



**Nombre del alumno: Candelaria Pérez Vázquez**

**Nombre del profesor: Med. Fernando Romero Peralta**

**Nombre del trabajo: Cuadro comparativo**

**Materia: Patología del adulto**

**Grado: 6° Cuatrimestre**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grupo: Unico semiescolarizado**

Pichucalco Chiapas a 04 de Agosto 2020.

### CUADRO COMPARATIVO FRACTURAS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

| TIPO DE FRACTURA       | MECANISMO LESIONAL:   | CLASIFICACIÓN:  | CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA (EF)   | DIAGNOSTICO  | TRATAMIENTO  |
|------------------------|---|---|---|--|--|
| FRACTURAS DE CLAVICULA | Caída con traumatismo directo sobre el hombro, típico de ciclistas. | Allman divide la clavícula en tercios: medial, tercio medio y lateral. Las fracturas de tercio lateral se subdividen según la localización con respecto a los ligamentos coraco-claviculares (modificación de Neer) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud antiálgica con el brazo lesionado sostenido junto al cuerpo.</li> <li>• Deformidad, crepitación y dolor en el foco de fractura (clínica traumática habitual).</li> </ul> <p>En las fracturas de tercio medio el peso del miembro desplaza el fragmento lateral hacia abajo y el fragmento medial hacia arriba traccionado por el esternocleidomastoideo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre se debe completar la exploración neuro-vascular distal.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• RX convencionales AP que incluya el humero proximal</li> <li>• Las lesiones del tercio externo se aprecian mejor con proyecciones AP modificadas con 15º de inclinación cefálica y penetración reducida (incidencia de Zanca modificada)</li> <li>• Si se sospecha compromiso vascular se debe realizar arteriografía (poco frecuente)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las fracturas de clavícula pueden ser manejadas con éxito mediante un simple soporte de hombro en cabestrillo ó vendaje en "8" durante 4 semanas.</li> <li>• La reducción, cuando se consigue, resulta difícil de mantener por las numerosas inserciones musculares que actúan sobre la clavícula.</li> <li>• La deformidad residual y el acortamiento raras veces afectan la articulación del hombro, resulta más un problema estético.</li> </ul> |
| FRACTURA DE ESCÁPULA   | Traumatismos de alta energía,                                       | NA  | A menudo no son diagnosticadas en su  | Se suelen identificar en RX de   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recuperación de las constantes es</li> </ul>   |

|  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
|  | accidentes de tráfico.  |  | presentación inicial porque apenas presentan tumefacción ni deformidad si no están desplazadas | Tórax convencional en pacientes politraumatizados. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben obtener RX AP escapular estricta y proyecciones lateral y axilar para evaluar de manera sistemática el cuerpo, la espina de escápula, las apófisis (acromion, coracoides y glenoides) y las articulaciones (escapulotorácica, glenohumeral y acromio-clavicular).</li> </ul> | primordial cuando se trata de un politraumatizado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las fracturas de escápula pueden manejarse ortopédicamente con un cabestrillo que sujete el peso del brazo y lo fije el tórax hasta la consolidación (3-4 semanas).</li> <li>• El tratamiento quirúrgico rara vez está indicado.</li> </ul> |
| FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO | Depende del grupo de edad: en los ancianos son los traumatismos de baja energía por caída sobre el costado o sobre la mano extendida la causante de la fractura mientras que en jóvenes | Clasificación de Neer: se basa en la identificación de uno, dos, tres o cuatro fragmentos y en la presencia de desplazamiento de uno o varios fragmentos. Se considera que un fragmento está desplazado cuando la separación resulta > 1 cm o la |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud antiálgica.</li> <li>• Dolor, crepitación y deformidad.</li> <li>• En ocasiones se aprecia equimosis extensa que involucra la cintura escapular y la región torácica (hematoma de Hennequin).</li> <li>• Descartar siempre lesión neuro-vascular sobretodo en</li> </ul>   | El 85 % de las fracturas de humero proximal en el anciano están constituidas por un fragmento y no están desplazadas y se manejan adecuadamente mediante métodos ortopédicos cerrados. La instauración de tratamiento   |

