

MATERIA:
Clínicas quirúrgicas
complementarias

NOMBRE DEL TRABAJO:
"FLASHCARD"

ALUMNA:
Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"
GRADO: "7"

DOCENTE:
Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

FRACTURA DE CLAVÍCULA

EPIDEMIOLOGÍA

Es la fractura más frecuente en el recién nacido

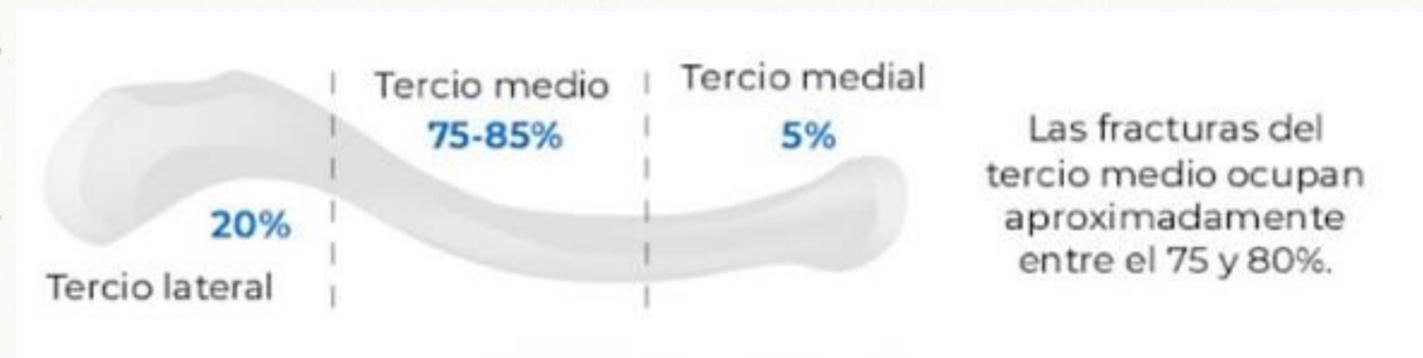
La mayoría ocurre en hombres jóvenes menores de 25 años y en hombres mayores de 55 años

MECANISMO

La más común son impactos de alta energía como lesión deportiva, trauma directo, caídas de altura, accidente de auto y heridas por arma de fuego

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada u osteoporosis
- Mala nutrición o peso bajo
- Trabajos con armas de fuego
- Alteraciones óseas congénitas
- Reducción de masa muscular
- Violencia familia o bullying



CLÍNICA

DOLOR

Impotencia funcional

INSPECCIÓN

- Asimetría
- Codo sostenido con la otra mano (Posición DESAULT)
- Aumento de volumen
- Equimosis o tumefacción

PALPACIÓN

- Signo de la tecla
- Crepitación

DIAGNÓSTICO

RADIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Vendaje en ocho de guarismo 4-6 semanas adultos, 2-4 semanas niños
- Vendaje de Velpeau

QUIRÚGICO

Indicaciones absolutas de tratamiento quirúrgico (osteosíntesis).

- Fractura expuesta.
- Fractura con inminencia de exposición.
- Lesión neurológica y/o vascular asociada.
- Fractura de ambas clavículas.
- Fractura con compromiso pleuropulmonar.
- Hombro flotante, con desplazamiento de la escapula mayor a 2 cm.
- Fractura de clavícula con tórax inestable.
- Parkinson.
- Crisis convulsivas.
- Parálisis cerebral.

COMPLICACIONES

- Consolidación viciosa
- Infección
- Pseudoartrosis
- Lesión neurovascular

FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL

EPIDEMIOLOGÍA

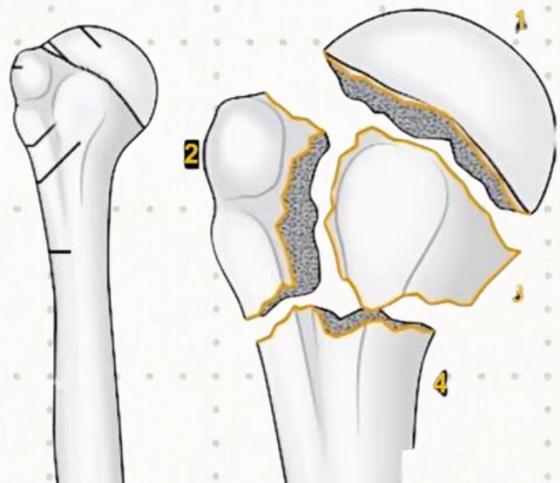
Constituye de 4-5% de todas las fracturas
Frecuente en mujeres >70 años

MECANISMO

Caída directa con apoyo en mano (98%)

LOCALIZACIÓN

Cuello quirúrgico



CLASIFICACIÓN AO

CLÍNICA

DOLOR

Limitación movimiento

INSPECCIÓN

- Deformidad
- Equimosis
- Hematoma de Hennequin (48 hrs)

PALPACIÓN

- Crepitación

DIAGNÓSTICO

RADIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico



TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Vendaje de Velpeau
- Inmovilizador ortopédico

OSTEOSÍNTESIS

- Fractura en 2 o 3 partes
- Pacientes jóvenes con fractura desplazada

ARTROPLASTIA

- Fracturas irreconstruibles, con impactación o división de cabeza
- Conminutas
- Con luxación asociada o con riesgo de necrosis cefálica

FRACTURA DE DIAFISIS DE HUMERO

EPIDEMIOLOGÍA

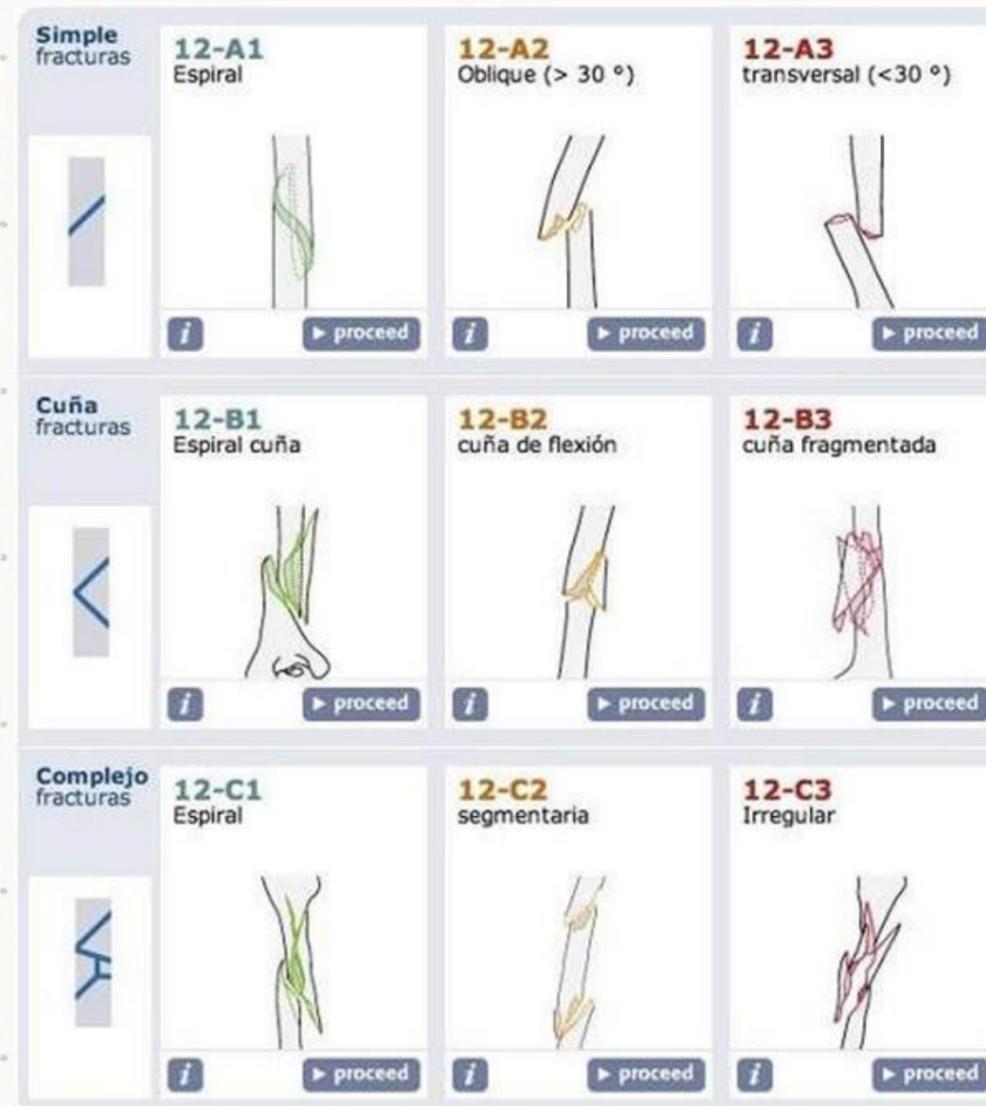
Constituye de 3% de todas las fracturas
Frecuente en JOVENES
Traumas de alta energía

MECANISMO

Directo e indirecto

LOCALIZACIÓN

Diáfisis de humero



CLASIFICACIÓN AO

CLÍNICA

DOLOR

Limitación movimiento

INSPECCIÓN

- Deformidad
- Acortamiento
- Posición antálgica

PALPACIÓN

- Crepitación

DIAGNÓSTICO

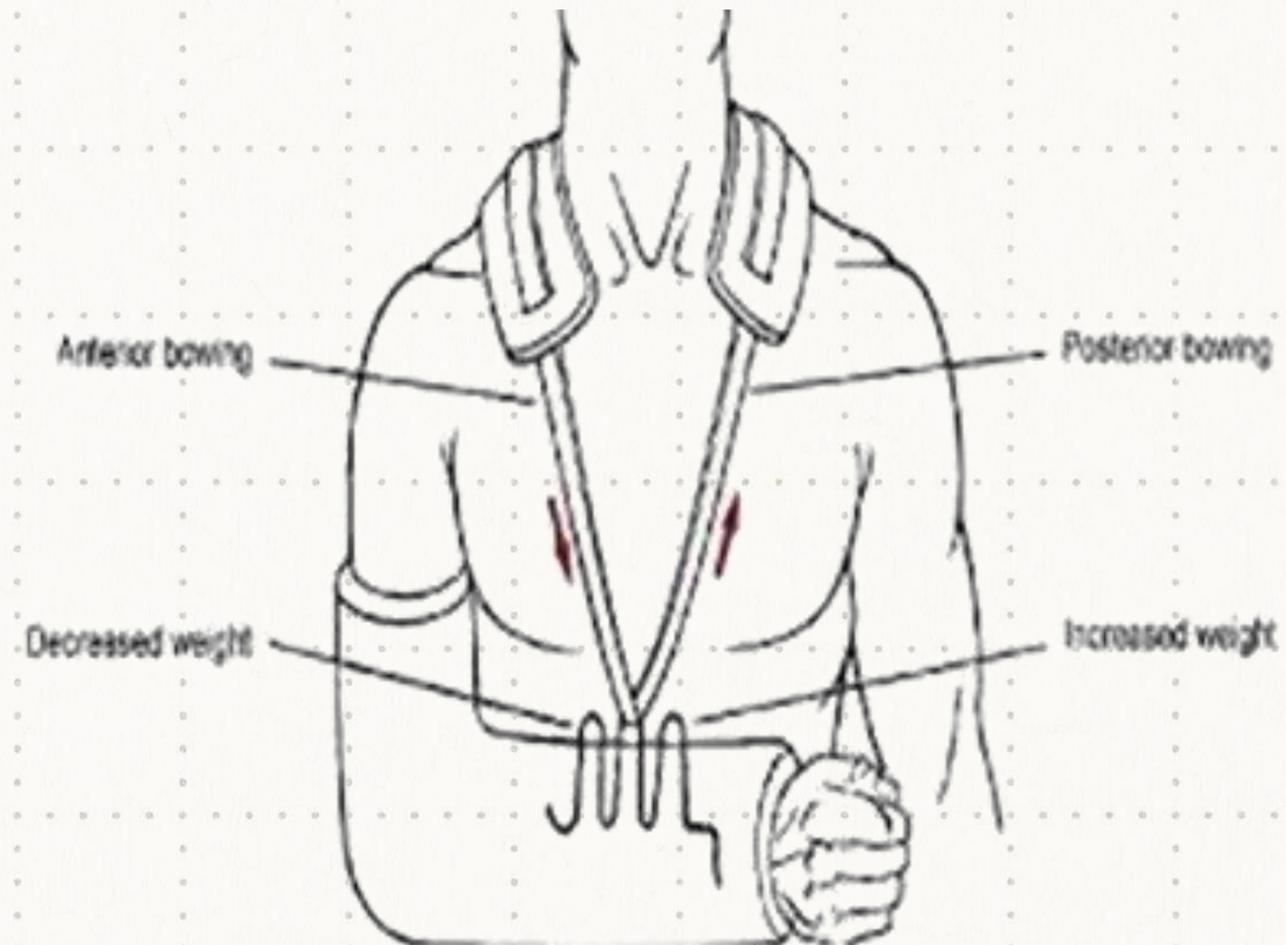
RADIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Vendaje de Velpeau
- Inmovilizador ortopédico
- Yeso colgante de Cadwell: Fracturas espiroideas, oblicuas largas, anguladas y acortadas
 - Contraindicado: transversal



