

AUTORES

Dr. Armando Eliecer Pérez Padrón(1)
Dr. Iván Alemán Betancourt (1)
Dr. Alfredo Oliver Martín (2)
E-mail: alfredooliver.mtz@infomed.sld.cu
Dr. Antonio García Castellanos.(1)
Dr. Jorge L. Domínguez LLanes.(1)

(1) Especialistas en I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesores Instructores.
(2)Especialista en II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor.
Investigador Agregado.

RESUMEN

Las lesiones traumáticas de la cadera ocupan uno de los aspectos más importantes de la cirugía traumatológica por ocurrir con extraordinaria frecuencia, y por ser características del sujeto de avanzada edad constituyen el grupo nosológico de mayor morbimortalidad. Basándonos en esto se realizó un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, de tipo longitudinal en pacientes que ingresaron con fractura de cadera en los hospitales "José R. López Tabrane", de Matanzas, e "Iluminado Rodríguez", de Jagüey Grande, en el período comprendido entre noviembre del 2001 y marzo del 2006. Nuestro universo estuvo constituido por 129 pacientes en quienes se realizó el tratamiento quirúrgico.

DeCS:

FRACTURAS DE CADERA/cirugía
FRACTURAS DE CADERA/epidemiología
FRACTURAS DE CADERA/mortalidad
PROCEDIMIENTOS ORTOPÉDICOS/efectos adversos
HUMANO
ANCIANO

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas de la cadera ocupan uno de los asuntos más importantes de la cirugía traumatológica. Por ocurrir estas afecciones con extraordinaria frecuencia y por ser características del sujeto de avanzada edad constituyen el grupo nosológico de mayor morbimortalidad entre todas las lesiones traumáticas del esqueleto. Un buen conocimiento de esta entidad, así como la aplicación de un tratamiento adecuado y las medidas profilácticas, a fin de evitar las complicaciones, contribuirán a que este terrible flagelo cause menos estragos dentro de nuestra población anciana (1). Son muchos los autores que en una larga lucha para solucionar los problemas consecutivos a las fracturas de cadera se han descorazonado y la han llamado como Dickson la fractura no resuelta. La primera comunicación con el tratamiento quirúrgico de estas afecciones la hizo Von Langenbeck en 1850. (1-3)

Para llegar al diagnóstico de la fractura de cadera nos basamos en la clínica, la que proporciona un gran número de signos característicos que la diferencian de otras patologías. Pero es indispensable el estudio radiológico para clasificar la fractura y así determinar la técnica quirúrgica a utilizar. (2,4)

Para el tratamiento de estas patologías debemos tener en cuenta la edad del paciente, enfermedades asociadas, tipo de fractura, intensidad del daño y los recursos disponibles. Pero se considera una entidad quirúrgica con el fin de disminuir sus complicaciones y la mortalidad (1,2,5,6). Nos proponemos con esta investigación analizar el comportamiento de las fracturas de cadera en un período determinado y establecer un protocolo de trabajo para el seguimiento de estas patologías.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de tipo longitudinal, en 129 pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar fractura de cadera en los servicios de Ortopedia y Traumatología de los hospitales "José R. López Tabrane" de Matanzas e "Iluminado Rodríguez" de Jagüey Grande, en el período comprendido entre noviembre del 2001 hasta marzo del 2006. El universo estuvo constituido por los 129 pacientes que acudieron a los servicios de Ortopedia de los hospitales "José R. López Tabrane" de Matanzas e "Iluminado Rodríguez" de Jagüey Grande, por presentar fractura de cadera en quienes se realizó el tratamiento quirúrgico.

