

Materia:
Clínicas quirúrgicas complementarias

Nombre del trabajo:
Flashcards "Fracturas"

Alumna:
Karen Paulina López Gómez
Grupo: "A" Grado: "7"

Docente:
Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

PASIÓN POR EDUCAR

FRACTURA DE CLAVICULA

LOCALIZACIÓN

Mayoría en TERCIO MEDIO(80%), unión tercio medio y tercio externo, tercio lateral(15%)



MECANISMO

Lo mas comun son imoactos de alta eneraia como lesión depórtiva, trauma directo, caídas de altura, accidente de auto y heridas por arma de fuego.



CLÍNICA DEL DOLOR

-INSPECCIÓN:Asimetría, codo sostenido por la otra mano (posición DESAULT),

Aumento del volumen , equimosis o tumefacción

-PALPACIÓN: Signo de la tecla, crepitación

-MOVILIZACIÓN:

Impotencia fucional

D/C lesión vascular, neuro lógica, art. acromioclavicular

EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría ocurre en hombres jóvenes menores de 25 años y hombres mayores de 55 años
-La fractura más frecuente es en el recién nacido

FACTORES DE RIESGO

Edad avanzada u osteoporosis, alt. óseas congénitas, mala nutrición o peso bajo, reducción de masa muscular, trabajos con armas de fuego, violencia Familiar o bullying

DIAGNÓSTICO

- Inicial: Clínico (signo de la tecla + , dolor y pérdida de funcionalidad)
- Confirmatorio: Rx AP y LAT hombro
- TAC En fx de extremos o sospecha de lesión intraarticular (fractura o luxación)

TRATAMIENTO

- Conservador + fct
- Venda je en ocho de guarismo, 4-6 ss / 2(4 ss niños)
- Venda je de Velpeau



QUIRURGICO: OSTEOSINTESIS

INDICACIONES

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

FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL

LOCALIZACIÓN



MECANISMO

Caída **DIRECTA** con apoyo en mano (98%)



CLASIFICACIÓN

CLASIFICACION DE HUMERO PROXIMAL AO

Medioclavicular	1.1-0.1	1.1-0.2	1.1-0.3
Medioclavicular	1.1-0.4	1.1-0.5	1.1-0.6
Articuloclavicular	1.1-0.7	1.1-0.8	1.1-0.9

EPIDEMIOLOGÍA

- Constituyen del 4 a 5% de todas las fracturas
- Frecuente en mujeres >70a

CLÍNICA/Dolor

INSPECCIÓN: Deformidad, equimosis, hematoma de HENNEQUIN (48 hrs), aumento del volumen
PALPACIÓN: Crepitación
MOVILIZACIÓN : Limitación funcional

DIAGNÓSTICO

Rx hombro AP y transtoracica



TRATAMIENTO

- CONSERVADOR: Venda de Velpesú o un inmovilizador ortopédico 10-15d →rehabilitación
- OSTEOSÍNTESIS: Pacientes partes jóvenes con fracturas desplazadas(1 opción)

ARTROPLASTIA:

- Fracturas irreconstruibles o riesgo de necrosis cefálica
- Fx con impactación o división cabeza
- Fx en 4 partes conminutas
- Con luxación asociadas

FRACTURA DIAFISIARIA DE HÚMERO

LOCALIZACIÓN



MECANISMO

- Directo(más frecuente)
- Indirecto

EPIDEMIOLOGÍA

- Constituyen del 3% de todas las fracturas
- Frecuente en JÓVENES
- Traumas de alta energía

CLÍNICA/DOLOR

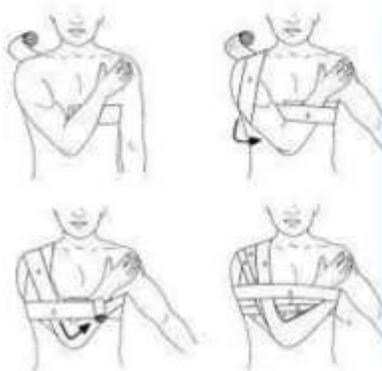
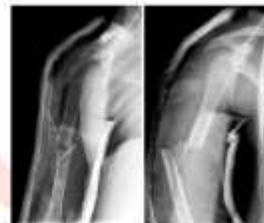
- INSPECCIÓN:** Deformidad, aumento del volumen, acortamiento, posición, Antálgica
- PALPACIÓN:** Crepitación
- MOVILIZACIÓN:** Limitación funcional

