



**Jazmin Guadalupe Ruiz García**

**Dr. Jesus Eduardo Cruz Domínguez**

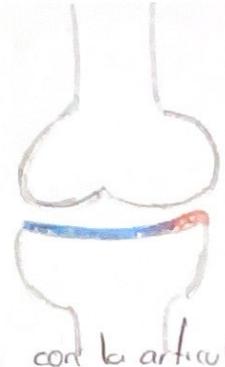
**Flashcards**

**Medicina física y rehabilitación**

**4° "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de noviembre de 2024.

# Fractura de Menisco



Pérdida de la continuidad del mismo que contacta con la articulación

## Epidemiología

- Más frecuente en ♂
- 2-3 veces ⊕ frecuente la rotura de menisco interno.
- Asociados a práctica deportiva.

## Fisiopatología.

Combinación de fuerza compresiva, tracción y cizallamiento, son multifactoriales como la edad, IMC, nivel de actividad del paciente, edad y alineación de las articulaciones.

## Patrones frecuentes.

- \* Lesión Intraarticular
- \* Lesión radial
- \* Lesión horizontal
- \* En asa de Balde
- \* Lesión compleja
- \* Lesión en Flap.

## Diagnóstico

- Exploración de la rodilla
- Rx
- Resonancia
- Artroscopia de rodilla.

## Etiología

- Traumática: causada por un impacto
  - Directo
  - Indirecto.
- Degenerativa: Causada por el deterioro progresivo con los años
- Mecánica: debida a malas posturas, en consecuencia, un mal funcionamiento.

## Cuadro clínico

- Dolor en la línea articular
- Derrama articular
- Episodios de bloqueo x interposición
- Disminución en amplitud en el arco de flexo/ extensión
- Atrofia del complejo muscular del cuádriceps

## Tratamiento.

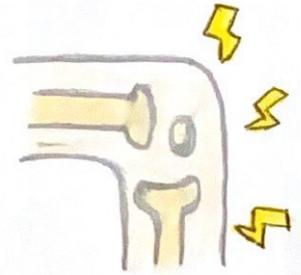
1 **Conservador**: en lesiones degenerativas que aparecen con la edad.

2 **cirugía**:

- Reparación de menisco por artroscopia.
- Resección parcial o extirpación del menisco dañado (meniscectomía).

# Artritis Séptica

Es una infección de origen bacteriana en la cavidad articular, la cual desencadena un proceso inflamatorio.



## Epidemiología

- Hombres (55-60%) ♂
  - infancia
  - 3ª edad



## Localización ⊕ frecuente

- Rodilla
- Codo
- Cadera
- Muñeca
- Tobillo
- Hombro.

## Signos y síntomas

- Dolor
- Fiebre
- Limitación de movilidad de articulación afectada.
- Signos de fibrosis (tumefacción, rubor).
- Derrame articular.

## Factores de riesgo

- Edad (>80 a 0 <5a)
- Nivel socioeconómico bajo
- Género ♂ (pediátrico)
- Prematuridad o bajo peso
- Diabetes mellitus
- Hemodiálisis
- Úlceras cutáneas
- Artritis reumatoide
- Prótesis de rodilla o cadera.
- Sepsis
- Hemoglobinopatías
- Varicela

## Según el microorganismo

- No genocócica
  - Staphylococcus aureus
- Streptococcus
- Bacilo gram (-)
- virus
  - Rubéola
  - Parvovirus
  - Parotiditis
- Micobacterianas
- Gonocócica
  - Neisseria gonorrhoeae

## Clasificación

### Según fisiopatología

- Hematógena
- Por contigüidad
  - Osteomielitis o infección de tejidos blandos.
- Por invasión directa
  - Post quirúrgica
  - Post trauma penetrante.

## Diagnóstico

### Clinico

- Estudios Complementarios
  - BH
  - USG
  - PCR
- Rx
- TAC
- RMN
- Biopsia por punción

## Tratamiento

### Médico

≥ 3 meses

- Asociar {  
• Dioxacilina  
• Cefotaxima  
• Cefalotina

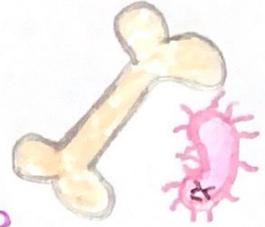
⊕ aminoglucósido como alternativa.

### Quirúrgico

- Limpieza quirúrgica artroscópica.
- Artrotomía
- Drenaje articular.

# Osteomielitis

Infección de un hueso causada por un organismo infectante, patología infecciosa de carácter inflamatorio del hueso.



## Epidemiología

- 2:1 en favor al sexo ♂
- ♀ más afectado

## Fisiopatología

Osteomielitis secundaria a un foco antiguo de infección

O. secundaria a la propagación hematológica de la infección

O. secundaria a un foco antiguo de infección asociada con insuficiencia vascular.

## Factores de riesgo

### » Sistémicos

- uso de nicotina
- obesidad
- Desnutrición
- Diabetes mellitus

### » Locales

- Estasis venosa
- Linfedema crónico
- Artritis
- colocación de implantes qx.

» Staphylococcus aureus

» Pseudomonas aeruginosa.

## Clasificación (Según Cierny-Mader)

### Tipo Anatómico

- Etapa I: osteomielitis medular
- Etapa II: osteomielitis superficial
- Etapa III: osteomielitis localizada.
- Etapa IV: osteomielitis difusa

### Estado Fisiológico

- A: Px normal
- B: Px con compromiso local o sistémico
- C: Tto peor que la enfermedad.

## Cuadro clínico

Episodio Agudo	MC	Episodio crónico
+++++	Fiebre	+
+++	Enrojecimiento	++
+++	Hinchazón	+++
+++	Leucocitosis	+++
++	Fístula	+++++
+	Purulencia	+++++

## Diagnóstico

### Diagnóstico analítico y microbiológico

- Recuento leucocitario normal
- Proteína C reactiva (PCR) ↑
- Persistencia de VSG y PCR ↑

### Estudios de imágenes

- Rx
- RM
- USG
- TC
- TEP
- CO

## Tratamiento

- Iniciar con antibióticos de amplio espectro
- < 5 años e inmunosupresión:
  - cloxacilina 2gr/4h EV + ceftria 2gr/8-24h EV
- > 5 años: cloxacilina 2gr/4h
- Usuarios de drogas EV: cloxacilina 2gr/4h
- Tiempo de tto mínimo 3-4 semanas. VP

### Cirugía

- Drenaje de abscesos
- Debridamiento extenso en tej infectado o necrotico
- Estabilidad de fx.