

Caso clínico sobre controversias en cirugía de cadera geriátrica

Héctor Alfonso Espinosa García,* Jaime Torres Trejo**

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años de edad. **Antecedentes heredofamiliares (AHF):** negados.

Antecedentes personales no patológicos (APNP): casada, católica, dedicada al hogar, habita casa propia de infraestructura urbana que cuenta con todos los servicios básicos, con dos recamaras donde habitan siete personas y un perro mediano dentro de la casa. Baño ocasional dos veces por semana, alimentación regular, no consume todos los grupos de alimentos. Alcoholismo y tabaquismo negados. No lavado de dientes, y sin dentadura inferior. Sedentaria, sólo deambula para necesidades básicas por dolor en extremidades inferiores con predominio en tobillos, no acude a parques ni iglesias.

Antecedentes personales patológicos (APP): Médicos: diabética de 20 años de evolución. En control desde entonces con médico familiar. Actualmente en control con insulina NPH (*neutral protamine hagedorn*) y de acción rápida en relación a 25 u/12 u por la mañana y 25 u/12 u por la noche. Niega hipertensión, además de migraña controlada con AINES. Dermatosis en región frontal con tres meses de evolución en control por médico familiar. Menopáusica. Quirúrgicos: Una cesárea hace 20 años. Traumáticos: múltiples esguinces de tobillos únicamente tratados con reposo y AINES. No hay antecedentes de fracturas. Transfusionales: negados. Alérgicos: negados.

Padecimiento actual: Inicia su padecimiento actual el 16 de noviembre de 2012 a las 4:00 am. No recuerda mecanismo, sólo recuerda que tuvo una caída desde su propia altura al tratar de ir al baño con posterior dolor y limitación funcional de la cadera izquierda, limitando la deambulación.

Exploración física: Paciente consciente, tranquila cooperadora, con regular estado de hidratación, buena coloración de tegumentos, obesidad de 2º grado, cara con costra mielisérica de 2 cm de diámetro aproximadamente en la región interciliar sin datos actuales de infección. Adecuada visión, sin dentadura en maxilar inferior y sólo conserva incisivos con caries y premolares superiores; cuello sin megalías, tórax con campos pulmonares bien ventilados sin adventi-

* Jefe del Servicio de Cadera y Pelvis.

** Residente del 4º año de Traumatología y Ortopedia.

Hospital de Traumatología y Ortopedia Núm. 21, UMAE 21, Monterrey, N.L.

Dirección para correspondencia:

Dr. Héctor Alfonso Espinosa García

Av. La Clínica No. 2520, int. 309, Colonia Sertoma, 64718, Monterrey, N.L.

Correo electrónico: h_espinos@hotmail.com

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

cios, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, depresible, no doloroso, extremidad pélvica izquierda con acortamiento y rotación externa, dolor a la movilización de cadera del mismo lado, rodillas y tobillos no dolorosos, no deformidades visibles, buen llenado capilar distal y disestesias de ambos miembros pélvicos.

Exámenes de laboratorio a su ingreso: leucocitos: 8,400, hemoglobina: 12.6, hematocrito: 38%, plaquetas: 275,000, tiempo de protrombina: 14.6, tiempo de tromboplastina: 23, INER: 1.12, glucosa: 232 mg/dl, creatinina: 0.7, BUN: 11, albúminas: 3.3, globulina: 4.5, relación a/g: 0.7, sodio: 133.5 y potasio 4.6. A su ingreso, se solicitó una radiografía de pelvis (*Figura 1*).

CUESTIONAMIENTO:

1. De acuerdo con el diagnóstico, ¿el tratamiento es una urgencia médico-quirúrgica?
2. ¿Qué planes de tratamiento quirúrgico o no quirúrgico se le puede ofrecer a la paciente?
3. ¿Cuáles son los factores a considerar para decidir el plan de tratamiento?
4. Dentro de los posibles planes quirúrgicos se consideraron los siguientes:
 - Fijación con tornillos canulados *versus* DHS.
 - Reemplazo total de cadera cementado *versus* no cementado.
 - Hemiarthroplastia con prótesis de Thompson.

Después del consenso que se realizó en una sesión clínica de nuestro servicio, donde se analizaron detenidamente los cuestionamientos que se plantean, se optó como tratamiento una prótesis de Thompson, como se muestra en la radiografía postoperatoria (*Figura 2*).



Figura 1. AP de pelvis (fractura del cuello femoral).



Figura 2. Hemiprótesis de Thompson.