

55
2e



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO

25 MAY 25 1994
SECRETARIA DE SALUD
ESCUELAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
MIDMEX

**“OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGUIZANTE FIJADA CON
CLAVO PLACA DE 130 GRADOS COMO
TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS
INTERTROCANTERICAS INESTABLES EN PACIENTES
SENILES”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y
ORTOPEDIA

PRESENTA
DR. GONZALO DE JESUS MIER SANCHEZ
DIRECTOR DE LA TESIS :
DR. SERGIO GOMEZLLATA GARCIA



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



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).

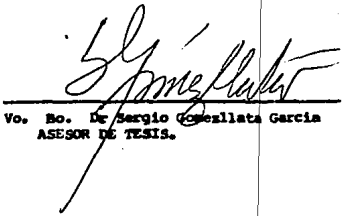
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



Vo. Bn. Dr. Salvador Lopez Antufano
JEFE DEL CURSO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA



Vo. Bn. Dr. Pedro Rosas Morones
JEFE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA



Vo. Bn. Dr. Sergio Gonzalez Garcia
ASESOR DE TESIS.



Vo. Bo. Dr. Aquiles Ayala Ruiz
DIRECTOR DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA



Vo. Bo. Dr. Raul Olseta Elizalde
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

A MIS PADRES Y HERMANOS, DE QUIENES HE RECIBIDO
APOYO, MULTIPLES CONSEJOS Y BUEN EJEMPLO MOTI--
VANDOME A CONCLUIR MI CARRERA.

A MI ESPOSA REYNA E HIJA CAROLINA POR SU COMPRESION
AMOR Y ABNEGACION Y DE QUIENES HE RECIBIDO PALABRAS
DE ALIENTO PARA CONTINUAR SUPERANDOME.

A MIS MAESTROS, MEDICOS DE BASE DEL SERVICIO
QUE CON SU EXPERIENCIA Y CONSEJO HACEN POSI-
BLE LA FORMACION ADACERICA DE NUEVOS ESPECIA
LISTAS.

A LA FAMILIA RUIZ CINTORA, POR SU APOYO
Y COMPRENSION.

A LOS DRS. RAFAEL Y MARCOANTONIO CABALLERO
DE QUIENES ESTOY MUY AGRADECIDO POR SU
AMISTAD Y BIEN ACERTADOS CONSEJOS.

EL MUNDO PODRIA REMOVARSE SI TODOS NOS DEDICAMOS A LA
TAREA QUIZA MENOS INTERESANTE PERO DESDE LUEGO MAS NE--
CESARIA, DE RECONSTRUIRNOS A NOSOTROS MISMOS PURIFICAM--
DO LAS PASIONES Y HUMANIZANDO EL YO.

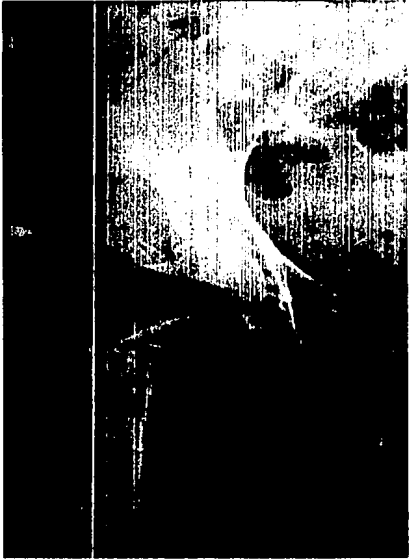
S. RODHAKRISHNAN.

I N D I C E .

	Pág.
* Lámina I, Fractura intertrocanterica de la cadera	1
* Introducción.....	4
* Historia y Antecedentes bibliográficos.....	6
* Objetivos	15
* Universo y muestra.....	16
* Material y métodos	16
* Lámina II, Radiografía preoperatoria.....	18
* Resultados y analisis de los mismos	19
a.- Edad.....	19
b.- Sexo	19
c.- Lado afectado.....	20
d.- Clasificación.....	20
e.- Tiempo de evolución.....	21
f.- Patología agregada.....	21
* Tabla no I:	
Edad, sexo y tiempo de evolución.....	22
g.- Riesgo quirúrgico.....	23
h.- Anestesia y sangrado	23
i.- Tiempo quirúrgico.....	23
j.- Complicaciones	24
* Tabla no II:	
Riesgo quirúrgico, patología agregada, trata- miento quirúrgico.....	26
* Tabla no. III:	
Sangrado transoperatorio y complicaciones.....	27
k.- Grado de valgización.....	28
l.- Tiempo de apyo y consolidación.....	28
* Tabla no IV:	

Tiempo de apoyo, consolidación y fisioterapia.....	30
* Lámina III,. Radiografía : anteroposterior post- operatoria.....	31
* Lámina IV, Radiografía axial postoperatoria.....	32
* CONCLUSIONES	33
* BIBLIOGRAFIA	34





**FRATURA INTERTROCANTERICA DE LA CADERA EN PACIENTE SE-
NIL.**

INTRODUCCION

UNA DE LAS LESIONES MAS DEVASTADORAS E INCAPACITANTES EN EL PACIENTE SENIL ES LA FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FEMUR; FRACTURA CON UNA INCIDENCIA IMPORTANTE EN ESTA EDAD Y UNA MORBIMORTALIDAD MUY SIGNIFICATIVA, QUE LLEGA A COLOCARSE COMO PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES MAYORES DE 74 AÑOS (23,24).

ESTA ENTIDAD NOSOLOGICA, TRADUCE UNA INCAPACIDAD Y DISFUNCION IMPORTANTES, ASI COMO UN COSTO ELEVADISIMO EN TODOS LOS HOSPITALES DEL MUNDO, SITUACION POR LA CUAL, EN TODOS LOS PAISES HAN HECHO ENFASIS EN SU ESTUDIO Y SE HAN ESTABLECIDO DIVERSOS SISTEMAS DE MANEJO TERAPEUTICO, YA QUE SU INCIDENCIA ES ALTA, POR EJEMPLO: - LAS FRACTURAS DEL FEMUR PROXIMAL CORRESPONDEN AL 30 % DE LAS HOSPITALIZACIONES POR FRACTURAS Y POR ENDE EL 50 % DIAS/CAMA DE HOSPITALIZACION GENERAL EN LOS ESTADOS UNIDOS.

DESDE EL SIGLO PASADO, SE INICIA EL ESTUDIO DE DIVERSOS METODOS DE TRATAMIENTO PARA ESTE TIPO DE FRACTURAS MEDIANTE EL METODO CONSERVADOR QUE INDEPENDIENTEMENTE DE LA DISFUNCION Y LA CONSOLIDACION EN VARO Y ROTACION EXTERNA COEXISTEN DIVERSAS COMPLICACIONES POR EL DECURITO PROLONGADO MOSTRANDO UN INDICE DE MORTALIDAD MAYOR DEL 50 %. ES ASI QUE DURANTE LA ERA DE LA CIRUGIA ORTOPEDICA DESDE EL SIGLO PASADO Y EN EL PRESENTE, SE INICIAN UNA SERIE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENCAMINADOS A LA FIJACION, ESTABILIZACION Y CONSOLIDACION DE LAS FRACTURAS Y MAS RAPIDA READAPTACION A LA VIDA DIARIA.

CONSIDERANDO DESDE ESA EPOCA HASTA NUESTROS DIAS, LA MORTALIDAD DEBIDO AL TRATAMIENTO QUIRURGICO ES HASTA EL 40 %, MORTALIDAD MENOR QUE CON EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.

DESDE EL INICIO DE METODOS QUIRURGICOS HASTA NUESTROS DIAS, SE--
HAN DESCRITO NUMEROSOS SISTEMAS DE FIJACION Y PROCEDIMIENTOS ONTO--
PEDICOS COMO TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE FRACTURAS.
TENIENDO COMO BASE LA ESTABILIZACION, FUNCIONAL ADECUADA DE LA--
ARTICULACION DE LA CADERA. Y REINTEGRACION DEL PACIENTE A SUS ---
ACTIVIDADES, EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE, DE ENTRE NUMEROSAS TEC--
NICAS Y MATERIALES DE IMPLANTES PARA ESTE TIPO DE FRACTURAS, SE--
ENCUENTRA LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGUIZANTE, Y ES LA QUE CUMPLE--
CON EL MAYOR NUMERO DE LOS OBJETIVOS BUSCADOS, YA QUE OPRECE UNA--
ESTABILIZACION SUFICIENTE, NOS PERMITE UN APOYO INMEDIATO DE LA -
EXTREMIDAD AFECTADA Y OPRECE UNA CONSOLIDACION TEMPRANA FAVORECI--
DA POR EL APOYO, Y UNA ADECUADA ESTABILIZACION DE LA FRACTURA. DE
AHI LA INQUIETUD DE MOSTRAR LA EXPERIENCIA CLINICA Y QUIRURGICA--
DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE--
MEXICO, CON ESTA TECNICA QUIRURGICA COMO SISTEMA DE TRATAMIENTO--
EN LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES EN PACIENTES SE---
NILES, PUNTUALIZANDO SUS VENTAJAS DE LOS DIVERSOS SISTEMAS DE ---
TRATAMIENTO ORTOPEDICO COMPARADO CON LO ESTABLECIDO EN LA LITE---
RATURA INTERNACIONAL Y NACIONAL.

HISTORIA Y ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.

