

Fracturas laterales de cadera. Medialización y reemplazo articular*

Dr. CARLOS E. BERTOLINI*

RESUMEN

Se expone una técnica quirúrgica alternativa para el tratamiento de las fracturas laterales de cadera, en aquellos pacientes que, por su estado general o por su edad, realizar una osteosíntesis significaría condenarlos a un fracaso, con complicaciones graves para su salud.

La misma consiste en realizar una medialización de la fractura a través de una osteotomía proximal, con reducción del trazo fracturario, y colocación de una prótesis cementada, que permita la movilización y marcha precoz del paciente.

Se presentan 17 pacientes tratados mediante este método, con un seguimiento entre seis meses y cuatro años, realizándose consideraciones sobre las indicaciones y las ventajas, y se concluye que los resultados obtenidos son altamente satisfactorios en un 83% de los casos.

SUMMARY

This is an alternative surgical technique in order to solve the hip throchanteric fractures in elderly patients or those ones who are in bad general physical condition.

The procedure to follow would be fracture medialization with a medial osteotomy and realizing a femoral arthroplasty with a cemented prosthesis. It allows early movement and motion.

Seventeen patients were treated by this method, with a follow-up within six months and four years. It is considered the usefulness and advantages of it; and it is concluded that final results are highly satisfactory in 83% of cases.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de nuestra especialidad demuestran en general una marcada tendencia hacia la realización de osteosíntesis en las fracturas laterales de cadera, a pesar de que no siempre es posible, debido a que el postoperatorio es habitualmente prolongado, y no todos los pacientes están en condiciones de afrontarlo, ya sea por lo avanzado de la edad o por el

deterioro del estado general^{1,3,4}. Es precisamente para estos casos que se propone la técnica que en nuestro Servicio dimos en llamar medialización, seguida de reemplazo articular con prótesis parcial o total.

Sucintamente, la misma consiste en fabricar una virola ósea a través de una osteotomía en el cuello anatómico de la extremidad proximal del fémur, que en su extremo distal (trazo fracturario) se une a la diáfisis femoral por contacto, y en su extremo proximal (osteotomía) sirve para asiento protésico, permitiendo de este modo una transmisión de fuerzas a través del calcar, de una forma más fisiológica. En contrapartida cuando se coloca una prótesis de cuello largo (Figura 1), en las que se suele observar trastornos en la orientación, la lon-

* Para optar a Miembro Titular de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú", Buenos Aires.

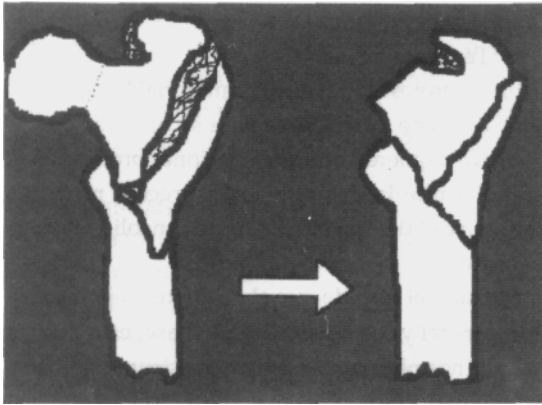


Fig. 1. Fractura petrocanterica medializada.

gitud y el apoyo, ya que en reiteradas oportunidades es frecuente la confección de una base de cemento, para que asiente en ella la prótesis. Por otra parte, el íntimo contacto de los extremos fracturarios, sumado a la transmisión de fuerzas por la cortical interna, y el apoyo precoz, favorecen la consolidación de la fractura^{2,6}.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó sobre un total de 163 pacientes que presentaron fracturas de cadera y fueron internados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú", desde enero de 1990 a diciembre de 1994.

El total de fracturas laterales fue de 73, y de ellas sólo 17 han sido medializadas debido a la edad avanzada y/o el mal estado general del paciente.

En 2 pacientes se realizó artroplastia total, y en 15 hemiarthroplastia con prótesis de Weber-Fabroni o similar, según presentaran evidencia radiológica de artrosis coxofemoral o no, respectivamente; con o sin osteosíntesis de los trocánteres.

La edad máxima fue de 92 años y la mínima de 69, con una edad promedio de 81 años. Con respecto al sexo, fue predominantemente superior en el femenino, con un total de 13 pacientes, contra 4 de sexo masculino.

