



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Sonia Araceli Huacash Méndez

Nombre del tema: Flascards

Parcial: 4

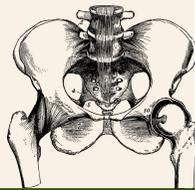
Nombre de la Materia: Medicina física y rehabilitación

Nombre del profesor: Dr. Flores Gutiérrez Erick Antonio

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

FX

pelvis



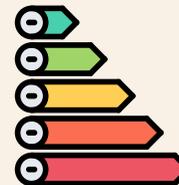
FX

- Producidas por mecanismos de alta energía
- Ocupan entre el 2 y el 4% de todas las lesiones
- Jóvenes entre 15 a 30 años, son + afectados



CLASIFICACIÓN DE TILE

- tipo A: estables (arco posterior intacto)
- Tipo B: parcialmente estables inestabilidad horizontal con estabilidad vertical, rotura incompleta de arco posterior)
- Tipo C: inestables (rotura completa de arco posterior)



CLASIFICACIÓN DE YOUNG-BURGUESS

MECANISMO DE LESION

- 1.compresión anteroposterior (AP) rotación externa
2. compresión lateral rotación interna
- 3.cizallamiento vertical
- 4.complejo (multidireccional).

TRAUMA AP

AP puede ser causada por :

- Trauma de alta energía
- Interrupción del anillo pélvico
- Alta Inestabilidad

COMPRESIÓN LATERAL (CL)

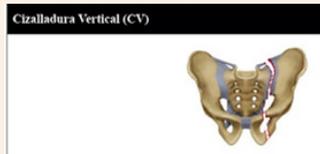
producida por una colisión vehicular y causa la rotación interna de la hemipelvis afectada.



CIZALLAMIENTO VERTICAL (CV)

Ruptura de los ligamentos sacroespinosos y sacrotuberosos, lo que provoca inestabilidad pélvica mayor

Una diastasis de pubis, se rompen los músculos y ligamentos del piso pélvico



EVALUACION RADIOGRAFICA

Inlet (entrada)

VALORA ESTABILIDAD DE ANILLO PÉLVICO, PELVIS VERDADERA VALORA ARTICULACIÓN SACRO ILÍACA

Outlet (salida)

VALORA ESTABILIDAD VERTICAL

SIGNOS DE LESION

Extremidad acortada y/o rotada

Hematoma retroperitoneal

Signo de Destot

Sangre en meato urinario o hematuria (lesión uretral)



MANEJO INICIAL

ABCDE

Estabilización temporal: cinturón pélvico

Fijación externa

MANEJO QX

Fx inestables B y C: reconstrucción anatómica

Fijación interna fx tipo B : cerrar el anillo pélvico anterior.

Fx tipo C: reconstrucción del anillo pélvico anterior y posterior.





Clasificación

EXTRACAPSULARES:

- Fractura intertrocantérea
- fractura subtrocantérea
- fractura del trocánter mayor



INTRACAPSULARES:

- Fractura capital
- Fractura subcapital del cuello femoral
- Fractura transcervical del cuello femoral
- Fractura basicervical del cuello femoral

Clasificación Garden

- incompleta
- completa
- desplazada <50%
- desplazada >50%

CLASIFICACION AO

AO

31

TROCAN-ANTER

A1: PERTROCANTEREO

SIMPLE

A2: MULTIFRAGMENTARIO

PERTROCANTERICO

A3: INTERTROCANTERICO

CUELLO

B1: SUBCAPITAL, CON LIGERO DESPLAZAMIENTO

B2: TRANSCERVICAL

B3: SUBCAPITAL, DESPLAZADA, NO IMPACTADA

CLASIFICACION AO

AO

CABEZA

C1: ASADOR (PIPKIN)

C2: CON DEPRESION

C3: CON FRACTURA DE CUELLO

Tratamiento

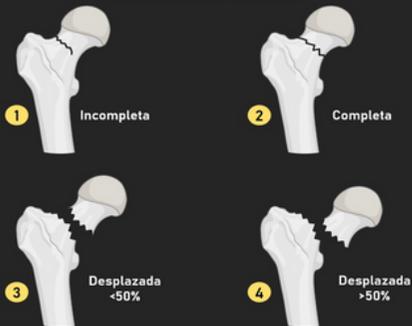
- PUEDE SER CONSERVADOR: DEPENDIENTO DE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE
- CON BOTA ANTIRROTATIVA



