



Nombre de la alumna: López López
Carmela

Nombre del profesor: DR. Óscar
Fabián González Sánchez

Nombre del trabajo: Fracturas del
miembro superior e inferior.

Materia: patología en el adulto.

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 02 de agosto de 2020

FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR

FRACTURAS DE MIEMBROS SUPERIORES

Soluciones de continuidad que se originan en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Clasificación

- Diafisiarias, metafisiarias, epifisiarias
- Abiertas o cerradas
- Transversa, oblicua, espiroidea, en ala de mariposa, conminuta.
- Completa o incompleta.

Fracturas de miembro superior

- Fractura de clavícula
- Fractura de humero
- Fractura de radio y cubito.

FRACTURA DE CLAVÍCULA

La clavícula esta sostenida en su posición por la capsula de la articulación acromioclavular y por los ligamentos coracoclavulares conoides y trapezoides.

Clasificación

Tipo 1: estable, mínimamente desplazadas

Tipo 2: inestable, desplazadas, desinserción ligamentos coracoclavulares desde el fragmento proximal

Tipo 3: intra-articular (estable)

Mecanismo de lesión

- Caída con traumatismo directo sobre el hombro.

Clasificación

- 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).

Clínica y exploración física

- Actitud antiálgica con el brazo lesionado sostenido junto al cuerpo.
- Deformidad, crepitación y dolor en el foco de fractura (clínica traumática habitual).
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.
- Siempre se debe completar la exploración neuro-vascular distal.

Diagnostico

- RX convencionales AP que incluya el humero proximal
- Las lesiones del tercio externo se aprecian mejor con proyecciones AP modificadas con 15 ° de inclinación cefálica y penetración reducida (incidencia de Zanca modificada)
- Si se sospecha compromiso vascular se debe realizar arteriografía (poco frecuente).

FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO

El húmero proximal está constituido por cuatro partes anatómicas bien definidas: troquín, cabeza humeral y diáfisis. Cada una de estas partes presenta diversas inserciones musculares que determinan el desplazamiento de los fragmentos. El cuello quirúrgico es la zona distal a los troquiteres. Esta es una zona de adelgazamiento cortical susceptible a las fracturas.

Mecanismo de lesión

- 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 se producen por traumatismos de alta energía.
- Otras causas son las fracturas patológicas o las convulsiones (asocian fractura-luxación).

Cuadro clínico

- Actitud antiálgica. Dolor, crepitación y deformidad.
- En ocasiones se aprecia equimosis extensa que involucra la cintura escapular y la región torácica (hematoma de Hennequin).

- Descartar siempre lesión neuro-vascular sobretodo en 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.
- El déficit neurológico más frecuente es la neuroapraxia del axilar o circunflejo.

Clasificación

- Fracturas extra articulares
- Fracturas intraarticulares
- Fracturas supra-intercondileas

Diagnostico

- Las RX básicas en el área de urgencias son la RX AP del hombro (perpendiculares al plano de a escápula y no al plano del tórax) y RX lateral de escápula.
- La RX transtorácica permite descartar luxación gleno-humeral asociada.
- El TAC de urgencia es de gran valor para determinar el número de fragmentos y su desplazamiento.

Tratamiento

La mayor parte de las fracturas del extremo distal del humero requieren fijación quirúrgica.

FRACTURAS DIAFISIARIAS DE RADIO Y CUBITO

Se producen por un impacto directo al antebrazo como consecuencia de un accidente de tráfico, deportivo o tras caída de altura.

Cuadro clínico

- Deformidad evidente, dolor, crepitación.
- Puede asociar lesiones nerviosas por lo que se deben explorar el nervio mediano, cubital y radial.
- Se deben explorar tanto desde punto de vista clínico como radiográfico las articulaciones proximales y distales del antebrazo para descartar lesiones asociadas.
- La piel debe explorarse para descartar que sean fracturas abiertas.

Clasificación

- Localización de la fractura: tercio proximal, medio y distal
- Trazo de la fractura: transversal simple o en tercer fragmento, oblicua
- Afectación de radio, de cubito o de ambos

Diagnostico

- RX AP y lateral de antebrazo incluyendo codo y muñeca.

Tratamiento

- Fracturas no desplazadas: inmovilización con yeso o férula braquio-palmar en 90° de flexión de codo y en posición neutra de prono-supinación (34 semanas). Se deben hacer controles RX tempranos por la posibilidad de desplazamiento secundario.
- Fracturas desplazadas: tratamiento quirúrgico mediante osteosíntesis con placa.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

Es la solución de continuidad de un hueso. Esto incluye desde la fractura incompleta apenas evidente hasta las lesiones complejas donde hay fragmentación.