FRACTURA DE HUMERO DISTAL

EPIDEMIOLOGÍA

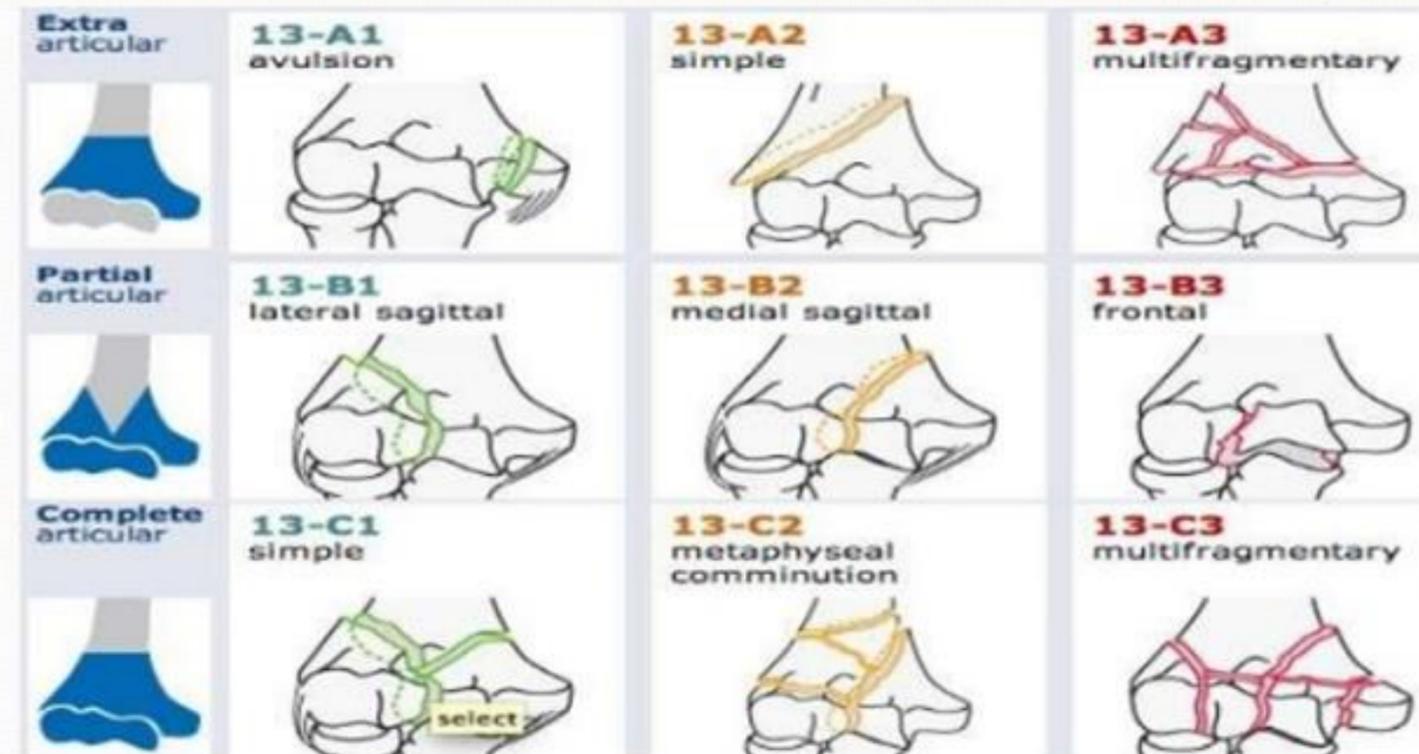
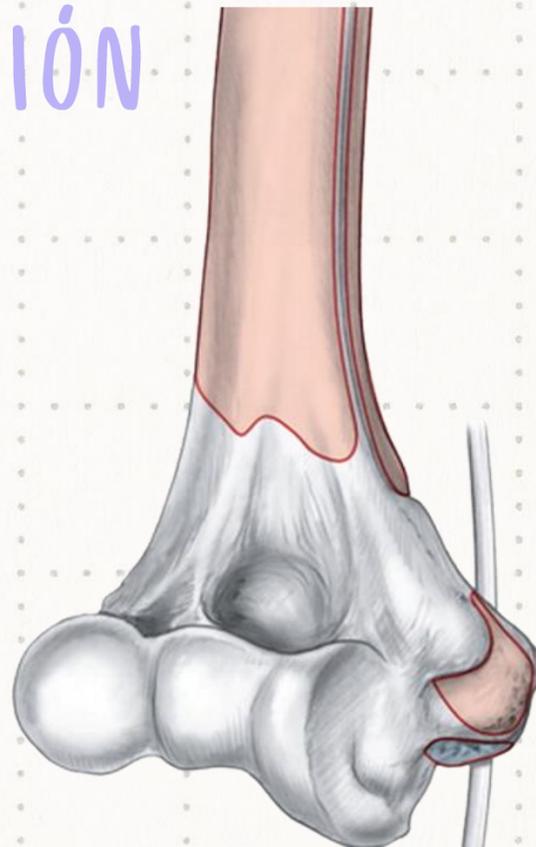
Constituye de 3% de todas las fracturas
Frecuente en NIÑOS

MECANISMO

Directo e indirecto
Caída sobre mano extendida

LOCALIZACIÓN

Humero distal



CLASIFICACIÓN AO

CLÍNICA

DOLOR

Limitación movimiento

INSPECCIÓN

- Deformidad
- Aumento de volumen
- Tumefacción

PALPACIÓN

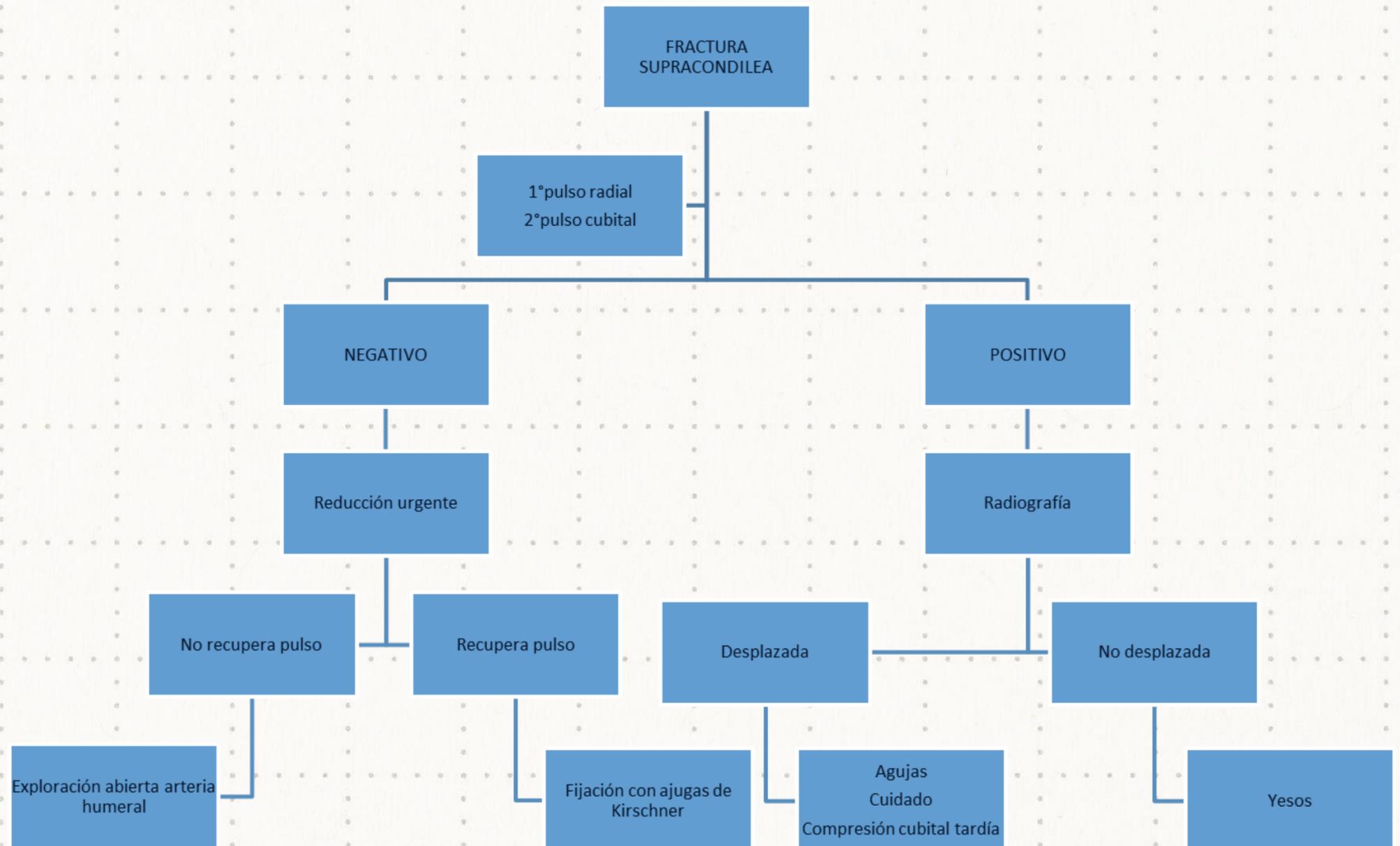
- Crepitación

DIAGNÓSTICO

RADIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO



FRACTURA DE OLECRANON

MECANISMO

Directo

Caída sobre el codo

CLÍNICA

DOLOR

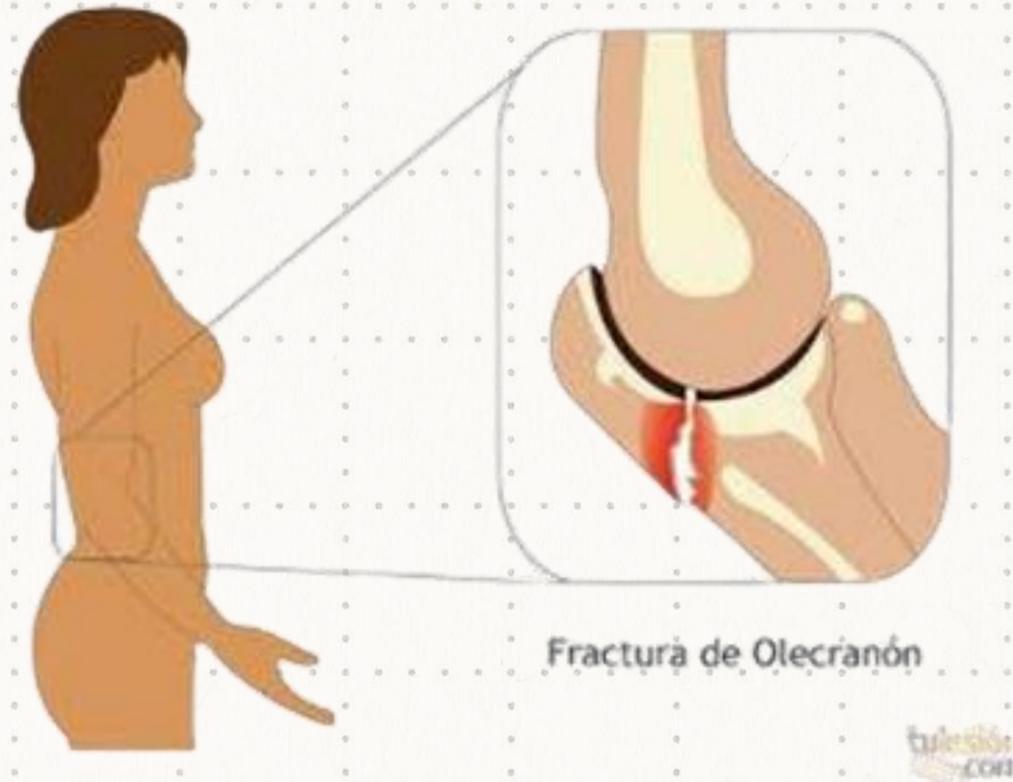
Limitación movimiento

INSPECCIÓN

- Deformidad
- Aumento de volumen
- Tumefacción

PALPACIÓN

- Crepitación
- Palpación de un surco en lugar de la fractura



DIAGNÓSTICO

RADIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico



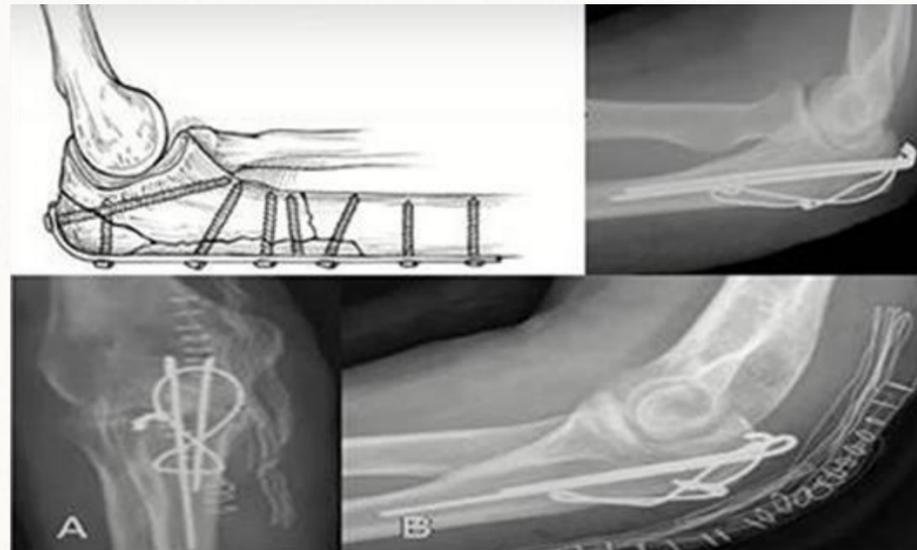
TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Separación <2mm
- No se desplaza a la extensión

