

Nombre del Alumno: Karen Lizeth Nájera Carpio

Nombre del tema: Flascards

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Medicina física y rehabilitación

Nombre del profesor: Dr. Flores Gutierrez Erick Antonio

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

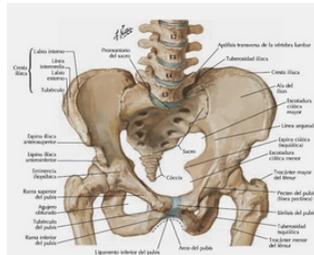
Lugar y Fecha de elaboración: Comitán de Domínguez Chiapas.

05/12/2024



Huesos coxales

Ílion
Isquion
pubis



La pelvis constituye el sostén del abdomen y lleva a cabo la unión entre los miembros inferiores y el tronco.

-Producidas por mecanismos de alta energía

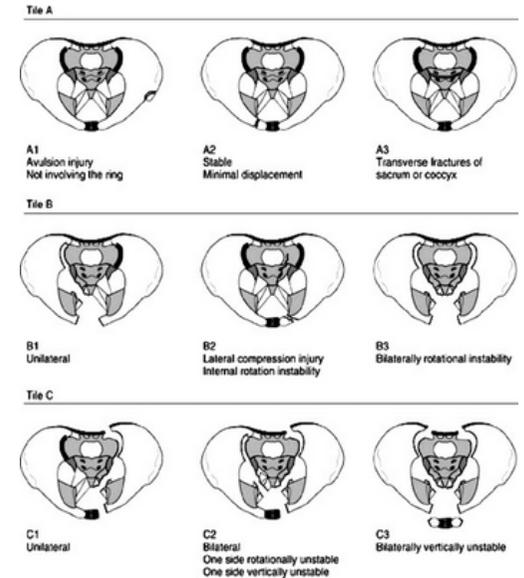
-Asociación a trauma torácico, TCE, lesiones hepáticas o esplénicas, dos o mas fracturas de huesos largos.

Fx de pelvis

Articulaciones sacroileacas

Articulación sinovial
Sindesmosis

- Ligamentos de refuerzo
 - Ligamentos sacroilíacos anteriores
 - Ligamentos sacroilíacos posteriores
 - Ligamento sacrotuberoso
 - Ligamento sacroespinoso

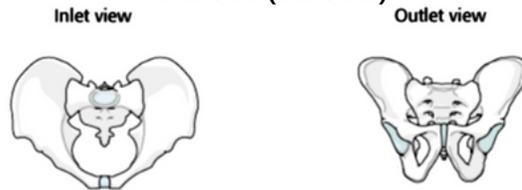


Malgaigne



Radiografía

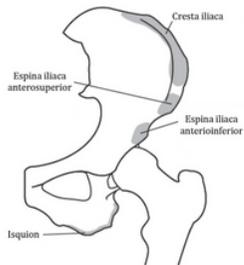
Inlet (entrada)
Outlet (salida)



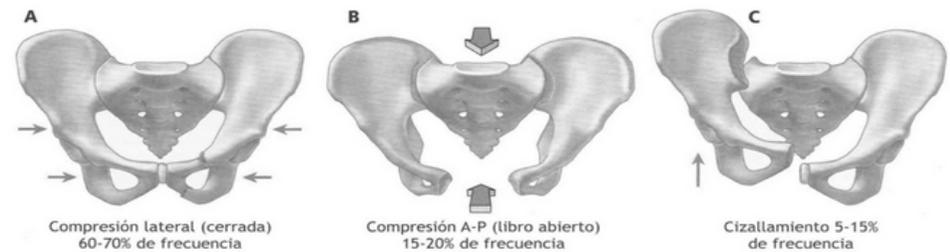
Clasificación de Young-burguess

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

Avulsión



Manejo inicial



Fx de miembros inferiores FEMUR

Perdida solución de continuidad ósea desde la superficie articular de la cabeza del fémur hasta la zona metafisiaria proximal

Hueso tubular de mayor tamaño.

