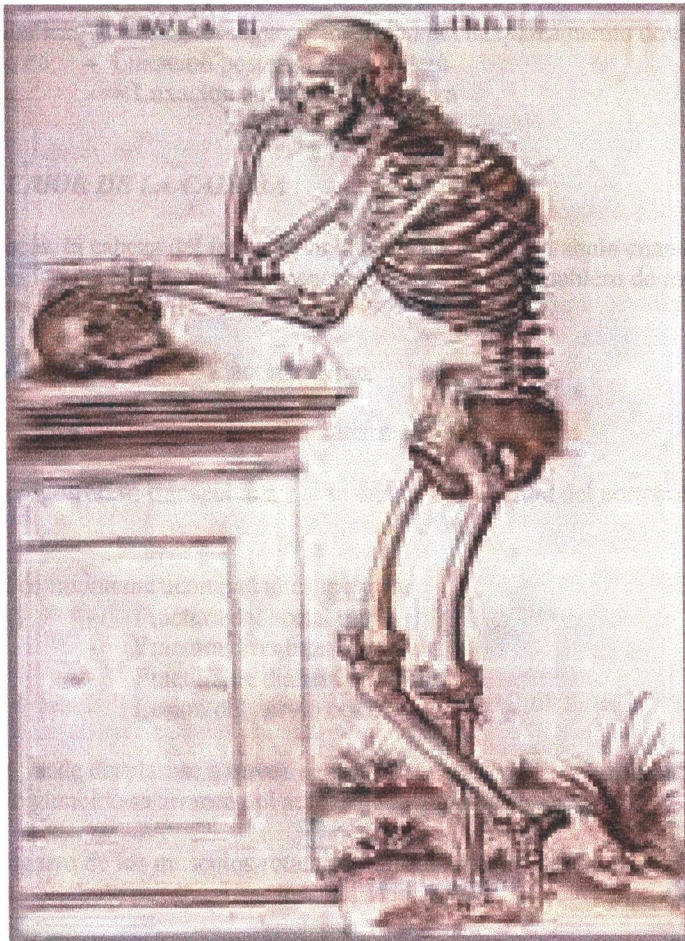


# FRACTURA DE CADERA Y DE FEMUR

50. Año

MED  
Tesis  
C172F



**DOCENTE:** Dr Ricardo Zabala

**ALUMNAS:** Camacho Carina  
Camargo Leticia

245

26

## **LUXACION TRAUMATICA DE LA ARTICULACION DE LA CADERA**

Es de frecuencia relativa debido a la estabilidad de la articulación coxofemoral, es más común durante los años de vida activa y por lo general se debe a traumatismo intenso salvo cuando hay enfermedad previa de la cabeza femoral, acetábulo o del sistema neuromuscular.

Puede ocurrir con o sin fractura del acetábulo o del extremo proximal del fémur, la cabeza femoral no puede desplazarse por completo del acetábulo normal, a menos que el ligamento redondo este roto o deficiente por alguna causa no relacionada.

### ***CLASIFICACION :***

Las luxaciones traumáticas se clasifican según la dirección del desplazamiento de la cabeza femoral respecto al acetábulo en :

- Luxación posterior de la cadera
- Luxación anterior de la cadera

### ***LUXACION POSTERIOR DE LA CADERA :***

La mayoría de las veces, la cabeza del fémur se luxa hacia atrás del acetábulo cuando se flexiona el muslo. Por ejem., cuando la rodilla choca de manera violenta contra el tablero de instrumentos en una colisión automovilística de frente.

Los datos clínicos significativos son :

- acortamiento
- aducción
- rotación interna de la extremidad

Se requieren Rx anteroposterior, transpélvica y si se demuestra fractura del acetábulo, una proyección oblicua.

Además las lesiones comúnmente acompañantes incluyen :

- Fractura del acetábulo
- Fractura de cabeza de fémur
- Fractura de diafisis de fémur
- Lesión del nervio ciático

La cabeza del fémur puede desplazarse a través de una grieta en la parte posterior de la capsula articular o, en ocasiones el borde glenoideo se arranca del acetábulo.

Casi siempre hay desgarro de los músculos rotatorios externos cortos del fémur, por último la fractura del margen posterior del acetábulo puede causar inestabilidad.

La cadera es también asiento de luxaciones patológicas por procesos inflamatorios agudos o crónicos como en la poliomielitis o tabes.

Pueden haber complicaciones mediatas como osificaciones periarticulares y necrosis avascular de la cabeza femoral.

### ***TRATAMIENTO :***

#### **MANIPULACION CERRADA :**

Si no hay fractura del acetábulo o si el fragmento es pequeño, la anestesia general suministrada suministra relajación muscular máxima y permite la reducción cuidadosa.



