

Fracturas del extremo proximal del fémur

Entrevista académica

*Profesor invitado: Dr. Marco Tulio Flores Gutiérrez**

*Entrevistador: Dr. Leonel García Mendoza***

Es un gusto poder saludarlo y que nos pueda compartir su experiencia en el manejo de las fracturas del extremo proximal del fémur.

Para entrar en contexto, ¿cómo clasifica usted las fracturas de cadera?

Las fracturas se clasifican por su localización en dos grandes grupos que son: intracapsulares y extracapsulares. Las extracapsulares a su vez se dividen en intertrocantéricas y subtrocantéricas.

¿Y cuántas fracturas se operan en el hospital donde usted labora?

En la UMAE HTO 21 se operan en promedio 300 fracturas capsulares, 450 intertrocantéricas y 50 subtrocantéricas anualmente.

En su opinión, ¿cuál es el objetivo de clasificar a las fracturas de cadera?

Las clasificaciones sirven para estandarizar un proceso, comparar resultados y facilitar la toma de decisiones; sin embargo, lo más importante para un cirujano es el «Juicio Clínico».

El juicio clínico se obtiene con el conocimiento y la experiencia; el conocimiento es la teoría en base a la anatomía, biomecánica y fisiopatología; la experiencia es la que se obtiene trabajando en un centro importante de concentración donde se ven patologías de lo más variado y volúmenes inimaginables.

Se aprende con la experiencia propia y la del resto de los cirujanos del servicio; se aprende igual de los aciertos y los errores haciendo un análisis crítico de los

* Ex presidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía de Cadera (2006-2008).

** Vicepresidente de la Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología, A.C.

Dirección para correspondencia:

Dr. Leonel García Mendoza

Hidalgo No. 2425, Poniente Consultorio 109, Col. Obispado, 64060, Monterrey, Nuevo León.

Correo electrónico: tigre_leon_garcia@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/orthotips>

resultados propios y ajenos para determinar con certeza por qué le fue bien o el por qué le fue mal a un paciente.

Tomando en cuenta su experiencia y los años que tiene tratando a este tipo de pacientes, ¿nos podría compartir algunos de sus secretos?

Con base en esta experiencia de muchos años, he adoptado un enfoque particular para enfrentar estos retos que voy a resumir:

Las fracturas intracapsulares se clasifican en tres grupos por su localización, que son: subcapitales, del cuello y basicervicales: La cabeza del fémur tiene su principal fuente nutricia de la arteria retinacular posteroinferior, rama de la circunfleja interna.

El retináculo posterior está más cerca de la cabeza femoral donde las arterias que se dirigen de proximal a distal se vuelven ascendentes y el flujo de la cabeza es de distal a proximal; esto explica la alta incidencia de necrosis avascular y no-unión en las fracturas del cuello; mientras más cerca esté la fractura de la cabeza femoral mayor es el riesgo de necrosis avascular.

Estas fracturas son más comunes en el adulto mayor; sin embargo, antes de etiquetarlas y decidir un tratamiento se deben tomar en cuenta varios factores:

Lo primero que hago es valorar el estado de conciencia del paciente y si está ubicado en tiempo y espacio, pregunto a los familiares si el paciente es independiente en su vida diaria, se viste solo, se baña solo, etc. Segundo, valoro las expectativas del paciente y la familia, como nos decían en la residencia: «No hay que curar radiografías»; si el paciente quiere volver a caminar y está dispuesto a poner de su parte toda la cooperación para rehabilitarse, entonces hay que ofrecerle la mejor opción.

¿Qué opina de las prótesis de Austin Moore y la prótesis de Thompson?

Las prótesis de Austin Moore y Thompson están en vías de extinción; con toda la tecnología moderna, hay mejores opciones; estas prótesis son para el adulto mayor sedentario con muy poca actividad física y expectativas de vida menores de cinco años.

¿Qué nos aconseja que debamos hacer con los pacientes que tienen todavía una actividad física importante y que tienen la desgracia de presentar una fractura de cadera?

En pacientes menores de 50 años hay que hacer reducción anatómica y fijación estable con lo que «Dios te da a entender», o sea, tornillos canulados, clavillos de Haggey, Knowles o Steinman roscados, etc. y para lograr una fijación estable es condición que sean del tipo I o II de Pawells.

Las tipo III son altamente inestables, por lo que hay que convertirlas en una tipo I con una osteotomía subtrocantérica valgizante o valorar un reemplazo total de acuerdo con la actividad del paciente, peso, expectativas de vida, etc.,

e informar al paciente y familiares de las posibilidades de éxito y probabilidades de recambio en 10 ó 15 años.

Y en los adultos mayores, ¿tiene algún tipo de sugerencia?

En mayores de 60 años, dependiendo de las características personales de cada paciente, su estado de salud general y sus expectativas, lo más apropiado es un reemplazo total, de preferencia no cementado; si tiene expectativas de vida menores a 10 años, una prótesis híbrida o una cementada total.