QUIRURGICO

- Fracturas desplazadas
- Reducción abierta
- Osteosíntesis



FRACTURA DE CUPULA RADIAL

EPIDEMIOLOGÍA

Constituye de 33% de fracturas de codo
Frecuente en mujeres
Deportes de contacto

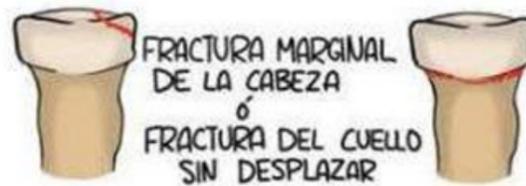
MECANISMO

Directo e indirecto
Caída sobre la palma de la mano

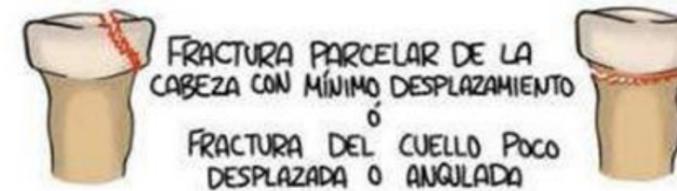
LOCALIZACIÓN

CLASIFICACIÓN DE MASON

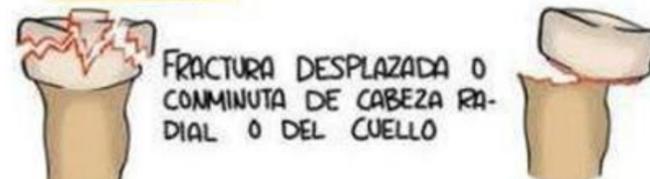
MASON I



MASON II

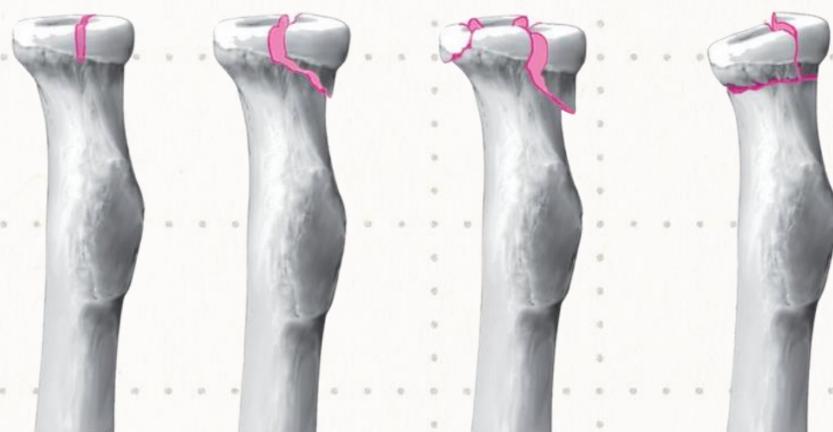
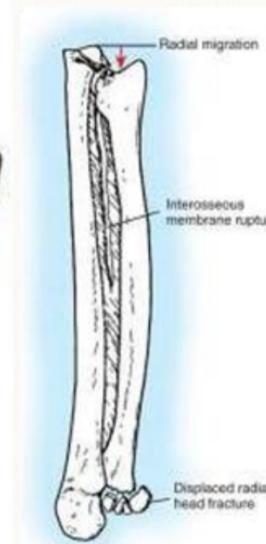


MASON III



MASON IV

CUALQUIER FRACTURA DE CABEZA RADIAL ASOCIADA A LUXACIÓN DE CODO



CLÍNICA

- DOLOR
- Deformidad
- Aumento de volumen
- Tumefacción
- Limitación movimiento



DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFÍA
- Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO



TIPO I

Conservador, férula yeso 1 -2 ss → rehabilitación

TIPO II

Conservador: flexoextensión, pronosupinación/ Quirúrgico

TIPO III

Osteosíntesis/ Resección

TIPO IV

Osteosíntesis/ Protosis

FRACTURA DE ANTEBRAZO

MECANISMO

Directo e indirecto

Fx aislada de diafisis cubital

FX del bastonazo

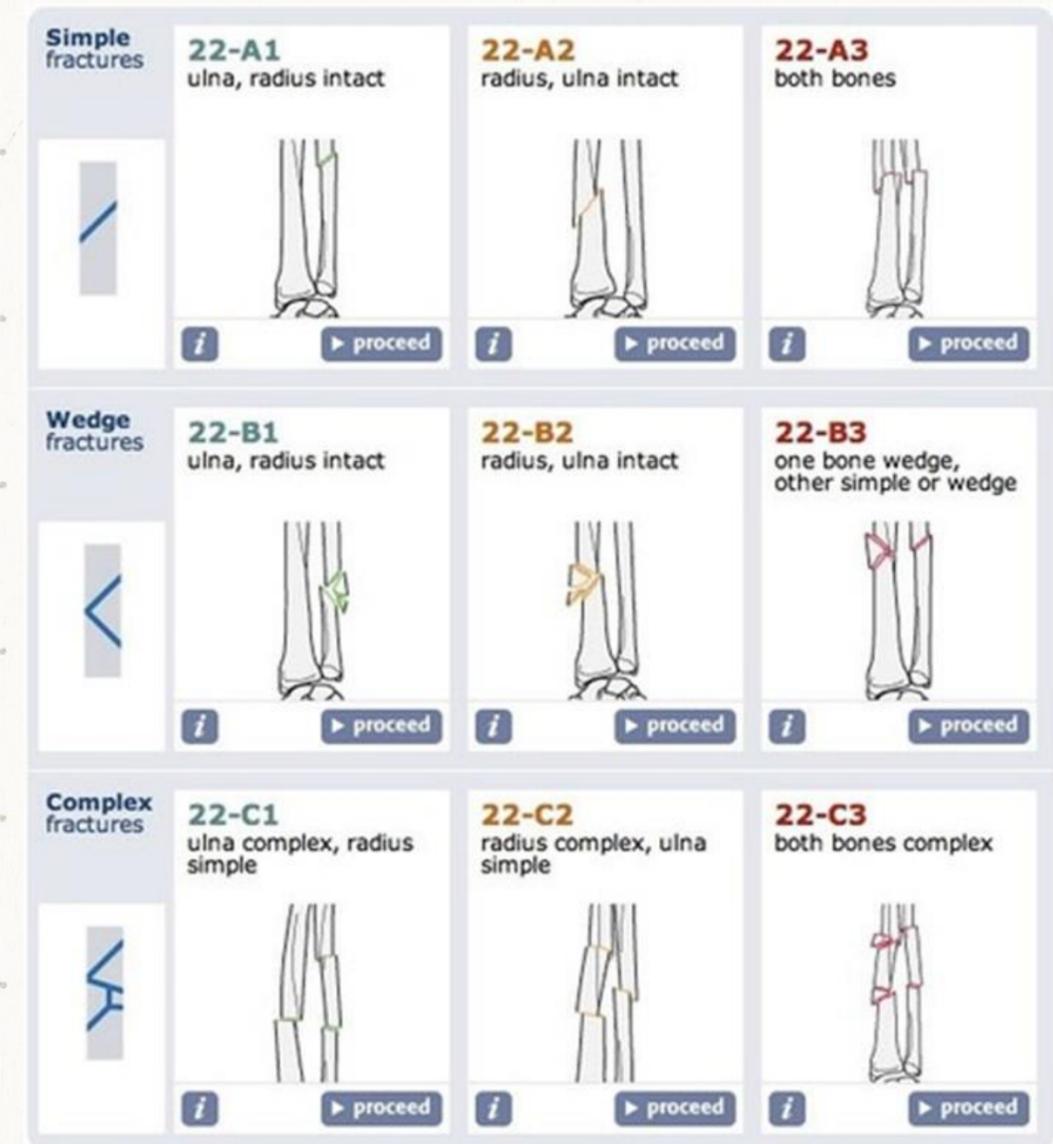
El impacto fractura el cúbito sin lesionar algunas de las otras estructuras.

Menor desplazamiento
Antebrazo es estable



Fx diáfisis de ambos huesos del antebrazo

Fractura quirúrgica
Si no se reestablece la forma anatómica de ambos huesos, no se puede recuperar la pronosupinación



CLASIFICACIÓN AO

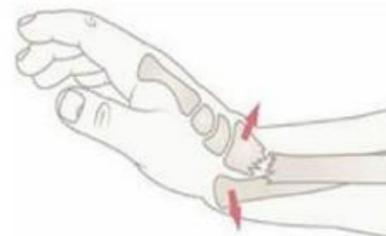
FRACTURAS

MONTEGGIA



-Fractura: PROXIMAL ulnar, 1/3 medio o proximal
-Luxación: PROXIMAL de la cabeza del radio

GALEAZZI



-Fractura: DISTAL del radio
-Luxación: DISTAL de la art. radio-cubital.

MU/GR_(e)

MONTEGGIA: Fx. Ulna Proximal

Galeazzi: Fx. Radio Distal

Tratamiento no quirúrgico:

- Fracturas no desplazadas con mínima inflamación
- Tolera reducción cerrada + inmovilización por 3 semanas

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Reducción abierta y fijación interna

Lesión de Monteggia

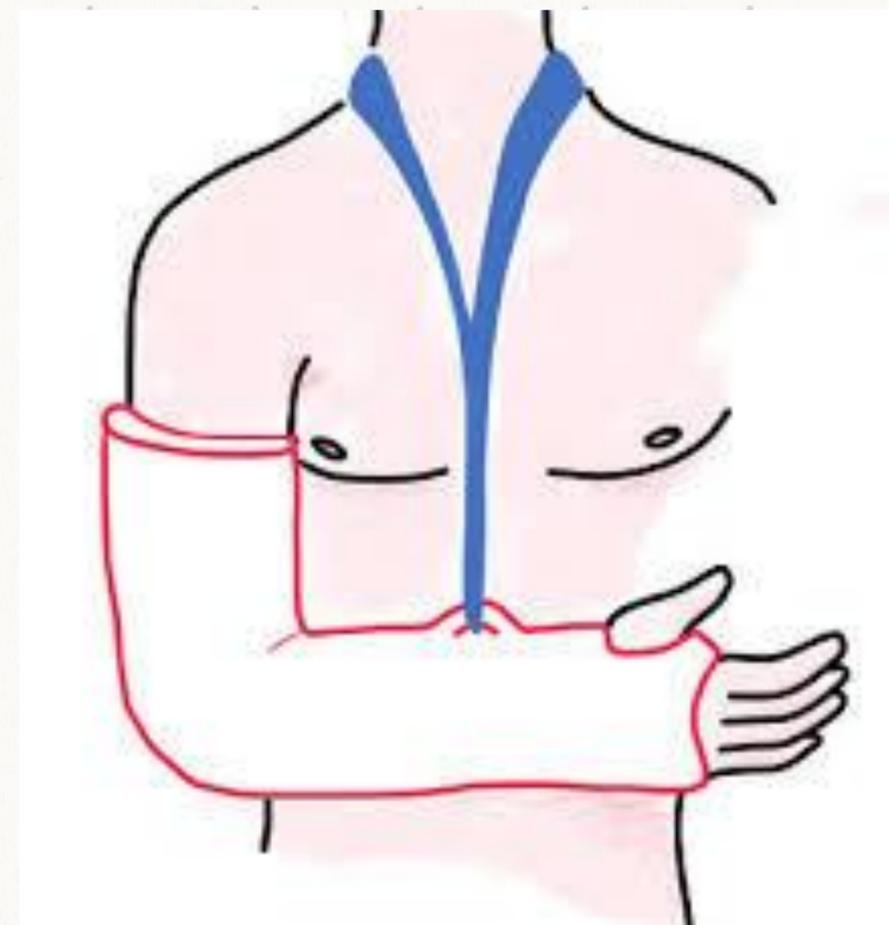
Fx de diáfisis cubital(proximal) + luxación art. RHC(CABEZA RADIAL)

TTO: Reducción del cúbito y osteosíntesis con placas y tornillos

Inmovilización con férula

Lesión de Galeazzi

Fx de diáfisis radial (distal) + luxación art. RHC(CABEZA CÚBITO)



FRACTURA DE RADIO DISTAL

FRACTURA DE COLLES

- Desplazamiento: dorsal
- Mecanismo: Caída en extensión
- Frecuencia: 1er lugar

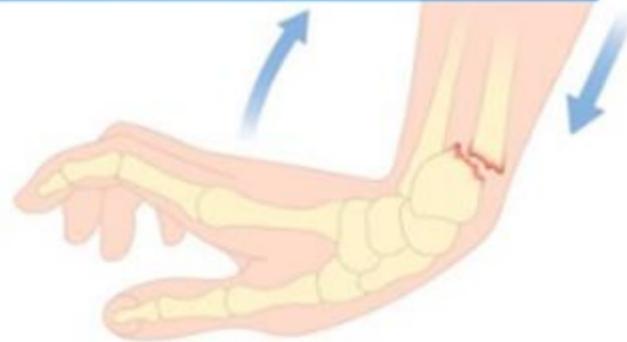
FRACTURA SMITH

- Desplazamiento: ventral
- Mecanismo: Caída en flexión
- Frecuencia: 2do lugar



Fractura de Colles (más común)

- Desplazamiento **dorsal** del fragmento distal.
- Caída con mano en **hiperextensión** (dorsiflexión) y antebrazo en pronación.
- Deformidad: **Dorso de tenedor.**



Fractura de Smith

- Desplazamiento **anterior** (ventral) del fragmento distal.
- Caída sobre **dorso** de la mano (hiperflexión).
- Deformidad: **Pala de jardinero.**



TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Yeso braquipalmar

QUIRURGICO

- Fracturas inestables

FRACTURA DE ESCAFOIDES

EPIDEMIOLOGÍA

Constituye el 15% de lesiones agudas en la muñeca
Frecuente en JOVENES

MECANISMO

Directo e indirecto
Caída sobre la palma de la mano

LOCALIZACIÓN

Mayoría en cintura (65%)



CLÍNICA

DOLOR

Deformidad

Tumefacción

Limitación movimiento

DIAGNÓSTICO

RADIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Yeso 8-12 semanas

QUIRURGICO

- Osteosíntesis con tornillo

COMPLICACIONES

- Ausencia de consolidación
- Necrosis isquémica del polo proximal



FRACTURA DE METACARPIANOS

FRACTURA DE BENNET

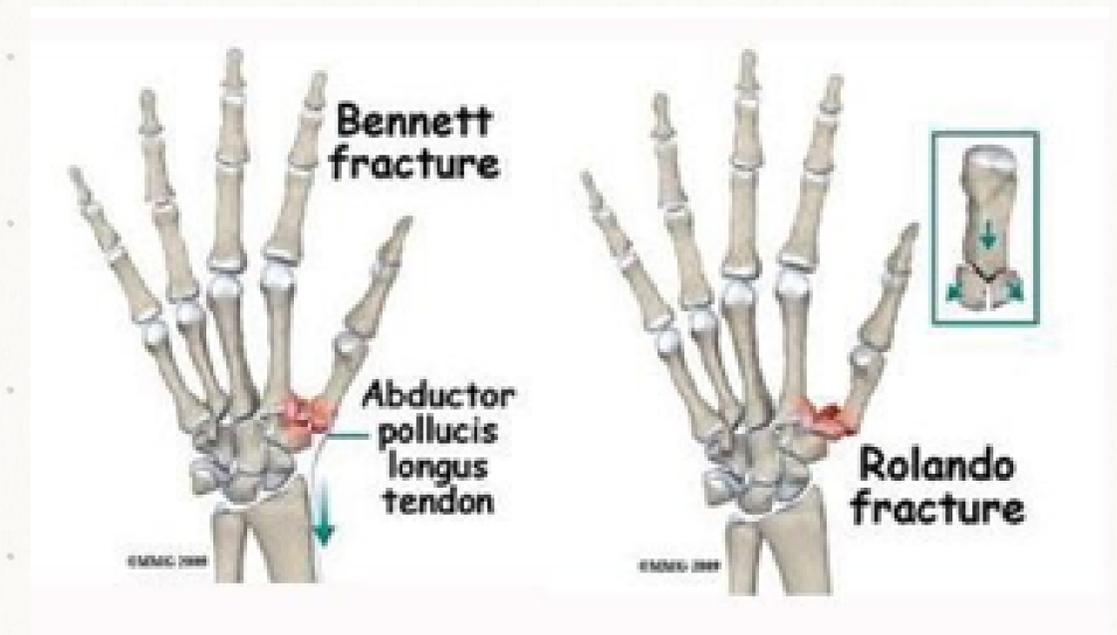
Fractura oblicua intraarticular

- Desplazamiento proximal de la diáfisis por acción del pulgar
- Tratamiento: Reducción y osteosíntesis

FRACTURA DE ROLANDO

Fractura intraarticular conminuta

- Mas infrecuente
- Tratamiento: Ortopédico o quirúrgico segun conminución



FRACTURA DE PELVIS

Las fracturas de la pelvis son producidas por mecanismos de alta energía

- Poco frecuentes, ocupan entre el 2 y el 4% de lesiones del sistema músculo esquelético
- Jóvenes entre 15 a 30 años, son los más afectados en un 37%.
- La proporción entre el hombre y la mujer es de 2 a 1
- Asociación a trauma torácico, TCE, lesiones hepáticas o esplénicas, dos o mas fracturas de huesos largos.