|  |   |  |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|
|  | <p>se producen por traumatismos de alta energía. Otras causas son las fracturas patológicas o las convulsiones (asocian fractura-luxación).</p> | <p>angulación &gt; 45°. El número de líneas de fracturas no se tiene en cuenta en caso de que los fragmentos no se encuentren desplazados.</p> |  | <p>traumatismos de alta energía con gran desplazamiento. La arteria axilar es la más vulnerable. El pulso asimétrico y la expansión regional del hematoma indican la necesidad de completar el estudio mediante arteriografía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El déficit neurológico más frecuente es la neuroapraxia del axilar o circunflejo. Su indicador más fiable es la alteración de la sensibilidad en la región deltoidea, la función motora del m. deltoides no suele ser valorable por poca cooperación del paciente.</li> <li>• Las RX básicas en el área de urgencias son la RX AP del</li> </ul> | <p>fisioterápico temprano a las 3 semanas conduce a buenos resultados funcionales.</p> <p>El tratamiento conservador de las fracturas de humero proximal consiste en la inmovilización de la extremidad en una posición en la que las fuerzas deformantes sean mínimas, permitiendo que los fragmentos no sufran tracción por las inserciones musculares. Lo ideal es mantener el brazo en adducción y en discreta rotación interna, con el codo flexionado y sobre la cara anterior del torax. En urgencias el más utilizado es el vendaje Gilchrist. Se coloca con el paciente en</p> |
|--|---|--|--|--|---|

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
|   |  |  |  | <p>hombro (perpendiculares al plano de a escápula y no al plano del torax) y RX lateral de escápula. La RX transtorácica permite descartar luxación gleno-humeral asociada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El TAC de urgencia es de gran valor para determinar el número de fragmentos y su desplazamiento.</li> </ul> | <p>sedestación , se debe almohadillar la región axilar y cervical, y se debe dejar la mano libre. En caso de precisar una inmovilización más estricta se emplea el vendaje Vellpeau.</p>   |
| <p>FRACTURAS DE LA DIAFISIS HUMERAL</p> | <p>Las fracturas diafisarias de húmero pueden producirse tanto por traumatismos directos como indirectamente tras caídas de baja energía con el antebrazo en extensión</p> | <p>Se basa en criterios descriptivos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Localización de la fractura: Tercio proximal, medio y distal</li> <li>• Trazo de la fractura: transversal simple o con tercer fragmento, oblicua, espiroidea simple o con tercer fragmento, bifocales o conminuta</li> </ul> | <p>CLÍNICA Y EF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor, deformidad, crepitación...</li> <li>• Ojo! Completar SIEMPRE la exploración neuro-vascular distal, sobretodo el n. radial y valorar las partes blandas para descartar que se trate de fractura abierta.</li> </ul> | <p>RX AP y Lateral incluyendo la tanto la epifisis proximal y como la distal del humero.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de los casos pueden tratarse mediante procedimientos ortopédicos, pues es un segmento óseo no sometido a cargas y capaz de tolerar sin problemas cierto grado de consolidación viciosa.</li> <li>• Los tratamientos clásicos de las fracturas de humero han ido evolucionando pasando</li> </ul> |