El seguimiento se realizó en 12 pacientes, con un mínimo de 6 meses y un máximo de 4 años, con un promedio de 1 año y 10 meses.



Foto 1. Colocación protésica en fractura medializada.

De ese total, 6 pacientes fallecieron antes de los 2 años por patologías ajenas a la fractura. No se registró mortalidad operatoria ni postoperatoria inmediata.

Técnica quirúrgica

Con el paciente en decúbito lateral, se procede a

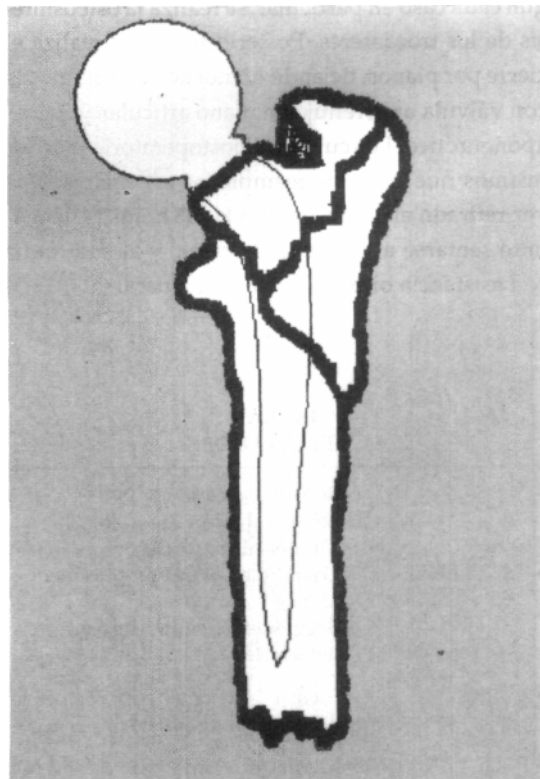


Fig. 2. Fractura reducida con prótesis orientada correctamente.

realizar un abordaje posterolateral según técnica de Moore. Una vez expuesta la articulación coxofemoral, se realiza la osteotomía del cuello anatómico, evitando de este modo que la luxación desestabilice la fractura^{4,7,8}. Siempre tratamos de conservar la cápsula articular remanente, periostio e inserciones musculares. Una vez extraída la cabeza femoral, es conveniente mantener el trazo fracturario con un davier autoestático, poniendo especial énfasis en el íntimo contacto de las corticales, comenzándose progresivamente a pasar las raspas endomedulares hasta obtener un canal apto para recibir la prótesis elegida, con la orientación deseada (Foto 1). Se realiza una prueba de adaptabilidad y reducción de la misma, precediéndose posteriormente al cuidadoso cementado del canal medular, evitando la fuga de metilmetacrilato por el trazo fracturario, ya que ello obviamente actuaría dificultando la consolidación⁹⁻¹⁰. Se coloca la prótesis femoral discretamente en valgo, y en el caso que así lo requiera se utilizan espesores de diferentes medidas para conseguir una mayor biomecánica de la articulación coxofemoral⁸ (Figura 2). Se retira el davier autoestático y se realiza la reducción articular. Cuando es posible, y según cada caso en particular, se realiza la osteosíntesis de los trocánteres. Posteriormente se realiza el cierre por planos, dejando hemosuctor de doble vía con válvula antirreflujo en plano articular y supraaponeurótico. Los cuidados postoperatorios son los mismos que para los reemplazos articulares. Una vez retirado el hemosuctor, a las 48 horas, se le permite sentarse al borde de la cama, y al cuarto día con asistencia ortésica comenzar a pararse.

**TABLA 1
RESULTADOS**

• EXCELENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Se sienta a las 48 horas • Se para al tercer día • Camina al cuarto día con asistencia • Deambula por sus propios medios al mes • Seguimiento mínimo de 6 meses satisfactorio
• BUENO	<ul style="list-style-type: none"> • Idem a "excelente" pero con persistencia de dolores
• REGULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Idem a "excelente" pero camina sólo con asistencia
• MALO	<ul style="list-style-type: none"> • No camina

Ventajas del método

- a) Técnica sencilla.
- b) La prótesis apoya sobre material biológico.
- c) No tiene dificultades para su orientación.
- d) No requiere de inmovilizaciones prolongadas.
- e) Permite la deambulacion precoz, mientras transcurre el tiempo biológico de consolidación de la fractura.
- f) Dado el caso de que el paciente mejore su estado general y/o su patología de base, este tipo de prótesis nos permite transformar el reemplazo parcial en total, cuando las exigencias funcionales así lo requieran.

