



Jazmin Guadalupe Ruiz García

Dr. Jesus Eduardo Cruz Domínguez

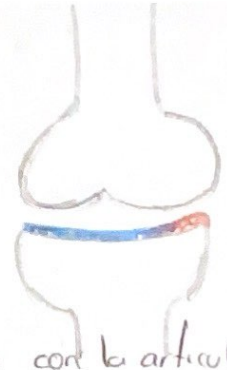
Flashcards

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 más 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 e interposición
- Disminución en amplitud en el arco de flexo/ extensión
- Atrofia del complejo muscular del cuádriceps

Tratamiento.

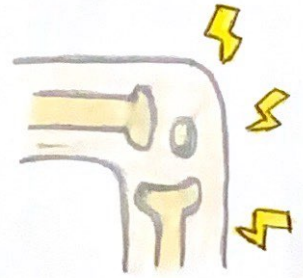
1 **Conservador**: en lesiones degenerativas que aparecen con la edad.

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 {
• Doxiciclina
• Cefotaxima
• Cefalotina

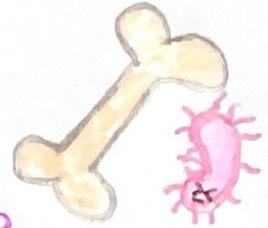
⊕ aminoglucósido como alternativa.

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.