

Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villa fuerte**

Nombre del tema: **Súper nota con el tema: Tipos de Fracturas**

Parcial: **3°**

Nombre de la Materia: **Clínicas Quirúrgicas Complementarias**

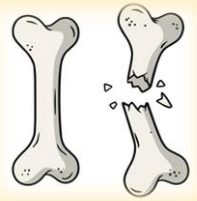
Nombre del profesor: **Dra. Sheila Anahí Urbina Hernández**

Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana**

Semestre: **7°**

San Cristóbal de las Casas, Chis, 06 de Noviembre de 2024.

Típos de fracturas:



Es la **ruptura total o parcial de un hueso** por diversas causas; lo más común es que se deba a un accidente, una caída fuerte o una lesión deportiva. La fractura provoca un dolor intenso y dependiendo de la gravedad puede necesitar cirugía para recomponer el hueso.

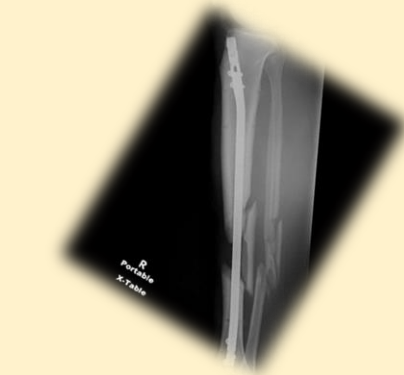
SEGÚN LA ENERGÍA DISIPADA EN EL TRAUMATISMO

Fractura de alta energía: Se refiere a la gran energía cinética del traumatismo que se va a transmitir una a la extremidad y por ende al hueso, por lo que nos vamos a encontrar con importantes lesiones del hueso y de las partes blandas.

Fractura de baja energía: No se necesita un gran traumatismo para producirla

a) Fracturas por estrés o por fatiga: Son las resultantes de aplicar una fuerza de poca intensidad y repetidamente o cíclicamente sobre un hueso normal o patológico (por ejemplo la fractura del recluta o por estrés del 2º metatarsiano que recibe también el nombre de fractura de Deütschlander

b) Fracturas patológicas o por insuficiencia: Son las que se producen sobre un hueso anormalmente débil por una enfermedad constitucional o adquirida, sin que requiera una fuerza anormal para producirla.



SEGÚN LA EXTENSIÓN DEL TRAZO

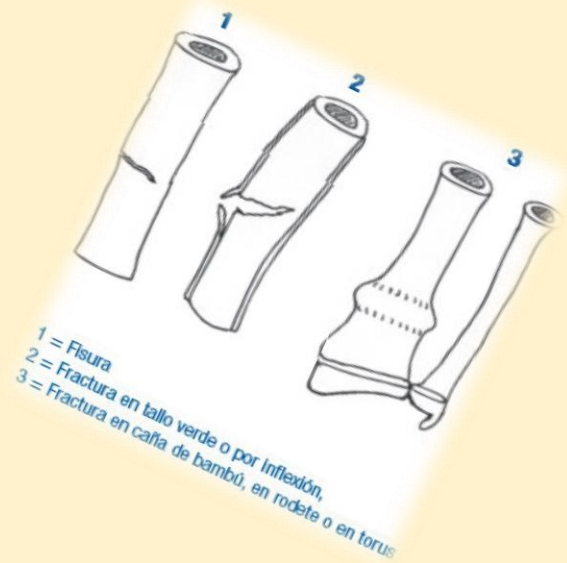
Fractura completa: Es aquella en la que el trazo afecta a todo el espesor del hueso y periostio.

Fractura incompleta: Es aquella en la que el trazo no afecta a todo el espesor del hueso

a) Fisuras: afecta a parte del espesor.

b) Fracturas en tallo verde: típica en los niños, suceden por flexión en huesos flexibles. Hay solución de continuidad en la superficie de tensión pero no progresa en la de compresión

c) Fracturas en rodete: típica de los niños en las zonas de unión metafisio-diafisarias. El hueso cortical metafisario es insuflado por compresión del eje vertical



SEGÚN EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Fracturas por mecanismo directo: Son las producidas en el lugar del impacto de la fuerza responsable, pueden ser multifragmentarias.

