



Nombre de alumno: SANDRA LUZ DOMINGUEZ
JIMENEZ

Nombre del profesor: EDUARDO ZEBADUA
GUILLEN

Nombre del trabajo: PATOLOGIAS DEL APARATO
LOCOMOTOR

Materia: PATOLOGÍA DEL ADULTO

Grado: 6° CUATRIMESTRE

Tuxtla Gutiérrez Chiapas a 30 de julio de 2020

ALTERACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICO.

Los huesos del sistema esquelético funcionan como un almacén para la inserción de músculos, tendones y ligamentos. Protege y mantiene los tejidos blandos en su posición adecuada, proporciona estabilidad para el organismo y mantiene la forma del cuerpo.

El movimiento coordinado del esqueleto es posible gracias a los tendones y ligamentos que conectan los huesos en las articulaciones.

TRASTORNOS.

Numerosas fuerzas físicas provocan una amplia gama de lesiones musculo esqueléticas, incluido los traumatismos contusos de tejidos, la ruptura de tendones y ligamentos, las fracturas de estructuras óseas.

Las lesiones son características:

Condiciones ambientales.

Actividades o grupos de edad particulares.

LESIONES ATLÉTICAS.

Son lesiones agudas o lesiones por desgaste excesivo.

Las lesiones agudas son consecuencia de traumatismos súbitos e incluyen lesiones de los tejidos blandos y de los huesos.

Las lesiones por desgaste excesivo son lesiones crónicas y son resultado de practicar deportes o entrenamiento sin permitir un tiempo de recuperación suficiente de una lesión inicial.

Pueden prevenirse:

Entrenamiento adecuado.

Empleo de equipo de seguridad.

Limitación del nivel de competencia según las habilidades.

Tamaño del niño o del adolescente.

Lugar de por la edad cronológica.

LESIONES ARTICULARES.

Son la parte más débil del sistema esquelético y los sitios frecuentes de lesiones debido a sobrecarga mecánica, o estiramiento o torsión forzados. Las lesiones pueden incluir daños de los tendones.

Laceración: es una lesión en la cual la piel se rompe o pierde su continuidad.

La gravedad depende del tamaño y profundidad de la herida y si hay contaminación por el musculo con los huesos, los ligamentos que mantienen unido los huesos o el cartílago que recubre la superficie articular.

FRACTURAS.

Ocurren cuando se aplica mayor fuerza al hueso de la que es capaz de absorber.

Clasificación:

Fracturas causadas por lesión súbita.

Fracturas por fatiga o estrés.

Fracturas patológicas.

Síntomas:

Dolor.

Hipersensibilidad en el sitio de disrupción ósea.

Tumefacción.

Perdida de la función.

Deformidad de la región afectada.

Movilidad anómala.

Huesos largos 3 tipos de deformidad:

Angulación.

Acortamiento.

Rotación.

ATROFIA MUSCULAR.

Reducción del diámetro de las fibras musculares por pérdida de los filamentos proteínicos.

Cuando un musculo normalmente inervado no se usa por periodos prolongados, las células musculares reducen su diámetro y aunque las células no mueren, pierden gran parte de sus proteínas contráctiles y se debilitan.

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS.

La mayoría de las lesiones esqueléticas se acompañan de lesiones de tejidos blandos. Estas lesiones incluyen contusiones, hematomas y laceraciones.

Contusión: es una lesión de los tejidos blandos resultante de un traumatismo directo, es consecuencia de golpear una parte del cuerpo contra un objeto duro.

Los hematomas provocan dolor debido a que la sangre se acumula y ejerce presión sobre las terminaciones nerviosas.

Distrofia muscular: es un término aplicado a varios trastornos genéticos que producen deterioro progresivo de los músculos esqueléticos por hipertrofia, atrofia y necrosis musculares.

PROBLEMAS LOCOMOTORES.

Conjunto de sistemas que permiten y dan la habilidad del movimiento al cuerpo de los humanos, y de cualquier ser vivo, así como presentan cualidades de protección para los órganos y el cuerpo.

OSTEOPOROSIS.

Disminución de masa ósea debido a una falta de matriz extracelular de colágeno sobre la cual pueda acumularse el fosfato cálcico.

Causas:

Cambios metabólicos, alternando fases de destrucción y formación de hueso.

Alcoholismo.

Fármacos.

Enfermedades inflamatorias.

