

Aplicación clínica – aparato locomotor – cátedra 1

TP 5: región glútea – cadera – plexo lumbosacro

Fractura del fémur - Luxación congénita de la cadera - cuadrantes de la región glútea

Fracturas del fémur

Si bien el fémur es hueso voluminoso y resistente, sus fracturas son frecuentes.

El tipo de fractura depende de la edad y del sexo.

La más prevalente es la **fractura del cuello del fémur**: es su porción más estrecha y débil. Además, forma un ángulo marcado con respecto a la línea de soporte de peso, lo que aumenta su vulnerabilidad.

Las **fracturas que asientan en la epífisis proximal**, pueden ser: intracapsulares (de la cabeza y/o del cuello del fémur) y extracapsulares (del macizo trocantérico).

Las **intracapsulares** se dan entre la terminación del cartílago articular y la inserción lateral de la capsula articular. Causas: osteoporosis, edad avanzada, traumatismos.

Signos clínicos: acortamiento del miembro inferior, y rotación lateral de la cadera.

Complicación frecuente: necrosis de la cabeza del fémur (ya que la fractura compromete a los vasos que la irrigan).

Las fracturas **extracapsulares** se dan inmediatamente por debajo de la línea/cresta intertrocanterica. Las causas y signos son iguales a los de las fracturas intracapsulares.

El diagnóstico se realiza con radiografías de cadera, y eventualmente resonancias.

Las **fracturas diafisarias del fémur** son las que se dan entre el trocánter menor y la metáfisis distal. Se las suele clasificar según su ubicación en el 1/3 proximal, medio o distal.

Causas: accidentes de alto impacto (ej. Accidente de tránsito) y, en pacientes de edad avanzada, caídas de propia altura. Signos y síntomas: dolor de alta intensidad, deformidad típica del muslo (antecurvatura), y flexión y abducción de la cadera. Diagnóstico: radiografías frente y perfil del fémur. Estas fracturas generan una hemorragia importante.

Las **fracturas de la epífisis distal** suelen asentar en la fosa intercondílea o región posterior de ambos cóndilos. Se producen por impactos sobre la rodilla en flexión, y en pacientes ancianos con osteoporosis que presentaron algún traumatismo de baja energía (como la caída con el pie fijo en el suelo). Signos y síntomas: deformidad, tumefacción e impotencia funcional a nivel de la rodilla. Diagnóstico: radiografía.

Complicación: lesión de la arteria poplítea (ya que se apoya sobre la cara poplítea de la epífisis distal) y compromiso de la irrigación de la pierna.

Luxación congénita de cadera

La luxación congénita de cadera es la malformación ortopédica más frecuente del ser humano.

Afecta más a niñas que a niños.

Los factores predisponentes son:

- Sexo femenino.
- Presentación podálica (feto que se ubica con los pies hacia el canal de parto, y no con la cabeza).
- Madre primigesta (primer parto de la madre).
- Peso al nacer mayor a 3500 gramos (cuanto más pesa el feto, más riesgo de luxación).

Se da por una alteración del desarrollo (displasia) de la articulación coxofemoral en los primeros 3 meses de vida intrauterina, y se pone en manifiesto en las primeras semanas/meses de vida extrauterina. Por eso, es importante realizar las maniobras de evaluación de la articulación en recién nacidos/neonatos. Estas maniobras son la de Barlow y Ortolani.

Maniobra de Ortolani: se toman ambas caderas colocando el dedo índice en los trocánteres mayores y el pulgar en la rodilla. Se realiza una abducción y rotación lateral. Ante un chasquido audible y palpable, podemos afirmar que la maniobra es positiva para luxación de cadera. Esto se explica porque con la misma volvimos a colocar a la cabeza femoral dentro el acetábulo, y el sonido corresponde al choque entre ambos huesos.

Maniobra de Barlow: tomamos las caderas y rodillas, y generamos una aducción y rotación medial. Si hay un chasquido audible o palpable, es porque es positiva, y la cabeza del fémur salió del acetábulo.



Otros signos que nos indican la presencia de una luxación congénita de cadera son:

- Asimetría de los pliegues glúteos (uno más arriba – el de la cadera luxada – que el otro).
- Signo de Galeazzi: acostamos al paciente en decúbito dorsal, le flexionamos las rodillas y apoyamos los pies en la camilla. Una rodilla queda más baja que la otra (la del lado luxado).
- Cuando el niño comienza a caminar, muestra claudicación de la marcha (cojera).

El diagnóstico precoz es fundamental, ya que cuanto antes sea tratada, más chances de lograr caderas clínica, anatómica y radiológicamente normales.



Asimetría de pliegues



Signo de Galeazzi positivo

Cuadrantes de la región glútea

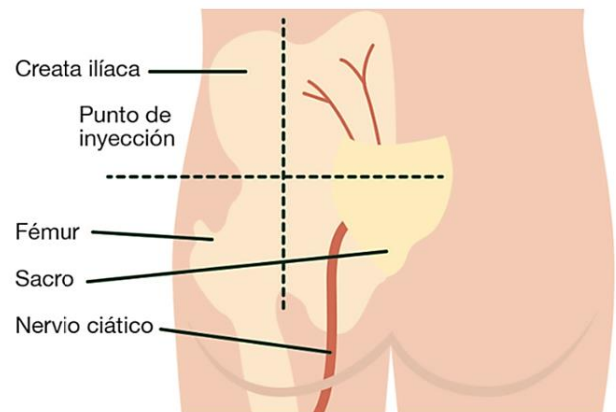
La región glútea es un sitio de elección para las inyecciones intramusculares, dado al volumen de los músculos glúteos. Sin embargo, no podemos darla en cualquier porción de la nalga.

Dividiremos a la región en cuatro cuadrantes, trazando dos líneas, una horizontal y otra vertical.

El más seguro para administrar estas inyecciones es el superolateral, ya que allí encontramos músculos y no otros elementos de importancia que podrían ser lesionados.

En el cuadrante superomedial, encontramos al pvn glúteo superior. En el inferomedial, al nervio ciático. En el inferolateral, al trocánter mayor.

La aguja atraviesa: piel, tsc, fascia y músculos glúteos.



Candela Casado, docente de anatomía, UBA.

Bibliografía:

Moore, anatomía con orientación clínica, 9° Ed.

Pró, anatomía clínica, 2° Ed.