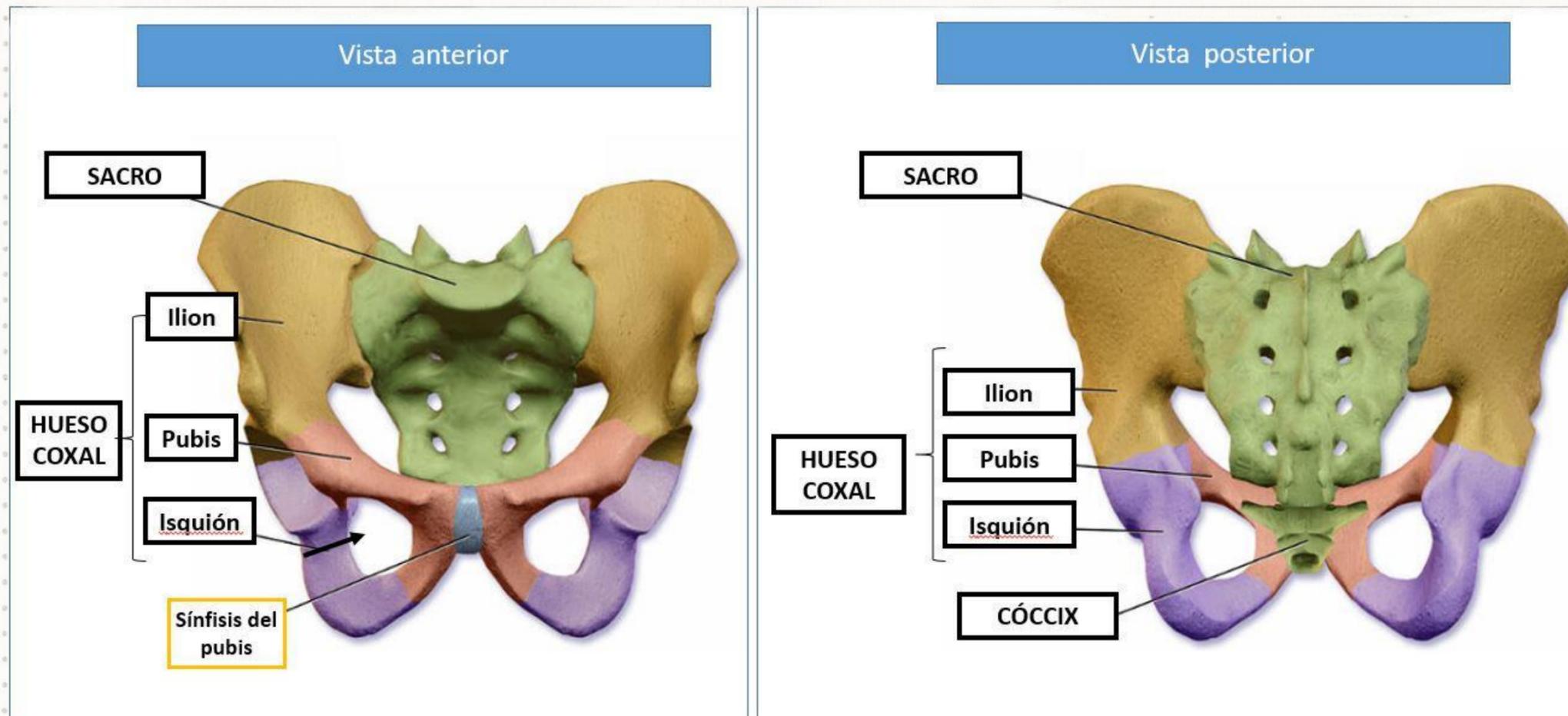
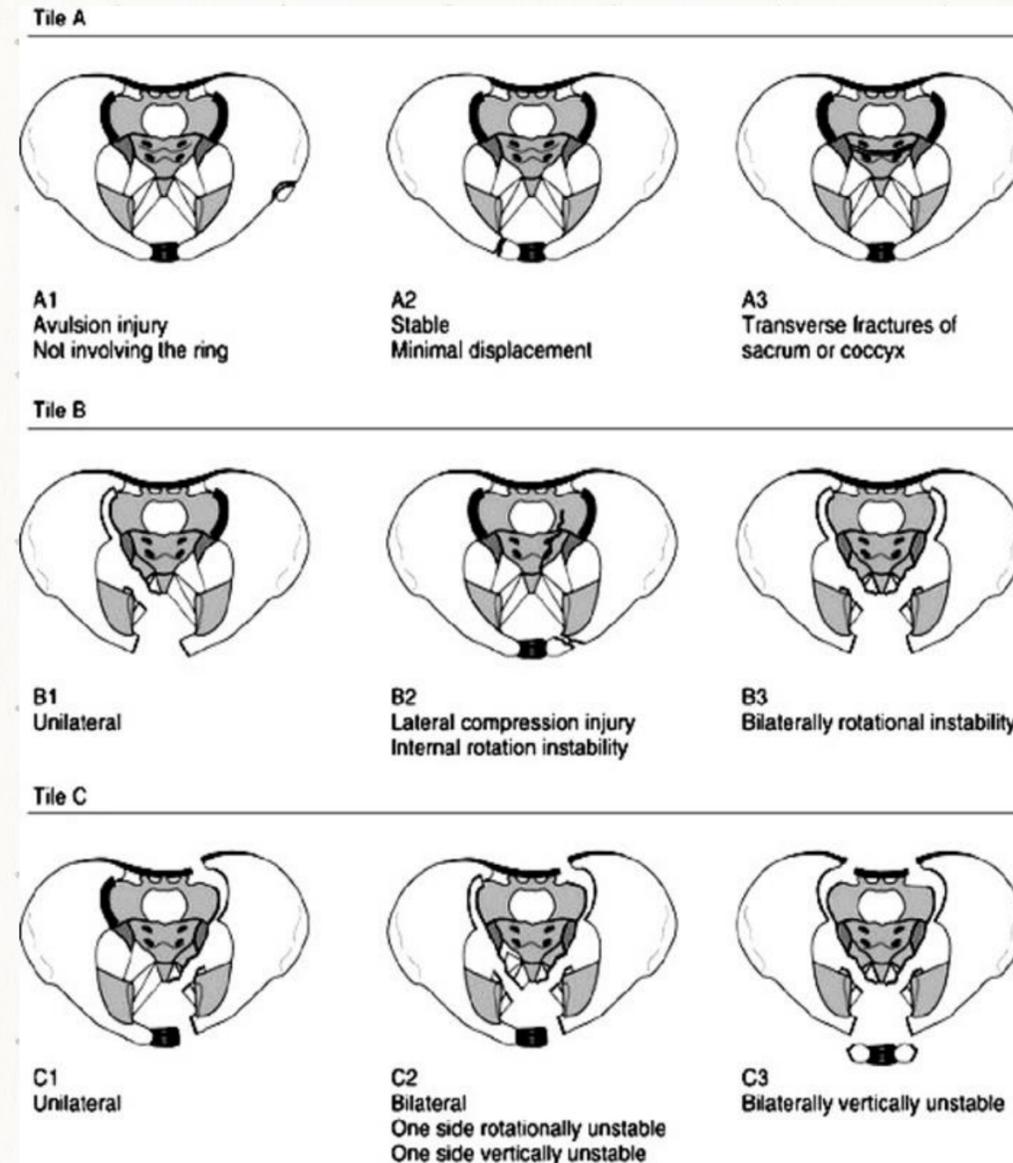


Tabla 1. Clasificación de Tile de las lesiones del anillo pélvico

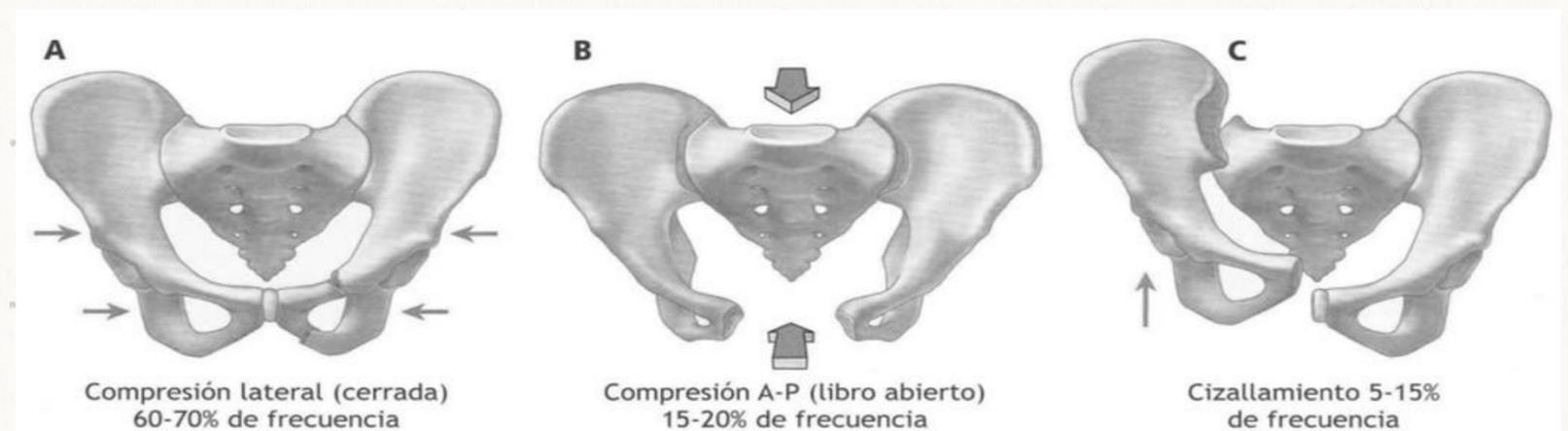
<p>Tipo A: Estables (Arco posterior intacto)</p>	<p>A1: Anillo pélvico intacto. Lesiones por avulsión A2: Fractura de ala iliaca o arco anterior A2.1: Fractura estable o pequeño desplazamiento A2.2: Fractura asilada de las 4 ramas en mariposa A3: Fractura transversa de sacro y/o cóccix transversa</p>
<p>Tipo B: Parcialmente estables (Inestabilidad horizontal con estabilidad vertical. Rotura incompleta de arco posterior)</p>	<p>B1: Inestabilidad en rotación externa (compresión antero-posterior, lesión en libro abierto) B2: Inestabilidad en rotación interna (compresión lateral) B2.1: Homolateral (lesión anterior en mismo lado que lesión posterior) B2.2: Contralateral (lesión anterior en lado contrario a posterior. Asa de cubo) B3: Lesión bilateral B3.1: Lesión posterior bilateral en rotación externa B3.2: Lesión por rotación externa de un lado y rotación interna contralateral (lesión por arrollamiento) B3.3: Compresión lateral bilateral</p>
<p>Tipo C: Inestables (Rotura completa de arco posterior)</p>	<p>C1: Lesión posterior unilateral C1.1: Fractura del iliaco C1.2: Luxación o fractura-luxación sacroiliaca C1.3: Fractura del sacro vertical C2: Lesión con inestabilidad vertical en un lado e inestabilidad rotacional en hemipelvis contralateral C3: Inestabilidad vertical bilateral</p>



CLASIFICACIÓN DE YOUNG-BURGUESS

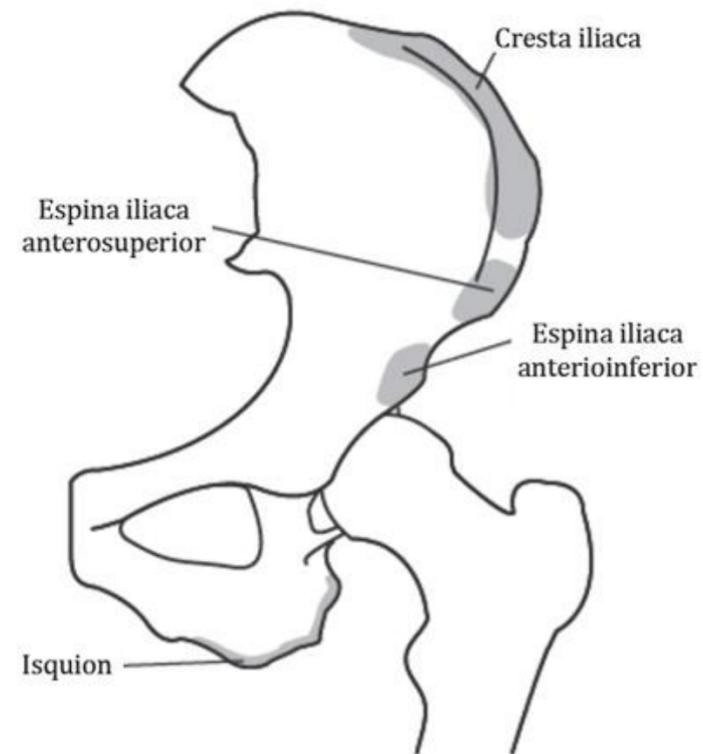
Los cuatro patrones de lesión que provocan fracturas de pelvis son:

1. Compresión anteroposterior (AP) → rotación externa
2. Compresión lateral → rotación interna
3. Cizallamiento vertical → Fractura de Malgaigne
4. Complejo (multidireccional).