LAS FRACTURAS DE LA CADERA; SON LAS FRACTURAS MAS FRECUENTES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA, TENIENDOSE MENCION DE ESTA ENTIDAD PATOLOGICA DESDE LOS MAS ANTIGUOS— REPORTES (23, 24, 25). PATOLOGIA QUE HA INQUIETADO A TODOS LOS MEDICOS ESTUDIOSOS DE LA ORTOFEDIA Y TRAUMATOLOGIA DESDE EL PRINCIPIO DE ESTE SIGLO HASTA NUESTROS DIAS EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE FRACTURAS, PUDIENDOSE APRECIAR EN LAS MULTIPLES CITAS BIBLIOGRAFICAS DE LA LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL Y QUE HASTA LA FECHA LAS CASUISTICAS ACTUALES, COMO LA DEL Dr. BRYAN (5) EN 1991 EN QUE MENCIONAN QUE LAS FRACTURAS DE LA CADERA CORRESPONDEN AL MAYOR INDICE DE MORBIMORTALIDAD COMO PATOLOGIA PRINCIPAL EN LOS HOSPITALES DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOFEDIA DE DIVERSOS PAISES Y EN BASE A LA ALTA INCIDENCIA, COSTO E INCAPACIDAD, LOS ORTOFEDISTAS Y TRAUMATOLOGOS DEDICADOS A LA INVESTIGACION Y ESTUDIO DE ESTAS FRACTURAS HAN DEMOSTRADO GRAN INTERES EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE ESTA ENTIDAD MORFOLOGICA.

ES ASI COMO EL DR. HAENTJENS EN 1989 (9), REPORTA QUE LAS FRACTURAS CON MAYOR GRADO DE MORBIMORTALIDAD DESPUES DE LOS 60 AÑOS ES LA FRACTURA INTERTROCANTERICA DE LA CADERA, PREMISA QUE COINCIDE CON NUMEROSOS REPORTES ANTIGUOS (25) Y RECIENTES DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA EN EL PACIENTE SENIL (9, 18, 5, 1), REPIRIENDOSE DE IGUAL MANERA QUE LA FRECUENCIA EN ESTA EDAD ES CONSECUTIVA A OSTEOPOROSIS SEMERA EN PACIENTES FEMENINOS POSTMENOPAUSICAS Y EN MASCULINOS ANDROPAUSICOS (1), YA QUE ESTO DISMINUYE LA RIGIDEZ Y ELASTICIDAD DEL SISTEMA OSEO, SITUACIONES FAVORECIDAS POR LA VIDA SEDENTARIA Y DESUSO QUE EN EL MOMENTO ACTUAL ES MAYOR QUE —

EN LA ANTIGUEDAD YA QUE LAS COMODIDADES DEL DESARROLLO DE LA CIVILIZACION Y SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES LLEVA AL PACIENTE SENIL A UNA VIDA MAS COMODA CON MENORES NECESIDADES DE ESFUERZO Y MOVIMIENTO OCASIONANDOLE OSTEOPOROSIS SECUNDARIA.

Y ES ASI QUE EL DR. HERRLIN EN 1989 (10) MENCIONA QUE EN LAS ULTIMAS DECADAS HA AUMENTADO LA INCIDENCIA DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS Y SUBTROCANTERICAS CON PREDOMINIO DE LAS INTERTROCANTERICAS, FRACTURAS QUE CORRESPONDEN DE ACUERDO A LA LITERATURA DE LA MITAD DE ESTE SIGLO (25) A PACIENTES EN LA DECADA DE LOS SETENTAS, INVIRTIENDOSE SU FRECUENCIA CON LAS FRACTURAS INTRACAPSULARES QUE CORRESPONDEN A PACIENTES EN LA DECADA DE LOS OCHENTAS, LO QUE NOS PERMITE CONCLUIR QUE LAS FRACTURAS DE LA CADERA EN PACIENTES EN LA DECADA DE LOS SETENTAS, EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS SE HAN INCREMENTADO EN RELACION A LOS REPORTES EXISTENTES DE LAS PRIMERAS 5 DECADAS DE ESTE SIGLO (16, 23, 24) Y EN BASE A LA ALTA INCIDENCIA E INCAPACIDAD SECUNDARIA AJUNADO A LA IMPORTANCIA CAPITAL QUE TIENE ESTE TIPO DE FRACTURAS EN TODO EL MUNDO Y A SU ALTO INDICE DE MORBIMORTALIDAD SECUNDARIA EN LOS PORTADORES DE UNA FRACTURA DE CADERA, LOS MEDICOS ORTOPEDISTAS Y TRAUMATOLOGOS CONTINUAN EN LA BUSQUEDA DE UN SISTEMA DE TRATAMIENTO IDEAL, ES ASI QUE AL FINAL DEL SIGLO PASADO Y AL PRINCIPIO DE ESTE SIGLO (23, 24, 25) LOS TRATAMIENTOS CONSERVADORES PARA LAS FRACTURAS DE LA CADERA CONSISTIAN EN TRACCION ESQUELETICA CON LAS COMPLICACIONES DE CONSOLIDACION EN VARO DE LAS MISMAS, ACORTAMIENTO Y DISPUNCION DE LA EXTREMIDAD INFERIOR AFECTADA EN LOS PACIENTES. CON UN INDICE DE MORTALIDAD MAYOR DE 60% POR COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES (24, 25) COMO PRIMERA CAUSA, YA QUE EL TIEMPO DE INMOVILIZACION PROLONGADA EN DECUBITO SUPINO FAVORECE ESTE TIPO DE

COMPLICACIONES SIN DEJAR A UN LADO EL DESEQUILIBRIO METABOLICO DEBIDO A LA HIPOVOLEMIA POR PERDIDA HEMATICA IMPORTANTE, YA QUE SE HA DESCRITO (26) QUE EL HEMATOMA QUE SE FORMA EN EL POCO DE FRACTURA LLEGA A SER DE 2,500 CC SITUACION QUE VA A CONFORMAR UN DESEQUILIBRIO METABOLICO EN LOS PORTADORES DE ESTE TIPO DE PATOLOGIA; DANDO INICIO AL ABANDONO PROGRESIVO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR— COMO ES EL DESCRITO POR EL DR. WHITMAN QUIEN LO DIO A CONOCER POR PRIMERA VEZ EN 1902 (23) Y POSTERIORMENTE EL DR. LEADBERTER EN — 1927 (23) EN QUE MODIFICA ESTE TRATAMIENTO FLEXIONANDO LA CADERA A 90° CON TRACCION HACIA ARRIBA Y ABDUCCION MAS ROTACION INTERNA— FORZADA COLOCANDO UN APARATO DE YESO EN DICHA POSICION CONSIGUIENDO UNA CONSOLIDACION EN MEJOR POSICION DISMINUYENDO LA POSIBILIDAD DE CONSOLIDACION EN VARO, ACORTAMIENTO Y DISFUNCION SECUNDARIA, PERO SIN MODIFICAR LAS COMPLICACIONES POR EL DECUBITO PROLONGADO.

CON EL INICIO DE LA CIRUGIA COMO MEDIDA TERAPEUTICA EN 1822, EL DR. WHITE (23) REALIZA UNA OSTEOTOMIA SUBTROCANTERICA EN UN NIÑO, PERMITIENDO EL DESARROLLO, EVOLUCION Y EVALUACION DE LAS DIVERSAS TECNICAS QUIRURGICAS EN LAS FRACTURAS DE LA CADERA, MARCANDO EL— TRATAMIENTO QUIRURGICO COMO OPCION TERAPEUTICA EN LAS DIVERSAS PATOLOGIAS DE ESTA REGION. ASI EL DR. LANGEBECK EN 1954 (23) CONTINUA EN ALEMANIA REALIZANDO OSTEOTOMIAS SUBTROCANTERICAS DEL FEMUR Y NO ES HASTA EN 1936 (24) QUE EL DR. MAC MURRAY POPULARIZA LA — OSTEOTOMIA DE DESLIZAMIENTO PARA LA ARTROSIS DE LA CADERA Y LAS — FRACTURAS TRANSCERVICALES, PERMITIENDO ASI, EL DESARROLLO DE LOS— TRATAMIENTOS QUIRURGICOS EN LAS FRACTURAS DE LA CADERA, COMO ES EL CASO DEL DR. PAUWELS EN 1935 (24) EL DR. MILCH EN 1942, Y EL— DR. DICKSON EN 1947, PROPORCIONANDO IMPORTANTES CONTRIBUCIONES

EN LOS SISTEMAS QUIRURGICOS DE TRATAMIENTO PARA LAS FRACTURAS DE LA CADERA. NO ES HASTA EN 1925 QUE EL DR. SMITH PETERSEN (24), PUBLICA SU SISTEMA DE FIJACION INTERNA CON EL EMPLEO DE UN CLAVO DE 3 ARISTAS PARA LA FIJACION DE LAS FRACTURAS CERVICALES E INTERTROCANTERICAS DE LA CADERA MOSTRANDO EN SUS RESULTADOS UNA DISMINUCION EN UN 50% DE LAS POSIBILIDADES DE SEUDOARTROSIS- ASI COMO LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD A PESAR DEL RIESGO QUIRURGICO, PUBLICANDO SUS RESULTADOS EN 1931; PARA ESTAS FECHAS ES CONSIDERADO YA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO COMO UNA MEDIDA TERAPEUTICA UTIL EN EL PACIENTE SENIL- CON FRACTURA DE LA CADERA FAVORECIENDO MAYOR SOBREVIDA Y MAS RAPIDA REHABILITACION.