FX intracapsulares

FX extracapsulares

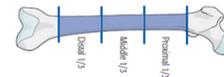


VALORACIÓN POR IMAGEN

- Proyecciones AP y lateral de muslo, cadera, rodilla, pelvis
- Explorara la región proximal del fémur
- TAC

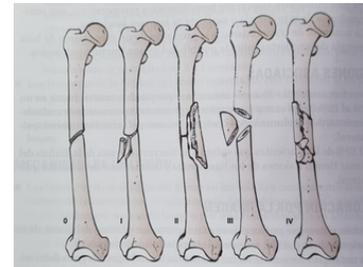
32

Location: Femur, diaphyseal segment 32



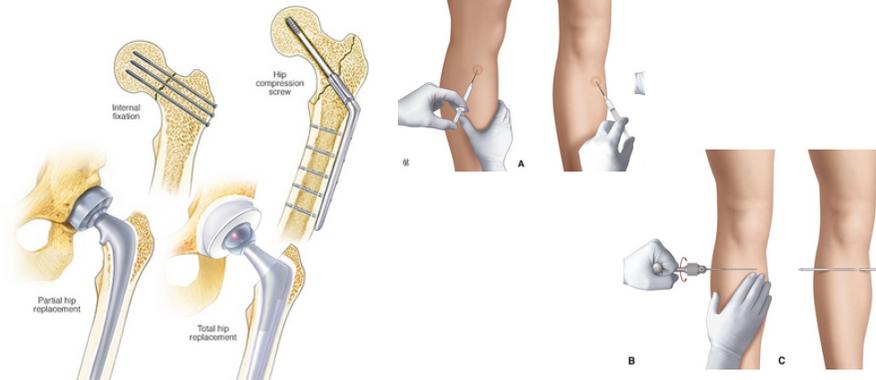
WINQUIST Y HANSEN

- I: conminución mínima o ausente.
- II: permanece intacto al menos el 50% de la cortical de ambos fragmentos.
- III: conminución cortical del 50% al 100%
- IV: conminución circunferencial sin contactos entre las corticales.



Tratamiento

- CONSERVADOR
- BOTA ANTIRROTATIVA QUIRURGICO
- ØFIJACIÓN CON PLACAS



Fx de miembros inferiores de Patela

Mecanismo: Directo, Indirecto, Mecanismo combinado

Tratamiento:

Conservador

Quirúrgico: Patelectomía parcial-total.

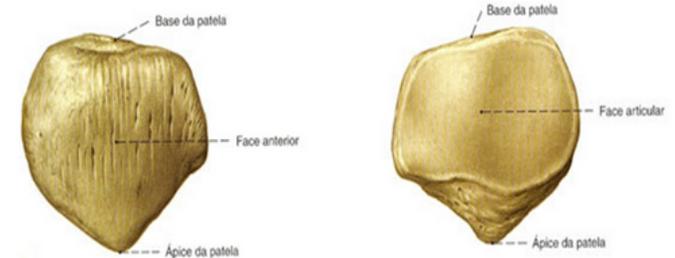


Complicaciones:

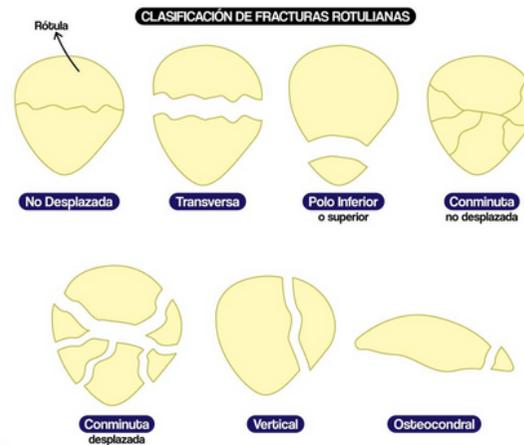
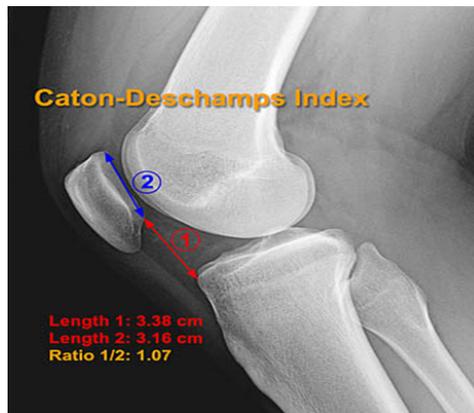
Infección postoperatoria. Fracaso de la fijación.

Refractura (1 a 5%). Pseudoartrosis (2%).