|  |   |  |   |  |   |
|--|---|--|---|--|---|
|  |   |  |   |  | <p>por distintos tipos de inmovilizaciones como los yesos colgantes, las férulas de coaptación en "U", los yesos funcionales de Sarmiento, los vendajes de Vellpeau...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S.e. en la actualidad los métodos quirúrgicos se han ido imponiendo poco a poco en los hospitales sobretodo si existen lesiones asociadas.</li> </ul> |
| <p><b>FRACTURAS DE CABEZA DE RADIO</b></p> | <p>Generalmente son causados por traumatismos indirectos al caer sobre la mano en extensión</p> | <p>La clasificación más empleada es la de Mason modificada que combina el trazo de fractura, el grado de desplazamiento y el bloqueo articular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo I: fractura de cabeza o cuello no desplazada o con desplazamiento &lt; 2 mm que no limita la prono-supinación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es típico el dolor selectivo a la palpación de la cabeza de radio, que se acentúa con la prono-supinación</li> <li>• Es importante evaluar desde el punto de vista clínico y radiológico la muñeca y articulación radiocubital homolaterales para descartar lesiones a ese nivel.</li> <li>• El dolor a nivel del ligamento colateral</li> </ul> | <p>RX AP y lateral de codo puede ser suficiente pero ante la duda en fracturas o desplazadas se debe completar con proyecciones oblicuas</p> <p>La artrocentesis de hemartros alivia el dolor y confirma el diagnóstico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONSERVADOR:</b> en tipo I. Se inmoviliza la extremidad con una férula posterior durante 2-3 semanas. En algunos casos sin desplazamiento en pacientes ancianas puede inmovilizarse con vendaje bien almohadillado.</li> <li>• <b>QUIRÚRGICO:</b> los tipos II y III.</li> </ul>  |

|                            |   |   |   |   |  |
|----------------------------|---|---|---|---|--|
|                            |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo II: : fractura de cabeza o cuello con desplazamiento &gt; 2 mm que bloquea la pronosupinación</li> <li>• Tipo III: fractura conminuta de la cabeza o cuello de radio.</li> </ul> <p>A su vez, cada uno de estos tipos puede estar asociado a una luxación posterior de codo, un desgarro del ligamento interóseo del antebrazo ( lesión de Essex-Lopresti), a una fractura de cúbito proximal o a una fractura de coronoides.</p> | medial sugiere la posibilidad de luxación de codo.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La inyección intraarticular de lidocaina permite evaluar si la fractura provoca bloqueo mecánico con la prono-supinación.</li> </ul> | Recordad que si afecta >1/3 del diámetro de la cabeza o está desplazado >2mm existe indicación de osteosíntesis.   |
| FRACTURAS DE METACARPÍANOS | Son consecuencia de traumatismos directos en la mano o indirectos con torsión en pacientes jóvenes. El patrón de fractura dependerá del | <p>Se basa en criterios descriptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Localización: base, diáfisis, cuello o cabeza de MTC</li> <li>• Trazo de fractura: transverso, oblicua, espiroidea..</li> <li>• Desplazamiento, angulación, rotación del MTC..</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor , tumefacción , deformidad, crepitación..</li> <li>• Se debe observar la alineación de los dedos tanto en posición de reposo como durante el movimiento activo. Los dedos deben ser paralelos durante la extensión y señalar a la</li> </ul> | RX AP y oblicua de mano   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de la fracturas de MTC pueden tratarse adecuadamente mediante medidas conservadoras.</li> <li>• Las fracturas de la base de 2º a 5º MTC generalmente no están desplazadas y</li> </ul> |

|  |                     |  |  |  |   |
|--|---------------------|--|--|--|---|
|  | mecanismo de lesión |  | <p>tuberosidad del escafoides cuando se flexionan. Hay que prestar atención a la rotación de alguno de los dedos durante la flexión (en extensión puede quedar enmascarada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre completar la exploración neuro-vascular distal</li> </ul> |  | <p>consolidan bien tras inmovilización con férula antebraquio-palmar (3-4 semanas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las fracturas diafisarias sin desplazamiento se tratan con férula antebraquio-digital con la muñeca en extensión de 40º, las articulaciones MTCF en 80º de flexión y las interfalángicas libres (3-4 semanas).</li> <li>• Las fracturas del cuello se producen con más frecuencia en el 5º MTC (fractura del boxeador). Si existe una angulación marcada (&gt;40º) se debe manipular la fractura bajo anestesia local flexionando la articulación MTCF y presionando con la falange proximal sobre la cabeza de MTC. Esta</li> </ul> |
|--|---------------------|--|--|--|---|