CON LOS ESTUDIOS ANTERIORES SE DESENCADENA EL DESARROLLO DE MULTIPLES SISTEMAS DE REDUCCION Y FIJACION INTERNA, DESCRIBIENDO ASI EL DR. MOORE EN 1934 - (24) EL USO DE VARIOS TORNILLOS ROSCADOS PARALELOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS TRANSCERVICALES, COINCIDIENDO CON LOS ESTUDIOS PUBLICADOS EN ESA EPOCA POR EL DR. SMITH PETERSEN, EL DR. WESCOT Y EL DR. JOHANSEN EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LA EPIFISIS PROXIMAL FEMORAL (24). CON ESTAS BASES SE TIENDE A ABANDONAR EL TRATAMIENTO CONSERVADOR CON APARATOS DE YESO PELVIPODALICO DE WHITMAN (24) ASI COMO LOS SISTEMAS DE FIJACION INTERNA COMBINADOS CON APARATO DE YESO DEL DR. LANGENBECK Y EL DR. KÖNING DESCRITOS -- DESDE 1987 (23).

PARALELAMENTE EN LA DECADA DE LOS 60^ª LOS ORTOPEDISTAS SUIOS ENCABEZADOS -- POR EL DR. MULLER DESCRIBEN UN SISTEMA DE FIJACION Y ESTABILIZACION INTERNA PARA PROCEDIMIENTOS EN LA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, DENOMINADO SISTEMA DE MANEJO Y FIJACION AO-ASIF, PUBLICANDO SUS RESULTADOS EN 1969 (22) ESTABLECIENDO UNA SERIE DE PRINCIPIOS BASICOS DENTRO DE LOS CUALES DESTACA LA NECESIDAD DE COMPRESION PARA LA CONSOLIDACION OSEA ASI COMO LA NECESIDAD DE UNA ESTABILIDAD SUFICIENTE PARA CADA SEGMENTO, DESECHANDO ASI EL APOYO DE LA -- INMOBILIZACION EXTERNA CONSIGUIENDO CON ESTO MAYOR CONFORT EN EL POST

OPERATORIO INMEDIATO, LA REINTEGRACION DEL PACIENTE A CORTO PLAZO A SU VIDA COTIDIANA. Y LA DISMINUCION SECUNDARIA DE LA TAZA DE MORBIMORTALIDAD DEL 10 AL 20 % EN CONTRAPOSICION A LA REPORTADA EN ESA DECADA DE MAS DEL 50% CON-- TRATAMIENTO CONSERVADOR.

LA FUNDAMENTACION DE LA ESCUELA AO-ASIF, BASA SU ESTUDIO DE FIJACION ESTA-- BLE EN LOS ESTUDIOS BIOMECANICOS DE LA EPIFISIS PROXIMAL DEL FEMUR, PRINCI-- PIOS DE ESTABILIDAD CUYOS ORIGENES DATAN DEL AÑO DE 1949 (7) POR EL DR. --- GODOY EN QUE LA MANERA DE ESTABILIZAR LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS ERA-- CON EL TELESCOPAMIENTO DEL CALCAR. CON ESTA BASE, EN 1955 LOS DOCTORES --- SCHUMPELICK Y HANTZEN (7) DESCRIBEN EL USO DEL TELESCOPAMIENTO CON UN TORNI-- LLO DESLIZANTE, COMO SISTEMA DE FIJACION.

CON BASE DEL TELESCOPAMIENTO DE LOS AUTORES ANTES MENCIONADOS Y APOYADOS EN EL SISTEMA DE FIJACION INTERNA ESTABLE DEL DR. MULLER (AO-ASIF) EN 1967 LOS DRS. HUGHSTON Y DIMON DESCRIBEN LA TECNICA QUE LLEVA SU NOMBRE CON TELESCO-- PAMIENTO MAS FIJACION ESTABLE PERMITIENDOLE AL PACIENTE UNA DESCARGA TOTAL. PARALELAMENTE LA ESCUELA QUIRURGICA PUBLICA ESTUDIOS DIVERGENTES CON TRATA-- MIENTO CONSERVADOR EN 1964 POR EL DR. HORN Y WANG (8) MOSTRANDO RESULTADOS-- ACEPTABLES EN CUANTO A POSICION DE CONSOLIDACION AUNQUE NO MUESTRA UNA MODI-- FICACION SIGNIFICATIVA EN EL INDICE DE MORTALIDAD POR LO QUE CONTINUAN EN -- VOGA LOS ESTUDIOS DE FIJACION INTERNA PARA ESTE TIPO DE FRACTURAS.

LA ESCUELA SUIZA (21, 22) ASI COMO OTROS AUTORES (23) PRECONIZAN LA REDUCCI-- ON ANATOMICA PARA ESTE TIPO DE FRACTURAS REFIRIENDO QUE CON ESTO REESTABLE-- CEN LA BIOMECANICA DE LA CADERA "AL INTEGRUM", SIN EMBARGO, SE SACRIFICA LA-- ESTABILIDAD SUFICIENTE IMPIDIENDO EN EL PACIENTE APECTADO LA DESCARGA INME-- DIATA. ESTUDIOS BIOMECANICOS EN ESTA EPOCA CONSIDERAN QUE LA CARGA EN LA -- ARTICULACION DE LA CADERA SE TRANSMITE A LA CORTICAL POSTERIOR Y MEDIAL DEL FEMUR PROXIMAL POR LO QUE LA REDUCCION ANATOMICA YA SEA CON CLAVO DE RICHAR-- DS (7) O CON PLACA ANGULADA (21, 22) NO DAN ESTABILIDAD SUFICIENTE Y COMPI-- TEN CON LA TECNICA DEL TELESCOPAMIENTO DE HUGHSTON Y DIMON (7, 22), INICIAN--

DOSE LOS ESTUDIOS COMPARATIVOS, REPORTANDO EL DR. INJEMAR EN 1988 (18) QUE PARA LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES, TOMANDO EN CUENTA LA EDAD DEL PACIENTE CON UNA FRACTURA DE LA CADERA SE PREFIERE UNA ESTABILIDAD SUFICIENTE A UNA BIOMECANICA "AL INTEGRUM" A MEDIANO PLAZO.

ESTUDIOS BIOMECANICOS QUE TIENEN COMO FINALIDAD EL CONSEGUIR LA ESTABILIDAD SUFICIENTE SON LOS DESCRITOS PARALELAMENTE A LOS ESTUDIOS ANTERIORES POR EL DR. BRYANT (5) ENFATIZANDO QUE EL APOYO EN LA CORTICAL POSTERIOR EN ESTAS -- FRACTURAS EVITA LA DEFORMIDAD EN VARO DE LA MISMA Y CONFIERE MAYOR ESTABILIDAD, SITUACION NO ASEQUIBLE CON LA REDUCCION ANATOMICA, YA QUE ESTA, EVITA LA CARGA A LA CORTICAL MEDIAL Y POSTERIOR, CONLLEVANDONOS A CIERTO GRADO DE INESTABILIDAD, ESTABLECE DE IGUAL FORMA QUE LA COMPRESION EN PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS ES LA BASE DE UNA CONSOLIDACION TEMPRANA, SITUACION YA DESCRITA POR EL DR. MULLER (21,22) QUE TAMBIEN ESTABLECE QUE LA COMPRESION DINAMICA (COMPRESION OTROGADA POR LA FUNCIONALIDAD DEL SEGMENTO AFECTADO) ES EL MECANISMO DE COMPRESION IDEAL, EL DR. BRYANT PUNTIUALIZA QUE DE LOS IMPLANTES -- ANGULADOS EL QUE CONFIERE MAYOR RESISTENCIA Y MENOS SOLICITACION, ES AQUEL QUE TIENE MENOR ANGULACION.

LOS ESTUDIOS BIOMECANICOS DEL DR. APEL(2) ESTABLECEN QUE EL 60% DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS SON INESTABLES YA QUE LA EPIFISIS PROXIMAL DEL FEMUR SE SOLICITA DURANTE LA MARCHA Y BIPEDESTACION A UNA SOLICITUD DE CARGA HASTA DE 3 VECES EL PESO CORPORAL, PARALELAMENTE A LOS IMPORTANTES GRUPOS -- MUSCULARES QUE PRODUCEN FUERZAS AGONISTAS O ANTAGONISTAS EN LOS FRAGMENTOS OSEOS FAVORECIENDO EL DESPLAZAMIENTO DE LOS MISMOS Y LA OSTEOPOROSIS EXISTENTE EN LA PARED POSTERIOR POR POBRES SOLICITACIONES FUNCIONALES, APOYANDO ASI, QUE LA ESTABILIZACION DE LAS FRACTURAS INDEPENDIENTEMENTE DEL SISTEMA DE FIJACION ES LA BASE PARA CONSEGUIR UNA ESTABILIDAD AL 100% PRECONIZANDO EL TRATAMIENTO EN BASE A OSTEOTOMIAS DE LA EPIFISIS PROXIMAL FEMORAL TECNICA QUIRURGICA DESCRITA COMO OSTEOTOMIA VALGUIZANTE POR LA ESCUELA (AO -- ASIF) EN LOS AÑOS 60S (21,22) LA CUAL PERMITE LA TRANSMISION DE LA CARGA --

EN FORMA DIRECTA DE LA EPIFISIS PROXIMAL FEMORAL A LADIAFISIS, OSTEOTOMIA--
 QUE SIRVE DE BASE PARA LA OSTEOTOMIA DESCRITA POR EL DR. SARMIENTO (16, 27)-
 EN LA CUAL REALIZA UN CORTE A 30° CON LO CUAL PERPENDICULARIZA LA DIRECCION
 DE LA HOJA DE UN CLAVO PLACA CON EL TRAZO DE LA FRACTURA CONLLEVANDONOS DE-
 ESTA MANERA A UNA ESTABILIDAD TOTAL, OSTEOTOMIA QUE DEBE DE SER REALIZADA -
 MINUCIOSAMENTE, YA QUE SI EL GRADAGE NO ES DE 30° NO SE DISTRIBUYEN LAS CAR-
 GAS EN FORMA ADECUADA PARA CONSIDERARLA ESTABLE.