RESULTADO

Tabla No.1

Morbimortalidad de las fracturas de cadera, según edad y sexo.

| Edad | Sexo | | | | Pacientes | % Total |
|-------|----------|------|-----------|------|-----------|---------|
| | Femenino | % | Masculino | % | | |
| 30-39 | - | - | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 |
| 40-49 | - | - | 2 | 1,6 | 2 | 1,6 |
| 50-59 | 3 | 2,3 | 3 | 2,3 | 6 | 4,7 |
| 60-69 | 11 | 8,5 | 2 | 1,6 | 13 | 10,0 |
| 70-79 | 25 | 19,4 | 13 | 10,0 | 38 | 29,5 |
| 80-89 | 44 | 34,1 | 10 | 7,8 | 54 | 41,9 |
| 90-99 | 10 | 7,8 | 5 | 3,9 | 15 | 11,6 |
| Total | 93 | 72,1 | 36 | 27,9 | 129 | 100 |

Tabla No. 2

Morbimortalidad de las fracturas de cadera, según la variedad y el miembro afecto.

| Variedad | Cadera afectada | | | | Pacientes | % Total |
|-------------------|-----------------|------|-----------|------|-----------|---------|
| | Femenino | % | Masculino | % | | |
| Subcapital | 26 | 20,1 | 18 | 13,9 | 44 | 34,1 |
| Transcervical | 5 | 3,9 | 1 | 0,7 | 6 | 4,7 |
| Basecervical | 8 | 6,2 | 5 | 3,9 | 13 | 10,0 |
| Pertrocantérica | 20 | 15,5 | 29 | 22,5 | 49 | 38,0 |
| Intertrocantérica | 2 | 1,6 | - | - | 2 | 1,6 |
| Subtrocantérica | 6 | 4,7 | 9 | 7,0 | 15 | 11,6 |
| Total | 67 | 52,0 | 62 | 48,0 | 129 | 100 |

Tabla No. 3
Morbimortalidad de las fracturas de cadera, según profilaxis antibiótica.

| Profilaxis | Pacientes | % Total |
|---|-----------|---------|
| Muy corta | 1 | 0,7 |
| Corta | 3 | 2,3 |
| Larga | 5 | 3,9 |
| Desde el ingreso hasta 7 días después de la operación | 120 | 93,1 |
| Total | 129 | 100 |

Tabla No. 4
Morbimortalidad de las fracturas de cadera según técnicas quirúrgicas.

| Técnicas quirúrgicas | Pacientes | % Total |
|---|-----------|---------|
| Lámina angulada de 130 0 y tornillos corticales | 72 | 55,8 |
| Lámina angulada de 95 0 y tornillos corticales | 8 | 6,2 |
| Tornillos de esponjosa | 10 | 7,8 |
| Tornillos de esponjosa e injerto de peroné | 1 | 0,7 |
| Prótesis simple | 38 | 29,5 |
| Total | 129 | 100 |

Tabla No. 5
Morbimortalidad de las fracturas de cadera según las complicaciones relacionadas con la estadía preoperatoria.

| Estadía preoperatorio | Pacientes operados | % | Pacientes con complicaciones | % |
|-----------------------|--------------------|------|------------------------------|------|
| Menos de 6 horas | 22 | 17,0 | 2 | 10,5 |
| 6—24 horas | 80 | 62,0 | 4 | 21,1 |
| 24—72 horas | 17 | 13,2 | 6 | 31,6 |
| Más de 72 horas | 10 | 7,8 | 7 | 36,8 |
| Total | 129 | 100 | 19 | 100 |

Tabla No. 6
Morbimortalidad de las fracturas de cadera según estadía postoperatoria.

| Estadía postoperatoria | Pacientes | % Total |
|------------------------|-----------|---------|
| 72 horas | 100 | 77,5 |
| 72 horas a 5 días | 20 | 15,5 |
| Más de 5 días | 9 | 7,0 |
| Total | 129 | 100 |

Tabla No.7
Morbimortalidad de las fracturas de cadera según complicaciones.