Indicaciones

- 1) Fracturas laterales bajas, en las que clásicamente se realizaría una osteosíntesis o un reemplazo parcial con apoyo en metilmetacrilato.
- 2) Fracturas pertrocantéreas con avulsión del trocánter menor.
- 3) Pacientes añosos con baja expectativa de vida.
- 4) Pacientes con mal estado general.

RESULTADOS

Clasificamos los resultados según la Tabla 1, que nos orienta respecto de la evolución postoperatoria mediata e inmediata.

Valoración de los resultados (Tabla 2)

De las 17 fracturas laterales operadas con esta técnica, valoramos dentro de los resultados sólo 12, ya que 2 fallecieron antes de los 6 meses, y 3 no concurrieron a control por pertenecer a un instituto geriátrico municipal, donde les realizan los controles postoperatorios dentro de sus instalaciones, y no han vuelto a la consulta. Así tuvimos los resultados que figuran en la Tabla 2.

**TABLA 2
VALORACIÓN DE RESULTADOS**

• EXCELENTE:	6 pacientes	(50,0%)
• BUENO:	4 pacientes	(33,0%)
• REGULAR:	1 paciente	(8,5%)
• MALO:	1 paciente	(8,5%)

Complicaciones

Según el momento de ocurridas, las dividimos en intraoperatorias, postoperatorias inmediatas (hasta 30 días de operada), y postoperatorias tardías o mediatas (más de 30 días).

Intraoperatorias

- Muerte: 0.
- Falsa vía: 0.
- Fractura de la virola ósea: 2 (se resolvió reduciéndola con un davier y realizando un prolijo cementado y apoyo protésico).
- Fuga de cemento por el trazo fracturario: 2 (se resolvieron del siguiente modo: a uno fue necesario extraerle el cemento y recementar en el mismo acto quirúrgico; y en el otro caso, simplemente bastó con la remoción de la fuga).

Postoperatorias inmediatas

- Muerte: 0.
- Trombosis venosa: 2.
- Infecciones superficiales: 2 (resueltas una con sólo tratamiento antibiótico, y la otra con tratamiento antibiótico y pequeño drenaje).

—Infecciones profundas: 0.

—Luxaciones: 0.

Postoperatorias tardías

—Muerte: 2.

—Infección profunda: 2 (se resolvieron haciendo revisión de la cirugía: en una se realizó *toilette* y lavado continuo tipo Compere, y en la otra fue necesario extraer la prótesis según técnica de Girdlestone)⁵.

—Aflojamientos: 0.

—Luxaciones: 0.

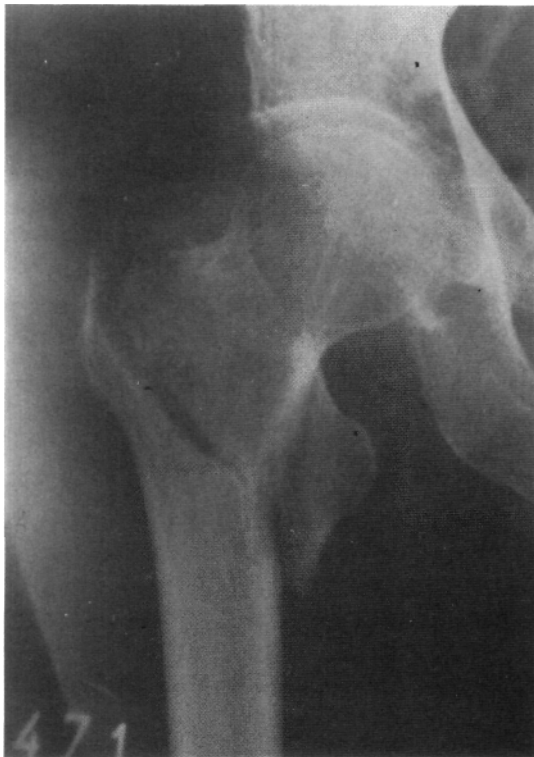
PRESENTACIÓN DE ALGUNOS CASOS

Caso 1) E.G., 69 años, sexo femenino, portadora de collagenopatía grave.