Osteonecrosis. (conservador)



Extra articular	Avulsión 34-A1	Cuerpo aislado 34-A2	
	i ▶ proceed	i ▶ proceed	
Parcial articular	34-B1 vertical, lateral	34-B2 vertical, medial	
	i ▶ proceed	i ▶ proceed	
Completa articular	34-C1 transversal	34-C2 transversal más segundo fragmento	Complejo 34-C3
	i ▶ proceed	i ▶ proceed	i ▶ proceed



Fx de miembros inferiores de Tibia

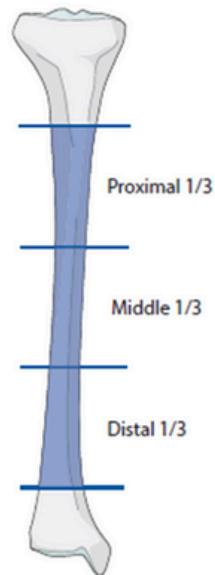


MECANISMO: Directo, indirecto

Imagen: Proyecciones AP y Lateral, incluyendo articulaciones de rodilla y tobillo Posterior a reducción.

42

Location: Tibia, diaphyseal segment 42



TRATAMIENTO:

-CONSERVADOR
Consolidación.

Retraso de consolidación (pseudoartrosis)

-QUIRÚRGICO

Enclavado Endomedular

Clavos Flexibles (Ender, Rush).

Fijación Externa.

Placas y Tornillos

COMPLICACIONES:

Consolidación Viciosa

Pseudoartrosis

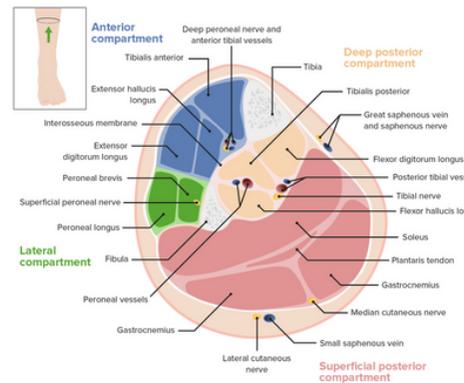
Perdida de Partes Blandas

Gonalgia

Fatiga de MOSS

Distrofia Simpática Refleja

Síndrome Compartimental



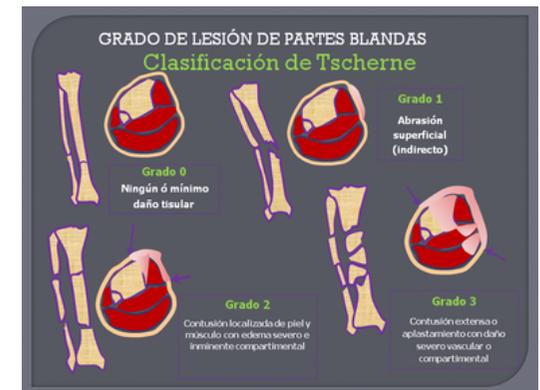
FRACTURAS EXPUESTAS

CLASIFICACIÓN DE GUSTILO ANDERSON

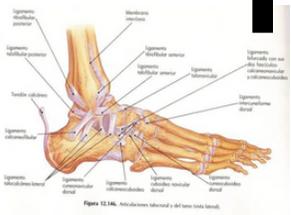
TIPO	DESCRIPCIÓN	ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL
I	Baja energía, herida limpia (<10 mm)	Penicilina G iídica Cristalina IV + Amikacina IV
II	Mayor energía, herida limpia/minimamente contaminada (>10 mm)	Amikacina IV
III	Alta energía, buena cobertura cutánea y contaminada.	Penicilina G iídica Cristalina IV + Amikacina IV + Metronidazol IV
IIIc	Alta energía, requiere reparación por lesión vascular.	Metronidazol IV

Consulta tu Resumen, Mini-Resumen y Videoclase para una mejor comprensión del tema. Practica en tu [Comunidad PRO](#)

www.monitoreoanestesiologico.com | Plataforma ENARM | www.plataformatenarm.com



Fx de miembros inferiores de Tobillo



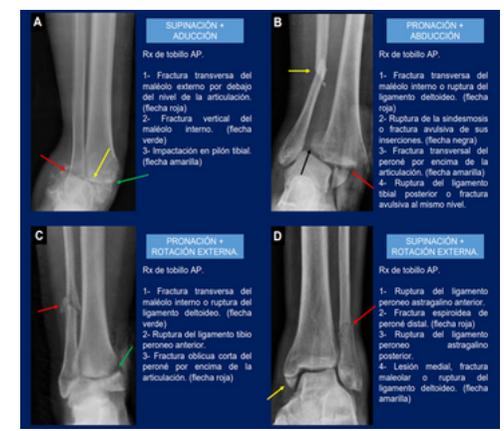
Epidemiología: 70% unilaterales, 20% bimaléolares, 7% trimaléolares.

