



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Flahcard

PASIÓN POR EDUCAR

MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

5" B

Comitán de Domínguez Chiapas a Noviembre de 2024

FRACTURA de MENISCO



Es la ruptura en los discos del cartilago situados en la rodilla entre el fémur y la tibia. Los meniscos cumplen la función de amortiguar y estabilizar la articulación, además de distribuir la carga del peso corporal. Estas lesiones suelen ocurrir al realizar movimientos de **torsión** o al recibir algún impacto en la rodilla.

EPIDEMIOLOGÍA

- ↳ Incidencia anual de 60-70 casos por cada 100,000 personas
- ↳ 10-20% de las lesiones de rodilla.
- ↳ Común en jóvenes deportistas.

FACTORES de RIESGO

- ↳ Edad
- ↳ Actividad Física intensa
- ↳ Obesidad
- ↳ Lesiones previas de rodilla
- ↳ Debilidad o desequilibrio muscular.

CLASIFICACION

- **Lesiones en asa de balde:** Una porción del menisco se separa y queda atrapada en la articulación.
- **Lesiones en aleta o en pico de loro:** Son lesiones horizontales que suelen verse en el menisco medial.
- **Lesiones radiales:** Son roturas desde el borde interno hacia la periferia del menisco.
- **Lesiones complejas:** Implican varios tipos de rotura en un mismo menisco.
- **Lesiones degenerativas:** Asociadas con el envejecimiento y desgaste del cartílago.

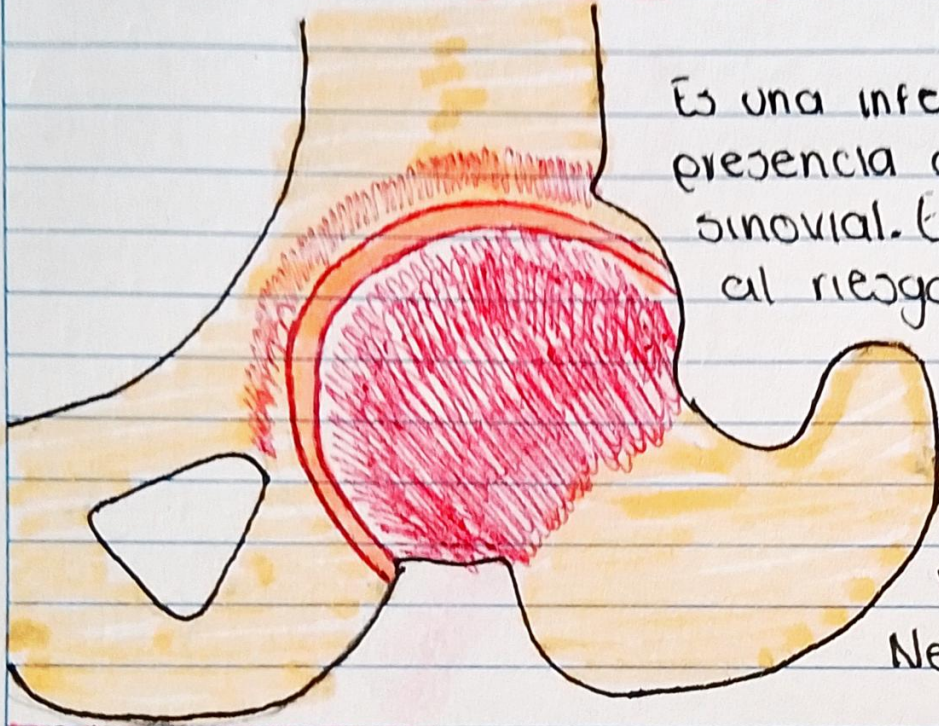
DIAGNOSTICO

- ↳ Historia Clínica y examen físico
- ↳ **Pruebas específicas**: Como la maniobra de McMurray y Apley, que ayudan a detectar sensibilidad o ruidos en el menisco.
- ↳ **Resonancia Magnética**: Es la prueba más confiable y permite observar la extensión y el tipo de lesión.
- ↳ **Radiografía**: Útil para descartar fracturas óseas asociadas, aunque no muestra directamente el menisco.

TRATAMIENTO

- Reposo, hielo, compresión y elevación para reducir el dolor y la inflamación.
- Fisioterapia.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
- Meniscectomía parcial → Extirpación de la porción dañada.
- Reparación meniscal → suturación de la lesión
- Trasplante de menisco.