FRACTURA POR AVULSIÓN

- Contracciones musculares fuertes.
- Localizada en espina iliaca superior por traccion del sartorio.
- Espina iliaca anteroinferior por tracción del recto femoral
- Lesión de tuberosidad isquiatica por los músculos isquiotibiales .



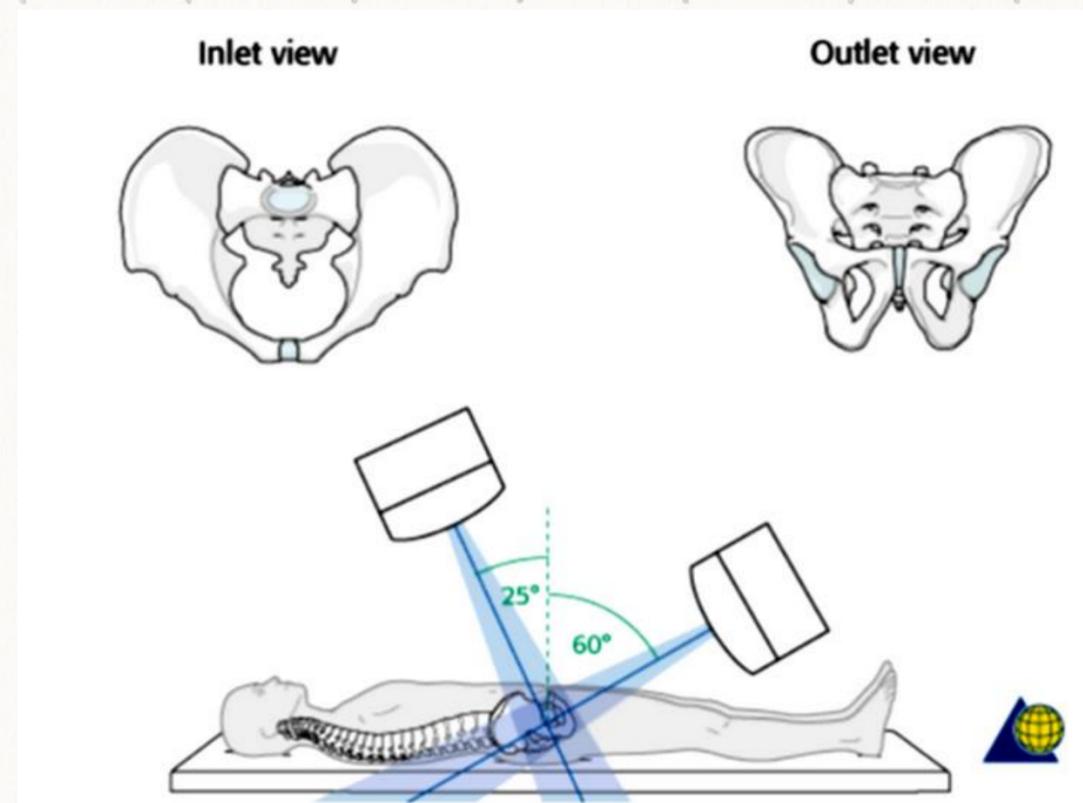
EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

INLET (ENTRADA)

- Valora estabilidad de anillo pélvico
- Pelvis verdadera
- Valora articulación sacro ilíaca

OUTLET (SALIDA)

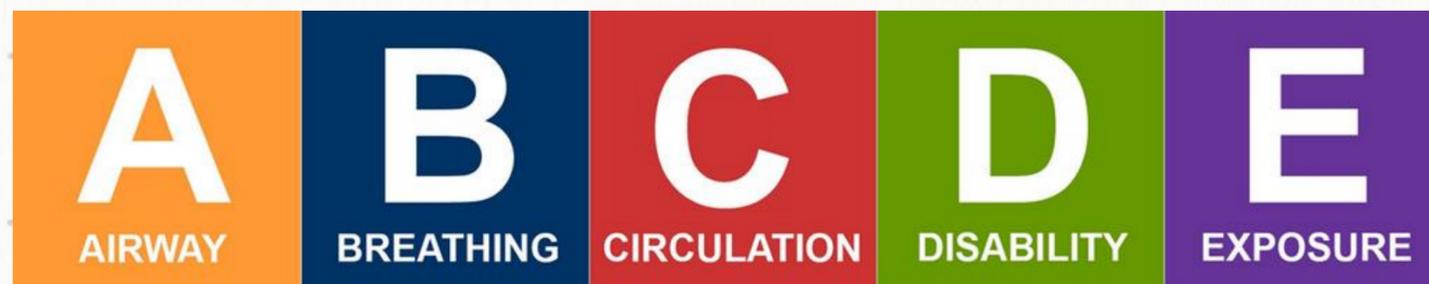
- Valora estabilidad vertical



SIGNOS DE LESIONES PÉLVICAS

- Extremidad acortada y/o rotada
- Hematomas en los flancos (hematoma retroperitoneal).
- Hematomas en escroto o muslo (signo de Destot), perineo o pliegues glúteos.
- Sangre en meato urinario o hematuria (lesión uretral)

MANEJO INICIAL



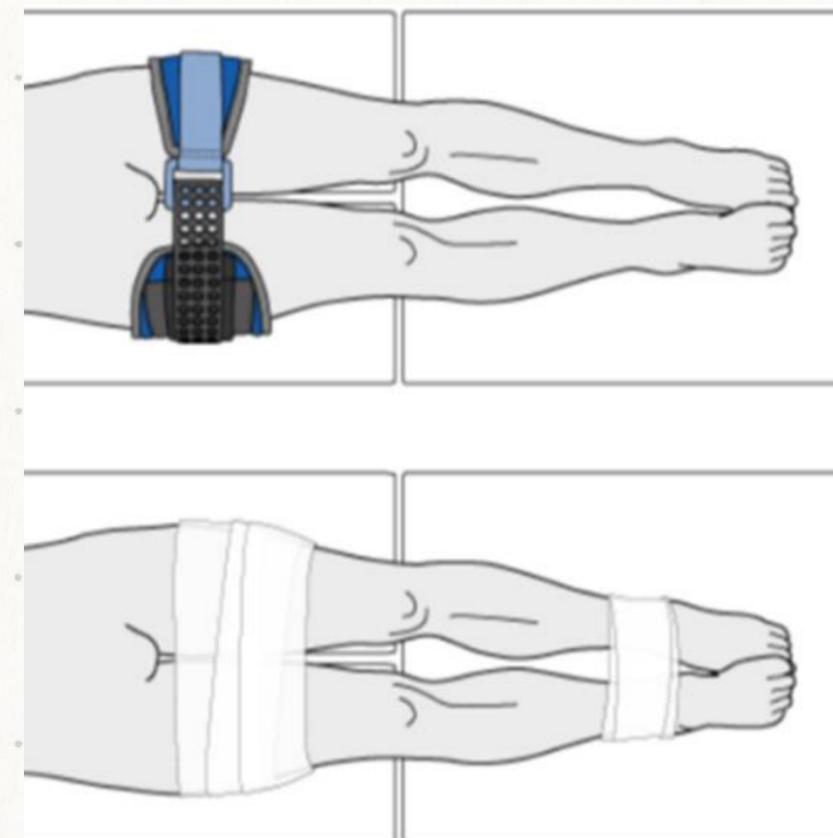
Estabilización temporal

Hemorragia: causa principal de muerte.

Cinturón pélvico.

- No invasivo
- Aplicado circunferencialmente alrededor de la pelvis y tensionado manualmente
- Compresión y estabilización pélvica.
- 24 hrs sin compromiso cutáneo.
- Colocación a nivel de trocánter mayor.
- Adecuada reducción de fracturas
- Debatible para LC

FIJACIÓN EXTERNA



FRACTURA DE MIEMBROS INFERIORES

Las fracturas de la cadera se refieren a la **perdida solución de continuidad ósea desde la superficie articular de la cabeza del fémur hasta la zona metafisiaria proximal** comprendida entre los dos trocánteres.

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE CADERA

FRACTURAS EXTRACAPSULARES

Fractura Intertrocantérea



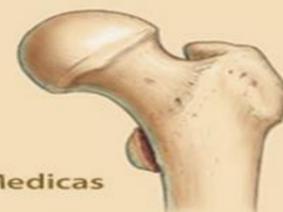
Fractura Subtrocantérea



Fractura del Trocánter Mayor



Fractura del Trocánter Menor



@ChuletasMedicas

FRACTURAS INTRACAPSULARES

Fractura Capital



Fractura Subcapital del cuello femoral



Fractura Transcervical del cuello femoral



Fractura Basicervical del cuello femoral



Dr. Mandra-k



Clasificación Garden

Fracturas intracapsulares

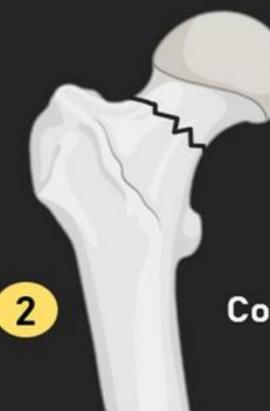


1



Incompleta

2



Completa

3



Desplazada <50%

4



Desplazada >50%

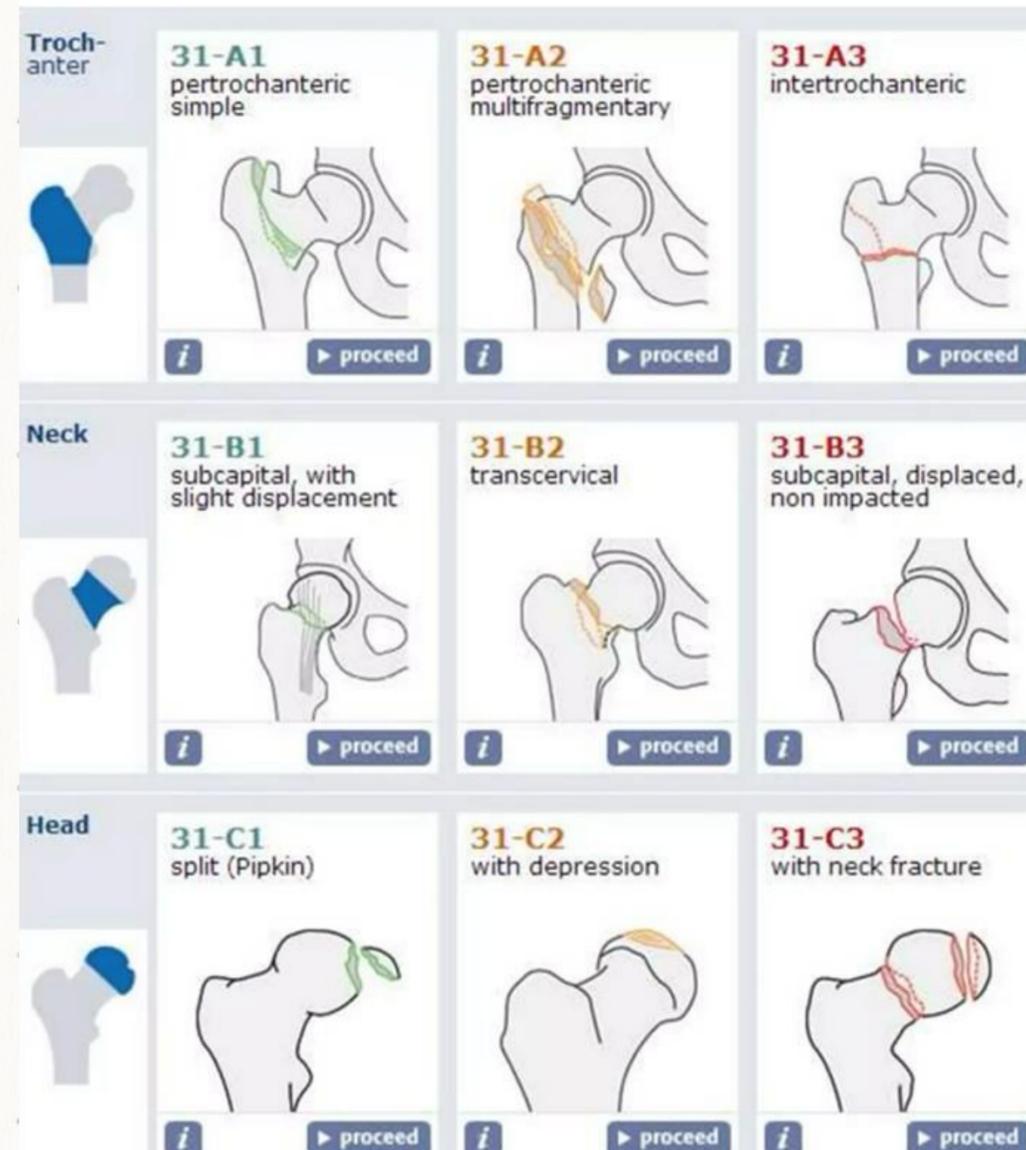
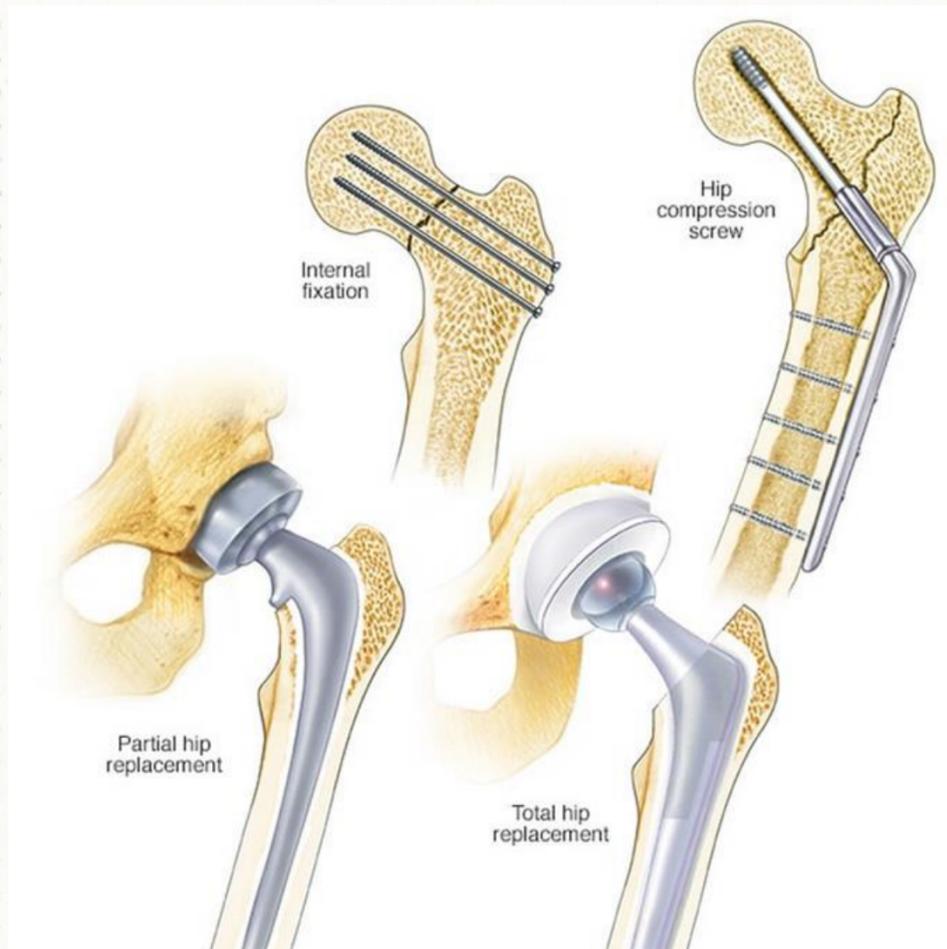
TRATAMIENTO