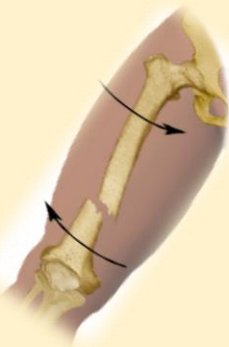
Fracturas por mecanismo indirecto: Se producen a distancia del lugar del traumatismo

Las podemos clasificar de la siguiente forma:

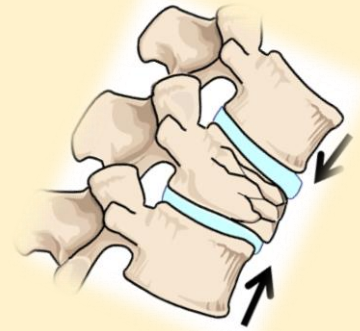
a) Fracturas por tensión o tracción: debidas a dos fuerzas que actúan en la misma dirección pero en sentido opuesto, divergentes desde el hueso. Ejemplos: arrancamientos maleolares, avulsión tuberosidad tibial anterior



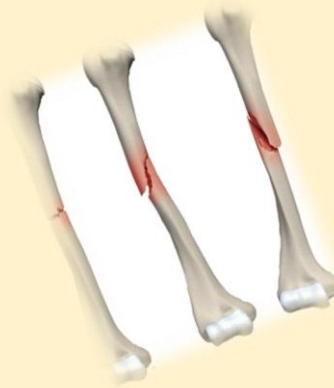
c) Fracturas por torsión: Debidas a una fuerza que ocasiona un movimiento de rotación del hueso sobre su eje. El trazo suele ser espiroideo



b) Fracturas por compresión: debidas a dos fuerzas que actúan en la misma dirección pero en sentido opuesto, convergentes hacia el hueso. Suelen ocurrir en hueso esponjoso como el cuerpo vertebral, el hundimiento de meseta tibial, etc. Cuando sucede en un hueso diafisario, el trazo de fractura suele ser oblicuo.



d) Fracturas por flexión: Debidas a dos fuerzas de direcciones paralelas que actúan en el mismo sentido, pero cada una en un extremo del hueso. El trazo suele ser trasverso o ligeramente oblicuo y puede existir un tercer fragmento en ala de mariposa



e) Fracturas por cizallamiento: Son debidas a dos fuerzas paralelas en sentido opuesto, convergentes hacia el hueso. El trazo suele ser transversal.

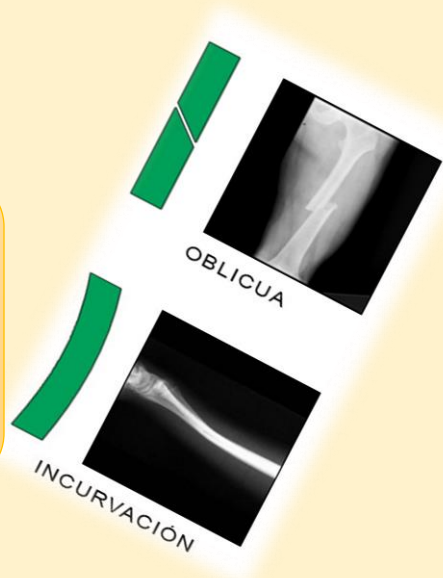


SEGÚN LA LESIÓN TISULAR

Fracturas cerradas: No existe comunicación del foco de fractura con el exterior. Pueden a su vez clasificarse según la intensidad de la lesión de las partes blandas asociada mediante la clasificación de Figura 4. Figura 5. Figura 6. Tscherny y Oestern y también la clasificación de la AO.



Fracturas abiertas: Existe una solución de continuidad en la piel que comunica el foco de fractura con el exterior. La clasificación más usada es la de Gustilo y Anderson distingue tres tipos



SEGÚN LA LOCALIZACIÓN Pte 1

En los huesos largos distinguimos fracturas diafisarias, metafisarias y epifisarias. Aquellas fracturas en las que el trazo afecta o se extiende hasta la superficie articular se denominan fracturas articulares.

