

MED
Tesis
N 282F
2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

FACULTAD DE MEDICINA

ROTACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA DR. ZABALA

FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR

Autores: Pablo Nattes Sánchez

Cesar Morales Malpartida

29.-

28

FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR

FRACTURAS DE CADERA

Se trata de una fractura diferente en cuanto a tratamiento corresponde, ya que generalmente el shock y los traumatismos viscerales que acompañan a esta fractura, deben ser tratados inmediatamente.

Clasificación

Las formas de fractura pélvica son variables, muchos autores propusieron clasificaciones diversas pero sin mucha practicabilidad, es así que Valls y colaboradores proponen la siguiente clasificación

1. Fracturas que no afectan el anillo pelviano
 - Fx de hueso iliaco
 - Fx de la espina iliaca anterosuperior
 - Fx de la espina iliaca anteroinferior
 - Fx del ala iliaca
 - Fx del isquion
 - Fx del sacro (por debajo de la articulación sacroiliaca)
 - Fx del cóccix

2. Fx que afectan el anillo pelviano
 - Aisladas
 - Disyunción pubiana leve
 - Fx unilateral de una o ambas ramas pubianas
 - Fx del cuerpo del iliaco
 - Subluxación sacro iliaca
 - Combinadas
 - Segmento Anterior
 - Fx de bilateral de ambas ramas pubianas

- Fx unilaterales de ramas pubianas y disyunción de sinfisis
 - Segmento anterior y posterior
 - Fx de ambas ramas pubianas o disyunción
 - Luxación sacroiliaca o fx del ala iliaca o del sacro
3. Fracturas del cotilo
- Pared posterior
 - Columna ilioisquiatica
 - Columna iliopubianas
 - Transversal pura
 - Compleja

Las fracturas que comprometen el anillo en su parte anterior y posterior, generalmente se acompaña de grandes desplazamientos

En otras oportunidades suele fracturarse el fondo del cotilo, por impactación de la cabeza femoral, también se pueden observar las fracturas del rodete cotiloideo especialmente en las luxaciones coxofemorales

Etiopatogenia.-

Las fuerzas físicas involucradas en este tipo de fracturas afectan a la pelvis en sentido anteroposterior, transversal, oblicua o vertical, produciendo los distintos tipos de fracturas pelvianas.

Las contracciones musculares violentas del recto anterior del cuádriceps, sartorio, isquiotibiales pueden producir arrancamientos de las espinas iliacas anteroinferiores, anterosuperiores e isquion respectivamente

Diagnostico.- Al examen físico las fx de las espinas y las apófisis producen equimosis y dolor localizado. Las fx del fondo del cotilo condicionan a una actitud aberrante del miembro, acortamiento e imposibilidad funcional del miembro comprometido. Cuando hay fx de sacro pueden

lecionarce los nervios sacros conduciendo a una anestesia glúteo perineal, anestesia en silla de montar. Coccigodineas crónicas (dolor a nivel del cóccix) es producida por fx del este hueso.

Las fracturas con poco desplazamiento generalmente no son complicadas, en cambio las fx con grandes desplazamientos siempre habrá shock.

Se debiera hacer un tacto rectal para verificar desplazamientos óseos.

Algunos pacientes pueden presentar anuria hematuria, que traduce lesión de las vías urinarias o la vejiga; Cuando el paciente presenta ileo paralítico pensar en la posibilidad de lesiones intestinales.

Sin duda alguna la semiologías tiene su limite y no podemos ser atrevidos diagnósticadores sin la corroboración de exámenes complementarios, entre los cuales la ecografía y la tomografía axial computarizada nos ampliaran la vision diagnóstica.

El diagnóstico definitivo de estas fracturas se lo realiza con Rayos X, anteroposterior y laterales.

Tratamiento.

En cuanto al tratamiento el shock será el primero en ser tratado, una vez que el paciente este en buenas condiciones, podrá ser intervenido. Si existen lesiones a nivel de las vías urinarias el Urólogo colaborara inmediatamente para tratar estas lesiones.

Las fracturas combinadas se tratan con tracción de ambas piernas y la colocación de un cincha, hasta conseguir una reducción estable, y luego sustituir por un yeso toraco rotuliano.

Últimamente se ha insistido mucho en la reducción quirúrgica y hacer osteosintesis para reducir las secuelas de estas fracturas

FRACTURAS DEL CUELLO DEL FÉMUR

Etiología y patogénia.-

Las fuerzas físicas que fracturan el cuello del fémur pueden ser verticales, laterales y de rotación externa del miembro apoyado durante la marcha.

El cuello del fémur presenta características de osificación distinta, ya que carece de capa periostica osteoformadora, la formación de hueso es mucho mas lenta que en otras fracturas. Además en personas mayores estas fracturas tienen un fondo de osteoporosis senil que facilita la fractura y dificulta el tratamiento.

Fisiopatología.-

Es importante hacer hincapié en la vascularización del cuello del fémur para anticipar el pronostico del paciente en cuanto a complicaciones de la fractura a ese nivel.

La cabeza y cuello del fémur son irrigados por las arterias circunflejas y la arteria que recorre el ligamento redondo, esta proporciona una irrigación pobre que en la mayoría de los casos solo nutre parte de la cabeza femoral. Las arterias circunflejas son las mas importantes en cuanto a la irrigación de cuello cabeza.

Cualquier fractura o luxación que lesione las arterias circunflejas producirán necrosis avascular de cabeza y fallos en la consolidación.

Clasificación.-

Para poder entender la evolucion de estas de estas fracturas se aceptan dos grupos:

- Fx mediales (cuello anatómica)
 - Sub capitales
 - Transcervicales
- Fx laterales
 - Cervicotrocantereas