CONSERVADOR: dependiendo de las condiciones del paciente

- Con bota antirrotativa

QUIRURGICO

- Implantes intra o extramedular
- Placa bloqueada proximal femoral
- Tornillo placa de compresión DHS



CLASIFICACIÓN AO

FRACTURA DE FEMUR

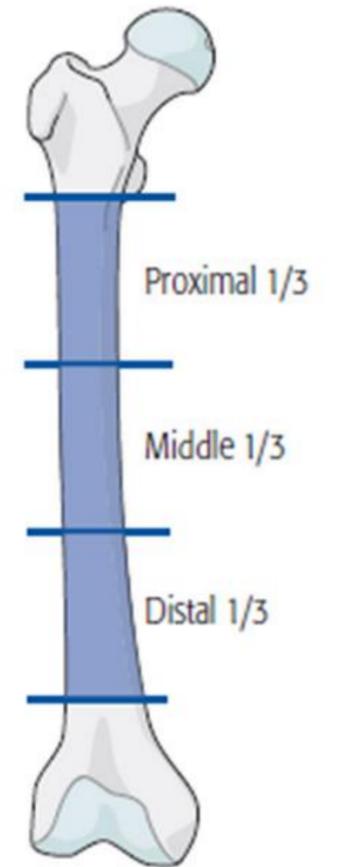
- **Hueso tubular de mayor tamaño.**
- Tiene una curvatura anterior.
- La cortical medial esta sometida a compresión, mientras que la cortical lateral esta sometida a tensión.
- El istmo es la región con menor diámetro intramedular.

EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

- 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

32

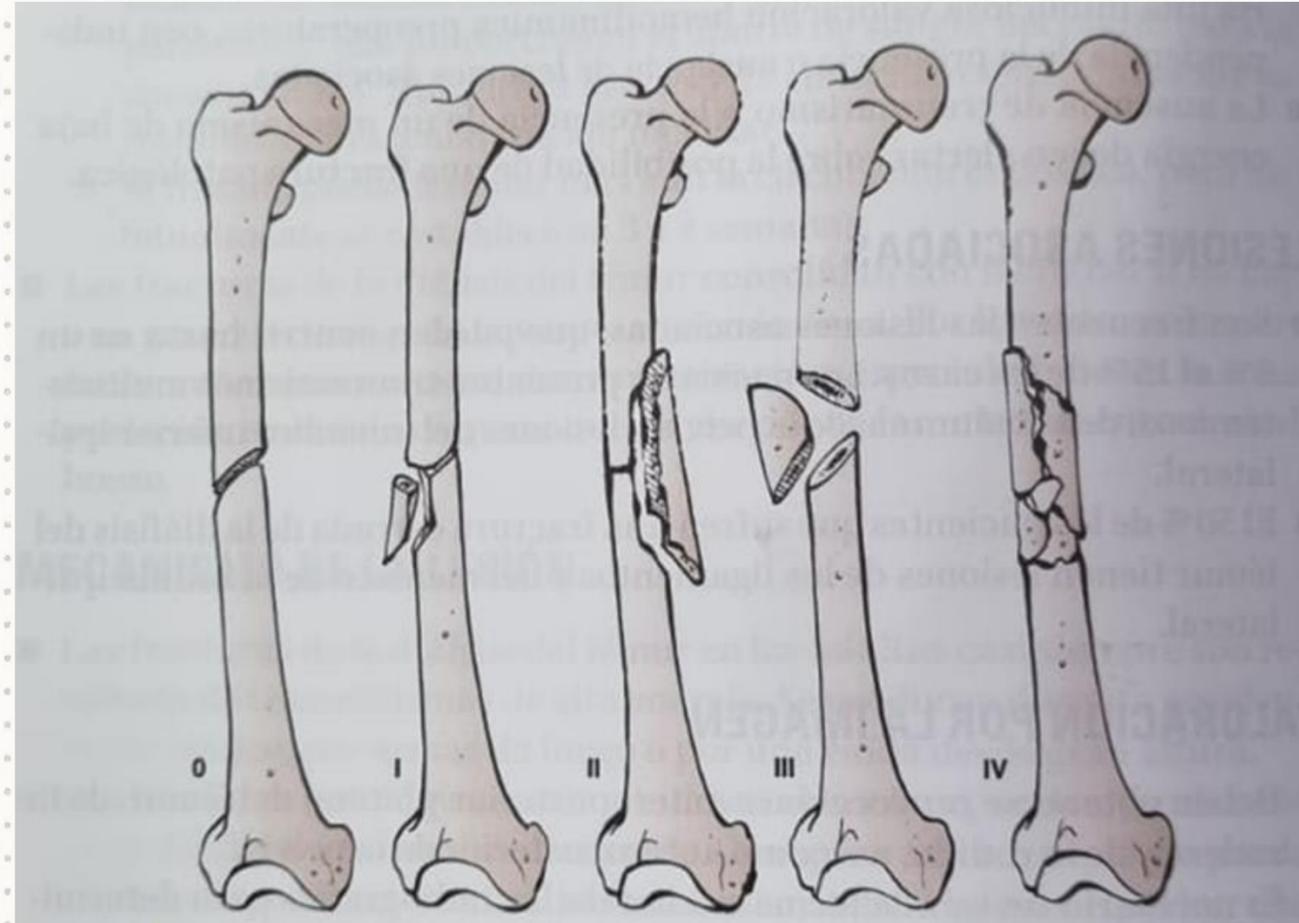
Location: Femur, **diaphyseal segment** 32



CLASIFICACIÓN AO

CLASIFICACIÓN DE WINQUIST Y HANSEN

- Valora el grado de conminución de la fractura.
- 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

CONSERVADOR

- Tracción esquelética: pacientes adultos con comorbilidades graves.
- Medida temporal previa cirugía para evitar acortamiento y estabilizar la fractura,

QUIRÚRGICO:

- **Tratamiento estándar, idealmente dentro de las primeras 24 horas.**
- Se debe realizar una estabilización precoz en pacientes politraumatizados, posterior a los maniobras de reanimación.

FRACTURA DE PATELA

MECANISMO DE LA LESIÓN

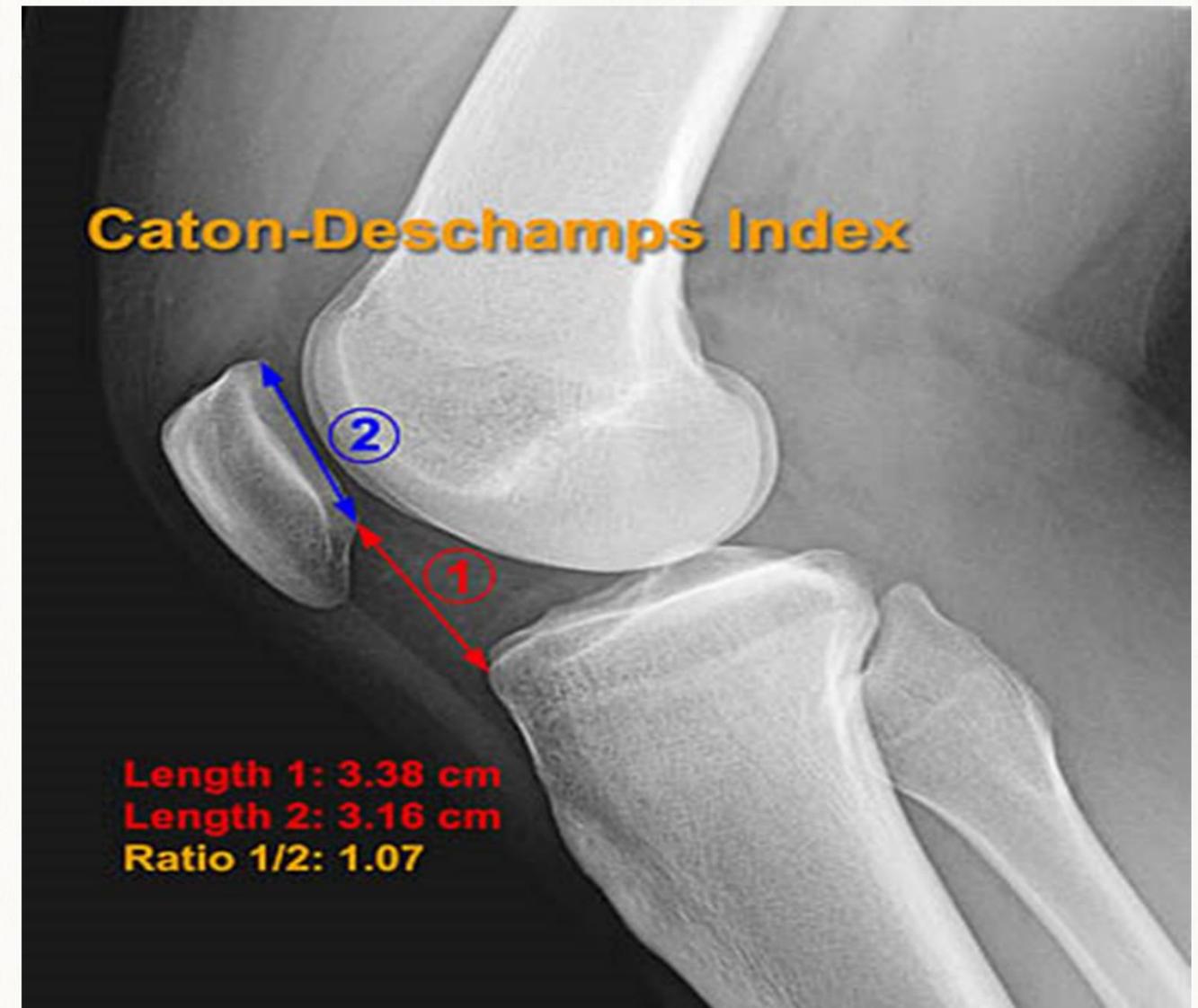
Directo: diferentes patrones de fractura (incompleta, simple, estrellada o conminuta).

- En general el desplazamiento es mínimo. La extensión de la rodilla puede estar conservada.

Indirecto: más frecuente

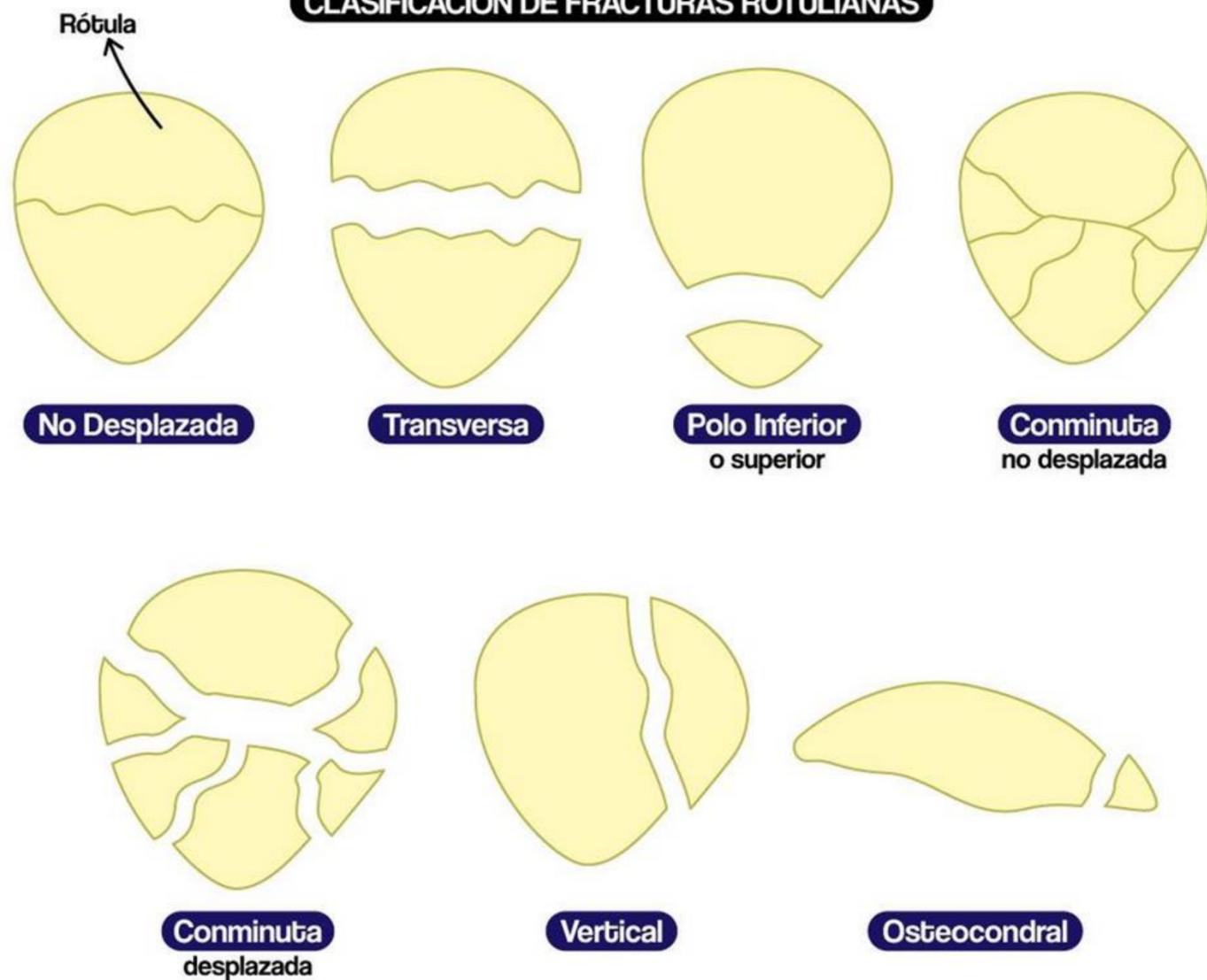
- El trazo de fractura es transversal. El paciente es incapaz de extender la rodilla.

Mecanismo combinado: el paciente sufre trauma directo e indirecto sobre la rodilla, como al caer de cierta altura.



CLASIFICACIONES

CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS ROTULIANAS



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

CLASIFICACIÓN AO

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Fracturas no desplazadas o mínimamente desplazadas (2-3mm) con mínima afectación articular (1-2mm). Es necesario que el mecanismo extensor esté íntegro.
- Se utiliza un **yeso tipo cilindro o una ortesis de rodilla bloqueada en extensión durante 4 a 6 semanas.**

Tabla 1. Tratamiento de fracturas de rótula

Sin desplazamiento	Tratamiento ortopédico: inmovilización 4 - 6 semanas	
>2mm escalón articular >3mm desplazamiento	Tratamiento quirúrgico	
	<ul style="list-style-type: none">• Cerclaje con alambre• Tornillos interfragmentarios• Cercaje + Tornillos	Control de la reducción por artroscopia (opcional)
Conminución severa	<ul style="list-style-type: none">• Patelectomía parcial• Patelectomía total	
Fracturas osteocondrales	<ul style="list-style-type: none">• Control de la reducción por artroscopia• Fijación con agujas biodegradables	

COMPLICACIONES

- Infección postoperatoria.
- Fracaso de la fijación.
- Refractura (1 a 5%).
- Pseudoartrosis (2%).
- Osteonecrosis. (conservador)
- Artrosis postrauma. (más del 50% de los pacientes)
- Intolerancia al material de osteosíntesis.
- Pérdida de la fuerza del mecanismo extensor.

FRACTURA DIAFISIARIAS DE TIBIA

MECANISMO DE LA LESIÓN

DIRECTO:

Flexión de alta energía:

- Accidentes de tránsito fracturas transversas, conminutas y desplazadas.

Penetrante

- Heridas por arma de fuego generalmente conminutas.

Flexión de baja energía

- Flexión en 3 o 4 puntos fracturas oblicuas cortas o transversas, con un fragmento en ala de mariposa.

INDIRECTO:

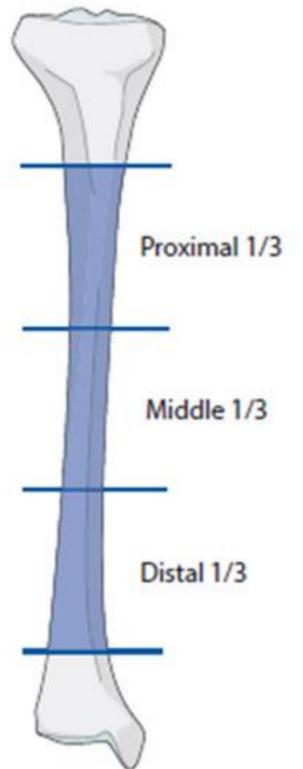
Por torsión

- Torsión con pie fijo, caída desde pequeña altura.

Por sobrecarga

42

Location: Tibia, diaphyseal segment 42



CLASIFICACIÓN AO

CLASIFICACIÓN DE TSCHERNE

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Lesión producida por una fuerza indirecta con mínima lesión de partes blandas.
1	Fractura cerrada producida por un mecanismo de baja a moderada energía, con erosiones superficiales o contusiones suprayacentes.
2	Fractura cerrada con una importante contusión muscular, probablemente con abrasiones cutáneas profundas contaminadas. Mecanismo de moderada a alta energía. <u>Sd. Compartimental</u> .
3	Aplastamiento masivo de partes blandas, con <u>desguantamiento</u> o avulsión subcutánea, lesión vascular, <u>Sd. compartimental</u> establecido.

CLASIFICACIÓN DE GUSTILO Y ANDERSON DE LAS FRACTURAS ABIERTAS

GRADO	DESCRIPCIÓN
I	Herida cutánea limpia < 1cm, producida de adentro hacia afuera, mínima contusión muscular, fractura transversa u oblicua corta.
II	Herida > 1cm, con importante lesión de partes blandas, aplastamiento mínimo a moderado, fractura transversa simple o oblicua corta, mínima conminución.
III	Importante lesión de partes blandas mayor de 10 cm que incluye músculos, piel y estructuras neurovasculares. Lesiones de alta energía, aplastamiento.

GRADO III	TIPO	DESCRIPCIÓN
	A	Grandes heridas en partes blandas, adecuada cobertura ósea. Fracturas segmentarias, lesiones por armas de fuego, mínimo daño al periostio.
	B	Importantes lesiones en partes blandas con <u>denudamiento</u> perióstico y exposición del hueso que necesita cubrirse con colgajos de partes blandas, asociada a contaminación masiva.
	C	Lesión vascular que necesita reparación.

TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- Fracturas aisladas, cerradas, de baja energía, con mínimo desplazamiento y conminución.
- **Yeso suropédico u ortesis funcional (3 a 6 semana).**

QUIRÚRGICO

- Fijación Externa.
- Placas y Tornillos

COMPLICACIONES

- Consolidación Viciosa
- Pseudoartrosis
- Pérdida de Partes Blandas
- Gonalgia
- Fatiga de MOSS
- Distrofia Simpática Refleja
- Síndrome Compartimental
- Lesión Neurovascular
- Embolia Grasa
- Dedos en Garra

FRACTURA DE TOBILLO

Son las fracturas más comunes en urgencias

El 70% de estas son unilaterales (predomina la lesión en maléolo lateral), el 20% son bimaléolares y el 7% trimaléolares

CLINICA

- 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 a la presión tibial

DIAGNÓSTICO

1. INICIAL: Clínica + radiografía de tobillo AP, lateral y mortaja
2. TAC

TRATAMIENTO

FX MALEOLARES LATERALES

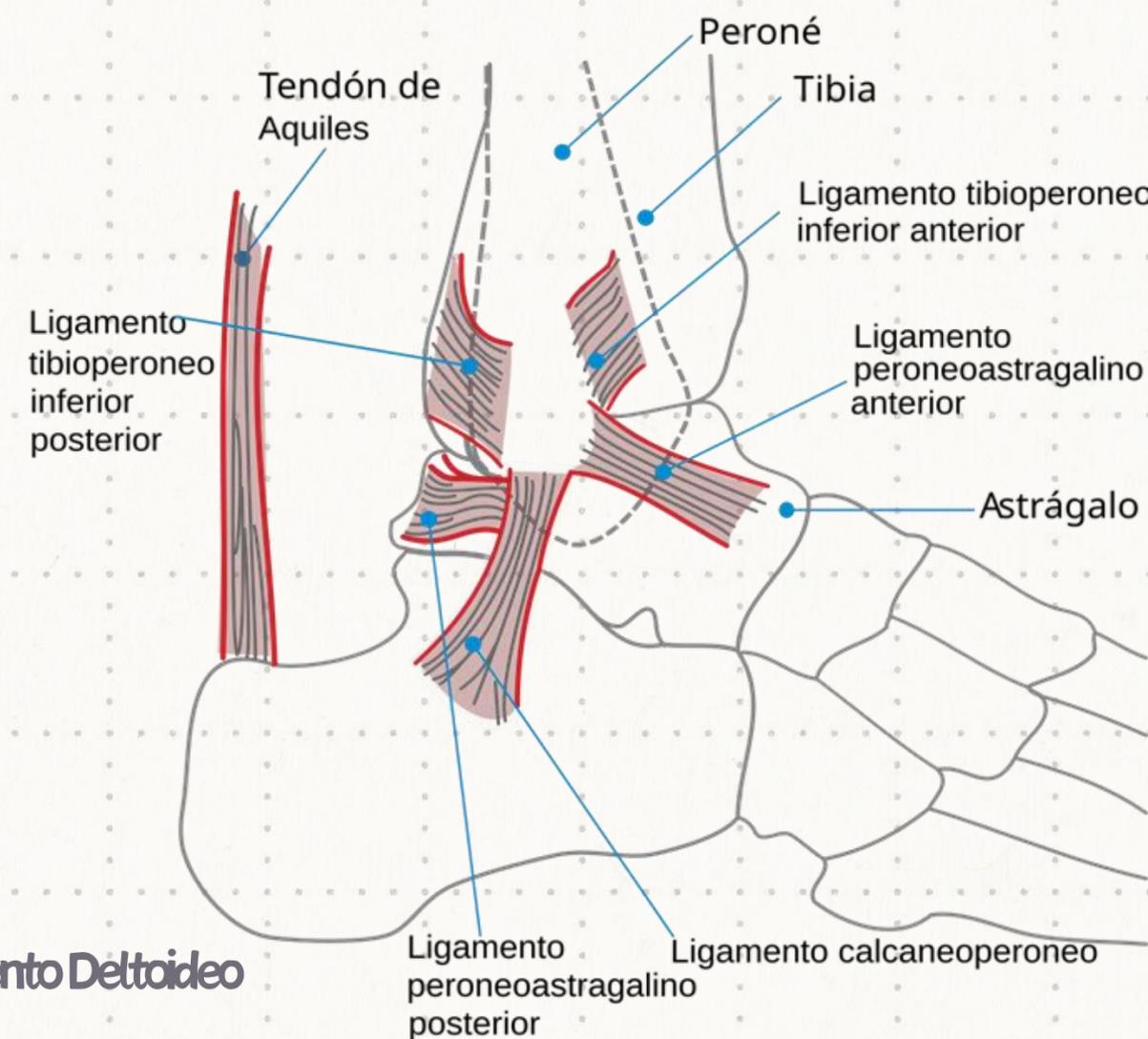
- Las más comunes
- No hay lesión de maléolo medial o ligamento Deltoideo
- Estables (sin desplazamiento)
- Clasificación AO 44-A1 y 44B-1

CONSERVADOR

- Yeso bota suropédica de 6 – 8 semanas

QUIRURGICO

- En fracturas desplazadas e inestables, correspondiendo éstas al resto de tipos de la clasificación AO no susceptibles de tratamiento ortopédico.
- También está indicado si fracasa el tratamiento conservador.



CLASIFICACIONE

Fractura de Tobillo Clasificación **DANIS - WEBER**



- C** **Suprasindesmal**
Mecanismo: Abducción - rotación
- B** **Transindesmal**
Mecanismo: Eversión
- A** **Infrasindesmal**
Mecanismo: Inversión

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

sentidomedico sentidomedico

<p>A</p> <p>SUPINACIÓN + ADUCCIÓN</p> <p>Rx de tobillo AP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Fractura transversa del maléolo externo por debajo del nivel de la articulación. (flecha roja) 2- Fractura vertical del maléolo interno. (flecha verde) 3- Impactación en pilón tibial. (flecha amarilla) 	<p>B</p> <p>PRONACIÓN + ABDUCCIÓN</p> <p>Rx de tobillo AP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Fractura transversa del maléolo interno o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha roja) 2- Ruptura de la sindesmosis o fractura avulsiva de sus inserciones. (flecha negra) 3- Fractura transversal del peroné por encima de la articulación. (flecha amarilla) 4- Ruptura del ligamento tibial posterior o fractura avulsiva al mismo nivel.
<p>C</p> <p>PRONACIÓN + ROTACIÓN EXTERNA.</p> <p>Rx de tobillo AP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Fractura transversa del maléolo interno o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha verde) 2- Ruptura del ligamento tibio peroneo anterior. 3- Fractura oblicua corta del peroné por encima de la articulación. (flecha roja) 	<p>D</p> <p>SUPINACIÓN + ROTACIÓN EXTERNA.</p> <p>Rx de tobillo AP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Ruptura del ligamento peroneo astragalino anterior. 2- Fractura espiroidea de peroné distal. (flecha roja) 3- Ruptura del ligamento peroneo astragalino posterior. 4- Lesión medial, fractura maleolar o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha amarilla)

<p>Infra-syndes-motic</p>	<p>44-A1 unifocal</p> <p>i ▶ proceed</p>	<p>44-A2 bifocal</p> <p>i ▶ proceed</p>	<p>44-A3 circumferential</p> <p>i ▶ proceed</p>
<p>Trans-syndes-motic</p>	<p>44-B1 isolated lateral</p> <p>i ▶ proceed</p>	<p>44-B2 lateral and medial</p> <p>i ▶ proceed</p>	<p>44-B3 lateral, medial and posterior</p> <p>i ▶ proceed</p>
<p>Supra-syndes-motic</p>	<p>44-C1 simple diaphyseal</p> <p>i ▶ proceed</p>	<p>44-C2 multifragmentary</p> <p>i ▶ proceed</p>	<p>44-C3 proximal</p> <p>i ▶ proceed</p>

CLASIFICACION DE DANIS-WEBER

CLASIFICACION DE LAUGE-HANSEN

CLASIFICACION AO

Osteosarcoma

Tipo de cáncer óseo que se origina cuando las células de los huesos crecen de forma descontrolada

LOCALIZACIÓN

- Se forma con mayor frecuencia en los extremos de los huesos largos, como fémur y tibia o en el hueso del brazo superior

Características

Cáncer que se origina en los osteoblastos, células que se convierten en hueso nuevo