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | <p>maniobra reduce la deformidad pero no ha de inmovilizarse en esta posición. Si queda bien reducida se inmoviliza con una férula antebraquio-digital incluyendo el 4º y 5º dedos con la articulación MTCF en flexión de 80º y los dedos en extensión (3-4 semanas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las fracturas del 1º MTC si son diafisarias o de la base pero extrarticulares sin desplazamiento raramente generan deformidades con repercusión funcional y pueden tratarse conservadoramente mediante yeso antebraquio-digital incluyendo el 1º dedo.</li> <li>• Las fracturas articulares de la base del 1º MTC</li> </ul> |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | (fractura de Bennett, fractura de Rolando..) suelen presentar desplazamiento y requieren tratamiento quirúrgico. |
|--|--|--|--|--|--|

|  | CLASIFICACION  | CUADRO CLINICO   | DIAGNOSTICO  | TRATAMIENTO   |
|--|--|--|--|---|
| FRACTURAS<br>TROCANTEREANAS DEL<br>FEMUR | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracturas intertrocantereanas.</li> <li>• Fracturas pertrocantereanas.</li> <li>• Fracturas subtrocantereanas.</li> </ul> | <p>Se trata de pacientes de avanzada edad, más frecuente en mujeres que, por un traumatismo menor (caída sobre la cadera, o tropiezo), quedan con dolor referido a la cadera o al muslo, e incapacidad de marcha.</p> <p>Con el examen físico segmentario se comprueba acortamiento y rotación externa de la extremidad.</p> <p>Aparición de equimosis tardía (a las horas o al día siguiente) en la cara externa o interna del muslo; aumento de volumen producido por la extravasación del hematoma de fractura, que se infiltra hacia las partes blandas.</p> | <p>Estudio radiológico: es de obligación absoluta. Se solicitan: radiografías de pelvis, de la cadera comprometida en posición A-P, y si el dolor de la fractura lo permite, se puede extender a la radiografía axial (posición Lauenstein).</p> <p>Sin embargo no debe forzarse la indicación a exigir esta proyección lateral ya que, generalmente, el dolor lo impide; además, la forzada posición que esta proyección exige, puede provocar el desplazamiento de los segmentos óseos</p> | <p>La fractura trocantereana ocurre en hueso esponjoso que, a pesar de la edad del paciente, tiene una gran potencialidad osteogénica, por lo cual (exceptuando las subtrocantereanas) habitualmente consolidan en un plazo de 2 a 3 meses, siendo raras las pseudoartrosis. Sin embargo, la consolidación ocurre en coxa vara, produciendo incapacidad de la marcha, con cojera, a veces dolor persistente y acortamiento de la extremidad. A estos hechos se agrega el tiempo prolongado de inmovilidad, que en los pacientes de edad genera una alta morbimortalidad, por la</p> |