Dr. Mandra-k

Clasificación Garden

Fracturas intracapsulares



Fx de fémur

valoración por imagen

- Proyecciones AP y lateral de muslo, cadera y rodilla
- Proyección AP de pelvis
- Explorara la región proximal del fémur en busca de fracturas de cuello o intertrocantéricas.
- TAC



- A1: simple, fractura espiral
- A2: simple, oblicua
- A3: transversal simple
- B1: En cuña intacta
- B2: fragmentaria en cuña
- C1: Multifragmentaria, segmentaria intacta
- C2: fragmentaria multifragmentaria

clasificación

DESCRIPTIVA

- Fractura cerrada vs abierta.
- Localización: tercio proximal, medial o distal.
- Localización: ístmica, infraístmica o supracondílea.
- Patrón: transversa, oblicua o transversa. Conminuta, segmentaria o con fragmento en ala de mariposa.
- Deformidad angular o rotación.
- Desplazamiento: acotamiento o traslación.

clasificación AO

- 32
- Localización: proximal, medial y distal

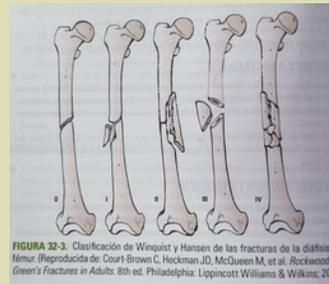


FIGURA 32-3. Clasificación de Winquist y Hansen de las fracturas de la diáfisis de fémur. (Reproducida de: Court-Brown C, Heckman JD, McQueen M, et al. Rockwood and Green's Fractures in Adults, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.)

CLASIFICACIÓN DE WINQUIST Y HANSEN

TIPO I: conminución mínima o ausente.

TIPO II: permanece intacto al menos el 50% de la cortical de ambos fragmentos.

TIPO III: conminución cortical del 50% al 100%

TIPO IV: conminución circunferencial sin contactos entre las corticales.

Tratamiento

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Tracción esquelética: pacientes adultos con comorbilidades graves.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Tratamiento estándar, idealmente dentro de las primeras 24 horas.

ENCLAVADO INTRAMEDULAR: método habitual de fijación en fracturas diafisarias

CLAVADO ANTEROGRADO y CLAVADO RETROGRADO

Fijador externo

Fijación con placas



FX DE PATELA

mecanismo de lesión

Directo: incompleta, simple, estrellada o conminuta

Indirecta: mas común, secundario a una contracción excéntrica forzada del cuádriceps

Mecanismo combinado: trauma directo e indirecto sobre la rodilla

clasificación fx rotuliana

- No desplazada
- Transversa
- Polo inferior o superior
- Conminuta no desplazada
- Conminuta desplazada
- Vertical
- Osteocondral

clasificación AO 34

A1: avulsión
A2: cuerpo aislado
B1: vertical, lateral
B2: vertical. medial
C1: transversal
C2: transversal + segundo fragmentado
C3: complejo



conservador

Ortopédico:
inmovilización yeso tipo cilindro 4- 6 semanas



Quirúrgico

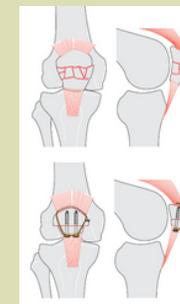
Pérdida de la extensión activa, §Fracturas expuestas,

§técnicas de reducción con pines, cerclajes, bandas de tensión, tornillos.