Factores:

Actividad física.

Dieta.

Hábitos tóxicos.

Vitamina D.

ESGUINCE.

Es una lesión de los ligamentos que unen dos huesos que forman una articulación.

Se producen cuando una articulación se mueve a una posición antinatural ya sea por una caída, torcedura o golpe.

FIEBRE REUMÁTICA.

ARTROSIS.

Es una enfermedad crónica que afecta las articulaciones. Provoca el deterioro del cartílago articular provocando que los huesos se vayan desgastando y aparezca el dolor.

Está localizada en manos, rodillas, cadera o la columna vertebral.

Factores de riesgos:

Edad.

Genética.

Actividad laboral.

Actividad física elevada.

Menopausia.

Obesidad.

Traumatismo.

Síntomas:

Dolor articular.

Limitación de los movimientos.

Crujidos.

Derrame articular.

Rigidez.

Deformidad articular.

ATROSIS DE CADERA.

Es aquella que afecta la parte superior de la pierna.

ARTROSIS DE COLUMNA.

Se produce cuando se lesiona o degenera el cartílago de las articulaciones de la columna lumbar y cervical.

Síntomas:

Pinzamiento de cartílago.

Geodas subcondrales.

Disminución asimétrica del espacio articular.

ARTRITIS REUMATOIDE.

Es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar no solo las articulaciones también puede dañar una variedad de sistemas del cuerpo, piel, ojos, pulmones, corazón y vasos sanguíneos.

Es un trastorno autoinmunitario que se produce cuando el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del cuerpo.

Factores de riesgos:

Antecedentes familiares.

Edad.

Sexo.

Lesión articular previa.

Obesidad.

Síntomas:

Articulaciones doloridas, calientes e hinchadas.

Rigidez de las articulaciones.

Fatiga.

Fiebre.

Pérdida de peso.

TUMORES ÓSEOS.

Tumores primarios o primitivos: nacen y desarrollan en los huesos. Desde propio hueso las células tumorales se desarrollan pueden dividirse en formas benignas y malignas.

Tumores secundarios: son tumores metastasicos, ya que el tumor no nace en el hueso sino en otros puntos alejados especialmente en vísceras. Las células malignas procedentes de tumores de otros órganos como la mama, el pulmón, próstata, llegan luego al hueso fundamentalmente por vía hemática.

Pseudotumores: son aquellas que se comportan como tumores aunque no lo son y requieren un tratamiento como el de los tumores benignos.

Manifestaciones clínicas:

Dolor.

Tumoración.

Impotencia funcional.

Tratamiento:

Abstención vigilada.

Resección intralesional o capsular.

Resección marginal.

Resección ampliada.

Resección radical.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DEL APARATO LOCOMOTOR.

El aparato locomotor puede sufrir distintas lesiones debidas a impactos, caídas, accidentes, en la práctica de la actividad física.

Fracturas epifisarias: pueden ocasionarse por distintos traumatismos.

En niños encontramos fracturas epifisarias, que son aquellas en las que se fractura parcial o totalmente la placa de crecimiento de la epífisis, produciendo un distanciamiento entre esta y la metafisis.

CLASIFICACIÓN DE SALTER Y HARRIS.

Tipo I: la metafisis y la epífisis se distancian por completo. Mecanismo de producción.

Tiene lugar un arrancamiento con componentes de torsión y cizallamiento.

Clínica: puede confundirse con un esguince si el desplazamiento es pequeño.

Tratamiento:

Inmovilización.

Fijación interna.

Tipo II: la línea fracturada es igual a la anterior, aunque hay repercusión en la metafisis, delimitándose una forma triangular en la zona.

Tipo III: la fractura dibuja ángulo de 90° entre la placa de creciente y la epífisis, accediendo a la cavidad articular.

Tipo IV: la fractura llega hasta la metafisis tras sobrepasar la epífisis y la placa de crecimiento.

En los tipos I y II se suele reducir con métodos cerrados.

En el III y IV se utiliza fijación interna y métodos abiertos.

FRACTURAS DE LA EPÍFISIS Y DE LOS CARTÍLAGOS.

Son fracturas epifisarias o de las cabezas de los huesos largos.

Osteocondrales: cuando se ve involucrada la epífisis intraarticular .mediante un cizallamiento de dos estructuras articulares, se segmenta una parte de hueso subcondral con afectación de la superficie de la articulación.