|                        |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|
|                        |  |  |  | <p>aparición de complicaciones generales (infecciones respiratorias, urinarias, escaras, sepsis, tromboembolismo, deterioro mental, etc.).</p> <p>Estas fracturas, por ser extracapsulares, no alteran la vascularización de la cabeza del fémur, y por lo tanto no se complican de necrosis avascular.</p> <p>De acuerdo a lo anteriormente señalado, el tratamiento debe estar dirigido a conseguir la consolidación de la fractura en buena posición y sin deformidad, y al mismo tiempo permitir una movilización en cama lo más precoz posible e idealmente una deambulación también lo más precoz posible.</p> |
| Fracturas de la Rótula | <p>Se clasifican según el rasgo de fractura en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractura de rasgo transversal.</li> <li>• Fractura conminuta.</li> <li>• Fractura de rasgo longitudinal.</li> <li>• Mixta.</li> </ul> | <p>El cuadro clínico está determinado por el traumatismo. Al examen encontramos una rodilla aumentada de volumen por la hemartrosis (fractura articular); si los fragmentos están separados se palpará una brecha entre ambos. Como hay una discontinuidad del aparato extensor, el enfermo no</p> | <p>Las proyecciones estándar anteroposterior y lateral demostrarán el diagnóstico de la fractura. Ocasionalmente pueden ser necesarias proyecciones oblicuas o axiales para demostrar fracturas longitudinales, marginales o fracturas osteocondrales.</p> | <p>Tendrán indicación de tratamiento ortopédico las fracturas no desplazadas. Inmovilización con rodillera de yeso por 4 semanas, seguido de rehabilitación con ejercicios de cuádriceps, y eventual vendaje elástico. Las fracturas con separación de fragmentos serán de indicación quirúrgica, con el objeto de reducir los</p>   |

|                                      |  |   |   |  |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
|                                      |  | <p>puede levantar la pierna extendida. Puede haber equimosis por extravasación de la hemartrosis hacia las partes blandas alrededor de la articulación. En caso de ser necesaria una artrocentesis por la hemartrosis a tensión, puede aspirarse sangre con gotas de grasa.</p>   |   | <p>fragmentos y fijarlos, logrando una superficie articular rotuliana anatómica. La fijación se puede realizar con cerclaje metálico (lo más habitual), con un sistema de obenque o con tornillos. Deberá repararse la ruptura de los alerones y se mantendrá la rodilla inmovilizada por 3 a 4 semanas. Es muy importante iniciar precozmente los ejercicios de cuádriceps. En pacientes de mayor edad o en fracturas del tercio inferior conminuta, estará indicada la patelectomía parcial o total, para evitar una artrosis patelofemoral.</p> |
| <p>TIPOS DE LESIONES DEL TOBILLO</p> | <p>1. Lesiones de partes blandas: esguinces.<br/>2. Lesiones esqueléticas: fracturas maleolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso corporal.</li> <li>• Carga de peso en el momento del accidente.</li> <li>• Actividad que se desarrollaba en ese instante: deambulación normal, durante una carrera, o cayó con el tobillo torcido desde cierta altura, etc.</li> <li>• Intensidad del dolor.</li> <li>• Rapidez del aumento de volumen; su intensidad.</li> <li>• Posibilidad de caminar, etc., son sólo</li> </ul> | <p>Es imperativo y debe realizarse a la mayor brevedad.<br/>Deducir un diagnóstico cierto, basándose sólo en todos estos hechos clínicos, implica el riesgo de cometer errores de diagnóstico. Por ello el estudio radiográfico, aun en lesiones aparentemente intrascendentes, es obligatorio; su omisión es inexcusable.<br/>Se exigen dos radiografías anteroposteriores: una en</p> | <p>Tendrán indicación de tratamiento ortopédico las fracturas no desplazadas.</p>  |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>algunos de los antecedentes orientadores en el diagnóstico exacto.</p> | <p>posición neutra, con pie al zenit y otra, con pie en rotación interna de 20° con el objeto de mostrar la articulación tibio-peronea inferior en un plano coincidente con el de sus superficies articulares. Ello identifica la posible diástasis articular.</p> <p>La segunda proyección es lateral, y muestra posibles rasgos de fractura maleolares. No es infrecuente que fisuras o aun fracturas graves, sean difícilmente identificables en un solo plano anteroposterior.</p> <p>El examen radiográfico señalado puede complementarse con radiografía anteroposterior con inversión forzada del retro-pie. El examen debe realizarse con muy buena anestesia local o general y la maniobra debe ser practicada por el propio traumatólogo. De resultar positiva, muestra el desplazamiento del cuerpo del astrágalo dentro de la mortaja, y la diástasis de la articulación tibio-peronea inferior.</p> |  |
|--|--|---|--|--|