Esta ultima debe efectuarse lo mas pronto posible de preferencia en las primeras horas de la lesion, puesto que la incidencia de la necrosis avascular crece en el tiempo transcurrido despues de la lesion y antes de la reduccion.

La principal caracteristica de la reduccion consiste en traccionar sobre la linea de la deformidad, seguida por flexion cuidadosa de la cadera a 90 grado, en tanto un ayudante estabiliza la pelvis.

Mientras se continua la traccion manual se gira con cuidado la cadera hacia adentro y luego hacia fuera para conseguir la reduccion.

La estabilidad de la lesion se evalua de manera clinica al colocar la cadera extendida en abduccion, aduccion y rotacion interna y externa.

Si existe estabilidad se repiten los mismos movimientos con la cadera flexionada a 90 grados. Tambien se observa el punto ocurre otravez la luxacion, se reduce la cadera y se practica Rx anteroposterior de la pelvis.

### ***REDUCCION ABIERTA INMEDIATA Y FIJACION INTERNA :***

Las luxaciones irreductibles, las abiertas y cuando la luxacion recurre despues de reducida , a pesar de extencion y rotacion externa de la cadera .

Los fragmentos menores del margen posterior del acetabulo pueden pasarse por alto, pero aquellos desplazados mayores no siempre pueden reducirse con metodos cerrados por lo que esta indicada la reduccion abierta con fijacion externa.

La mayoría de los autores concuerdan con que un espacio articular ensanchado en la Rx a pesar de reduccion estable tambien indica artrotomia inmediata.

El tratamiento posterior a la reduccion depende del tratamiento inicial y del tipo de operación, una lesion estricta de tejidos blandos con reduccion concentrica estable puede tratarse con una traccion ligera cutanea o esquelética por unos cuantos dias e incluso hasta una semana antes de iniciar los ejercicios, un paciente motivado puede empezar la deambulacion con muletas progresando hasta sostener todo el peso del cuerpo a las 6 semana .

Si la reduccion es inestable se puede inmovilizar al paciente con pantalon de yeso por 4- 6 semanas. Las fracturas bien fijadas se tratan como lesiones de tejido blando pero el apoyo del peso corporal se permite cuando hay signos radiologicos de cicatrizacion osea. Por el contrario cuando la fijacion es fragil, se recomienda traccion esquelética durante 4 – 6 semanas o inmovilizacion con pantalon de yeso,

### ***COMPLICACIONES :***

- Infeccion
- Necrosis avascular de la cabeza femoral
- Union defectuosa
- Enfermedad articular degenerativa postraumatica
- Luxacion recurrente
- Lesion del nervio ciatico

La necrosis avascular ocurre por la interrupcion de las arterias retinaculares que suministran sangre a la cabeza femoral, su insidencia aumenta con la duracion de la luxacion y puede ocurrir hasta 2 años despues de la lesion.

La lesion del nervio ciatico ocurre en 10 – 20 % es un tipo neuropraxia pero deja secuelas permanentes en casi 20 % de los cassos.

Todo fragmento grande de la porcion de la cabeza femoral que sostiene el peso corporal debe reducirse y fijarse, de manera reciente se emplean clavijas poliglicolicas reabsorvidas con resultados alentadores.

## **LUXACION ANTERIOR DE LA CADERA**

La luxacion anterior de la cadera es mas rara que la posterior.

### ***PATOGENIA :***

Casi siempre ocurre con la cadera en extencion y rotacion externa en el momento del impacto. Pocas veces ocurren fracturas acompañantes del acetabulo dde la cabeza y del cuello femoral, ademas la cabeza femoral permanece a un lado del musculo obturador externo, aunque en ciertas ocasiones se la encuentra por debajo del mismo ( Luxacion obturatriz ) o del musculo ileopsoas en contacto con la rama superior del pubis ( Luxacion publica ).

### ***DATOS CLINICOS :***

- Cadera flexionada
- Abduccion
- Rotacion externa
- Cabeza femoral se palpa delante y abajo del pliegue flexor inguinal.

### ***DIAGNOSTICO :***

- Proyeccion Rx. Anteroposterior y transpelvica

### ***TRATAMIENTO :***

- Reduccion cerrada bajo anestesia
- Comparar ambas articulaciones de la cadera despues de la reduccion
- Inmovilizacion con pantalon dde yeso

El paciente inicia la movilizacion en pocos dias cuando el dolor es tolerable. Ademas sse recomienda movimientos activos y pasivos en la cadera excluyendo la rotacion externa, con lo que el paciente puede apoyar todo el peso corporal en 4-6 semanas.