



ORIGINAL

Fracturas de cadera intra- y extracapsulares en mayores: ¿dos enfermedades distintas?☆



J.L. Dinamarca-Montecinos^{a,*}, N. Prados-Olleta^b, R. Rubio-Herrera^c,
A. Castellón-Sánchez del Pino^d y A. Carrasco-Buvinic^e

^a Programa de Orto geriatria, Servicio de Ortopedia y Traumatología de Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, Chile

^b Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^c Programa de Doctorado en Gerontología Social, Universidad de Granada, Granada, España

^d Programa de Máster Oficial de Gerontología, Dependencia y Atención a los Mayores, Universidad de Granada, Granada, España

^e Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar – Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Recibido el 4 de agosto de 2014; aceptado el 30 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 13 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Orto geriatria;
Fractura de cadera;
Osteoporosis;
Fracturas
pertrocantéreas

Resumen

Objetivos: Comparar las fracturas de cadera (FC) intra- y extracapsulares (FIC y FEC) en pacientes mayores para determinar si son patologías diferentes.

Sujetos/método: Diseño prospectivo longitudinal, observacional, descriptivo y analítico. Muestra no probabilística. Muestreo de colección completa. Seiscientos cuarenta y siete sujetos (ambos sexos), 60 o más años, ingresados con FC desde el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital (1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2012). Seguimiento de un año pos-FC. Se comparan variables sociodemográficas, etiológicas, evolutivas, terapéuticas y pronósticas.

Resultados: Es la primera investigación sobre este tema realizada con población latinoamericana. La incidencia de FEC fue superior a FIC, al contrario de lo publicado en población europea/estadounidense. Existen diferencias significativas en las variables etiológicas ($\chi^2 = 6,34$, $p < 0,042$), siendo la etiología traumática en FEC y no traumática en FIC. También hay diferencias en las intervenciones terapéuticas realizadas (osteosíntesis para FEC, artroplastia para FIC); y la decisión de no operar es menor en FIC (ambos $p < 0,0000$). Las variables asociadas con la decisión de no intervención quirúrgica son edad, diagnósticos causales y mortalidad postoperatoria.

☆ Este trabajo forma parte de las publicaciones para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía (Gerontología) por la Universidad de Granada.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: doctordinamarca@yahoo.es, jdinamarca@gmail.com (J.L. Dinamarca-Montecinos).

Discusión: Los resultados son similares a otros trabajos, añadiendo la asociación FIC y origen no traumático, especialmente la tendencia de asociación FIC y enfermedad no osteoporótica primaria (neoplasias, osteodistrofia renal, osteoporosis secundaria a hiperparatiroidismo primario). Debemos profundizar en las diferencias entre poblaciones latinoamericana y europea/estadounidense en la incidencia de uno u otro tipo de FC. Existen diferencias importantes, etiológicas y terapéuticas, entre FIC y FEC, por lo que sería conveniente considerarlas como entidades nosológicas distintas.

© 2014 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Orthogeriatrics;
Hip fracture;
Osteoporosis;
Intertrochanteric
fractures

Intra- and extra-capsular hip fractures in the elderly: Two different pathologies?

Abstract

Objectives: To compare intracapsular (IC) and extracapsular (EC) hip fractures (HIF) in elderly patients in order to determine if they are different pathologies.

Subjects and methods: Longitudinal, observational, descriptive, analytical prospective design, using a non-probabilistic sample from a full sample collection with 647 subjects (male and female), of 60 or more years old, admitted with HIF to the Department of Orthopedics and Traumatology of the Hospital, between January 1, 2010 and December 31, 2012. Follow-up was for 1 year post HIF. Socio-demographic, etiological, developmental, therapeutic and prognostic variables are compared.

Results: This is the first study on this subject with Latin American population. EC HIF incidence was superior to IC, contrary to that published in European/American populations. There are significant differences in etiological variables ($\chi^2 = 6.34$, $p < 0.042$), with traumatic etiology in EC and non-traumatic in IC. There are also differences in therapeutic interventions performed (osteosynthesis for EC, arthroplasty for IC), with the decision on not to operate being lower in IC (both $p < 0.0000$). The variables associated with the decision on not to perform surgery are age, etiology and postoperative mortality.

Discussion: The results are similar to other studies, adding the IC association with non-traumatic origin, in particular the trend of statistical association between IC and non-primary osteoporotic pathology (neoplasms, renal osteodystrophy, primary hyperparathyroidism). A further analysis was performed on the differences between Latin American and European/American populations in the incidence of either type of HIF. There are important etiological and therapeutic differences between IC and EC HIF; therefore it would be advisable to consider them as distinct disease entities.

© 2014 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fractura de cadera (FC) podemos considerarla un síndrome geriátrico. Su mayor incidencia ocurre en personas de 60 o más años. Es tal su importancia clínica, social y económica, que a mediados de los años 50 dio origen a la Ortogeriatría, rama de la Geriatria que, en conjunto con la Traumatología, se ocupa del manejo integral del paciente mayor con patología del aparato locomotor¹.

La FC es con mucho la enfermedad ortogeriatrica más frecuente e importante, con una incidencia anual de 350.000 casos en Estados Unidos, con un coste económico de más de 60 millones de dólares; y la proyección demográfica hace esperar que en 2040 la incidencia supere las 840.000².

Además de las clasificaciones traumatológicas, que buscan facilitar la elección de técnicas quirúrgicas, las FC pueden clasificarse según su localización anatómica en fracturas intracapsulares (FIC) y extracapsulares (FEC). Este criterio anatómico tiene un sustento fisiopatológico y terapéutico: las FIC tienen como factor crítico la vascularización

terminal de la cabeza femoral³. Debido a esto, ante una agresión que produzca daño en los vasos y aumento de la presión intracapsular se producirá una necrosis ósea avascular de la cabeza femoral. Esta lesión produce malos resultados en el manejo ortopédico y especialmente en los pacientes mayores con osteosíntesis. Por este motivo, especialmente cuando la fractura es desplazada y alejada de la zona trocantérica, la artroplastia es la alternativa más segura y validada en estos pacientes, con mejores resultados en cuanto funcionalidad postoperatoria, riesgo de reoperación y complicaciones frente a osteosíntesis⁴⁻⁶. En algunos casos de FIC (más bajas o no desplazadas) podría utilizarse sistemas de osteosíntesis, aunque hacen falta estudios al respecto^{7,8}.

Las FEC en cambio ocurren en hueso esponjoso, muy vascularizado, con bajo riesgo de no unión o mala unión. Así el tratamiento con reducción-osteosíntesis es el indicado, incluso el tratamiento ortopédico en casos y condiciones seleccionadas³. La literatura clásica agrupa a los pacientes mayores en un grupo de más edad, con dificultades para deambular y que sería más propenso a sufrir FEC; y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086197>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086197>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)