

Caso clínico de fractura en la región proximal de fémur

Felipe De Jesús Ixta-Mejía,* Jorge Alberto Medina-Meza*

RESUMEN CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad, jubilado, el cual tiene antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia en control farmacológico en su Unidad de Medicina Familiar.

Inicia su padecimiento al sufrir una caída de las escaleras en su domicilio, teniendo una contusión directa sobre su cadera derecha, presentando de manera inmediata incapacidad para incorporarse por dolor y edema local, por lo que tiene que ser trasladado en ambulancia a su hospital de zona.

A su llegada a urgencias, se encuentra un paciente activo, reactivo, con signos vitales estables y presencia de dolor en cadera derecha con una actitud de miembro pélvico, manifestado por un acortamiento y rotación externa del miembro pélvico derecho, por lo que se le solicitan estudios de rayos X de cadera derecha, obteniendo la radiografía que se muestra en la figura 1.



Figura 1. Radiografía simple anteroposterior de cadera derecha.

* Cirujano Ortopédico.

Dirección para correspondencia:
Dr. Felipe De Jesús Ixta Mejía
Calle Copán No. 20, Col. Monumental, 44320, Guadalajara, Jalisco, México.
Correo electrónico: doctorfelipeixta@gmail.com

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

Es ingresado al Servicio de Ortopedia haciendo un diagnóstico de fractura de cadera transtrocanterica derecha tipificándola como de tipo IV de la clasificación de Evans, o 3.1. A.3.1 de la clasificación de AO.

Se le coloca un dispositivo de tracción cutánea e inicia el protocolo prequirúrgico, 48 horas después es ingresado a quirófano, para realizar la reducción y fijación interna de la fractura con un tornillo condilar dinámico.

Se coloca al paciente en decúbito supino sobre la mesa de fracturas, colocando el intensificador de imágenes y al dar distracción a la extremidad afectada se observa la reducción del trazo de fractura, posteriormente se realiza una incisión de 6 cm en la región del trocánter hasta localizar la fractura y luego se realiza otra incisión de 5 cm en la zona proximal diafisaria del fémur (*Figura 2*).

Se mantiene la reducción de la fractura y se perfora con la fresa triple, colocando un tornillo de 90 mm a la región de la cabeza femoral, se colocan tres tornillos interfragmentarios de cortical para la reducción anatómica de la fractura (laja) subtrocantérica.

Se desliza por la incisión proximal una placa para tornillo condilar dinámico de ocho orificios, colocando un segundo tornillo proximal de 65 mm para mantener estable la fractura y se colocan cuatro tornillos diafisarios.

Culmina el procedimiento quirúrgico, colocando drenajes y realizando la sutura de las heridas.

Se envía el paciente a rayos X obteniendo la radiografía de cadera en el postoperatorio inmediato que se muestra en la *figura 3*.

Inicia con ejercicios de flexión de la cadera y abducción de manera intrahospitalaria y es egresado a su domicilio 48 horas después, con receta de analgésicos, antibióticos y profilaxis antitrombótica.

Es valorado por la consulta externa, donde se le retiran los puntos y se observan rangos de movilidad aceptables de flexión-abducción y rotación externa de la



Figura 2. Incisiones para deslizamiento de placa para tornillo condilar dinámico.



Figura 3. Radiografía de cadera derecha postoperatoria.

cadera; se reporta un mínimo de dolor en el sitio quirúrgico, por lo que continúa con ejercicios de flexión y abducción de la cadera con carga progresiva.

Es visto después de ocho semanas, con mejoría clínica de su sintomatología, por lo que se inicia el apoyo parcial de la extremidad guiado con báscula, esto con incrementos semanales, de 5 kg y posteriormente es revisado en la consulta externa después de la semana 12, donde se observa paciente realizando apoyo total con ayuda de andadera, sin presentar limitación en la movilidad y con ausencia de dolor.

PREGUNTAS SOBRE CASO CLÍNICO DE FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL

1. ¿Qué clasificación considera más práctica y pronóstica para las fracturas intertrocantéreas?
2. ¿Qué región es más importante para la estabilidad de las fracturas intertrocantéreas?
3. ¿Qué otros implantes considera de elección para el presente caso?
4. ¿Qué factores locales del trazo fracturario aumentan la pseudoartrosis y/o el fallo en la fijación?
5. ¿Cuándo considera la artroplastia total de cadera como método inicial en el tratamiento de una fractura intertrocantérica?