



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**Ana Laura Villatoro Ortiz**

**Clínica Quirúrgica Complementaria**

**Semestre: 7°**

**Grupo: "B"**

**Dr. Edgar Martin Guillén Hernández**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**a 22 de Noviembre del 2020.**

# “CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS”

Localización Anatómica	Línea de Fractura	Fragmentos de Fractura	Estabilidad	Asociación a Tejidos Blandos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/3 Proximal</li> <li>• 1/3 Medial</li> <li>• 1/3 Distal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transversa</li> <li>• Oblicua</li> <li>• Impactada</li> <li>• Espiroidea</li> <li>• Conminuta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alineada</li> <li>• Aposición</li> <li>• Desplazada-acabalgamiento/bayoneta</li> <li>• Divergente separada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estable</li> <li>• Inestable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple/Cerrada</li> <li>• Compuesta/Abierta</li> <li>• Con complicaciones</li> <li>• Sin complicaciones</li> </ul>

# “FRACTURA DE CLAVÍCULA”

NEER	
TIPO I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracturas laterales a ligamentos coracoclaviculares</li> <li>• Ligamentos intactos-estables- tratamiento conservador</li> </ul>
TIPO II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracturas a través de los siguientes ligamentos</li> <li>• Ligamentos lesionados inestables- tratamiento quirúrgico</li> </ul>
TIPO III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracturas con extensión a articulación acromioclavicular</li> <li>• Ligamentos intactos-estables- tratamiento conservador</li> </ul>

ALLMAN	
GRADO I	Esguince con ligamentos intactos
GRADO II	Rotura de ligamentos esternoclaviculares con ligamentos costo claviculares intactos
GRADO III	Avulsión de la articulación esternoclavicular, rotura completa de los ligamentos esternoclaviculares y costoclaviculares, desplazamiento anterior o posterior

ROBINSON	
TIPO I	<p>TERCIO PROXIMAL</p> <p>a) No Desplazados: extra-articular/ intra-articular</p> <p>b) Desplazadas: extra-articular/ intra-articular</p>
TIPO II	<p>TERCIO MEDIAL</p> <p>a) Alineada según cortical: no desplazadas/ anguladas</p> <p>b) Desplazada: simple, tercer fragmento/ multifragmentario, conminuta</p>
TIPO III	<p>TERCIO DISTAL</p> <p>a) No Desplazadas: extra-articular/ intra-articular</p> <p>b) Desplazadas: extra-articular/ intra-articular</p>

CRAIG	
TIPO I	Fractura tercio medio
TIPO II	Fractura tercio distal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimamente desplazada</li> <li>• Desplazada fractura medial a ligamentos CC: conoide, trapezoide intactos/ rotura conoide, trapezoide intacto</li> <li>• Fracturas de superficie articular</li> <li>• Fractura en niños, ligamentos CC intactos unidos a periostio y fragmento proximal desplazado</li> <li>• Fracturas conminutas</li> </ul>
TIPO III	Fractura tercio proximal <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mínima o desplazamiento</li> <li>b. Desplazadas</li> <li>c. Intra-articular</li> <li>d. Fractura de la epífisis</li> <li>e. Conminutas</li> </ol>

## “FRACTURA DE ANTEBRAZO”

BADO	
TIPO I: Monteggia Anterior	Fractura del tercio proximal o medio del cubito junto con una luxación anterior de la cabeza radial y angulación anterior del cubito
TIPO II: Monteggia Posterior	Fractura similar, con angulación posterior de la cabeza radial; a menudo existe fractura de la cabeza radial. Mas característica en los adultos y poco frecuentes en niños.
TIPO III: Monteggia Externa	Fractura de la metafisis del cubito con una luxación lateral de la cabeza del radio. Rara en adultos
TIPO IV	Fractura del tercio proximal o medio del cubito con una luxación anterior de la cabeza radial y una fractura del tercio superior del radio (fractura de cubito y radio asociada a luxación radial)

# “FRACTURA DE FEMUR”

ANATÓMICA	
A	Fractura Subcapital
B	Fractura Transcervical
C	Fractura Basicervical

PAUWELS	
TIPO I	Traza de fractura inferior a 30 grados
TIPO II	Traza de fractura en ángulo entre 30 y 50 grados
TIPO III	Traza en fractura en ángulo mayor a 70 grados

EN RELACIÓN A INSERCIÓN CAPSULAR	
INTRACAPSULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subcapitales</li> <li>• Transcervicales</li> </ul>
EXTRACAPSULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cervitrocantéreas o basicervicales</li> <li>• Pertrocantéreas o trastrocantéreas</li> <li>• Subtrocantéreas</li> </ul>

CLASIFICACIÓN DE TRONZO	
TIPO I	Fractura incompleta, sin desplazamiento
TIPO II	Fractura completa sin desplazamiento
TIPO III	III A: conminación de trocánter mayor IIIB: comunicación de trocánter menor con el fragmento proximal telescopado
TIPO IV	Fractura con conminación de pared posterior
TIPO V	Fractura con trazo invertido

GARDEN	
TIPO I	Fractura incompleta o en abducción
TIPO II	Fractura completa sin desplazamiento
TIPO III	Fractura completa, parcialmente desplazada, menos de 50%
TIPO IV	Fractura completa con desplazamiento total o mayor a 50% Fractura completa, pérdida del contacto entre los fragmentos

## **“FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL”**

WINSQUIST Y HANSEN	
TIPO I	Conminución mínima o ausente
TIPO II	Permanece intacto al menos el 50% de la cortical de ambos fragmentos
TIPO III	Conminución cortical del 50% al 100%
TIPO IV	Conminución circunferencial sin contacto entre los corticales