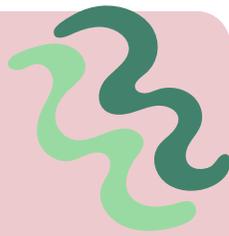
Patelectomía parcial:
Indicaciones limitadas

Patelectomía total:
fracturas con una conminución grande y grave



TRATAMIENTO

fractura de TIBIA



MECANISMO DE LESION

DIRECTO: Flexión de alta energía (accidentes de tránsito): fracturas transversas, conminutas y desplazadas. Hay gran

INDIRECTO: torsión con pie fijo, caída desde pequeña altura Y sobrecarga unión metafisodiafisaria con esclerosis marcada en la cortical posteromedial

VALORACION POR IMAGEN

Proyecciones AP y Lateral, incluyendo articulaciones de rodilla y tobillo



Presencia de Conminución
Defectos óseos
Calidad ósea
Artrosis

Clasificación descriptiva

- Localización anatómica: 1/3 proximal, medio y distal.
- Número y posición de los fragmentos
- Configuración: transversa, oblicua, espiroidea.
- Angulación: varo/valgo, anterior/posterior.
- Acortamiento.
- Desplazamiento.
- Rotación.
- Lesiones asociadas.



clasificación AO

- A1: fx espiral simple
- A2: fx oblicua simple
- B1: fx en cuña
- B2: fx fragmentaria en cuña
- C1: intacta multifragmentaria
- C2: fragmentaria multifragmentaria

clasificación TSCHERNE

grado: 0,1,2,3

clasificación GUSTILO Y ANDERSON

grados: I,II,III
IIIA.IIIB Y IIIC

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

Consolidación: 16 +/- 4 semanas.
Retraso de consolidación > 20 semanas.
Pseudoartrosis.

QUIRÚRGICO

Enclavado Endomedular: cerrojado / no cerrojado, fresado / no fresado.
Clavos Flexibles (Ender, Rush).
Fijación Externa.
Placas y Tornillos



fractura de tobillo

Epidemiología

- Fracturas Maleolares 70%
- Fracturas Bimaleolares 20%
- Fracturas trimaleolares 7%



Mecanismo

DIRECTO: flexión o flexión plantar, extensión o flexión dorsal, supinación y pronación

INDIRECTOS: Rotación, translación o axiales



Clínica

Dolor en el área de tobillo: cambios de coloración

Prueba de pierna cruzada: (+) cuando produce dolor



Diagnostico

inicial: clínica + radiografía de tobillo AP, lateral y mortaja
TAC: fx iarticulares conminutas o por compresión



Clasificación

lauge-hansen:

SUPINACION Y ROTACION EXTERNA 40-70%:
I,II,III,IV PRONACION Y ROTACION EXTERNA, SUPINACION Y ADUCCION Y PRONACION Y ABDUCCION

Danis - Weber: A, B Y C

A0 44

- A1: unifocal
- A2: bifocal
- A3: circumferencial
- B1: isolated lateral
- B2: lateral y medial
- B3: lateral, medial y posterior
- C1: simple diafisaria
- C2: multifragmentaria
- C3: proximal

Tratamiento

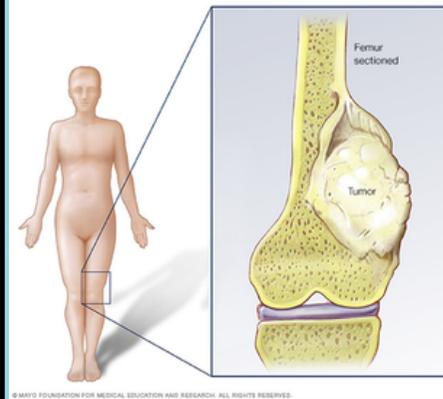
Conservador: FX MALEOLARES LATERALES - yeso bota suropedica de 6 - 8 semanas