Mecanismos: Directo, indirecto

Clínica: Dolor en el área de tobillo, cambios de coloración, con inhabilidad para realizar apoyo del pie. Prueba de pierna cruzada es positiva cuando produce dolor en sindesmosis al la presión tibial.

Diagnóstico: Radiografía de tobillo A-P, lateral y Mortaja
TAC: radiografía AP de pierna.

Tratamiento: Conservador: Yeso bota suropedica
QUIRURGICO: fx desplazada



Intra-syndes-motic	44-A1 unifocal	44-A2 bifocal	44-A3 circumferential
Trans-syndes-motic	44-B1 isolated lateral	44-B2 lateral and medial	44-B3 lateral, medial and posterior
Supra-syndes-motic	44-C1 simple diaphyseal	44-C2 multifragmentary	44-C3 proximal

Fractura de Tobillo
Clasificación **DANIS - WEBER**

C Suprasindesmal
Mecanismo: Abducción - rotación

B Transindesmal
Mecanismo: Eversión

A Infrasindeesmal
Mecanismo: Inversión

Tratamiento
A Conservador
B O / Conservador en no desplazada
C 100% Quirúrgico

sentimedico



Tumores óseos

Proliferación anormal de células dentro de un hueso. Este tipo de tumor puede ser canceroso (maligno) o no (benigno).

Causas: desconocidas se presentan en áreas del hueso que crecen rápido. Las posibles causas incluyen:

- Anomalías genéticas hereditarias
- Radiación
- Lesión

Osteosarcoma:

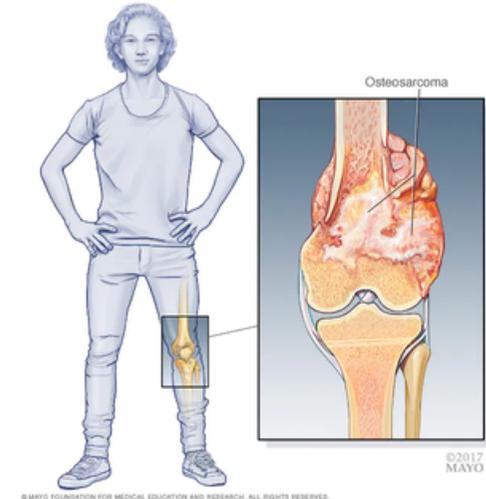
Cáncer óseo más común en niños. La edad promedio de diagnóstico es a los 15 años.

No se conoce la causa

El 1° síntoma es el dolor óseo cerca de la articulación, especialmente en personas jóvenes, por otras causas comunes de dolor articular.

Pruebas y exámenes: examen físico, Biopsia

Tratamiento: inicia después de hacerse una biopsia del tumor, cirugía se utiliza después de la quimioterapia



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

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, pero puede aparecer en cualquier hueso.

Síntomas:

- Un bulto en el brazo, 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
- Fiebre
- Pérdida involuntaria de peso
- Cansancio

Factores de riesgo: edad temprana-Ascendencia europea.

Complicaciones: Cáncer que se disemina, Ewing se disemina con mayor frecuencia a los pulmones y a otros huesos.

Tratamiento: Cirugía o radioterapia.

Quimioterapia de dosis alta y rescate de células madre con las células del paciente.

SARCOMA DE EWING VS
OSTEOSARCOMA VS
CONDROSARCOMA



	Sarcoma de Ewing	Osteosarcoma	Condrosarcoma
Edad	Niños - Adolescentes	Adolescentes - Adultos jóvenes	Adultos
Localización	Diáfisis de huesos largos	Metáfisis de huesos largos	Pelvis, costillas, fémur proximal y húmero proximal
Rx	Capas de Cebolla	Sol Naciente Triángulo de Codman	Calcificaciones intralesionales
Tx	Cirugía Poliqumioterapia RT	Cirugía Poliqumioterapia	Cirugía
Imagen de referencia			

#USAMEDIC #PionerosEnInnovación #ENAM #ResidentadoMédico



Condrosarcoma

Es un tipo de cáncer poco frecuente que por lo general comienza en los huesos, pero a veces puede presentarse en el tejido blando cercano a los huesos.