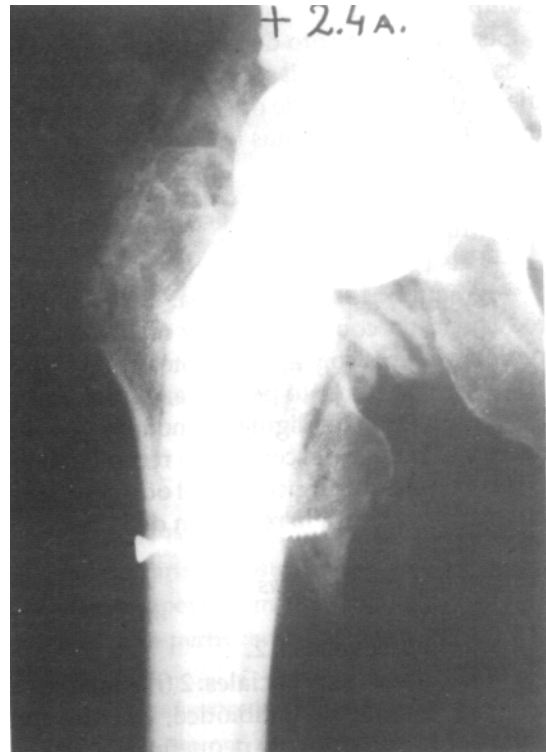
Caso 2) M.V., 77 años, sexo femenino, mal estado general.

Caso 3) A.B., 92 años, sexo femenino.

Caso 4) S.R., 88 años, sexo femenino.



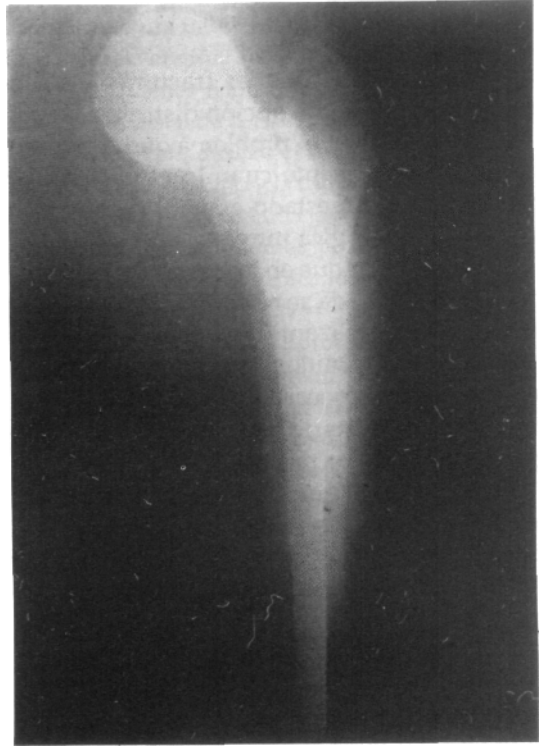
Caso 1



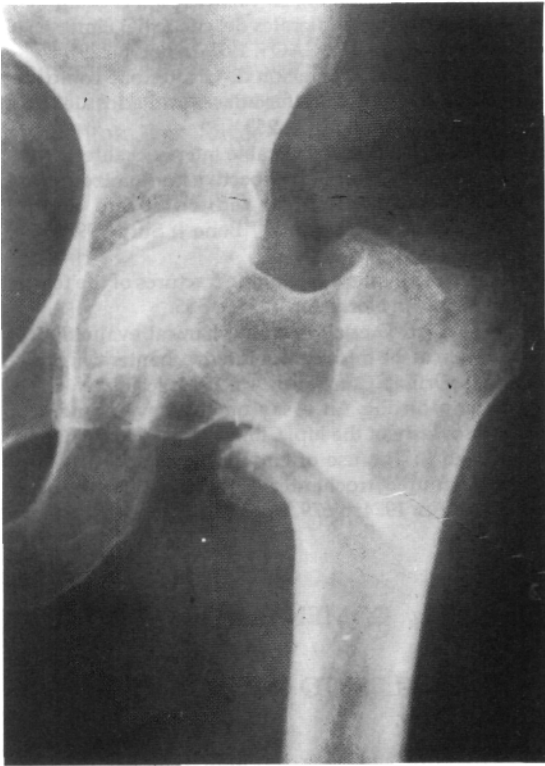
Caso 1



Caso 2



Caso 3



Caso 4

DISCUSIÓN

La medialización de las fracturas laterales de cadera aporta una opción distinta a las clásicas para resolver el problema que se presenta fundamentalmente cuando el paciente en cuestión tiene un estado general deteriorado, o una edad biológica muy elevada.