Por comprensión: suelen ser raras por la capacidad absorbente de energía cinética de la placa de crecimiento de la epífisis.

Por convulsión: es una contracción muscular brusca la que origina una avulsión y fractura de la epífisis del hueso sometido a la tracción.

La acción que somete al hueso es posible que sea directa e indirecta por efecto de un traumatismo lejano. El traumatismo afecta a los ligamentos que sujetan la articulación viéndose también perjudicadas las partes blandas adyacentes como tendones, musculatura y la capsula.

LUXACIONES.

Los ligamentos y la capsula articular se ven gravemente lesionadas, produciéndose una completa falta de congruencia articular.

SUBLUXACIONES.

La articulación, tras sufrir un estiramiento y desgarro considerables, ve afectada parte de su estabilidad y congruencia.

TRAUMATISMO DE TENDONES Y MUSCULOS.

Los mecanismos que los provocan pueden ser abiertos o cerrados. Contracción del musculo súbita y vigorosa.

Las heridas musculares se ocasionan por diversas causas:

Arma blanca, arma de fuego.

Cuando la articulación sufre un traumatismo directo, presenta una contusión en lesiones cerradas y heridas en las abiertas.

Las heridas articulares se definen por la existencia de una comunicación traumática, accidental o quirúrgica, entre la cavidad sinovial y el exterior.

ESGUINCE, LUXACION Y DESGARRO.

Que implica las estructuras ligamentosas que rodean la articulación, es parecido a una distensión, pero el dolor y tumefacción desaparecen con mayor lentitud.

Esguince: los ligamentos se desgarran de manera incompleta.

Signos:

Dolor.

Tumefacción rápida.

Calor, discapacidad.

Cambios de coloración.

Limitación de la función.

LUXACIÓN.

Desplazamiento o separación de los extremos óseos de una articulación con pérdida de la misma.

Una subluxación parcial en la cual los extremos óseos en la articulación aún se encuentra en contacto parcial entre sí.

Las luxaciones pueden ser congénitas, traumáticas o patológicas.

Las luxaciones congénitas ocurren en la cadera y rodilla.

Las luxaciones traumáticas ocurren después de caídas, golpes o lesiones rotacionales.

La luxación patológica de la cadera es una complicación tardía de infecciones.

Diagnóstico:

Historia clínica.

Exploración física.

Hallazgos radiológicos.

Tratamiento:

Analgésico y antiinflamatorio.

Relajantes musculares.

Reducción de la luxación, o quirúrgica.

Inmovilización externa o interna y rehabilitación.

DESGARRO.

Es una ruptura parcial o completa de las fibras musculares a causa de un fuerte impacto.

Etiología:

Deportes (mala circulación sanguínea durante el ejercicio, mala preparación previa, sedentarismo, desnutrición, enfermedades como la DM).

Gravedad:

Grado I o leve: existe rompimiento de alguna fibra muscular molestia ligera y una tumefacción mínima con movilidad completa.

Grado II o moderado: ruptura moderada de fibras de musculo y del tendón dolorosa, tumefacción y pérdida de la movilidad.

Grado 3 o grave: ruptura completa del vientre muscular de la unión miotendinosa o de la inserción del tendón incapacidad de la movilidad, dolor intenso.

Características:

Desgarro miofascial.

Desgarro fibrilar.

Desgarro multifibrilar.

Desgarro fascicular.

Desgarro masivo o total.

Adherenciolisis.

Manifestaciones clínicas:

Dolor.

Hipersensibilidad en el sitio de disrupción ósea.

Tumefacción.

Perdida de la función.

Deformidad de la región afectada.

Movilidad anómala.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

DE HOMBRO.

La clavícula es el único hueso que conecta el tronco a la cintura escapular, contribuyendo así a la estabilidad de la misma y de todo el miembro superior influye en la movilidad.

Traumatismo directo por caída sobre la cara externa del hombro.

DE ESCÁPULA.

Es una rotura en el omoplato (escapula). Fracturas del hombro suele estar asociada con la primera costilla.

Por lo general se trata de fracturas benignas, con escaso de desplazamiento, por lo que la reducción e inmovilización no suelen ser necesarias.

Es importante la tonificación de los músculos interés capulares, trapecio y serrato mayor.

LUXACIÓN GLENOHUMERAL.