| Complicaciones | Pacientes | % |
|---|-----------|-----|
| Sepsis superficial | 8 | 6,2 |
| Sepsis profunda | 2 | 1,6 |
| Pérdida de la fijación | 2 | 1,6 |
| Migración de la lámina | 1 | 0,7 |
| Dolor después de la artroplastia simple | 1 | 0,7 |
| Metalosis | 4 | 3,1 |
| Tromboembolismo pulmonar | 1 | 0,7 |
| Insuficiencia cardiaca | 2 | 1,6 |
| N.A.I | 3 | 2,3 |
| Seudoartrosis del cuello | 1 | 0,7 |
| Sepsis urinaria | 3 | 2,3 |
| Muerte | 2 | 1,6 |

DISCUSIÓN

La fractura de cadera resulta un problema de salud para la población anciana, por lo que constituye un motivo de reflexión para nuestros ortopédicos, con el fin de aportar una conducta terapéutica eficaz en cada caso, con el fin de reducir la mortalidad y complicaciones asociadas. (2,4,5)

La edad nunca ha sido motivo de discusión debido a que esta afección es característica de la edad avanzada, siendo el grupo etéreo más afectado el comprendido entre 80-89 años y el sexo es el femenino el que aporta el mayor número de pacientes. Este dato lo reflejan todos los autores en los cuales se realizaron la revisión. (Tabla No.1) (1,6,7)

Existen diversas clasificaciones que nos orientan en la conducta a seguir, el tratamiento y nos permiten establecer un pronóstico. Nosotros en este trabajo nos basamos en la anatómica y observamos que el mayor número de las fracturas fueron de la variedad intracapsular y dentro de ellas la subcapital con predominio en el miembro inferior izquierdo. En la mayoría de los trabajos revisados existe un predominio de la variedad extracapsular y dentro de ellas la pertrocantérica. (Tabla No. 2) (1, 2, 6, 8)

El empleo de antibióticos es vital para estos casos y para esto se emplean métodos profilácticos muy en boga actualmente, pero que requieren de condiciones especiales en el salón de operaciones, sala de ingreso, condiciones higiénicas adecuadas, salas clasificadas por patologías. En los hospitales donde se realizaron estas intervenciones no dieron buenos resultados la profilaxis, por lo que se empleó en pocos pacientes y realizamos en método antibiótico tradicional con el ciclo completo, el cual nos aportó buenos resultados. (Tabla No.3) (5, 7, 9)

Existen múltiples métodos quirúrgicos para el tratamiento de estas fracturas donde en el mundo actual ha alcanzado mucha aceptación el método de Richard, tanto en las intra como extracapsulares. En nuestro trabajo nosotros realizamos los métodos quirúrgicos con que contamos según la indicación en cada caso. (Tabla No.4) (1,2,5, 7,10)

Todos los autores coinciden en que las complicaciones en estos pacientes son directamente proporcionales a la estadía preoperatorio y en este trabajo se demuestra lo mismo, porque se hace necesaria la intervención antes de las 24 horas y muchos autores abogan por la llamada puerta de salón que es antes de las 6 horas. (Tabla No. 5) (5, 8, 9, 11)

La estadía postoperatoria varía mucho en las bibliografías consultadas aunque generalmente se enfatiza en el alta precoz. Nosotros consideramos el alta a las 72 horas si las condiciones del paciente lo permiten. (Tabla No.6) (3, 4, 6, 10)

Las complicaciones son un tema bastante polémico debido a que a pesar de todos los esfuerzos y estudios realizados la mortalidad por esta causa en el primer año de vida está en un 30 % y se presentan muchas complicaciones, por lo que es necesario realizar una cinemática adecuada y multidisciplinaria para disminuir las mismas. (Tabla No. 7) (1,5,9,10-12)