EL DR. BRYAN (5) PRECONIZA LA OSTEOTOMIA DE MEDIALIZACION YA QUE REPORTA --
 CON ELLO QUE LA CARGA SE MEDIALIZA Y SE TRANSPIERE A LA CORTICAL MEDIAL Y -
 POSTERIOR.

EN LAS DOS ULTIMAS DECADAS DE ESTE SIGLO, TENIENDO EN BASE LOS ESTUDIOS MEN-
 CIONADOS, LOS TRAUMATOLOGOS ESTUDIOSOS DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA COINCI-
 DEN Y CONCLUYEN QUE LAS FRACTURAS DE LA CADERA EN EL PACIENTE SENIL REQUIE-
 REN TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FIJACION Y ESTABILIZACION INTERNA QUE PERMITA
 LA DESCARGA INMEDIATA DEL PACIENTE Y QUE A LA VEZ DICHO SISTEMA DE FIJACION
 Y ESTABILIZACION DEBE PROPORCIONAR COMPRESION A TRAVES DE LOS CABOS FRACTU-
 RARIOS Y ES ASI QUE SE HAN DESCRITO UN SIN NUMERO DE SISTEMAS DE FIJACION, -
 TENIENDO COMO BASE PRIMORDIAL EL SER SUFICIENTES Y OTORGAR COMPRESION ESTA-
 TICA Y DINAMICA AL SITIO DE FRACTURA, IMPLANTE QUE DIA A DIA SE REPORTAN -
 CON DIFERENTES NOMBRES, CON DIFERENTES PRINCIPIOS Y DE DIFERENTES MATERIA-
 LES, TODOS EN VOGA EN ALGUNOS HOSPITALES DEL MUNDO PERO QUE HASTA LA ACTUA-
 LIDAD NO ENCONTRAMOS, EL IDEAL PARA UNIFICAR CRITERIOS, DENTRO DE ESTOS, EN-
 CONTRAMOS EL CLAVO DE RICHARDS (10), EL CLAVO PLACA DE COMPRESION DINAMICA-
 (DHS)DESCRITO POR LA ESCUELA AO-ASIF(20, 21, 22, 7) Y UN SIN NUMERO DE IMPLAN-
 TES SIMILARES CON UNA ROSCA PARA COMPRESION ESTATICA Y UN CILINDRO PARA COM-
 PRESION DINAMICA QUE COMO MENCIONAMOS, PRESENTAN MINIMAS VARIACIONES PERO--
 CON FINALIDAD COMUN: COMPRESION MIXTA Y ESTABILIDAD AL 100%.

ALGUNOS OTROS AUTORES EN LA DECADA PASADA Y EN LA ACTUAL, PRECONIZAN EL USO DE CEMENTO OSEO (METIL METACRILATO) COMO OTRO METODO ALEATORIO PARA CONSEGUIR LA ESTABILIDAD SUFICIENTE, TAL ES EL CASO DEL DR. FUN, EN SU ESTUDIO DESCRITO EN 1987 (16) REALIZANDO EN 70 PACIENTES CON FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES OSTEOTOMIA DE SARMIENTO CON REFORZAMIENTO CON CEMENTO DE (METIL METACRILATO) CONSIGUIENDO CON ESTO LA ESTABILIDAD SUFICIENTE. EL DR. LAO EN 1983 (13) DESCRIBE 16 CASOS CON ESTABILIDAD CON EL SISTEMA DE HUGHSTON Y DIMON AUNADO A LA COLOCACION DE METIL METACRILATO CONSIGUIENDO DE IGUAL MANERA LA ESTABILIDAD COMPLETA; ESTE METODO ALEATORIO ES CAPAZ DE OTORGAR COMO SE PUEDE ANALIZAR LA ESTABILIDAD SUFICIENTE, SIN EMBARGO IMPIDE LA CONSOLIDACION OSEA NATURAL Y FAVORECE EL RIESGO DE RECHAZO A MATERIALES AJENOS, YA QUE EL PACIENTE ADEMAS DE METIL METACRILATO SE COLOCA UN SISTEMA DE FIJACION METALICO.

EN LA ULTIMA DECADA HA SURGIDO UN NUEVO SISTEMA DE FIJACION, LOS TUTORES INTERNOS FUNDAMENTADOS EN EL PRINCIPIO DEL "TUTOR INTERNO" DEL DR. MULLER (21, 22) Y DE LOS CLAVOS DE ENDERS QUE FUNCIONAN BAJO EL MISMO PRINCIPIO (8) SURGIENDO ASI EL CLAVO CONDILOCEPALICO O CLAVO DE HARRIS EN 1988 (24) EL CUAL REALIZA LA FIJACION INTERNA DE LAS FRACTURAS CON UNA HERIDA QUIRURGICA MINIMA, SANGRADO TRANSOPERATORIO MINIMO, PERO CON EL DEPECTO DE NO CONSEGUIR EN TODOS LOS CASOS UNA ESTABILIDAD SUFICIENTE Y UN MECANISMO DE FIJACION QUE LE IMPIDA EL MOVIMIENTO ROTACIONAL DE LOS CAVOS DISTALES DE LA FRACTURA, MOTIVO POR EL CUAL EN NUESTROS DIAS ESTE SISTEMA DE FIJACION Y REDUCCION ES UNA MEDIDA TERAPEUTICA ESCLELENTE PARA FRACTURAS INTERTROCANTERICAS ESTABLES O EN PACIENTES CON RIESGO QUIRURGICO IMPORTANTE EN LOS QUE LA PRIORIDAD ES LA VIDA Y NO LA FUNCION.

DE ACUERDO A LOS MULTIPLES SISTEMAS DE MANEJO DE FIJACION INTERNA Y DE ESTABILIZACION DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES EN EL PACIENTE —

SENIL, CONSIDERAMOS QUE LA TECNICA QUE NOS OPRECE ESTABILIDAD SUFICIENTE, -
DESCARGA TOTAL POSTOPERATORIA INMEDIATA Y EVITA LA NECESIDAD DE CEMENTO --
PARA CONSEGUIR LA ESTABILIDAD AL 100% (EXCEPTO EN LAS FRACTURAS PATOLOGI--
CAS) ES LA OSTEOTOMIA VALGUIZANTE DESCRITA DESDE 1966 POR EL DR. MULLER --
(21, 22) LA CUAL ADEMÁS NOS CONPIERE UNA MENOR DIFICULTAD QUIRURGICA Y DIS-
YUNTIVA EN EL USO DE VARIOS SISTEMAS DE FIJACION(IMPLANTES).

EL PRESENTE ESTUDIO TRATA DE DEMOSTRAR LA EXPERIENCIA QUE SE TIENE EN EL -
SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO EN EL -
TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES DE LA CADERA EN
EL PACIENTE SENIL MEDIANTE LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGUIZANTE FIJADA CON -
CLAVO PLACA DE 130°.

OBJETIVOS:

- 1.- DEMOSTRAR QUE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES EN EL PACIENTE SENIL ES EL TRATAMIENTO IDEAL PARA ESTE TIPO DE FRACTURAS.
- 2.- DEMOSTRAR QUE LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGIZANTE CONFIERE UNA TECNICA SENCILLA ASI COMO FIJACION Y ESTABILIZACION DEL 100 % DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES DE LA CADERA.
- 3.- DEMOSTRAR QUE PERMITE UN APOYO TEMPRANO A PACIENTES POSTOPERATORIOS DE UNA FRACTURA INTERTROCANTERICA INESTABLE TRATADOS MEDIANTE ESTA TECNICA.
- 4.- PERMITE REINTEGRAR MAS TEMPRANAMENTE AL PACIENTE A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES.
- 5.- LA ASOCIACION DE PENICILINA SODICA CRISTALINA MAS DICLOKACILINA ES UN ESQUEMA DE ANTIBIOTICOTERAPIA UTIL PARA EVITAR INFECCIONES DEL POSTOPERATORIO EN ESTE TIPO DE PACIENTES.
- 6.- LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGIZANTE FAVORECE UNA CONSOLIDACION DE LA FRACTURA POR UNA BUENA FIJACION Y COMPRESION DINAMICA SECUNDARIA.
- 7.- DEMOSTRAR LA EXPERIENCIA CLINICA Y TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, CON LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGIZANTE COMO SISTEMA DE TRATAMIENTO EN LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES EN PACIENTES SENILES.

UNIVERSO Y MUESTRA.

MUESTRO UNIVERSO DE ESTUDIO INCLUYO 34 PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON DI. DE FRACTURA INESTABLE DE LA CADERA TIPO INTERTROCANTERICA, QUE INGRESO A - MUESTRO SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO COMPENSADOS DE SUS ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y TRATADOS QUIRURGICAMENTE MEDIANTE OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGUIZANTE FIJADA CON CLAVO PLACA DE 130^o Y TORNILLOS.

DENTRO DE NUESTROS FACTORES DE EXCLUSION SE TUVIERON 14 CASOS DE LOS CUALES 4 PACIENTES SE EGRESARON POR ALTA VOLUNTARIA EN LOS QUE EL PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO ORTOPEdICO FUE REALIZADO EN OTRA INSTITUCION, 4 PACIENTES FALLECIERON PREOPERATORIAMENTE POR DESCOMPENzACION DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES O PROPIO DE LA FRACTURA EN SI, CON VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION A SU INGRESO, 2 NEUMONIAS, 1 DESCOMPENzACION DE DIABETES MELLITUS (COMA HIPEROSMOLAR) Y 1 INFARTO DEL MIOCARDIO. 3 CASOS QUE TUVIERON TRATAMIENTO CONSERVADOR YA QUE POR EL TIEMPO DE EVOLUCION Y EL TIEMPO DE ESTABILIZACION SE CONSIGUIO QUE LA FRACTURA FUERA ESTABLE MEDIANTE TRACCION CUTANEA (CONSOLIDACION) Y 3 CASOS EN QUE SE REALIZO UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DIFERENTE, 1 CON COLOCACION DE HEMIPROTESIS TIPO THOMPSON, 1 CASO CON CALVO PLACA DE RICHARDS, 1 CASO CON TELESCOPAMIENTO Y FIJACION MEDIANTE LA TECNICA DE HUGSTON Y DIMON.

