 

DOCENTE:

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:

HANNIA DEL CARMEN SALAZAR JIMENEZ

MATERIA:

CLINICAS QUIRURGICA COMPLEMENTARIA

TEMA:

RESUMEN DE RADIO Y CUBITO

El cúbito el hueso más interno situado en el antebrazo. El cúbito se forma a partir de:

* Cara anterior: ligeramente excavada por arriba y redondeada hacia abajo.
* Cara posterior: dividida por una cresta longitudinal en dos partes, interna y externa.
* Cara interna: sirve para inserciones musculares.
* Borde anterior: es obtuso.
* Borde posterior: por arriba se divide en dos crestas que se dirigen hacia los bordes del olecranon.
* Borde externo:Es la cresta interósea.
* Epífisis proximal: Se articula con la tróclea humeral. Presenta: olecranon, vértice o pico del olecranon, apófisis coronoides, tubérculo coronoideo, en su cara interna, cavidad sigmoidea menor, en su cara externa, superficie subsigmoidea, por debajo, y cavidad sigmoidea mayor del cúbito.
* Epífisis distal o cabeza del cúbito: apófisis estiloides, interna y dirigida hacia abajo y hacia atrás, y canal para el tendón del músculo cubital posterior, por dentro y por detrás.

El radio Este hueso se encuentra en la parte más externo del antebrazo. Es el que se rompe con mayor facilidad debido a su proximidad con la articulación de la muñeca. En este hueso identificamos las siguientes partes:

* Cara anterior: se extiende desde la tuberosidad bicipital hasta la extremidad inferior del hueso.
* Cara posterior: es redonda por arriba y excavada hacia su parte media.
* Cara externa: es convexa y redondeada.
* Borde anterior: se extiende desde la tuberosidad bicipital hasta la base de la apófisis estiloides del radio.
* Borde posterior: acentuado en su parte media.
* Borde interno o interóseo: delgado y cortante. Se divide en la extremidad inferior del hueso.
* Epífisis proximal o superior:Cabeza del radio: cúpula del radio, para la articulación con el cóndilo del húmero; superficie articular en el contorno de la cabeza para la cavidad sigmoidea menor del cúbito.

Clasificaciones de una fractura del antebrazo

Fractura de Torus. También se conoce como «fractura en rodete». La capa más superior del hueso en un lado del hueso es comprimida, causando que el otro lado se doble hacia afuera del cartílago de crecimiento. Ésta es una fractura estable y los pedazos rotos del hueso no se han separado (desplazado).

Fractura metafisaria. La fractura cruza la porción superior o inferior del cuerpo del hueso y no afecta al cartílago de crecimiento.

Fractura en tallo verde. La fractura se extiende a través de una porción del hueso, haciendo que se doble en el otro lado.

Fractura de Galeazzi. La lesión afecta a los dos huesos del antebrazo. Por lo general hay una fractura con desplazamiento en el radio y una luxación del cúbito en la muñeca, donde el radio y el cúbito se unen.

Fractura de Monteggia. La lesión afecta a los dos huesos del antebrazo. Por lo general hay una fractura en el cúbito y la parte superior (cabeza) del radio está luxada. Ésta es una lesión muy severa y requiere atención urgente.

Fractura del cartílago de crecimiento. Ésta también es llamada fractura epifisaria y ocurre en el cartílago de crecimiento o cruzándolo. Por lo general estas fracturas afectan al cartílago de crecimiento del radio cerca de la muñeca.

Los signos y síntomas más comunes son:

* Deformidad alrededor del codo, antebrazo o muñeca;
* Dolor durante la palpación;
* Inflamación;
* Incapacidad de rotar o girar el antebrazo.

Tipo de fracturas

* Fisura ósea: es la fractura en la continuidad del hueso, pero no completa. No existe riesgo de romperse. No suele necesitar ser inmovilizada.
* Fractura estable: Es una fractura que conserva una parte del hueso y su cortical sin rotura, lo cual hace que el riesgo de desalineamiento sea bastante bajo.
* Fractura inestable: son fracturas completas que están alineadas, pero corren el riesgo de perder este alineamiento y requerirán vigilancia e inmovilización.
* Fractura inestable operada o intervenida: una fractura que se ha tenido que estabilizar quirúrgicamente con placas, clavos y tornillos.
* Fractura múltiple: fracturas en la que el hueso se rompe en distintos sitios.
* Fractura conminuta: fracturas en las que el hueso se rompe en trozos muy pequeños.

El tratamiento conservador estará recomendado para fracturas leves como las ya mencionadas fracturas en rodete, suelen requerir solo el soporte de una férula o yeso hasta que el hueso se consiga soldar. Para los tipos de fracturas más severas que han formado un ángulo, el médico tal vez pueda manipular los huesos para alinearlos sin cirugía, siempre y cuando los huesos no hayan pasado a través de la piel. Una fractura estable, como puede ser la fractura en rodete, puede necesitar de 3 a 4 semanas de yeso. Una lesión más seria, como una fractura-luxación de Monteggia, puede requerir de 6 a 10 semanas de inmovilización. El tratamiento quirúrgico será necesario solo si se requiere alinear los huesos, fijarlos en su lugar y se observa que:

* La piel está rota
* La fractura es inestable
* Los segmentos del hueso se han desplazado
* Los huesos no pueden alinearse solo con manipulación
* Los huesos ya han comenzado a soldar en un ángulo o en una posición incorrecta