Signos y síntomas

- Dolor intenso
- Deformidad
- Limitaciones de la motilidad o motilidad anormal
- Puede existir crepitación a nivel de la fractura.

Clasificación

- Según el sitio donde se producen
- Diafisiarias
- Metafisiarias
- Epifisiarias

De acuerdo con la línea divisoria del hueso

- Incompleta
- Completa

Lesiones del miembro inferior

- Cadera
- Fémur
- Rodilla
- Tibia
- Tobillo
- Pie

Fracturas de cadera

Las fracturas de cadera pueden ser difíciles de tratar por su frecuente asociación con fracturas diafisarias de fémur ipsilaterales o por el riesgo de necrosis a vascular que implican las fracturas intraarticulares.

Las fracturas del cuello femoral, se deben tratar mediante reducción cerrada y síntesis con tornillos. En estos casos el factor más importante que determina el riesgo de necrosis de la cabeza femoral parece ser la cuantía del desplazamiento inicial.

Las fracturas intertrocantericas se tratan con tornillos de compresión o con un clavo placa.

Las fracturas subtrocantéricas, pueden dividirse en tres tipos.

- 1: fracturas por debajo del trocánter menor
- 2: fracturas que afectan al trocánter menor
- 3: fracturas que se extienden al trocánter mayor.

El tratamiento de elección para las fracturas distales al trocánter menor así como las que afectan a este es el enclavado endomedular en cerrojado. Las fracturas que se extienden al trocánter mayor requieren el uso de clavo-placa.

Fracturas distales del fémur

Todas las fracturas en pacientes politraumatizados, deben ser estabilizadas, en las primeras 24 horas si es posible.

Tipos de fracturas se dividen en

Fracturas extra-articulares

Fracturas intra-articulares

Fracturas abiertas y fracturas asociadas a lesión vascular.

Fracturas de rodilla

A este nivel el fémur pierde las características de cilindro hueco de sección triangular con un gran ensanchamiento. Se trata de fracturas que se producen en adultos por traumatismos de alta energía (poli traumatizados), aunque también en ancianos osteoporóticos ante traumas de menor intensidad. Suelen ser lesiones inestables y conminutas, que puede ser unicondílea, bicondíleas o fractura conminuta. Clínicamente el paciente refiere dolor e impotencia funcional, encontrándose la rodilla edematizada por el hemartros a tensión que se produce. Para el tratamiento, como norma general ante ausencia de pulso periférico distal, la reducción debe ser urgente. El único tratamiento ortopédico aceptado es el de la reducción con tracción y aplicación precoz de yeso.

Fracturas de rótula

La rótula es el componente principal del aparato extensor de la rodilla. Se puede fracturar por mecanismo directo o indirecto (contracción violenta del cuádriceps). Las complicaciones más frecuentes son la condromalacia rotuliana y la artrosis femoropatelar. El tratamiento, siempre que exista incapacidad para la extensión (bastante frecuente) de la rodilla tiene que ser quirúrgico y tiene por finalidad restablecer la continuidad del aparato extensor.

Fracturas de tibia

La fractura de tibia es una de las más frecuentes del organismo. Sus características anatómicas hacen que el pronóstico y el tratamiento sean complejos. En cambio, la fractura de peroné tiene menor importancia, al ser más flexible y estar rodeado de músculos. Son frecuentes las lesiones asociadas de partes blandas.

También puede haber lesiones vasculares, nerviosas y ligamentosas. Las fracturas del tercio distal de la tibia tendrán una consolidación lenta y difícil.

El tratamiento es ortopédico consiste en una reducción y yeso durante 6 a 8 semanas.

Fracturas del tobillo

Puede ser de uno o ambos maléolos y se producen por mecanismos de inversión o eversión forzada del pie, combinados con rotaciones. Clínicamente el paciente referirá dolor intenso

en los maléolos con impotencia funcional y tumefacción rápida. El tratamiento dependerá del desplazamiento y estabilidad de los fragmentos.

Fracturas del pie

Encontramos varias fracturas típicas:

- **Astrágalo:** se deben a un mecanismo indirecto de dorsiflexión asociado a un componente de rotación. El tratamiento ortopédico se hace con inmovilización con bota de yeso en equino y el quirúrgico consistirá en una síntesis rígida con tornillos, lo que permite reducir el riesgo de necrosis y facilitar la consolidación.
- **Calcáneo:** se producen por precipitación desde gran altura o accidente de tráfico. El 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 2º, 3er. Y 4º metatarsiano se desencadenan por traumatismo directo y las del 5º suelen ser por inversión del pie.