MATERIAL Y METODOS.

A NUESTRO UNIVERSO EXPLICADO CON ANTERIORIDAD (34 PACIENTES), SE INGRESARON TODOS AL SERVICIO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO CON EL DIAGNOSTICO DE FRACTURA INTERTROCANTERICA INESTABLE DE LA CADERA CON EDADES MAYORES DE 50 AÑOS, EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO FUE LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGUIZANTE. EN BASE A LO ANTERIOR TODOS LOS PACIENTES INGRESARON AL SERVICIO POR CONSULTA EXTERNA Y POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, COLOCANDOSE EN POSICION INMEDIATA A SU INGRESO TRACCION CUTANEA DEL

MIEMBRO PELVICO AFECTADO CON FRACTURA INTERTROCANTERICA, CON 3Kgr DE PESO. ASI MISMO, SE TOMAN PLACAS DE PELVIS CON INCIDENCIAS "A.P." Y AXIALES DE LA CADERA AFECTADA, TELERADIOGRAFIAS DE TORAX, ELECTROCARDIOGRAMA Y EXAMENES DE LABORATORIO PREOPERATORIOS COMO SON: BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA, QUIMICA SANGUINEA, EXAMEN GENERAL DE URINA, TIEMPO DE COAGULACION, TIEMPO DE PROTROMBINA, TIEMPO DE TROMBOPLASTINA.

TODOS LOS PACIENTES SE SOMETIERON A VALORACION CARDIOVASCULAR POR EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, ESTABLECIENDO LOS RIESGOS QUIRURGICOS, SITUACION QUE SE REALIZA EN TODOS LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS, SE REALIZO TAMBIEN INTERCONSULTAS A LOS SERVICIOS DE (ENDOCRINOLOGIA, NEUMOLOGIA, NEUROLOGIA Y CARDIOVASCULAR PERIFERICO), DE ACUERDO A LA PATOLOGIA AGREGADA EN CADA CASO REQUERIDO.

UNA VEZ INGRESADO AL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, EL CASO CLINICO ES PRESENTADO EN SESION CLINICA TERAPEUTICA DEL SERVICIO, ESTABLECIENDO SE EL DIAGNOSTICO INTEGRAL Y EL SISTEMA DE FIJACION Y TRATAMIENTO A SEGUIR. POSTERIORMENTE EL MEDICO TRATANTE ES EL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ASI COMO DEL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DURANTE LA EVOLUCION INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA.

DENTRO DEL UNIVERSO DE OBSERVACION SE INCLUYO LA EDAD, SEXO, LADO AFECTADO, SE TOMO COMO CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS DADA POR EL DR. TRONZO (DEL I AL V). TIEMPO DE EVOLUCION A.SU INGRESO, PATOLOGIA AGREGADA AL INGRESO, TIPO DE ANESTESIA, RIESGO QUIRURGICO, TIEMPO QUIRURGICO TRANS OPERATORIO, SANGRADO TRANSOPERATORIO, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS SISTEMICAS, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS ORTOPEDICAS, LA VALGUIZACION, ESTABILIZACION Y FIJACION, EL GRADO DE GALGUIZACION CONSEGUIDA, ANTIBIOTICOTERAPIA-POSTOPERATORIA, TIEMPO DE CONSOLIDACION DE LA OSTEOTOMIA, PARAMETROS QUE SE CONSIDERARON EN TODOS Y CADA UNO DE ELLOS IMPORTANTES PARA VALORACION DE LA TECNICA QUIRURGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS EN EL PACIENTE SENIL.



RADIOGRAFIA PREOPERATORIA DE FRACTURA INTERTROCANTERICA
TIPO III DE TRONZO DE LA CADERA DERECHA.

RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS MISMOS.

EN EL SERVICIO DE ORTOPEdia DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO. EN EL LAPSO COMPRENDIDO DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 1990 A FEBRERO DE 1992. TUVIMOS UN TOTAL DE 48 FRACTURAS INTERTROCANTERICAS EN PACIENTES SENILES MAYORES DE 50 AÑOS DE LAS CUALES SE EXCLUYERON DEL PRESENTE ESTUDIO 9 PACIENTES QUE POR EMFERMEDAD CONCOMITANTE SE DIO MANEJO CONSERVADOR Y 11 QUE INGRESARON AL SERVICIO, SOLICITARON SU ALTA VOLUNTARIA PARA SER TRATADOS EN OTRA INSTITUCION- (I.S.S.S.T.E., I.M.S.S., etc.) POR SER DERECHOABIENTES A DICHAS INSTITUCIONES.

EDAD:

EN NUESTROS 34 PACIENTES (100%), SE ANALIZO COMO PRIMER PARAMETRO LA EDAD- LA CUAL OSCILO ENTRE 53 AÑOS A 96 AÑOS. TENIENDO COMO PROMEDIO 78.73 AÑOS- QUE CORRESPONDE A LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA CIFRA ACORDE CON LA EDAD EN- QUE SE PRESENTA ESTE TIPO DE FRACTURAS, COINCIDIENDO CON LO QUE DESCRIBE- EL DR. HAENTJENS (9) Y EL DR. RICHARD (11) TENIENDO UNA FRECUENCIA EN NUESTRO ESTUDIO CON PREDOMINIO EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA; CONTRAPONIENDO- SE CON LO REPORTADO POR EL DR. WUTSON J. (28), EL CUAL REPIERE QUE EL PROMEDIO DE ESTE TIPO DE FRACTURAS SE PRESENTA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CLASIFICANDOLAS COMO FRACTURAS EXTRACAPSULARES Y QUE EN LA OCATVA DECA- DA DE LA VIDA EL PREDOMINIO DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA SON LAS INTRACAP- SULARES. NO OBTANTE, EN LOS ULTIMOS REPORTES SE MENCIONA QUE LAS FRACTU- RAS INTRACAPSULARES Y EXTRACAPSULARES NO MUESTRAN UNA DISTRIBUCION ESPECI- CA Y SON FRECUENTES AMBAS EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA.

SEXO:

EN CUANTO AL SEXO TUVIMOS 27 PACIENTES FEMENINOS (79.41%), Y 7 MASCULINOS- (20.59%), LA CUAL NOS OTORGA UNA RELACION DE 4:1 CON PREDOMINIO EN EL SEXO- FEMENINO. RESULTADOS QUE COINCIDEN CON LOS REPORTES EN LA LITERATURA EN - QUE LA FRACTURA DE LA CADERA ES MAS FRECUENTE EN EL SEXO FEMENINO (1,4,9,- 11,).

MOSTRANDO UNA RELACION DE 3:1 HASTA 5:1 ARGUMENTANDO NUMEROSOS AUTORES COMO EL DR. RISSO (1) QUE ESTABLECE EN 1991 LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA EN LAS MUJERES MENOPAUSICAS, LAS ALTERACIONES VASCULARES PROPIAS DE LA EDAD EL USO DE MEDICAMENTOS Y EL ALCOHOL, EL SOBREPESO ASI COMO EL DESEQUILIBRIO ENDOCRINO QUE EXISTE EN ESTAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS LO CUAL GUARDA UNA RELACION DIRECTAMENTE PROPORCIONAL CON LA CALIDAD OSEA DEL GRADO DE OSTEOPOROSIS.

PREDOMINANCIA DEL LADO AFECTADO:

SE ANALIZO LA PREDOMINANCIA DEL LADO AFECTADO OBSERVANDO QUE SE TUVIERON 17 CASOS (50%), DE FRACTURAS INTERTROCANTERICAS DEL LADO DERECHO Y 17 FRACTURAS (50%), DEL LADO IZQUIERDO SIN DISTRIBUCION EN SU PREDOMINANCIA DEL LADO AFECTADO. CIFRA QUE PARA ALGUNOS AUTORES ES INSIGNIFICANTE Y NO SE TOMA EN CUENTA. EL DR. KYLE (11), REPIERE QUE SE TIENE UNA PREDOMINANCIA DEL LADO IZQUIERDO EN RELACION CON EL DERECHO, CONSIDERAMOS QUE ESTE PARAMETRO ES MENTAMENTE ESTADISTICO Y NO SE TRADUCE COMO UN ASPECTO IMPORTANTE PARA SU TRATAMIENTO.

CLASIFICACION:

EN CUANTO A LA CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, SE ADOPTO LA PROPUESTA DEL DR. TRONZO(23) EN 5 TIPOS Y TUVIMOS LOS SIGUIENTES DATOS;

TIPO I	2 CASOS	=	5.8 %
TIPO II	1 CASO	=	2.92%
TIPO III	22 CASOS	=	64.67%
TIPO IV	29 CASOS	=	85.29%

CON UN TOTAL DE 34 PACIENTES DE NUESTRO UNIVERSO, NO HUBO CASOS DEL TIPO V. COMO SE APRECIA, LAS FRACTURAS MAS FRECUENTES FUE LAS DEL "TIPO III" COMO ES REPORTADO POR EL DR. CAMPBELL(24) DE PALMA(25), CIFRA QUE COMO SE REPORTA POR LOS DOCTORES BRIDLE (4) DR. DEN HARTOG (5) DR. KYLE (11), MENCIONANDO QUE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS SON LAS QUE GUARDAN CARACTERISTICAS DE

DESPLAZAMIENTO Y DE INESTABILIDAD.