En los que están en crecimiento, además, puede haber fracturas fisarias o epifisiolisis, donde la clasificación de Salter y Harris es la más extendida



Se distinguen 6 tipos de fracturas:

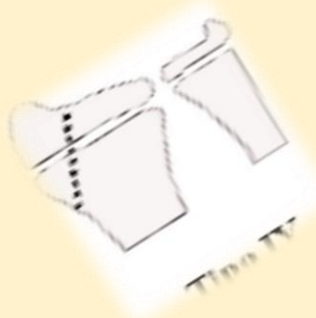
Tipo I: Consiste en una separación completa epifisometafisaria, pero sin fractura ósea.

Tipo II: Es el tipo más común de lesión fisaria. En ella el trazo de fractura se extiende a lo largo de la placa epifisaria para luego discurrir hacia la metáfisis originando un fragmento metafisario triangular



Tipo III: El trazo de fractura discurre desde la superficie articular a la placa de crecimiento para luego avanzar a lo largo de las misma hasta la periferia.

Tipo IV: El trazo se extiende desde la superficie articular a través de la epífisis, cruza todo el espesor de la placa fisaria y una porción metafisaria, para acabar finalmente en esta zona.

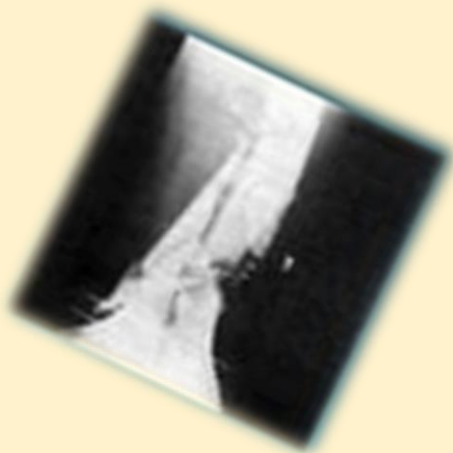


LA CLASIFICACIÓN AO

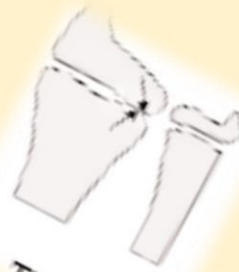
Antes de esta clasificación existían muchas clasificaciones distintas para muchos tipos de fracturas y aunque algunas eran y siguen siendo válidas, por ejemplo la clasificación de Schatzker para la meseta tibial, era difícil entenderse pues a la hora de publicar resultados se requiere un lenguaje universal

Fundamentos para la clasificación AO de las fracturas.

Cada hueso largo se numera y se divide en tres segmentos y con otro número se identifica el segmento, el nº 1 para el segmento proximal, el 2 para el segmento medio y el número 3 para el distal.



SEGÚN LA LOCALIZACIÓN Pt 2



Tipo V

Tipo V: Es consecuencia de una fuerza de compresión que produce un aplastamiento de la fisis.

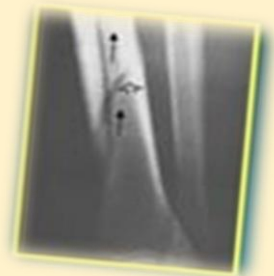
Tipo VI: Es una lesión del anillo pericondral de la placa de crecimiento descrito por Rang



Tipo VI (Rang 1969)

SEGÚN LA ESTABILIDAD DE LA FRACTURA

Fracturas estables: No tienen tendencia a desplazarse una vez se consigue una reducción adecuada. Por lo general son fracturas simples con un trazo transversal o con una oblicuidad inferior a 45°



Fracturas inestables: Son aquellas que tienen tendencia a desplazarse una vez se consigue una reducción adecuada o son plurifragmentarias. Por lo general son fracturas con una oblicuidad superior a 45° (excepto las espiroideas)

BIBLIOGRAFÍA:

https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2047.pdf