DX

Se diagnostica mediante una biopsia,

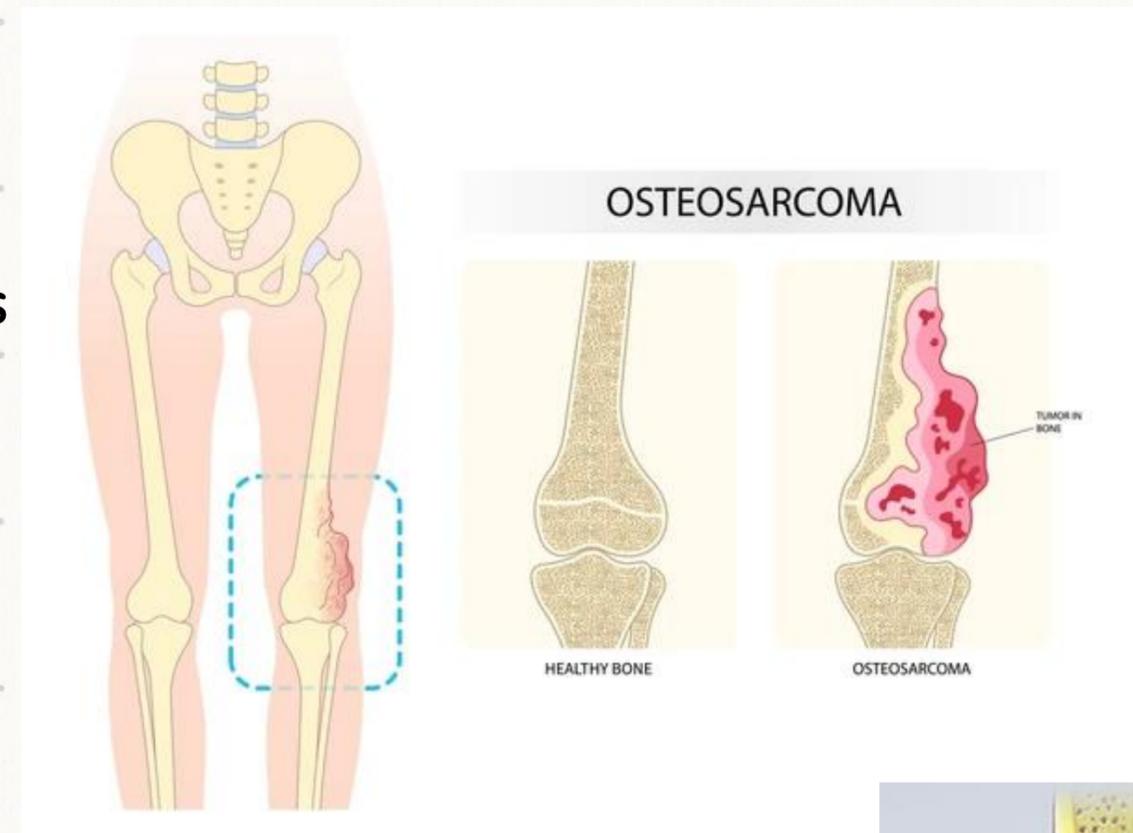
RX

Permite diagnosticar con seguridad los tumores óseos malignos en niños y puede diferenciar el sarcoma de Ewing



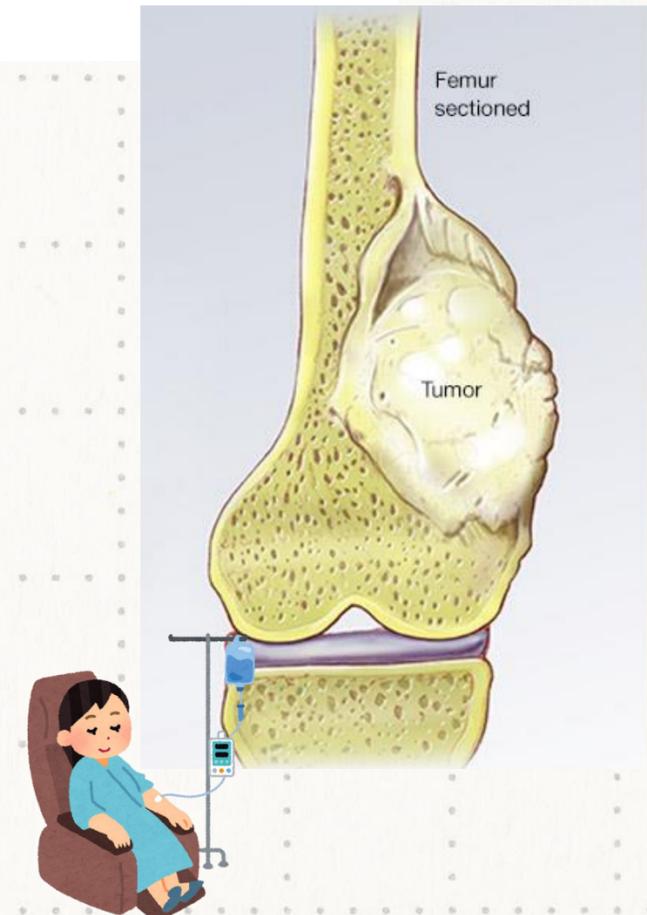
CLÍNICA

- Dolor en los huesos
- Hinchazón
- Sensibilidad
- Debilidad ósea
- Cansancio
- Pérdida de peso



TX

Quimioterapia antes y después de la cx, para ↓ el cáncer y eliminar cualquier célula cancerosa que pueda quedar



Sarcoma de Ewing

Tumor canceroso que se forma en los huesos o en los tejidos blandos que lo rodean

CLÍNICA

Dolor que ↑ con el tiempo
(causa despertares)

Características

Cáncer maligno que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, aunque también puede aparecer en niños pequeños y personas adultas

FORMACIÓN

Huesos de las piernas, brazos, pies, manos,, pared torácica, pelvis, columna vertebral, cráneo o tejidos blandos adyacentes



DX

- Anamnesis
- EF
- RM
- TC
- RX
- Recuentos sanguíneos completos
- Estudios bioquímicos de la sangre

TX

Quimioterapia, cirugía, radioterapia o una combinación de los 3



Condrosarcoma

Tipo de cáncer que se origina en las células del cartílago de los huesos

Epidemiología

- #2 cáncer de hueso más común
- Se presenta a cualquier edad (+frec >40)

CLÍNICA

- Bulto creciente
- Dolor o inflamación
- Problemas de movimiento
- Fractura patológica
- Problemas de control de esfínter si presiona la médula

LOCALIZACIÓN

Se forma con mayor frecuencia en los extremos de los huesos largos, como fémur y tibia o en el hueso del brazo superior



CONVENCIONAL Común que crece lentamente

DESDIFERENCIADO Mixoide, de células claras y mesenquimatosos: Subtipos poco comunes que crecen más rápido y pueden diseminarse a otras partes del cuerpo

MESENQUIMATOSO EXTRAESQUELÉTICO Poco frec que se forma en el tejido blando, no en el hueso y suele aparecer en cabellza y cuello

TX

CX para eliminar el cáncer y un margen de tejido sano. El tipo de cx depende del lugar donde se encuentre el condrosarcoma

Osteoma osteoide

Tumor óseo benigno, no canceroso, que se caracteriza por ser pequeño y no crecer

Epidemiología

Común en niños y adultos jóvenes y afecta más a los hombres que a las mujeres

CLÍNICA

Dolor (+frec) que puede ser moderado a intenso y empeorar por la noche

DX

- RX (lesión ovalada dentro del hueso)
- Gammagrafía ósea
- TAC

ORIGEN

Se desarrolla en los huesos largos, como el fémur y la tibia, pero también pueden aparecer en la columna vertebral, los brazos, las manos, los tobillos o los pies

TX

- AINE como la aspirina para el dolor
- Puede desaparecer por sí solo después de algunos años
- El tx puede ser qx o con medicamentos

Osteoma osteoide

Adultos Jóvenes

Fémur proximal

Dolor sordo e intenso, predominio nocturno que **cede con aspirina** y otros AINEs

Sin reacción perióstica
Nidus lítico (<1cm) rodeado de hueso engrosado y denso

Puede **resolver espontáneamente** (seguimiento y control del dolor con AINE)

Osteosarcoma

Jóvenes de 10 a 25 años

Metáfisis de **fémur distal** y tibia proximal

Dolor en reposo y durante la noche, no asociado a actividad física y no cede con AINEs ni reposo

Neoformación ósea con **reacción perióstica** (sol naciente, triángulo de Codman) y edema de tejidos blandos

Sin metástasis (resección quirúrgica)
Metástasis (quimioterapia)

Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica. SPOTLIGHT Med



Osteoblastoma

Tumor óseo benigno, pero localmente agresivo, es poco frecuente

Localización

- Se localiza con +frec en la CV, húmero proximal y cadera, pero puede afectar cualquier hueso
- En la CV puede afectar a las estructuras posteriores

CLÍNICA

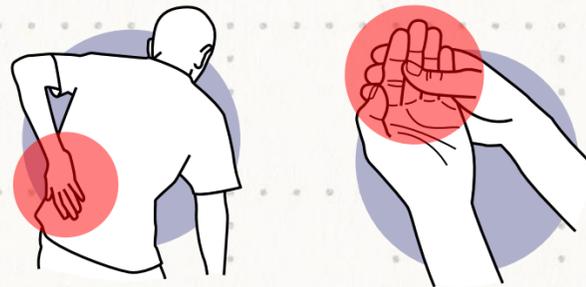
- Dolor constante y sordo que generalmente se localiza donde está el tumor

DX

- RX
- TAC
- RMN
- Estudios radioisotópicos

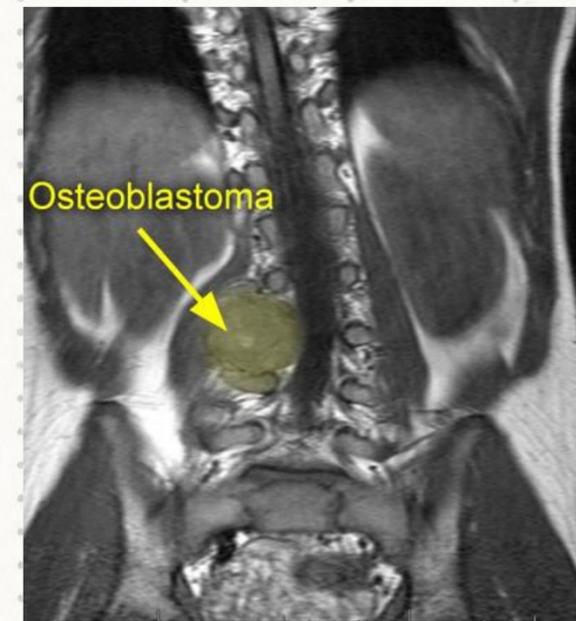
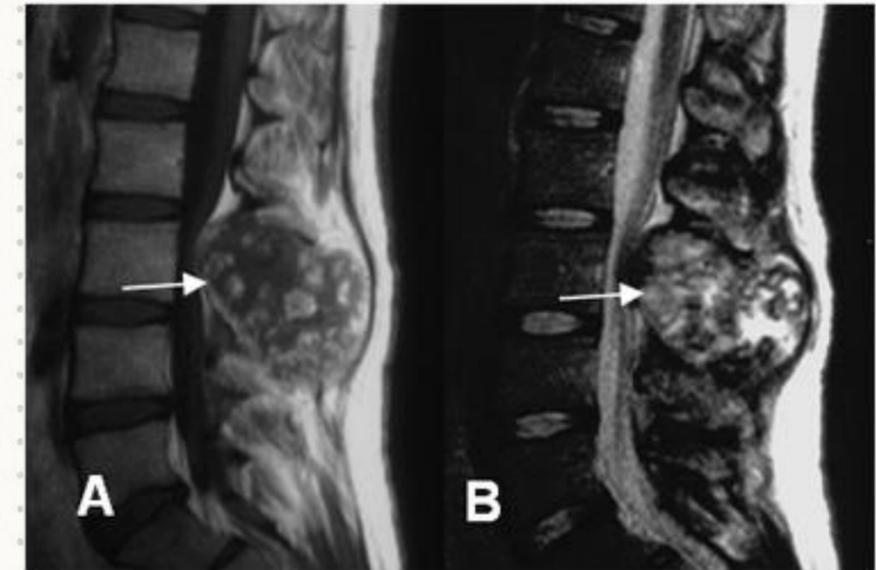
ORIGEN

- Osteoblástico, es decir, se trata de una neoplasia benigna rara que se desarrolla en el hueso



TX

- Radioterapia
- Resección en bloque: Se extirpa el tumor junto con un margen de tejido sano
- Logrado: Se raspa el tumor del hueso y a menudo se rellena el defecto con un injerto óseo



Condroblastoma

- Tumor óseo benigno, poco frecuente y de origen cartilaginoso

Epidemiología

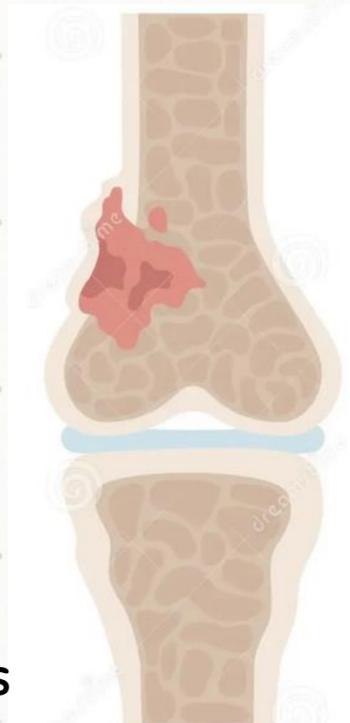
Puede afectar a personas de todas las edades, pero es + común en niños adolescentes y hombres jóvenes

CLÍNICA

- Dolor
- Hinchazón articular
- Rigidez
- Cojera

LOCALIZACIÓN

- Suele aparecer en los extremos de los huesos largos de las extremidades, como los de los brazos y las piernas, cerca de la placa de crecimiento



ORIGEN

Tumor que se origina en el cartílago, el tejido conectivo que da lugar a la mayoría de los huesos.

TX

QX: Consiste en raspar el tumor y rellenar la cavidad

La recidiva es frec, hasta un 35% de los casos y puede requerir un nuevo raspado o la resección completa del tumor