TIEMPO DE EVOLUCION A SU INGRESO:

UN PARAMETRO A CONSIDERAR DE IMPORTANCIA PARA ESTOS PACIENTES ES EL TIEMPO DE EVOLUCION QUE TIENE LA FRACTURA AL INGRESO A NUESTRO HOSPITAL YA QUE, LA ATENCION DEBERIA SER INMEDIATA, EN NUESTRO HOSPITAL, HOSPITAL DE CONCENTRACION DE TODA LA REPUBLICA MEXICANA Y CON GENTE DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS, DE BAJO NIVEL EDUCACIONAL Y SOCIAL, LOS PACIENTES INGRESAN AL HOSPITAL Y POR ENDE AL SERVICIO DE ORTOFEDIA HASTA CASI UN MES DESPUES DE LA FRACTURA, CONTANDO CON COMPLICACIONES IMPORTANTES POR EL DECUBITO PROLONGADO SITUACION Y PREMISA QUE COMO SE ESTABLECE EN LOS ANTECEDENTES HISTORICOS Y BIBLIOGRAFICOS, POR AUMENTAR EL INDICE DE MORBIMORTALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE MANERA CONSERVADORA DE AQUI QUE MUCHOS PACIENTES TIENEN QUE CONTROLARSE DE COMPLICACIONES POR EL DESEQUILIBRIO METABOLICO Y EL DECUBITO PROLONGADO ANTES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. ES ASI QUE EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA FRACTURA A SU INGRESO OSCILO ENTRE 4 HS. A 8,640 HS. (MAS DE UN MES), EN UN PACIENTE CUYO DIAGNOSTICO DE INGRESO FUE DE SEUDOARTROSIS NO FUNCIONAL SECUNDARIA A UNA FRACTURA INTERTROCANTERICA GRADO III DE UN AÑO DE EVOLUCION, EXCLUYENDO ESTE CASO, EL TIEMPO DE EVOLUCION OSCILO ENTRE 4 HS. Y 34 DIAS (816 HS) TENIENDO COMO PROMEDIO 225.17 HS QUE EQUIVALE A 9.37 DIAS (TABLA No. 1).

PATOLOGIA AGREGADA:

COMPRENDE PREOPERATORIAMENTE LAS SIGUIENTES PATOLOGIAS COMO SON: HIPERTENSION ARTERIAL, SE PRESENTARON 8 CASOS EQUIVALENTES A 23.52%, DIABETES MELLITUS 5 CASOS CON UN 14.70%, ENFERMEADES NEUROVASCULARES 5 CASOS CON UN 14.70%. 6 PACIENTES CON PATOLOGIA VARIADA COMO FUE CANCER MAMARIO 1 CASO CON UN PORCENTAJE DE 2.94%, POLITRAUMATIZADO CON FRACTURA DEL TERCIO MEDIO-DIAPISARIO DEL FEMUR 1 CASO CON UN 2.94%, ARTRITIS REUMATOIDE 1 CASO CON UN 2.94% Y SEUDOARTROSIS DEL FEMUR INTERTROCANTERICA 1 CASO CON UN 2.94% .

No. Paciente	Expediente	Edad (años)	Sexo	Tiempo de Evolución (horas)	Días
1	158710	80	F.	8	-
2	071119	85	F.	24	*
3	054723	77	F.	576	20
4	058010	79	M.	36	-
5	045229	78	F.	4	-
6	052961	82	M.	816	34
7	040392	75	M.	96	4
8	068961	89	F.	12	-
9	052171	86	F.	360	15
10	007976	53	M.	192	8
11	050645	84	F.	140	10
12	064339	76	F.	96	4
13	035987	70	F.	144	6
14	043697	77	F.	216	9
15	063108	87	F.	600	25
16	004795	84	F.	24	-
17	045586	91	F.	120	5
18	041380	81	F.	288	12
19	024983	65	F.	270	30
20	030018	87	M.	8	-
21	011375	85	F.	24	-
22	105187	83	F.	216	9
23	007289	77	F.	8640	365
24	032184	96	F.	192	8
25	034763	82	M.	120	5
26	022862	85	F.	96	4
27	073920	78	F.	24	-
28	049963	56	F.	2160	90
29	045927	64	F.	24	-
30	026815	88	F.	72	3
31	072429	63	F.	24	-
32	076151	57	M.	24	-
33	063632	92	F.	72	3
34	020925	85	F.	24	-

* LOS CASOS DE 8,640 HS NO SON FRACTURAS, SON SEUDOARTROSIS O CONSOLIDACION
VIRIOSA.

RIESGO QUIRURGICO:

TODOS NUESTROS PACIENTES, MAYORES DE 50 AÑOS, DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE MANEJO DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, Y EN CONJUNTO CON EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA, SON SOMETIDOS A TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA Y TELERADIOGRAFIA DE TORAX PARA VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO. Y DE OTRAS ESPECIALIDADES REQUERIDAS EN CASO DE SER NECESARIAS. EN BASE A LO ANTERIOR, DE NUESTROS 34 PACIENTES (100%) 12 DE ELLOS FUERON CLASIFICADOS CON RIESGO QUIRURGICO I CON 1(35.88%), 15 DE ELLOS (44.11%) COMO GRADO II, 5 PACIENTES (14.70%) COMO GRADO III Y 2 PACIENTES (5.8%) COMO GRADO IV, CLASIFICACION Y GRADAGE QUE NO CONTRAINDICO LA INTERVENCION QUIRURGICA.

ANESTESIA Y SANGRADO:

VALORAMOS EL TIEMPO DE ANESTESIA QUE FUE APLICADA A NUESTROS PACIENTES(34-PACIENTES= 100%), LA CUAL FUE ELEGIDA POR EL SERVICIO DE "ANESTESIOLOGIA" DE NUESTRO HOSPITAL, ENCONTRANDO 28 PACIENTES (82.35%) QUE FUERON SOMETIDOS A ANESTESIA POR BLOQUEO PERIDURAL, Y 6 PACIENTES (17.84%) SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL BALANCEADA.

DE ACUERDO A LA MISMA VALORACION POR ANESTESIOLOGIA, TOMAMOS EN CUENTA EL SANGRADO TRANSOPERATORIO, EL CUAL OSCILO ENTRE 150CC A 1000CC TENIENDO COMO PROMEDIO 382.35CC DE SANGRADO AL REALIZAR LA OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGIZANTE EN ESTOS PACIENTES CON FRACTURA INTERTROCANTERICA DE LA CADERA.

TIEMPO QUIRURGICO:

UN PARAMETRO DE CAPITAL IMPORTANCIA EN EL PRESENTE ESTUDIO, ES LA VALORACION DEL TIEMPO QUIRURGICO EMPLEADO EN ESTE TIPO DE PACIENTES, YA QUE AL SER PACIENTES DE ALTO RIESGO, UNA TECNICA QUIRURGICA RAPIDA Y FACIL DE REALIZAR, NOS CONFIERE MEJORES RESULTADOS EN EL TRANSOPERATORIO Y EL POSTOPE RATORIO ASI COMO UNA DISMINUCION DE LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS, EN BASE A ESTO SE TOMO EN CUENTA EL TIEMPO QUIRURGICO MARCADO POR EL SERVICIO DE--

ANESTESIOLOGIA, Y REPORTADO LA HOJA DE SEGUIMIENTO ANESTESICO TRANSOPERATORIO, ENCONTRANDO QUE OSCILO DE 60 MINUTOS A 240 MINUTOS(4 HORAS), TENIENDO COMO PROMEDIO 124.55 MINUTOS QUE SE TRADUCEN EN 2 HS DE TIEMPO QUIRURGICO-PROMEDIO.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, LAS DIVIDIMOS EN 2 GRUPOS, LAS COMPLICACIONES SISTEMICO-METABOLICAS, Y LAS COMPLICACIONES DE LA TECNICA QUIRURGICA ORTOPEDICA; DENTRO DEL PRIMER GRUPO, TUVIMOS 2 DE NUESTROS 34 PACIENTES (5.88%) CON COMPLICACIONES SISTEMICAS, UN CASO (2.94%) DE INSUFICIENCIA AGUDA POSTOPERATORIA, Y UN CASO DE NEUMONIA (2.94%) EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO, CEDIENDO ESTA ULTIMA CON EL MANEJO ESTABLECIDO POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE NUESTRO HOSPITAL.

NO TUVIMOS CASOS DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR, COMPLICACION IMPORTANTE REPORTADA EN LA LITERATURA (3,5,12) HASTA EN UN 10% DE LOS CASOS POR EL DR. BERGQVIST, POR LO QUE RECOMIENDA COMO PROFILAXIS ANTITROMBOTICA HEPARINA, DEXTRAM 70, Y ULTIMAMENTE LA HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR(PHAXIPARINE). EN NUESTRO SERVICIO, HEMOS CONVENIDO USAR COMO TERAPEUTICA ANTITROMBOTICA EL ACIDO ACETIL SALICILICO A DOSIS DE 500 MGR. CADA 24 HS. SIN PRESENTAR COMPLICACIONES DE EMBOLIAS PULMONARES EN NUESTROS 34 PACIENTES.

DE IGUAL FORMA SE DESCRIBEN UNA SERIE DE COMPLICACIONES SISTEMICAS COMO HEMATOMAS POSTOPERATORIOS O INFECCIONES DE LA HERIDA QUIRURGICA,(4,8,10) COMPLICACIONES QUE APORTUNADAMENTE NO SE PRESENTARON EN NUESTROS PACIENTES. PARA TALES EFECTOS, UTILIZAMOS COMO ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA, LA ASOCIACION DE PENICILINA DICLOXACILINA DURANTE 8 A 10 DIAS DEL POSTOPERATORIO, LO CUAL SE HA TRADUCIDO EN RESULTADOS EXCELENTE PARA LAS INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS DE NUESTRO SERVICIO.

