

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LAS FRACTURAS PERTROCANTEREAS DE CADERA



Gallardo López, Martín Oswaldo; Lizartza Hernández, Iker Garikoitz; Hermida López, Pablo; López Amado, Ines; De La Fuente Gonzalez Cesar

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las fracturas pertrocanteréas continúa elevándose a medida que aumenta el envejecimiento poblacional (1.5 millones adultos/año), esto conlleva una notable morbilidad al paciente con un elevado costo al sistema sanitario. En conjunto todas las fracturas extracapsulares tienen la necesidad de una fijación quirúrgica estable (para evitar el desplazamiento de sus fragmentos). A pesar de los avances en los diseños de los implantes y de las técnicas mínimamente invasivos las tasas de fracaso permanecen altas (entre 9-16%). Parece oportuna una revisión bibliográfica y una actualización en los puntos a tener en cuenta para un adecuado manejo quirúrgico de las fracturas extracapsulares en pacientes adultos.

MATERIAL Y MÉTODOS

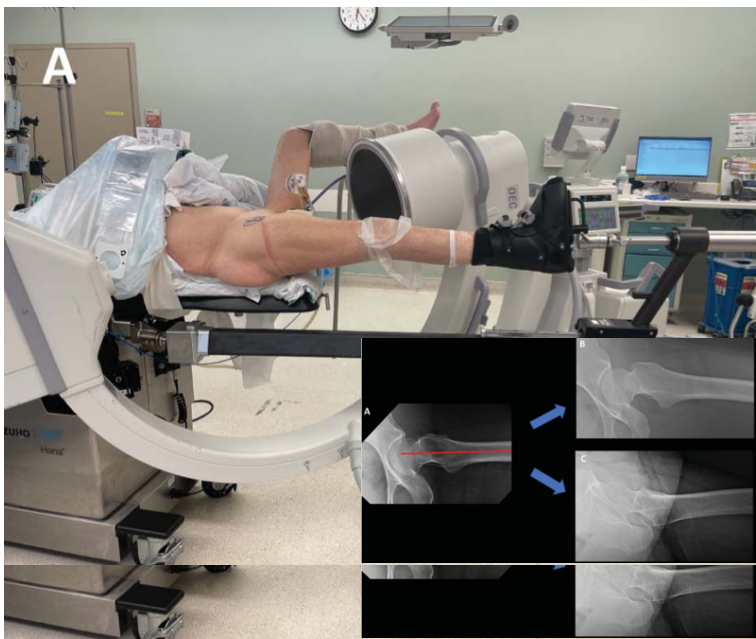
Se expone el presente trabajo desarrollado a través de una amplia búsqueda bibliográfica para dar a conocer el resultado de una actualización sobre esta entidad clínico-quirúrgica habitual.

OBJETIVO

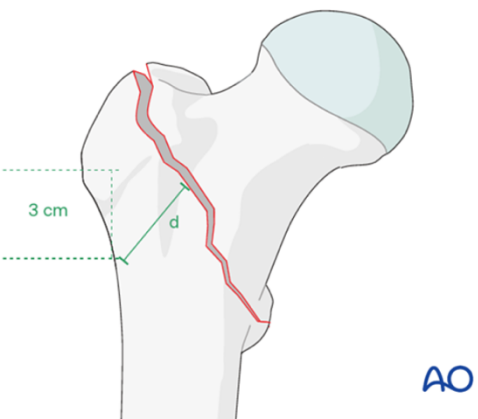
Realizar una revisión bibliográfica que permita identificar los factores relacionados con el cirujano (Calidad de la reducción y la colocación del implante intramedular) y de esta manera disminuir el riesgo de fracaso de una intervención quirúrgica realizada en este tipo de patología y de esta manera prevenir déficits funcionales en el paciente y disminuir la tasa de cirugías de revisión.

RESULTADOS

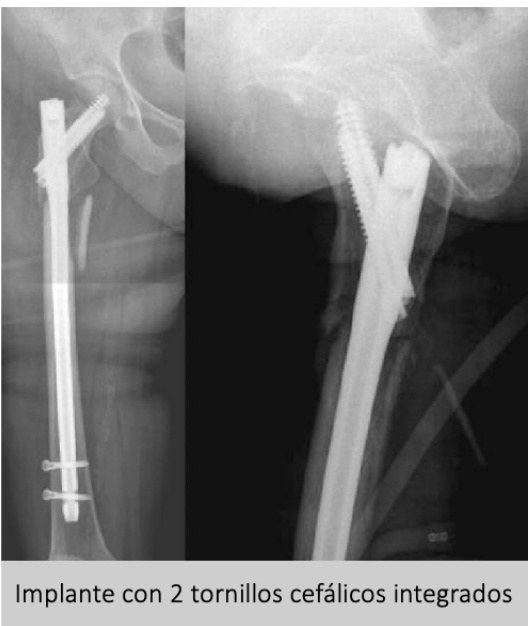
Al planificar la intervención siempre considerar radiografías que incluyan el fémur completo para descartar fracturas patológicas y determinar el tamaño del implante. Si existe duda diagnóstica realizar una radiografía bajo tracción y rotación interna para identificar patrones de inestabilidad: *afectación del calcar; trazo reverso oblicuo y su variante; extensión subtrocantérea; compromiso de la pared lateral (<20.5mm); osteoporosis (tener en cuenta clavos de menor diámetro).*



Reducción de la fractura: en mesa de tracción + rotación interna (~15°), controlado bajo escopia (vista lateral y anteroposterior) con reducción anatómica o extramedular de la cortical antero medial.



Se recomienda el uso de clavos largos en fracturas subtrocantéreas o de trazo reverso oblicuo y clavos cortos en fracturas subtrocantéreas con trazo <3cm por debajo del trocánter menor. En fracturas con trazo reverso oblicuo considerar implantes de 2 tornillos cefálicos.



El punto ideal de entrada del clavo IM es en promedio 3mm medial a la punta del trocánter, así como se recomienda una posición central del componente cefálico (vista lateral), y una posición central o inferior (vista anteroposterior).

Se recomienda una distancia "tip to the apex" (TAD) <25mm para disminuir riesgo de "cut out", pero al mismo tiempo >20mm para prevenir el riesgo de migración axial y perforación de la cabeza femoral.

CONCLUSIONES:

1. Identificar patrones de inestabilidad.
2. Posibilidad de utilizar dispositivos de 2 tornillos cefalomedulares integrados en fracturas de trazo reverso oblicuo.
3. Obtener una buena imagen intraoperatoria: 15° de rotación al fluoroscopio, dando importancia de la reducción cortical anteromedial.
4. Punto de entrada del clavo IM con tendencia a 3mm medial a la punta del trocánter.
5. Posición del componente cefálico: central (sagital) / central o inferior (vista AP) y TAD (<25mm y >20mm)

En el intraoperatorio es necesario una buena radiografía lateral con colinealidad entre cabeza, cuello y eje femoral con el fluoroscopio rotado 15° para igualar la anteversión nativa de la cadera.