Traumatismo directo sobre el hombro y hay un mecanismo indirecto cuando sobre el brazo se aplican una combinación de fuerzas en abducción, extensión y rotación externa que ponen en tensión el manguito de los rotadores por su parte más débil que cede y luxa el hombro.

Clínicamente es muy evidente porque el hombro es muy doloroso y la cabeza humeral no se palpa en su lugar anatómico, sino en la porción anterior.

El mecanismo de la lesión es el traumatismo directo o caída sobre la mano con el brazo en abducción.

FRACTURAS DE DIÁFISIS HUMERAL.

Se puede producir por mecanismos directo, que da lugar a fractura transversa o conminuta o por mecanismo indirecto de flexión o torsión que produce las fracturas oblicuas o espiroideas.

Complicación:

Parálisis del nervio radial y pseudoartrosis.

Tratamiento:

Yeso colgante de caldwell.

Férula braquial.

Vendaje de velpeau o collarín.

FISIOTERAPIA DE FRACTURAS DEL HOMBRO.

Se comenzara con crioterapia.

Luego movilizaciones activas de muñeca y dedos.

Ejercicios isométricos de deltoides y músculos peri articulares.

Ejercicios pendulares suaves.

Respiración costal superior y movilizaciones suaves y prudentes de la articulación escapulo-torácica

Después de la inmovilización, sobre la 3 y 4 semana, electroterapia antialgia previa a la movilización.

Ejercicios pendulares ya con cargas mínimas.

Ejercicios activos sin resistencia.

Ejercicios de coordinación como gestos de la vida diaria.

FRACTURAS DE CODO.

Comprometen la movilidad del codo.

Tipos:

Supracondileas.

Transcondileas.

Intercondileas.

Tróclea.

Manifestaciones clínicas:

Tumefacción.

Dolor.

Impotencia funcional del codo.

FRACTURAS DE CÚBITO Y RADIO.

Son las más frecuentes del miembro superior, normalmente tienen un gran riesgo de producir rigidez postraumática, debido a callos vicios, inmovilizaciones prolongadas y fisioterapia mal ejecutada.

Tipos:

Fracturas de olecranon: cuando los fragmentos están separados, la reducción debe ser exacta para no limitar el movimiento y producir artrosis, fracturas de la cabeza y cuello de radio.

LUXACIÓN DE CODO.

El mecanismo lesional es caída sobre la mano con el codo en hiperextensión. Se produce acortamiento del antebrazo y se palpa la paleta humeral situada anteriormente.

Tratamiento:

Reducción cerrada, por manipulación suave de forma inmediata con o sin anestesia.

FRACTURAS DE ANTEBRAZO.

Estas alteran la pronosupinación, fundamental para la función de la prensión de la mano. El mecanismo de lesión es directo o indirecto con caídas sobre la palma de la mano.

Clínica:

Deformidad.

Impotencia funcional y acortamiento.

FRACTURA-LUXACION DE MONTEGGIA.

Consiste en fractura de cubito y luxación del extremo proximal del radio.

Tratamiento:

Ortopédico en niños.

Quirúrgico en adultos.

FRACTURA-LUXACIÓN DE GALEAZZI.

Con fractura del extremo inferior del radio, luxación de la articulación radio-cubital inferior.

Las no desplazadas se tratan con medios ortopédicos.

Las desplazadas con cirugía.

FRACTURAS DE DIÁFISIS DE RADIO Y CÚBITO.

Una grave pérdida funcional si o se tratan correctamente.

Tratamiento:

Realizar ejercicios para mantener el tropismo muscular y la movilidad de las articulaciones que no están inmovilizadas, como el hombro, columna y dedos.

Ejercicios activos progresivos de muñeca y codo en flexo extensión, como resistencia progresiva.

Ejercicios funcionales destinados a reintegrar el antebrazo en la vida diaria.

FRACTURAS DE CARPO Y MANO.

Frecuente en ancianos producidos por caídas y en jóvenes por accidente de circulación en bicicleta. Son las más frecuentes del esqueleto humano.

Tipos:

Fractura de colles: fractura extra-articular de la porción interior del radio con deformación en dorso de tenedor.

Fractura de escafoides: fracturas del carpo.

Fractura de Bennett: fractura intraarticular de la base del primer metacarpiano.

FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES.

FRACTURA DE CADERA.