LAS COMPLICACIONES ORTOPEDICAS POR LA TECNICA QUIRURGICA, LAS TUVIMOS EN UN TOTAL DE 7 PACIENTES(20.5%) EN CUYOS CASOS FUE IMPOSIBLE PERMITIRLES LA DESCARGA TOTAL O PARCIAL AL POSTOPERATORIO INMEDIATO, PERO QUE AL CONSTITU

IR LA CONSOLIDACION RADIOGRAFICA, SE LE PERMITIO LA DESCARGA PROGRESIVA -- SIN ENCONTRAR CASOS CON RETARDO DE CONSOLIDACION O PSEUDOARTROSIS, COMPLICACION FRECUENTEMENTE REPORTADA EN CASOS DE OSTEOSINTESIS INSUFICIENTE (10, 14).

DE NUESTROS 7 PACIENTES, 2 DE ELLOS (5.88%) TUVIERON COMO COMPLICACION -- TRANSOPERATORIA UN ESTALLAMIENTO DEL CUELLO POR FALSA VIA DE LA HOJA DEL -- CLAVO PLACA, LO QUE SE TRADUJO EN FIJACION INSUFICIENTE CON LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS, 5 DE ELLOS (15.7%) TUVIERON PROTUSION DE -- LA HOJA EN LA CARA POSTERIOR DEL CUELLO, SIN ESTALLAMIENTO DEL MISMO, LO -- CUAL OTORGO UNA FIJACION ADECUADA, PERO LA INCAPACIDAD PARA PERMITIRLE LA -- DESCARGA PARCIAL O TOTAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. ESTAS COMPLICACIONES, DE POSIBILIDAD DE FALSA VIA O DE ESTALLAMIENTO DEL CUELLO FEMORAL, SE REPORTAN POR NUMEROSOS AUTORES (8,10,14) COINCIDIENDO QUE LA FRECUENCIA DE ESTAS COMPLICACIONES OSCILA ENTRE 8 Y EL 25% DE LOS CASOS, DE AHI QUE FUNDAMENTALIZAN LA NECESIDAD DE CONTROLES RADIOGRAFICOS TRANSOPERATORIOS PARA -- ORIENTACION Y DISMINUCION DE LA POSIBILIDAD DE ESTE TIPO DE COMPLICACIONES, ASI COMO EL TOMAR EN CUENTA, EL APOYO QUE NOS CONFIERE EN ESTE TIPO DE COMPLICACIONES, EL CEMENTO OSEO(METIL METACRILATO) COMO LO REPORTA EL DR. LAU (13) EN 1990 Y EL DR. FUN(16) EN 1987.

UNA COMPLICACION EXTREMADAMENTE RARA REPORTADA EN LA LITERATURA ES LA NECROSIS AVASCULAR POST FRACTURA INTERTROCANTERICA DE LA CABEZA FEMORAL COMO LO REPORTA EL DR. MANN (14) DE LA CUAL NO TUVIDOS NINGUN CASO.

EL CASO REPORTADO COMO INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, FALLECIO A LOS 12 DIAS -- DEL POSTOPERATORIO, DESPUES DEL TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA, DE AHI QUE NUESTRO INDICE DE MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A OSTEOTOMIA -- PRIMARIA VALGUIZANTE DE LA CADERA COMO TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA INTERTROCANTERICA INESTABLE FUE DE 2.94%.

TABLA II.-

No. Paciente	Riesgo Quirúrgico	Patología Agregada	Tiempo Quirúrgico (Min.)
1	II	-	70
2	II	-	120
3	II	-	180
4	III	Acci. vascular cerebral	90
5	I	Diabetes Mellitus II	165
6	III	Hernia Umbilical	150
7	I	Diabetes Mellitus II	120
8	III	Hipertensión Arterial	70
9	II	-	120
10	I	-	105
11	I	-	85
12	II	-	90
13	IV	Diabetes Mellitus II	60
14	I	-	180
15	I	-	75
16	II	Hipertensión Arterial Crisi. Con.	120
17	II	Hipertensión Arterial Vértigo	75
18	II	-	180
19	I	Crisis Convulsiva	70
20	II	-	180
21	II	Hipertensión Arterial	165
22	II	Diabetes Mellitus II	210
23	I	Diabetes Mellitus Seudoartros	100
24	III	Hipertensión Arterial	155
25	III	Hipertensión Arterial	80
26	II	Hipertensión Arterial Vértigo	150
27	II	Crisis Combulsivas	70
28	I	Cáncer Mamario	180
29	I	Hipertensión Arterial Sis.	75
30	II	-	145
31	I	-	90
32	I	Politraumatismo Fx Femur Izq.	240
33	II	-	105
34	IV	Artritis Reumatoide	120

TABLA III.-

No. Paciente	Sangrado Trans-Operatorio Ccl	Complicaciones Sistémicas	Complicaciones Ortópédicas
1	400	-	-
2	200	-	-
3	300	-	-
4	300	-	-
5	200	-	-
6	300	-	Fractura cuello
7	200	-	-
8	300	-	-
9	500	-	-
10	200	-	-
11	300	-	-
12	250	-	Salida placa
13	150	Insufic. Renal Aguda	-
14	200	-	Salida Placa
15	300	-	-
16	200	-	-
17	150	-	-
18	700	-	-
19	150	-	Salida placa
20	600	-	-
21	700	-	-
22	300	-	Salida placa
23	350	-	Salida placa
24	250	-	Salida placa
25	150	-	-
26	200	-	-
27	250	-	-
28	1000	-	-
29	250	Neumonía Hiposta	-
30	250	-	-
31	200	-	-
32	1000	-	-
33	300	-	-
34	1000	Hipertensión Arterial	-

GRADO DE VALGUIZACION RESULTANTE:

DE NUESTROS 34 PACIENTES (100%) SOMETIDOS A OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGUIZANTE FIJADA CON CLAVO PLACA DE 130° Y TORNILLOS, VALORAMOS EL GRADO DE VALGUIZACION CONSEGUIDO, EL CUAL OSCILO ENTRE 125° (OSTEOSINTESIS FALLIDA REPORTADA EN LAS COMPLICACIONES) HASTA VALGUIZACION DE 170° , TENIENDO COMO PROMEDIO FINAL EN NUESTROS 34 CASOS UNA VALGUIZACION DE 142.7° , CIFRA QUE SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARAMETROS DE VALGUIZACION IDEAL CON ESTA TECNICA QUIRURGICA, COMO LO REPORTA EL DR. MULLER (21, 22) Y EL DR. WILLIAMS (24).

TIEMPO DE APOYO Y DE CONSOLIDACION RADIOGRAFICA:

CON LA TECNICA QUIRURGICA DE OSTEOTOMIA VALGUIZANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES, SE CONSIGUE EL PERMITIR EL APOYO EN FORMA INMEDIATA COMO YA HABIAMOS MENCIONADO, EN BASE A LO ANTERIOR, A NUESTROS PACIENTES CON BUENA TECNICA QUIRURGICA, CON BUENA VALGUIZACION Y FIJACION ESTABLE, SE PERMITIO EL APOYO EN CUANTO LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE LE PERMITIERON, SE RETIRARON DRENAJES Y SOLUCIONES; EN BASE A LO ANTERIOR NUESTRO TIEMPO DE APOYO OSCILO DE 4 DIAS A 42 DIAS, TENIENDO COMO PROMEDIO UN APOYO CON ASISTENCIA CON ANDADERA EN TODOS NUESTROS PACIENTES DE 12.93 DIAS DE POSTOPERATORIO.

EL GRADO DE CONSOLIDACION DE LA OSTEOTOMIA, FUE VALORADO DE ACUERDO A LA VALORACION RADIOGRAFICA, CONSIDERANDOSE CONSOLIDACION RADIOGRAFICA CUANDO EXISTA YA CONTINUIDAD DE TRABECULACION EN ALGUNOS SITIOS DEL FRAGMENTO PROXIMAL CON EL DISTAL, O QUE EXISTA FORMACION DE CALLO OSEO ENTRE AMBOS CABOS, ES ASI, QUE NUESTRO TIEMPO DE CONSOLIDACION OSCILO DE 8 SEMANAS A 16 SEMANAS, TENIENDO COMO PROMEDIO DE NUESTROS 33 PACIENTES, EL CUAL UNO FALLECIO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO, 11.96 SEMANAS.