En pacientes entre 50 y 60 años depende del criterio del médico en cuanto a las condiciones generales del paciente y expectativas; hay pacientes de 50 que se comportan como viejos y así hay que tratarlos y hay pacientes de 60 ó 70 años fuertes y activos, sanos, con buena calidad ósea y hay que tratarlos como de 50.

¿Qué opinión nos puede dar acerca de las prótesis bipolares?

Las prótesis bipolares están comprobado que después de un año se comportan como una prótesis parcial como Thompson o Austin Moore.

Sobre las fracturas intertrocantéricas, ¿qué nos puede compartir?

Es la más común de todas las fracturas del extremo proximal del fémur; en los libros de texto antiguos se decía que la fractura de cadera es el «Principio del Fin». El 30% de los pacientes mueren en el primer mes y 50% en un año.

¿Cuáles fueron los tratamientos que dieron resultados reproducibles al manejar este tipo de fracturas?

Hace muchos años se utilizó la técnica original de Hughston-Dimon, donde se telescopa la punta del fragmento proximal en el canal medular con la introducción del tornillo o placa a la parte inferior de la cabeza para valguizar, sin embargo hubo muchos casos de pseudoartrosis; luego por mucho tiempo utilizamos la placa angulada AO de 130°, con una modificación de la técnica original de Sarmiento, haciendo que valguizara más de 150°, pero con apoyo del fragmento proximal sobre la cortical anterior y medial de la diáfisis femoral.

Sabemos que actualmente los manejos y la decisión médica quirúrgica deben basarse sobre ciertas guías clínicas. ¿Cuál considera que es el estándar de oro para este tipo de fracturas?

El estándar de oro es la reducción anatómica en mesa de fracturas y fijación interna con DHS; sin embargo, en muchas ciudades medianas o en hospitales pequeños no hay mesa de fracturas ni intensificador de imágenes, por lo que debe uno estar preparado con lo que tenga a la mano y saber usarlo.

¿Y cuáles son los mejores implantes para ser utilizados?

Los diferentes implantes que hemos utilizado a través del tiempo son: Clavo Smith-Pettersen con placa de McLaughlin, clavo placa de Jewett, clavo condilocefálico, placa angulada 130°, DHS, clavo gamma, placa PCCP (Gottfried).

En la actualidad sólo hay dos opciones que son las variantes de placas de deslizamiento dinámicas y los clavos centromedulares bloqueados como el gamma y todas sus variantes.

Una pregunta para las nuevas generaciones: ¿Cuándo decide usted colocar una prótesis total como tratamiento de primera elección en pacientes con fractura de cadera?

Hay algunos casos donde la primera elección es el reemplazo total de cadera, de preferencia cementado con cerclajes de alambres en casos donde el estado general del paciente requiera de la movilización temprana; el problema es que se requiere de experiencia y estar familiarizado con la anatomía de la región para reconstruir la cadera y el defecto de la cortical posterior del fémur, así como la función de los glúteos medio y menor estabilizando el trocánter mayor.

Otro aspecto también muy importante en las fracturas de cadera son las subtrocantéricas: ¿qué nos pudiera compartir sobre su manejo?

Éstas generalmente son en pacientes jóvenes por traumatismos de alta energía y acompañadas de lesiones múltiples.

¿Y cuál sería el punto más importante a considerar en el manejo quirúrgico de las fracturas subtrocantéricas?

El principio general es la reducción anatómica y fijación estable con DCS, dependiendo de las características de la lesión como el número de fragmentos y orientación de los trazos; la meta es lograr un buen apoyo medial y si no lo tiene hay que colocar injerto óseo medial y diferir el apoyo.

Otras alternativas con los clavos centromedulares bloqueados con uno o de preferencia dos tornillos proximales dirigidos a la cabeza femoral, también se requiere de mesa de fracturas e intensificador de imágenes.

En general, cuando colocamos una placa se inicia una carrera entre el tiempo que tarda en consolidar una fractura y el tiempo que tardan en aflojarse los implantes; el hueso es un tejido vivo en constante cambio y los implantes tienden a perder fijación en el hueso gradualmente.

Por último, ¿algún consejo que quisiera compartirnos a todos los médicos ortopedistas que nos enfrentamos a este tipo de fracturas?

Antes que ser cirujanos debemos ser médicos y ver al paciente integralmente. Tratarlos con ética, respeto y ser honestos; no intenten técnicas nuevas o pro-

cedimientos que no hayan visto o practicado anteriormente; hay que abordar las fracturas de cadera con la intención de regresar lo antes posible al paciente a su medio ambiente, en igual o mejores condiciones que con las que ingresó; la meta es la movilización temprana para evitar complicaciones.

Hay que ofrecerles diferentes alternativas y que el paciente y familiares escuchen con conocimiento de los riesgos y probabilidades de complicaciones.

Dr. Marco Tulio, ha sido un honor poder compartir con usted estos conocimientos y experiencias sobre el manejo de las fracturas de cadera, las cuales sintetizan de manera puntual y práctica muchos de los secretos que la Ortopedia tiene y que no los encontramos habitualmente en nuestros libros de texto y menos en las publicaciones científicas.

Muchas gracias.