Pueden ser subcapítulos, transcervicales y basicervicales; con la principal complicación de la necrosis de la cabeza femoral y la sempiterna pseudoartrosis.

Manifestaciones clínicas:

Dolor en la región inguinal.

Claudicación de la marcha si no están desplazadas.

Si lo están dolor muy intenso en toda la región de la cadera.

Tratamiento:

En los jóvenes se realizara osteosíntesis que requiera una mayor inmovilización.

No se permitirá el apoyo ni el trabajo contra resistencia hasta la consolidación entre 3 y 5 meses.

En ancianos prótesis total o parcial, cementada o no cementada que permite apoyo precoz.

La sedestación se iniciara en el segundo o cuarto día del postoperatorio.

Los ejercicios isométricos de cuádriceps y glúteo mayor se realizan desde el segundo día.

FRACTURA DE RODILLA.

Se considera como extremidad distal del fémur los 7,5 cms distales del mismo.

Suelen ser lesiones inestables y conminutas, que pueden ser unicondeles, bicondeles, o fractura conminuta.

Cuadro clínico:

Dolor.

Impotencia funcional.

Edematización.

Tratamiento:

Ortopédico es la reducción con tracción y aplicación precoz de yeso.

FRACTURA DE RÓTULO.

Es el componente principal del aparato extensor de la rodilla. Se puede fracturar por mecanismo directo o indirecto.

Complicaciones:

Condromalacia rotuliana.

Artrosis femoropatelar.

Tratamiento:

Siempre que exista incapacidad para la extensión de la rodilla tiene que ser quirúrgico.

Tiene por finalidad restablecer la continuidad del aparato extensor.

Se usa osteosíntesis con cerclaje simple y patelectomía parcial o total según sean las fracturas, parcelarias o conminuta.

FRACTURAS DE MESETA TIBIAL.

Se producen por traumatismos de alta energía y mediante mecanismo en valgo o varo forzado, lo que hace que se produzca un hundimiento del mismo.

Cuadro clínico:

Dolor.

Tumefacción.

Incapacidad funcional.

Movilidad anormal.

Tratamiento:

Inmovilización con férula larga en 20° de flexión de rodilla.

Aplicación de hielo para frenar la inflamación.

FRACTURAS DE DIÁFISIS DE TIBIA Y PERONE.

Es una de las más frecuentes del organismo.

La fractura de peroné tiene menor importancia, al ser más flexible y estar rodeado de músculos. Son frecuentes las lesiones asociadas de partes blandas.

Tratamiento:

Consiste en una reducción y yeso durante a 6 a 8 semanas.

Apoyo al tercer mes si radiológicamente está bien consolidado.

FRACTURAS MALEOLARES DEL TOBILLO.

Puede ser de uno o ambos maléolos y se producen por mecanismos de inversión o eversión forzada del pie, combinados con rotaciones.

Cuadro clínico:

Dolor intenso en los maléolos con impotencia funcional.

Tumefacción rápida.

Tratamiento:

Dependerá del desplazamiento y estabilidad de los fragmentos.

Si no se obtiene una reducción anatómica estable, se hace fijación quirúrgica de los fragmentos.

FRACTURAS DE PIE.

Astrágalo: se deben a un mecanismo indirecto de dorsiflexión asociado a un componente de rotación. Tiene una pobre vascularización y el riesgo de necrosis es muy fuerte.

Tratamiento:

Se hace con inmovilización con bota de yeso en equino.

Quirúrgico consistirá en una síntesis rígida con tornillos, lo que permite reducir el riesgo de necrosis y facilitar la consolidación.

Calcáneo: se produce por precipitación desde gran altura o accidente de tráfico. No hay riesgo de necrosis pero puede ser muy invalidantes.

Tratamiento:

Ortopédico y quirúrgico estará encaminado a mantener la función articular, con carga a los tres meses.

Escafoides: las no desplazadas se tratan de forma sintomática o cerrada simple y las desplazadas con reducción, fijación o ambas.

Metatarsianos: son fácilmente detectables en radiografía. Las del 2°, 3er y 4° metatarsianos se desencadenan por traumatismos directo y las del 5° suelen ser por inversión del pie.

Tratamiento:

En las no desplazadas se colocan un botín de yeso durante 6 semanas.

En las desplazadas, reducción abierta y osteosíntesis, tras lo cual el botín se coloca de 6 a 8 semanas.