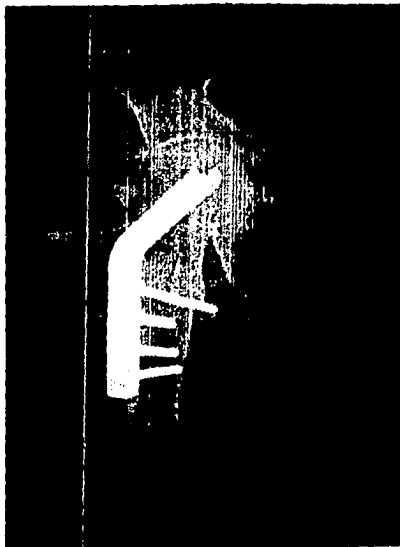
LA INTENSION DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA FUE QUE TODOS LOS PACIENTES POSTOPERADOS, ACUDIERAN A APOYO POR PARTE DEL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, DESGRACIADAMENTE POR TRATARSE DE SER ALGUNOS PACIENTES FORANEOS Y

ALGUNOS CARECER DE RECURSOS ECONOMICOS PARA SU ASISTENCIA DE NUESTROS ---
PACIENTES(EXCLUYENDO A LA DEFUNCION) 15 DE ELLOS (45.4%) FUERON LOS QUE-
ACUDIERON AL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE NUESTRO HOS-
PITAL PARA FORTALECIMIENTO MUSCULAR, APOYO PARA LA MARCHA Y BIPEDESTACION;
EL RESTANTE FUE MANEJACO UNICAMENTE CON EJERCICIOS INDICADOS POR LOS MEDI-
COS TRATANTES.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA IV.-

No. Paciente	Tiempo de apoyo P.O. días	Tiempo de Consolidación (semanas)	Fisioterapia Inicio en P.O. días
1	8	12	60
2	48	16	--
3	11	16	--
4	5	12	10
5	15	12	20
6	30	16	--
7	5	12	15
8	5	16	--
9	10	16	--
10	5	12	--
11	10	8	--
12	5	16	--
13	--	--	--
14	30	16	--
15	10	5	10
16	9	6	10
17	8	7	15
18	12	7	18
19	4	9	15
20	3	9	30
21	5	10	11
22	36	16	--
23	34	14	--
24	40	16	--
25	8	14	--
26	7	12	--
27	6	12	10
28	4	12	15
29	5	10	--
30	8	16	--
31	10	12	15
32	15	8	10
33	14	10	--
34	7	10	--



RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR DE LA CADERA DERECHA POSTERIOR A OSTEOTOMIA PRIMARIA VALGIZANTE FIJADA CON CLAVO PLACA DE 130° Y 4 TORNILLOS DE CORTICAL CON UNA VALGUIZACION POSTOPERATORIA DE 150°.

CONCLUSIONES.

- 1.- El tratamiento quirúrgico de las fracturas intertrocantericas inestables de la cadera en pacientes seniles disminuye considerablemente el índice de mortalidad en los portadores de la misma.
- 2.- La osteotomía primaria valguizante es una técnica quirúrgica con facilidad técnica de realización, otorgando una estabilidad suficiente para este tipo de fracturas.
- 3.- La osteotomía primaria valguizante es un procedimiento quirúrgico que permite el apoyo temprano de la extremidad afectada en el postoperatorio inmediato y favorece un reestablecimiento a corto plazo a la vida diaria.
- 4.- La osteotomía primaria valguizante favorece la consolidación por la estabilización del 100% y compresión dinámica secundaria debida al apoyo temprano.
- 5.- La profilaxis con penicilina sódica cristalina más dicloxacilina en pacientes postoperatorios de las fracturas de la cadera así como otros procedimientos ortopédicos confiere una protección adecuada para evitar la infección en el postoperatorio inmediato.
- 6.- La función de la articulación de la cadera en pacientes ancianos después del tratamiento, es satisfactorio para las actividades de la vida diaria de estos pacientes que fueron portadores de una fractura intertrocanterica de la cadera.
- 7.- A pesar de los múltiples sistemas de fijación y remplazo -- protésico articular de moda en estos días, la osteotomía primaria valguizante es un sistema terapéutico excelente para -- pacientes portadores de este tipo de fracturas inestables ya que confiere estabilidad suficiente descarga inmediata y evita la necesidad de la aplicación de metil metacrilato o de otros materiales extraños que favorecen los riesgos de infección, de ahí que consideramos que es una técnica ideal como tratamiento en los pacientes portadores de este tipo de fracturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Ann Grisso J. M.D., Kelsey Jennifer L. Ph. D., Strom, Brian - L. M. D. Chiu Grace Y. Ph D.,
Risk Factors For Falls As A Cause of Hip Fracture In Women -
The New England Journal of Medicine. 1991; 324; 1326-30.
- 2.- Apel David M. M. D. Patwardhan Avinash. Ph. D., Pinzur Michael S. M.D, Dobozi William R. M. D.,
Axial Loading Studies Of Unstable Intertrochanteric Fractures of the femur.
Clinical Orthopaedics and Related research. 246: 156-63: 1989
- 3.- Bergqvist D. M.D, PhD, Kettunen K. M.D. PhD, Fredin H. MD, -- PhD, Es-Al. Thromboprophylaxis in Patients With Hip Fractures: A Prospective, Randomized, Comparative Study Between Org - -- 10172 and Dextran 70. Surgery 1991;109: 617-22.
- 4.- Bridle Simon H. A.D, Patel, Bircher Martin. Calvernt Paul T. Fixation Of Intertrochanteric Fractures Of The Femur.
J. Bone Joint Surg (Br) 1991;73-B: 330-4
- 5.- Bryan D. Hatong Den, M.D. Bartal Ely, M.D. And Cooke Francis Ph D. Tratment Of The Unstable Intertrochanterin Fracture.
The Journal of Bone And Joint Surgery, 1991; 73-A : 726-33.
- 6.- Dimon Joseph H. III MD.
The Unstable Intertrochanteric Fracture. Clinical Orthopaedics and related research. 1973; 92: 100-8.
- 7.- Ecker Malcom L. MD. Joyce III Hohn J. MD. KOHL James M.D.
The Treatment of trochanteric Hip Fractures Using a Compression Screw. The Journal Of Bone And Joint Surgery. 1975; 57-A :23-7
- 8.- Hall Graham. Ainscow D.A.P.
Comparison of Nail - Plate Fixiation And Enders Nailinf for Intertrochanteric Fracture. The Journal of Bone and Joint Surgery 1981; 63-B: 24-8

- 9.- Haentjens P. MD, Casteleyn P.P. MD, De Boeck H. MD, Handelberg F. MD. And Opdecam P. Ph D.
Treatment of Unstable Intertrochanteric and Subtrochanteric fractures in Elderly Patients, Primary Bipolar Arthroplasty Compared with Internal Fixation. The Journal Of Bone And Joint Surgery. 1989; 71-A: 1214-24
- 10.- Herrlin K, Stromberg T. Pettersson H. Wallock A. And Lidgren L. Trochanteric fracture a clinical and Radiologic Evaluation of Mc Laughlin, Ender, And Richard's Osteosynthesis. Arch Orthop Trauma Surg. 1989; 108: 36-9.
- 11.- Kyle Richard F. MD. Gustilo Ramon B. M.D. And Premer Robert F. MD. Analysis Of Six Hundred And Twenty-Two Intertrochanteric Hip Fracture. The Journal Of. Bone And Joint Surgery. 1979; 64-A :216-21.
- 12.- Kaufer Herbert. MD. Matthews Larry S. MD, And Sonstegard - - David PhD. Stable Fixation Of Intertrochanteric Fracture. The Journal Of Bone And Joint Surgery. 1974; 56-A: 899-907.
- 13.- Lau H.K, Lee P.C. Tang S.C. Lim J.K.T. and Chow P. Treatment of Comminuted Trochanteric Femoral Fracture With Dimon Hughston Displacement Fixation and Acrylic Cement a Preliminary Report of Sixteen cases. Injury. 1983; 15: 129-135
- 14.- Mann Ronald J. MD. Avascular Necrosis of the Femoral Head Following Intertrochanteric Fractures. Clinical Orthopedics. 1973; 92: 108-115.
- 15.- Medoff Robert J. MD. Raes Kirk MD. A New Device for the fixation of Unstable pertrochanteric of the Hip. the Journal Of Bone And Joint Surgery 1991; 73:A:1192-99
- 16.-Pun W.K. Chow S.P. Chan K.C. IpF.K, Tang S.C. Lim J. And Leong J.C.Y. Treatment of Unstable Intertrochanteric Fracture With sarmiento Vlagus Osteotomy and acrylic Cement Aumentation. Injury. 19987; 18: 384-9.

- 17.-Larsson Sune.Elloy Martin and Hansson Ingvar. Fixación of Instable Trochanteric Hip Fractures. Acta Orthop. Scand 1988;56 558-663.
- 18.-Sernoo Ingemar MD. Johnell Olof MD. Gentz. Carl Fredrik MD. - and Nilsson Jan Ake. Unstable Intertrochanteric fractures of the Hip. The Journal of Bone and Joint Surgery 1988; 70A; 1279 -- 1301.
- 19.-Verghese G.B.K. and Jaffray D. Should Comminuted Trochanteric fracture OF THE Hip in the Elderly Be Reduced Before Fixation. Injury. 1987.;18:270-3.
- 20.-Zehntner M.K. And Burch H.B.
The instable Intertrochanteric Fracture in the Elderly.
Technical Note on Valgus Reseccion Osteotomy and Fixation ---
150° Dynamic Hip Screw. ARCH Orthop trauma 1989; 108;182-4.
- 21.-Müller M.E. Allgower M. Willinegger H. Sschnaider R.
Fractures of the Trochanteric region.
Manual of Internal fixation AO.ASIF. Third edition 1991.519--
35..
- 22.-Müller M.E.Allgower M. Willinegger H..
Fracturas del extremo proximal del fémur
Manual de Osteosíntesis técnica de AO versión en español --
1980;210-26. Editorial Científico Médicoa, Barcelona.
- 23Tronzo Raymun G.MD.
Hitos historicos de la moderna cirugía de la articulación de la cadera. Cirugía de la Caera. Editorial Panamericana. 1975; 17-37 y cap 19; 519-593 con el tema Fracturas de LA CADERA.
- 24.-Campbell Willis C.
Fracturas de la cadera y la pelvis.. Cirugía Ortopedica. Tomo II cap 45. pag 1693-1753..
- 25.-Connolly John F.
Tratamiento de fracturas y luxaciones (atlas).Tomo II. -----
Editorial Panamericana.1988;1223-1248.
- 26.-Watson Jones.Traumatismo de la cadera. Capitulo 26 (editorial Salvat) 1982; 872 916. Tomo II 3a edd.