QUIRURGICO: fracturas desplazadas e inestables

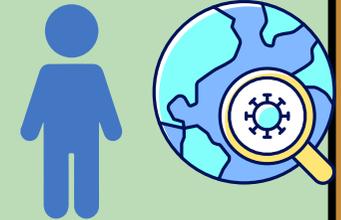


OSTEOSARCOMA

- TUMOR MALIGNO QUE COMIENZA EN LAS CELULAS DE LOS HUESOS
- AFECTA A LOS HUESOS LARGOS



EPIDEMIOLOGIA

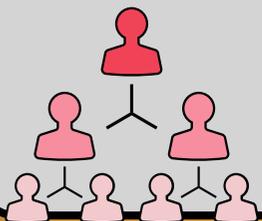


MAS FRECUENTE EN HOMBRE EN:
ADOLESCENCIA Y JOVENES

FACTORES DE RIESGO



HEREDITARIAS PX QUE SE HAN SOMETIDO A RADIOTERAPIA ANTERIORIDAD. DISPLASIA FIBROSA CON



CLINICA

- DOLOR
- HINCHAZÓN EN LA ZONA AFECTADA
- FRACTURA O SIN TRAUMATISMO O CAUSA APARENTE (FRACTURA PATOLÓGICA)
- COJERA



DIAGNOSTICO

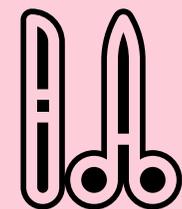
- RADIOGRAFÍAS
- TAC
- RESONANCIA MAGNETICA
- TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN
- GAMMAGRAFÍA ÓSEA
- BIOPSIA



TRATAMIENTO

DEPENDERÁ DE LA LOCALIZACIÓN DEL OSTEOSARCOMA, SU TAMAÑO, SU GRADO Y SI HAY PRESENCIA DE METÁSTASIS O NO.

CIRUGÍA ONCOLÓGICA O AMPLIA EN LA CUAL SE RESECA EL TUMOR



sarcoma de EWING

Tipo de cáncer que comienza como una proliferación de células en los huesos y el tejido blando que los rodea

suele comenzar en los huesos de la pierna y en la pelvis



Epidemiología

Se presenta más a menudo en niños y adultos jóvenes



CLINICA

- Bulto en la pierna, el pecho o la pelvis
- Dolor de huesos
- Fractura, es decir, la ruptura de un hueso
- Dolor, hinchazón y sensibilidad cerca del área afectada



DIAGNOSTICO

Examen físico



PRUEBAS DE IMAGEN: ubicación y el tamaño

1. Radiografías
2. Resonancias magnéticas
3. Tomografías computarizadas
4. Gammagrafía ósea
5. Tomografía por emisión de positrones
6. BIOPSIA: confirmatorio



TRATAMIENTO

Quimioterapia: reducir el Cáncer

Cirugía: extirpar todas las células cancerosas



CONDROSARCOMA

Grupo de tumores óseos formados por células que producen mucho cartílago



Epidemiología



Afecta a 1 persona por cada 200 000 personas al año
Común en los adultos



Grados

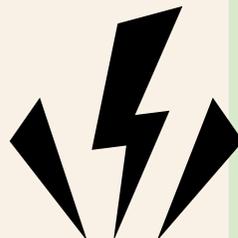
- Grado I: menor probabilidad de crecer y propagarse
- Grado II: grado intermedio o grado III: grado alto
- Grado IV y el más grave se llama condrosarcoma dediferenciado.



clinica



- Un bulto o masa ósea
- Sensibilidad o rigidez
- Dolor o inflamación, especialmente a la noche o durante el descanso
- Problemas con el movimiento o el rango de movimiento



Diagnostico

- Examen físico
Pruebas por imágenes:
- Radiografías
 - Gammagrafía ósea
 - IRM
 - TC
 - BIOPSIA



Tratamiento

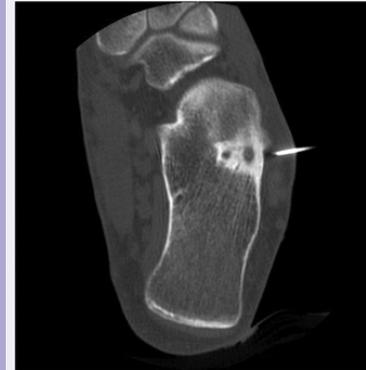


cirugía es el tratamiento principal y preferido: ya que la afección no responde bien a otros tratamientos para el cáncer como la quimioterapia o la radiación



osteoma osteoide

- Tumor óseo doloroso y benigno, que se encuentra habitualmente en las extremidades inferiores
- No se extiende a otros huesos
- tumores pequeños que miden a penas 1 pulgada (2.5 cm) de an



Epidemiologia

Niños
Adultos jóvenes



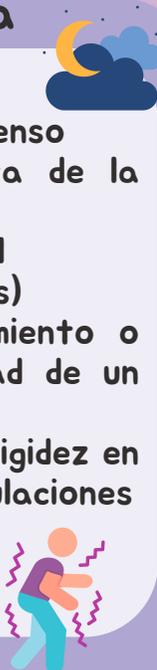
Causas

- investigaciones sugieren que podrían desarrollarse debido a una inflamación o una lesión en el hueso