Es de destacar que en los restantes pacientes de la serie evaluada se realizó osteosíntesis con tornillo-placa deslizante de Richards, clavo-placa de Jewett o tornillos Asnis, según el caso, e incluso en unas pocas situaciones fue necesario colocar prótesis de Thompson de cuello largo. Sólo el 23% fue pasible de este método.

Quiero aclarar que en el Servicio al que pertenezco se ha realizado esta técnica desde 1987, pero debido a una cuestión organizativa recién a partir de 1990 se comenzó a usar la informática como método de archivo, pudiendo contar con un registro fehaciente.

CONCLUSIONES

La técnica quirúrgica denominada medialización de fracturas laterales de cadera, si bien es de práctica sencilla, requiere de una impor-

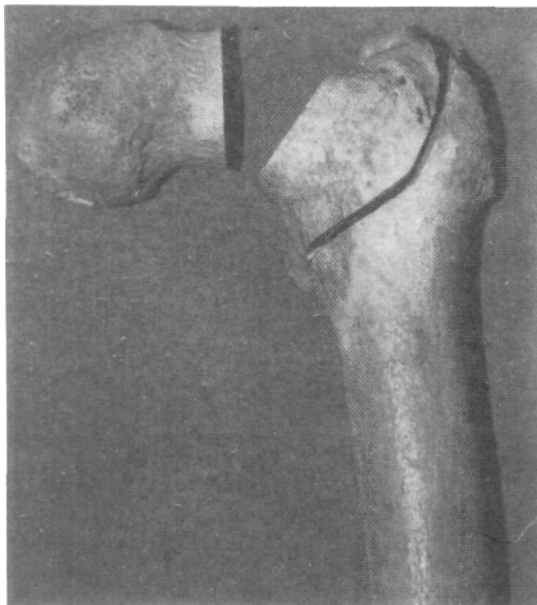


Foto 2. Representación en hueso de la osteotomía de medialización.

tante minuciosidad al llevarla a cabo para obtener resultados favorables.

De acuerdo con la evaluación de los mismos, en la serie que se presenta tuvimos un 83% de resultados altamente satisfactorios entre excelentes y buenos; por lo tanto creemos que es una técnica a tener en cuenta a la hora de decidir una cirugía de estas características.

Tiene como beneficio el hecho de poder realizarse en medios poco sofisticados, ya que no requiere de elementos ortopédicos especiales, ni aparatos de radioscopia, con los que a menudo no contamos en los ámbitos quirúrgicos de nuestro medio. Además permite una rápida rehabilitación, con marcha precoz, ideal para aquellos pacientes añosos y/o con mal estado general, en los que la excesiva inmovilización actúa en detrimento del resultado final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cossavella Senac E: Fracturas transtrocantericas del cuello del fémur. Bol y Trab SAOT 1975; 7: 490.
2. Dimon J, Hughston J: Unstable intertrochanteric fractures of the femur. J Bone Jt Surg 1967; 49-A: 440.
3. Evans ME: The treatment of trochanteric fractures of the femur. J Bone Jt Surg 1940; 31-A: 190.
4. Grossi AE, Rebecchini A: Tácticas para el tratamiento en las fracturas laterales del cuello del fémur en el geronte. Actas XVI CAOT, 1979 (Apor. B 229).
5. Del Sel H et al: Operación de Girdlestone como rescate de artroplastias infectadas. Resultados alejados. Rev AAOT 1988; 53 (2): 253.
6. Desjardins AL et al: Unstable intertrochanteric fractures of the femur. A prospective randomized study comparing anatomical reduction and medial displacement osteotomy. J Bone Jt Surg 1993; 75-B (3): 445-447.
7. Hughston J: Intertrochanteric fractures of the femur. Orthop Clin North Am 1974; p 585.
8. Sonstegard D et al: A biomechanical evaluation of implant in the treatment of intertrochanteric hip fractures. Orthop Clin North Am 1974; p 551.
9. Thompson FR: An essay on the development of arthroplasty of the hip. Clin Orthop 1966; 44: 63.
10. Tronzo R: The use of endoprosthesis for severely comminuted trochanteric fractures. Orthop Clin North Am 1974; p 679.