ARTRITIS SÉPTICA



Es una infección articular causada por la presencia de microorganismos en el espacio sinovial. Es una emergencia médica debido al riesgo de destrucción articular rápida.

El agente causal más común es el *Staphylococcus aureus*, aunque también pueden estar implicadas bacterias como *Streptococcus* y *Neisseria gonorrhoeae*.

EPIDEMIOLOGIA

- Su incidencia varía entre 2-10 casos por cada 100,000 personas
- Mayor riesgo en niños, adultos mayores y personas inmunocomprometidas

FACTORES de RIESGO

- ↳ Edad avanzada (65 años)
- ↳ Artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes.
- ↳ Inmunosupresión
- ↳ Prótesis articulares.
- ↳ Infecciones previas o actuales.

CLASIFICACIÓN

- **Bacteriana**: Principalmente por bacterias grampositivas.
 - **Fúngica**: Rara, pero puede ocurrir en ex inmunodeprimidos.
 - **Viral**: Menos común y tiende a ser menos grave.
- según el microorganismo etiológico
- **Aguda**: Síntomas desarrollados en menos de 2 semanas
 - **Crónico**: Síntomas persistentes durante más de 2 semanas
- según el tiempo de aparición.

DIAGNOSTICO

- ↳ **Historia Clínica y examen físico:** Dolor, edema, eritema y disminución de la movilidad en la articulación afectada.
- ↳ **Análisis de líquido sinovial:** Es el gold estándar. Incluye análisis de leucocitos, glucosa, cultivos y tinción de gram.
- ↳ **Ecografía:** Ayudan a detectar derrame articular.
- ↳ **Resonancia magnética:** Es útil en casos complejos o en articulaciones profundas.
- ↳ **Pruebas de laboratorio:** Elevación de los marcadores inflamatorios (PCR, VSG).

TRATAMIENTO

- ↳ **Antibioticoterapia** → Vancomicina o Daptomicina.
- ↳ **Drenaje articular** → Artrocentesis, artroscopia o cirugía abierta.
- ↳ **Rehabilitación física** → Ayuda a restaurar la función articular y a prevenir la rigidez.

OSTEOMIELITIS



Es una infección ósea que suele ser causada por bacterias, aunque también puede estar implicada por hongos u otros patógenos. Esta infección puede afectar tanto la cortical como la médula ósea, y puede ser aguda, subaguda o crónica, dependiendo de su duración y síntomas.

EPIDEMIOLOGIA

- ↳ Es relativamente rara
- ↳ Puede darse en todas las edades.
- ↳ En niños afecta los huesos largos
- ↳ En adultos afecta las vértebras y huesos del pie
- ↳ Mayor prevalencia en la población diabética.

FACTORES de RIESGO

- ↳ Diabetes mellitus
- ↳ Cirugías o traumatismos recientes.
- ↳ Drogadicción intravenosa
- ↳ Uso de prótesis o implantes ortopédicos
- ↳ Inmunosupresión o enfermedades crónicas.

CLASIFICACIÓN

- Según el estado clínico

- Aguda
- Subaguda
- Crónica

- Según su patogénesis

- Exógena
- Hematógena
- Inoculación directa
- 2° a un foco contiguo.

Según anatomía y comorbilidades → Clasificación según Cierny-Mader.

ETAPA I: Osteomielitis medular

ETAPA II: Osteomielitis superficial

ETAPA III: Osteomielitis localizada

ETAPA IV: Osteomielitis difusa

(según el tipo anatómico)

Anfitrion A: Anfitrion normal

Anfitrion B: Sistemáticamente comprometido localmente comprometido; o los dos.

Anfitrion C: Tx peor que la enfermedad

(según el estado fisiológico).

DIAGNÓSTICO

- ↳ Examen físico → Dolor óseo, fiebre, edema o signo de infección local
- ↳ Laboratorio → Elevación de marcadores inflamatorios (PCR y VSG)
- ↳ Cultivo de sangre o biopsia para identificar el patógeno
- ↳ Rx → Puede mostrar signos de osteomielitis crónica
- ↳ RM → De elección en osteomielitis aguda
- ↳ Gammagrafía ósea o TC → Se emplea en casos específicos.

TRATAMIENTO

- **Antibióticos**: se administran por 4-6 semanas y se ajustan según el patógeno identificado
- **Cirugía**: Necesaria en osteomielitis crónica o cuando existen abscesos.
- **Retiro de prótesis**:
- **Oxigenoterapia hiperbárica**: se utiliza para mejorar la respuesta al tratamiento en osteomielitis crónica.