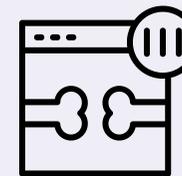
Clínica

- Dolor intenso
- Curvatura de la columna vertebral (escoliosis)
- Agrandamiento o deformidad de un dedo
- Dolor y rigidez en las articulaciones
- Cojera



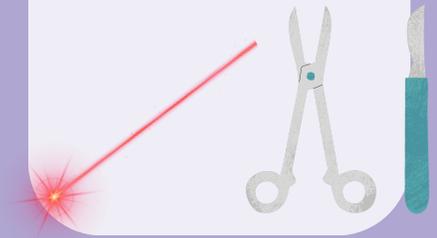
Diagnostico

- Radiografías
- Tomografía computarizada
- Resonancias magnéticas
- Gammagrafías óseas



Tratamiento

1. Normalmente se trata con ablación quirúrgica, para extraerlo
2. tratamiento térmico percutáneo
3. fotocoagulación con láser



OSTEOBLASTOMA

- Enfermedad neoplásica poco frecuente caracterizada por un tumor óseo osteoblástico típicamente benigno, localmente agresivo, no autolimitado

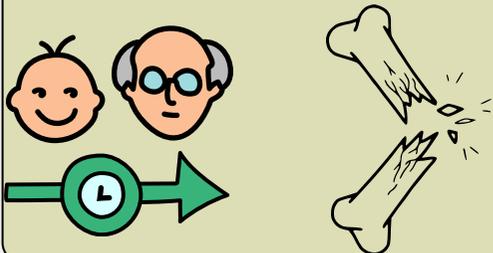


EPIDEMIOLOGIA

Comprende 3% de todos los tumores óseos benignos y alrededor de 1% de todos los tumores óseos primarios. Tiene mayor incidencia entre 10 y 25 años de edad y una proporción 2:1 entre masculino y femenino

FACTORES DE RIESGO

- Edad y género
- Factores genéticos
- Traumatismo óseo previo



CLINICA

- Dolor persistente
- Hinchazón y sensibilidad
- Síntomas neurológicos
- Rango de movimiento limitado



DIAGNOSTICO

historia clínica completa y un examen físico



ESTUDIOS DE IMAGEN

Rayos X: tamaño y ubicación

TC: determinar la extensión

RM: evaluar la afectación

BIOPSIA



TRATAMIENTO

Resección quirúrgica

Radioterapia

Quimioterapia

Cuidados Postoperatorios y

Rehabilitación



CONDROBLASTOMA

TUMOR ÓSEO
INFRECIENTE Y
NO CANCEROSO
QUE COMIENZA
EN EL CARTILAGO



EPIDEMIOLOGIA

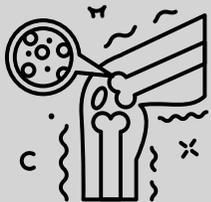
NIÑOS
ADOLESCENTES
ADULTO JOVEN

REPRESENTA EL
1% DE TODOS LOS
TUMORES ÓSEOS.

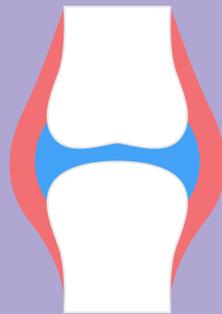


CLINICA

- APARIENCIA DEBILITADA DEL MÚSCULO CERCANO AL HUESO AFECTADO
- PROBLEMAS DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACIÓN ADYACENTE



- ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO EN LA ARTICULACIÓN CERCANA AL HUESO AFECTADO



DIAGNOSTICO

- RADIOGRAFÍAS
- RESONANCIA MAGNÉTICA



TRATAMIENTO

- EXTIRPACIÓN QUIRURGICA DEL TUMOR
- INJERTO ÓSEO.
- RECONSTRUCCIÓN O REEMPLAZO DE UNA ARTICULACIÓN AFECTADA
- FISIOTERAPIA PARA RECUPERAR LA FUERZA Y EL FUNCIONAMIENTO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA