA.

PUESTOS EN LA BALANZA Y DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS, LOS BENEFICIOS DE UNA RAPIDA INTERVENCION, APOYO Y MOVILIDAD INMEDIATOS, -- ASI COMO REINTEGRACION RAPIDA A SUS ACTIVIDADES, SE CUMPLEN EN LOS PACIENTES OPERADOS CON ENDOPROTESIS FEMORALES SOBRE AQUELLOS OPERADOS CON PLACAS, EN LOS CUALES LA RECUPERACION ES UN POCO MAS LENTA.

SIN EMBARGO ESTAMOS CONCIENTES QUE LA TOTALIDAD DE LOS ENFERMOS OPERADOS MEDIANTE HEMIARTROPLASTIA TIENEN UNA ACTIVIDAD SEDENTARIA, MALA CALIDAD OSEA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE NOS DABAN LA PAUTA PARA UN MANEJO PROTÉSICO CON LA VENTAJA DE UNA RAPIDA RECUPERACION SIN MENOSCABO EN SU CALIDAD DE VIDA.

EL PRESENTE TRABAJO NOS DA UNA IDEA CLARA DE LO QUE SUCEDE CON LOS PACIENTES MANEJADOS CON ENDOPROTESIS Y AL MISMO TIEMPO NOS ESTABLECE UN PUNTO DE COMPARACION MUY VALIOSO CON LAS OSTEOSINTESIS DE CADERA.

PODEMOS CONCLUIR QUE EN CASOS DE FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS IMPORTANTES, ACTIVIDAD FÍSICA DISMINUIDA Y MALA CALIDAD ÓSEA, INDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO Y ESTABILIDAD DE FRACTURA EL MÉTODO IDEAL DE TRATAMIENTO ES LA HEMIARTROPLASTIA. Y QUE LA OSTEOSÍNTESIS ES IDEAL PARA PACIENTES JOVENES CON UNA VIDA ACTIVA Y BUENA CALIDAD ÓSEA.

ACLARANDO QUE EXISTEN CASOS EN LOS CUALES A PESAR DE QUE EL PACIENTE ES JOVEN TÉCNICAMENTE POR EL TIPO DE FRACTURA O DEBIDO A INTERVENCIONES FALLIDAS PREVIAS NO ES POSIBLE REALIZAR NUEVO INTENTO DE OSTEOSÍNTESIS. LOS CUALES SERÁN CANDIDATOS AL USO DE PROTESIS BIPOLAR (BAJA FRICCIÓN CEMENTADA O SIN CEMENTAR), O AQUELLOS CASOS DE FRACTURA DE DIFÍCIL SOLUCIÓN CON OSTEOSÍNTESIS EN PACIENTES SEDENTARIOS (SIN TOMAR EN CUENTA LA EDAD) DONDE TAMBIÉN LA POSIBILIDAD DE UNA HEMIARTROPLASTIA ES VÁLIDA.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BLACKMAN R.G. : PERCUTANEOUS KNOWLES PINNING FOR FRACTURES OF FEMORAL NECK IN ADULTS.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1975 57A: 135-143.
- 2.- BRAMWELL S.T. : INTRACAPSULAR HIP FRACTURES IN YOUNG ADULT.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1975 57A: 138.
- 3.- CAMPBELL : CIRUGIA ORTOPEDICA
6TA. EDICION 1984.
- 4.- CUNNINGHAM : TRATADO DE ANATOMIA.
1987, EMALSA, INTERAMERICANA. 255-258.
- 5.- CHARNLEY J. : THE TREATMENT OF DISPLACED FRACTURES OF THE NECK OF -
THE FEMUR BY COMPRESSION,
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1957- 37B: 45-65.
- 6.- CHRISTIE, J. : FIXATION OF DISPLACED SUBCAPITAL FEMORAL FRACTURES.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1988- 70B: 199-201.
- 7.- D'AMBROSIA R. : SHOULD THE FEMORAL HEMIARTHROPLASTY PROSTHESIS BE -
CEMENTED IN PLACE?
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1975- 57A: 139.
- 8.- D'ARCY AND MICHAEL DEVAS : TREATMENT OF FRACTURES OF THE FEMORAL --
NECK BY REPLACEMENT WITH THE THOMPSON --
PROSTHESIS.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1976-58B
279-286.
- 9.- JOHANSEN, S. : ON OPERATIVE TREATMENT OF MEDIAL FRACTURES OF NECK
OF FEMUR.
ACTA ORTHOP. SCAND. 1932. 3°: 362-392.
- 10.- JUDDET M.D. : THE MANAGEMENT OF COMMINUTED UNESTABLE HIP FRACTURES.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1973-55A: 1367-1376.

- 11.- KUDERNA, H. : TREATMENT OF INTERTROCHANTERIC AND SUBTROCHANTERIC -
FRACTURES OF THE HIP BY THE UNDER METHOD.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1976-58A : 604-611.
- 12.- LIEUTENANT, C.R. : FEMORAL NECK FRACTURES IN YOUNG ADULTS.
JORNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1976- 58A: 689-695.
- 13.- MOORE, A.T. : THE SELF LOCKING METAL HIP PROSTHESIS.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1957- 39A: 811-827.
- 14.- MORSHSER M.D. : CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY.
ACT ORTHOP. BELGICA, 1974, TOMO 40 FASC. 5-6.
- 15.- REYNOLDS, F.C. : PRELIMINARY REPORT OF THE COMMITTEE ON FRACTURES -
AND TRAUMATIC SURGERY ON THE USE OF A PROSTHESIS IN
TREATMENT OF FRESH FRACTURES OF THE NECK OF THE FE-
MUR.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1958- 40A:877-886.
- 16.- ROCKWOOD, C.A. : FRACTURES IN ADULTS.
J.B. LIPPINCUTT COMPANY, 1975. VOL. II 1211-1275.
- 17.- SMITH D.M. : COMPLICATIONS OF AUSTIN MOORE ARTHROPLASTY.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1975- 57A: 31-33.
- 18.- SMITH P. : INTRACAPSULAR FRACTURES OF THE NECK OF THE FEMUR.
ARCH. OF SURGERY, 1931- 23: 715-759.
- 19.- STANLEY M.K. : THE ARTERIAL SUPPLY OF THE DEVELOPING PROXIMAL END -
OF THE HUMAN FEMUR.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1976- 58A: 961-970.
- 20.- THOMPSON F. : TWO AND HALF YEARS EXPERIENCE WITH VITALIUM INTRAME--
DULLARY HIP PROSTHESIS.
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1954- 36A: 489-500.
- 21.- TRONZO R.G. : CIRUGIA DE LA CADERA.
EDIT. PANAMERICANA. 1980. 21-31.

- 22.- WATSON JONES : FRACTURAS Y HERIDAS ARTICULARES.
ETID. SALVAT. 32 EDICION. 1980 : 890-893.
- 23.- WESCOTT H.H. : A METHOD FOR THE INTERNAL FIXATION OF TRANSCERVICAL
FRACTURES OF THE FEMUR,
JOURNAL BONE AND JOINT SURGERY, 1934- 16: 372-376.