

Fracturas de Caderas

Estudio de 200 casos

William Guevara Barrantes *

INTRODUCCION:

El presente trabajo tiene el objeto de hacer una revisión de los resultados, encontrados en doscientos casos de fracturas tratadas en el Hospital San Juan de Dios, comprendidos entre los años 1970 - 1972, haciendo la observación de que únicamente se hizo la revisión de los expedientes clínicos y sus respectivos estudios radiográficos.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio y análisis de los pacientes, internados por fracturas de cadera en sus diferentes variedades en el Hospital San Juan de Dios, comprendidos entre los años 1970 - 1972. Se obtienen 614 expedientes, reportados como de fractura de cadera sin especificar el tipo. De estos 614 casos se elijen 200 al azar, que es lo que constituye el presente trabajo, al hacerse la revisión de los expedientes y estudios radiológicos correspondientes. Dicho estudio es hecho bajo los parámetros de:

- 1.- Edad y sexo.
- 2.- Tipos de fracturas.
- 3.- Tipo de tratamiento.
- 4.- Tipo de tratamiento por fractura.
- 5.- Estancia hospitalaria.
- 6.- Condiciones generales al momento de ingreso
- 7.- Muerte.
- 8.- Análisis.

EDAD Y SEXO

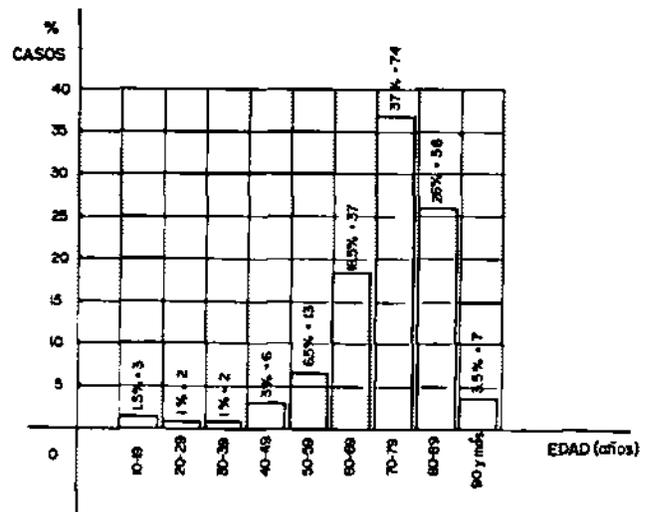
GRAFICA NUMERO 1.

En esta gráfica podemos observar que los picos más altos corresponden a las décadas séptima, octava y novena de la vida para deshender en la décima. Siendo el porcentaje más alto entre los años 70 al 79, con un 37%. En relación al

* Ortopedista del Hospital San Juan de Dios.

sexo, encontramos que las mujeres se presentaban en un 66.5% mientras que los varones se encontraban en el 33.5%. Estas cifras corresponden con los datos de la literatura mundial.

GRAFICO
AÑOS vs. % CASOS



SEXO: ♂ 67 - 33.5%
♀ 133 - 66.5%

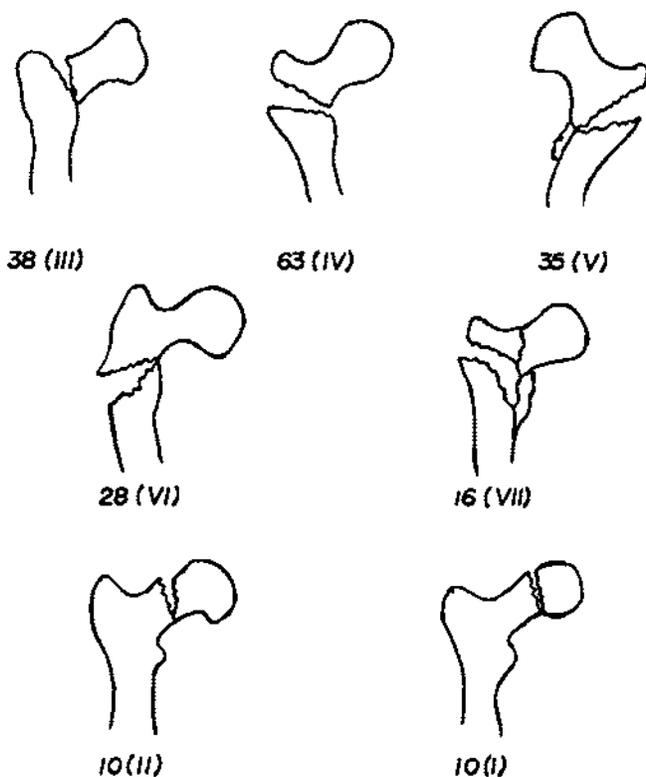
TIPOS DE FRACTURAS

GRAFICO NUMERO 2.

En esta gráfica podemos observar los diferentes tipos de fracturas que se encontraron. Así podemos observar que en las de tipo uno o sea las subcapitales se encontraron 10 o sea el 5%, en estas fracturas no se tomó en cuenta el grado de inclinación de la cabeza como dice Pauwels. En el tipo número 2, igualmente se encontraron 10 casos que correspondió al 5%. En el tipo número 3 o sea las consideradas como basicervi-

cales se encontró 38 casos o sea 19^o/o. En el tipo número 4 o sea las trastrocantéricas, se encontraron 63 casos que corresponden a un 31.5^o/o, siendo las fracturas más frecuentes. En el número 5 o sea aquellas fracturas en que el trazo era de tipo transtrocanterico pero existía un tercer fragmento, generalmente el trocanter menor desprendido se encontró 35 casos o sea un 17.5^o/o. En las del tipo 6 o sea subcapitales se encontraron 28 casos lo que correspondió a un 14^o/o de los casos. Y en último grupo los tipos 7 o sea de tipo conminuta se encontró 16 casos los que correspondió a un 8^o/o. Como podemos observar las de tipo transtrocantericos es la que más prevalece e igualmente corresponde a las cifras de otros autores.

TIPOS DE FRACTURAS



TIPO DE TRATAMIENTO

GRAFICA NUMERO 3

En esta gráfica se hace un análisis del tipo de tratamiento empleado, y ahí podemos observar que la mayoría 79.5^o/o o sea 159 casos fueron tratados mediante la osteosíntesis con clavo de Smith Petersen y placa de MacGlauglin, lo cual

está de acuerdo con el tipo de fractura, ya que habíamos observado que la mayoría correspondía a los de tipo transtrocanterico. El resto de fracturas se encontró que en 16 casos se le puso únicamente clavo de Smith Petersen en 14 casos se puso Prótesis de Moore, en 7 casos no hubo operación en un caso se trató en forma cerrada con yeso pelvipédico y en 7 casos no hubo operación por el mal estado del paciente al ingreso del paciente.

TIPO DE TRATAMIENTO

CASOS

7	NO HUBO OPERACION
14	PROTESIS DE MOORE
16	CLAVO DE SMITH PETERSEN
1	YESO PELVIPEDICO
3	GIRLESTONE
159	CLAVO DE SMITH PETERSEN Y PLACA MACGLAUGLIN
200	

TIPO DE TRATAMIENTO POR FRACTURA

GRAFICA NUMERO 4

Esta gráfica es una continuación de la anterior ya que en esta se hace un análisis más detallado del tratamiento por el tipo de fractura y así observamos que los 10 casos de fracturas de tipo subcapital fueron tratados 4 con prótesis de Moore y 3 con clavo de Smith Petersen, un caso no se operó, a otro se le hizo Girlestone y solo se le puso clavo de Smith Petersen y Placa de MacGlaubin, sin encontrar en el expediente una justificación del cirujano en relación a su conducta. En las 10 fracturas transcervicales se encontró que a 4 se le puso prótesis de Moore, en tres clavo de Smith Petersen y en 3 casos fueron tratados mediante clavo y placa. De los 38 fracturas de tipo basicervical fueron tratados de la siguiente manera: 14 se les puso clavo y placa, en 9, casos fueron tratados con clavo únicamente, en 8, casos fueron tratados con prótesis de Moore en 5 casos no hubo operación y en 2

casos se le hizo la técnica de Gilestone. De los 63 casos de fracturas de tipo transtrocanterica, fueron tratados en una forma uniforme ya que 62 se le puso clavo y placa y solo un caso se le puso clavo. En las fracturas de tipo transtrocanterico en que se encontró un tercer fragmento que generalmente era el trocánter menor como ya fue mencionado anteriormente, fueron tratados con clavo y placa. En las fracturas de tipo subtrocantérico en uno había, 28 casos, se hizo una técnica

uniforme ya que 26 casos se les puso clavo y placa y sólo en uno fue tratado con yeso pelvipédico, por la edad del paciente, ya que tenía 14 años con una excelente evolución, además fue el paciente más pequeño que se tuvo. Otro caso no hubo operación por el estado en que el paciente ingresó al hospital. Los otros casos de fractura de tipo conminuto fueron tratados con pin y placa.

CUADRO No. 4

TIPO DE TRATAMIENTO POR FRACTURA

CASOS

SUBCAPITAL	_____	4	PROTESIS MOORE
		3	CLAVO SMITH PETERSEN
		1	NO SE OPERARON
		1	CLAVO S. P. Y PLACA MCG.
		1	GIRLESTONE
TRANSCERVICAL	_____	3	CLAVO S. P. Y PLACA MCG.
		4	PROTESIS MOORE
		3	CLAVO S. P.
BASICERVICAL	_____	14	CLAVO S. P. Y PLACA MCG.
		9	CLAVO S.P.
		8	PROTESIS DE MOORE
		5	NO HUBO OPERACION
		2	GIRLESTONE
TRANSTROCANTERICA	_____	62	CLAVO S. P. Y PLACA MCG.
		1	CLAVO S. P.
TRANSTROCANTERICA (con 3 fragmentos)	_____	35	CLAVO S. P. y PLACA MCG.
SUBTROCANTERICA	_____	26	CLAVO S. P. Y PLACA MCG.
		1	NO HUBO OPERACION
		1	YESO PELVIPEDICO
CONMINUTA	_____	16	CLAVO S. P. Y PLACA MCG.

ESTANCIA HOSPITALARIA

GRAFICA NUMERO 5

Esta gráfica es de suma importancia ya que nos demuestra cifras muy altas con la recomendada en todos los libros de texto de ortopedia ya que nos encontramos que el promedio en que los pacientes se encontraron en el Hospital fue de 23.21 días. Y en cuanto a las cifras de los días propietarios fue de 8.25, lo cual significa muy alto para nuestro medio, ya que el tiempo que se considera preoperatorio va de 2 a 3 días.

GRAFICA NUMERO 5

ESTANCIA HOSPITALARIA

23.21 DIAS

PERIODO PREOPERATORIO

8.25 DIAS

CONDICIONES GENERALES CUANDO INGRESARON LOS PACIENTES

GRAFICA NUMERO 6

Esta gráfica nos demuestra que el 20% de los pacientes eran diabéticos o prediabéticos-tomando cifras por encima del 130mg% con controles posteriores. En cuanto a la sepsis urinaria se encontró 12.5% de los pacientes al momento del ingreso.

Hipertensos en el 7.5%
Trastornos mentales en el 5%
Parasitosis 5%, y
Metastasis pulmonares 1.5%

Ya que se demostró que estos tres pacientes habían tenido fractura patológica por biopsia. Es interesante anotar que muchos de estos pacientes tenían 2 o 3 problemas agregados.

GRAFICA NUMERO 6

CONDICIONES GENERALES CUANDO INGRESARON

1	DIABETICOS O PREDIABETICOS	20%
2	SEPSIS URINARIA	12.5%
3	HIPERTENSOS	7.5%
4	TRASTORNOS MENTALES	5%
5	PARASITOSIS	5%
6	METASTASIS PULMONARES	1.5%
7	H T O	37.07%

MUERTE

GRAFICA NUMERO 7

De los 200 casos estudiados se encontró que 22 pacientes fallecieron, tomando en cuenta desde el momento de la fractura hasta tres meses después y así en el análisis se observó que 6 pacientes fallecieron sin ser sometidos a cirugía,

ya que el estado era pésimo y así se encontró que la causa de muerte fue en 3 casos de insuficiencia cardíaca descompensada, en otros 2 casos fallecieron por bronconeumonía y uno por insuficiencia renal aguda. En otros 16 casos que fallecieron y habían sido sometidos a cirugía la causa de muerte fue 7 por septicemia, 5 de bronconeumonía, tres de embolia pulmonar y uno de infarto.

GRAFICA NUMERO 7

MUERTE

22 Casos = 11^o/o

CASOS

- 6** NO HUBO OPERACION (MAL ESTADO GENERAL)
CAUSA: INSUFICIENCIA CARDIACA
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
BRONCONEUMONIA
- 16** SE OPERARON (TIEMPO DE 2 DIAS A 3 MESES)
7 SEPTISEMIA
5 BRONCONEUMONIA
3 EMBOLIA PULMONAR
1 INFARTO
-

ANALISIS

GRAFICA NUMERO 8

En esta grafica analizamos en una forma global los resultados obtenidos y así encontramos que se considera como buena consolidación desde el punto de vista radiológico, ya que no se puede citar a los pacientes para hacerles un control clínico que era nuestro deseo por la distancia y falsas direcciones que teníamos, de

los 200 casos se consideró que habían obtenido una buena consolidación en el 67^o/o de los casos. El 11^o/o había fallecido como fue demostrado en la gráfica anterior, 14 casos se consideraron que habían consolidado en varo. En 14 casos se les puso prótesis de Moore. En 4 casos presentaban necrosis femoral, igualmente en 4 casos había pseudoartrosis, en 3 casos signos francos de artrosis y en 3 casos, ellos habían sido sometidos a la resección de la cabeza femoral.

GRAFICA NUMERO 8

RESULTADOS

193 CASOS OPERADOS

7 CASOS SIN OPERACION

- HUBO** 44 OSTEOSINTESIS DEFECTUOSA
21 CLAVO INTRA-ARTICULAR
11 CLAVO AFUERA
6 CLAVO CORTO
4 OSTEOSINTESIS VARO
2 MALA REDUCCION
-

RESULTADOS

GRAFICA NUMERO 10

Esta gráfica fue hecha con el propósito de demostrar algunos datos de intereses ya que encontró que de los 193 pacientes operados, 44 presentaban una osteosíntesis defectuosa, ya que

en 21 pacientes el clavo era intrarticular, en 11, el clavo estaba afuera en 6 era muy corto, en otros cuatro pacientes la osteosíntesis había quedado en varo, y en dos casos había una mala reducción de la fractura.

GRAFICA NUMERO 10

ANALISIS

CASOS

67 ^o /o	BUENA CONSOLIDACION
11 ^o /o	MUERTE
7 ^o /o	CONSOLIDA VARO
7 ^o /o	PROTESIS DE MOORE
2 ^o /o	NECROSIS FEMORAL
2 ^o /o	PSEUDOARTROSIS
1.5 ^o /o	GIRLESTONE
1.5 ^o /o	ARTROSIS

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

La fractura de cadera es un accidente grave, que se presenta más comúnmente en personas ancianas, las cuales casi siempre tienen enfermedades agregadas. El dolor es intenso por lo que las inmoviliza en la cama sin que les permita el menor movimiento, esta inmovilización favorece sobre todo en la mujer la formación de úlceras por decúbito y la formación de procesos neumónicas. Casi siempre el paciente anciano se deshidrata y se deteriora rápidamente su estado general. Cuando el paciente es operado, su evolución en términos generales es muy favorable ya que se le permite la movilización en la cama o sentarse en una silla de ruedas con lo cual se favorece el drenaje de sus secreciones pulmonares, se le quita el dolor y su estado de ánimo se le favorece notablemente. Por todos estos motivos se insiste en la importancia de preparar al paciente lo más rápidamente como una gran emergencia para que sea llevado a la sala de operaciones en el menor tiempo posible. Siendo esta una operación que se realiza casi como una emergencia y el paciente anciano, es importante tener una seguridad abso-

luta de la eficacia del procedimiento, por lo que es imprescindible contar con controles radiográficos trans-operatorios, para llegar a un feliz término.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BANKS, Henry. Factors Influencing. The result in fractures of the femoral neck.
- 2.- BLICKENSTAFF, LOREN D. and MORRIS, James. Fatigue fractures of the femoral neck. J. Bone Joint Surg. 48 A 1031; 1966.
- 3.- BOYD, H. B. and GRIFFIN L.L. Clasificación y Tratamiento de las fracturas trocántericas. Arch Surg 58: 853; 1949.
- 4.- CABELL, CRENSHAW. Quinta edición. 538; 1972.
- 5.- DEVAS N.B. Stress fractures of the Femoral Neck J. Bone Surg. 47 B 728. 1965.
- 6.- FRANGAKIS E.K. Intracapsular Fracture of the Neck Femur J. Bone Joint. Surg. 48 B. 17. 1966.