Síntomas

Aumento del dolor

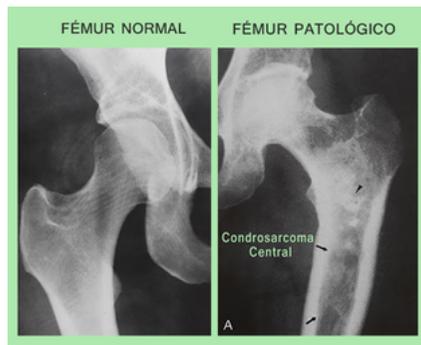
Un bulto creciente o un área de hinchazón

Debilidad o problemas de control de esfínteres, si el cáncer presiona la médula espinal

Factores de riesgo: Edad avanzada.

Otras enfermedades óseas: Enfermedad de Ollier y el síndrome de Maffucci

Tratamiento: cirugía para eliminar el cáncer y un margen de tejido sano circundante



Osteoma osteoide

Es un tumor óseo benigno, no canceroso, que se caracteriza por ser pequeño y no crecer

Síntomas

Dolor óseo molesto y sordo, que puede ser más intenso por la noche

Diagnóstico:

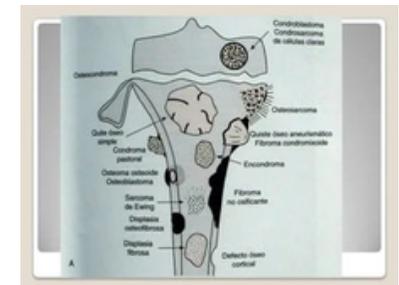
Radiografías, gammagrafía ósea, tomografía axial computarizada (TAC)

Tratamiento:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), intervención quirúrgica, ablación por radiofrecuencia, inyección de etanol, fotocoagulación con láser

Tipos:

- Esponjoso, que se encuentra en el interior de la médula
- Cortical, que es el más frecuente y se caracteriza por tener un núcleo bien delimitado en la cortical del hueso
- Subperióstico, que genera gran erosión en la cortical del hueso



Osteoblastoma

Enfermedad neoplásica poco frecuente caracterizada por un tumor óseo osteoblástico típicamente benigno, localmente agresivo, no autolimitado, localizado, por lo general, en la columna vertebral, el húmero proximal y la cadera

Síntomas

Aumento del dolor

Un bulto creciente o un área de hinchazón

Debilidad o problemas de control de esfínteres, si el cáncer presiona la médula espinal

Factores de riesgo: Edad avanzada.

Otras enfermedades óseas: Enfermedad de Ollier y el síndrome de Maffucci

Tratamiento: cirugía para eliminar el cáncer y un margen de tejido sano circundante



Condrioblastoma

Tumor óseo benigno del niño, del adolescente o del adulto joven; representa el 1% de todos los tumores óseos.

Diagnóstico:

Radiografías, gammagrafía ósea, tomografía axial computarizada (TAC)

Tratamiento:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), intervención quirúrgica, ablación por radiofrecuencia, inyección de etanol, fotocoagulación con láser

Sintomas:

- Dolor en la rodilla, la cadera y la articulación del hombro (el dolor puede ser leve o moderado y puede estar presente durante meses o años)
- Apariencia debilitada o encogida del músculo cercano al hueso afectado.
- Problemas de movilidad de la articulación adyacente.

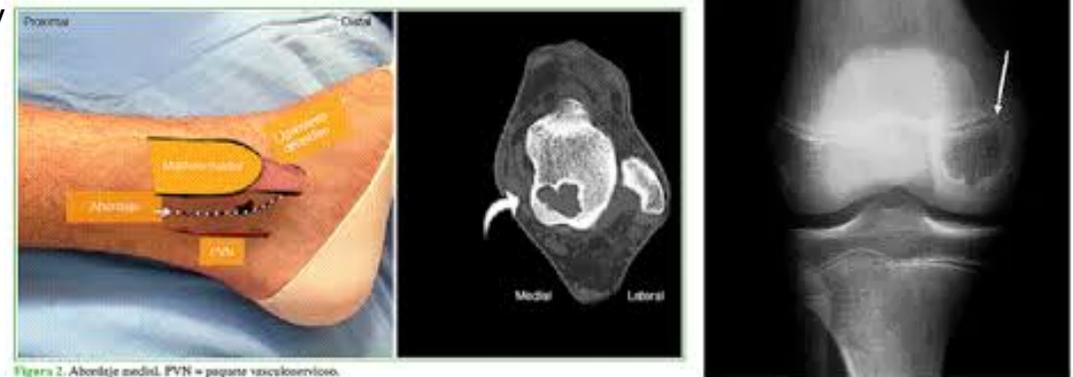


Figura 2. Aboniteje medil. PVN = paquete vasculonervioso.