CONCLUSIONES

El grupo etéreo en que con mayor frecuencia se presentó esta patología fue entre los 80-89 años, observándose predominio del sexo femenino con una proporción de 3:1 y de la raza blanca de 8:1. La variedad de fractura que más se evidenció fue la pertrocantérica y el miembro predominante el izquierdo. En todos los casos se realizó la profilaxis antitrombótica con heparina y movilidad precoz, la que se mantuvo durante 6 meses en la mayoría de los casos. Predominó el grupo de casos en los que se administró el antibiótico parenteral desde el ingreso hasta 7 días después de la intervención. Las técnicas quirúrgicas se utilizaron según las indicaciones en cada caso predominando la fijación con lámina angulada de 130 0 y tornillos corticales. La mayoría de los pacientes presentó una estadía postoperatoria de 72 horas. La complicación más frecuente fue la sepsis superficial, pero ésta no influyó sobre los resultados. Presentaron más complicaciones aquellos pacientes cuya estadía preoperatorio fue mayor de 72 horas y el tiempo quirúrgico mayor de 2 horas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Powell HDW. Simultaneous bilateral fractures of the neck of the femur. *J Bone Joint Surg* 1960; 42:236-52.
2. Akcalio KC, Gunali A. Bilateral trochanteric fractures of the femur in a patient with chronic renal failure. *Int Orthop* 2000; 24(3):179-80.
3. Percin S, Candan F, Yilmaz A, Elden H, Aker A. Simultaneous bilateral trochanteric fractures during squatting in a patient with multiple myeloma. *Eur J Cancer Care* 2005; 14 (2):185-7.
4. Crowninshield RD, Johnston RC, Andrews JG. A biomechanical investigation of the human hip. *J Biomech* 1978; 11:75-85
5. Knapp TP, Garrett We JR. Stress fractures, general concepts. *Clin Sport Med* 1997; 16:339-56.
6. Karaeminogullari O, Demirors H, Atabek M, Tuncay C, Tandoganr OM. Avascular necrosis and non-union after osteosynthesis of femoral neck fracture: effect of fracture displacement and time to surgery. *Adu Ther* 2004; 21: 335-42
7. Scaf-Klomp W, Sanderman R, Ormel J, Kempen G L. Depression in older people after fall-related injuries: a prospective study. *Age ageing* 2003; 32: 88-94.
8. Aaymakers E L, Marti PK. Non-operative treatment of impacted femoral neck fractures. A prospective study of 170 cases. *J Bone Joint Surg Br* 1991; 73:950-4.
9. Rogmark C, Carlsson A, JoHnell O, Sernbo I. Primary hemiarthroplasty in old patients with displaced femoral neck fracture. A 1 year Follow-up of 113 patients aged 80 years or more. *Acta Orthop Scand* 2002; 73: 605-10.
10. Sorbie C. Arthroplasty in the treatment of subcapital hip fractures. *Orthopedics* 2003; 26: 337-43.
11. Haidukewych G J, Israel T A, Berry D J. Reverse Obliquity fractures of the interthrochanteric region of the femur. *J Bone Joint Surg Am* 2001; 83: 643-50.

SUMMARY

Traumatic lesions of the hip are one of the most important aspects of the traumatic surgery, because they are very frequently, and because they take place in advanced-aged subjects: the higher morbimortality nosologic group. On that base, we carried out a longitudinal, descriptive, observacional, epidemiologic study in patients entering the hospitals "José R. López Tabrane", of Matanzas, and "Iluminado Rodríguez", of Jagüey Grande with hip fractures during the period November 2001 and march 2006. Our universe was constituted of 129 patients, receiving surgical treatment.

MeSH:

HIP FRACTURES/surgery
HIP FRACTURES/epidemiology
HIP FRACTURES/mortality
ORTOPEDICS PROCEDURES/adverse effects
HUMAN
AGED

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pérez Padrón AE, Alemán Betancourt I, Oliver Martín A, García Castellanos A, Domínguez JL. Morbimortalidad en la fractura de la cadera. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(3). Disponible en [URL: http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol3%202007/tema01.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol3%202007/tema01.htm) [consulta: fecha de acceso]