CLASIFICACIÓN



DIAGNÓSTICO

- RX AP y LAT simple de brazo
- TAC: Fx complejas y politraumatizados



TRATAMIENTO

- Inmovilizar con ferulas y venda je de Velpeau
- Yeso colgante de Cadwell:(fx espiroideas, oblicuas largas, anguladas acortadas)

Contraindicado: transversal

FRACTURA DE HUMERO DISTAL

LOCALIZACIÓN



MECANISMO

Directo 5%
indirecto 95%
(caída sobre la mano extendida)

EPIDEMIOLOGÍA

-Constituyen el 3% de todas FCT en niños

CLASIFICACIÓN

❖ CLASIFICACION "AO"

Extra articular	13-A1 ocultar	13-A2 simple	13-A3 multifragmentary
Parcial articular	13-B1 lateral sagittal	13-B2 medial sagittal	13-B3 frontal
Completa articular	13-C1 simple	13-C2 metaphyseal comminution	13-C3 multifragmentary

CLÍNICA

-Dolor
-Aumento de volumen y deformidad del codo
-Tumefacción
-Limitación funcional
-Posición antálgica

DIAGNÓSTICO

Confirmatorio:
-RX AP de codo (codo flexionado en 40°)
-TAC Permite definir el patrón óseo de fractura, la afectación articular y permite una mejor planificación preoperatoria

TRATAMIENTO

Conservador: Ketorolaco IV
Fracturas no desplazadas (<2mm) Férula Qx:

REDUCCIÓN ABIERTA
(Fracturas desplazadas)
Aplicar férula al finalizar la cirugía



FRACTURA DE OLEOCRANON

LOCALIZACIÓN

Ocurre cuando se fractura el extremo proximal (en el codo) del hueso cúbito, uno de los huesos que se unen para formar la articulación del codo



MECANISMO

- Por traumatismo directo (caídas) 70%
- T. indirecto (tracción del tríceps con el codo semiflexionado)
- Menos fct: golpe directo

EPIDEMIOLOGÍA

El 85% son fracturas no conminutas pero con desplazamiento del fragmento proximal debido a la fracción que ejerce el tríceps

CLÍNICA

- Dolor intenso y súbito en el codo que aumenta al flexionar o extender el codo
- Hipersensibilidad al mover el codo
- Sensación de inestabilidad del codo Bursitis del codo
- Hematomas en el codo

CLASIFICACIÓN

DE MAYO

Tipo I - No desplazada o mínimamente desplazada

- IA - Trazo único
- IB - Conminuta

Tipo II - Desplazamiento del fragmento proximal sin inestabilidad del codo

- IIA - Trazo único
- IIB - Conminuta

Tipo III - Inestabilidad de la articulación cúbito-humeral

- IIIA - Trazo único
- IIIB - Conminuta



DIAGNÓSTICO

- Confirmatorio: RX AP y lateral TAC (Permite identificar fragmentos articulares)



TRATAMIENTO

- Conservador:** Inmovilizar codo en flexión de 90°-90° en un perno de 3-4 semanas (ferula) Qx
- Fracturas desplazadas >2mm
 - Conservar fuerza de extensión del codo
 - Restablecer la congruencia articular
 - Mantener la amplitud del movimiento

FRACTURA DE CÚPULA RADIAL

LOCALIZACIÓN

Fractura de la cúpula radial es la región más proximal del radio (uno de los 2 huesos del antebrazo) y se localiza a nivel del codo.

MECANISMO

Directo e indirecto -Caída sobre la palma de la mano



EPIDEMIOLOGÍA

- Constituye el 33% de fx de codo
- Frecuente en mujeres de 40-60 años
- Deportes de contacto

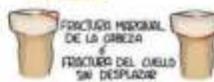
CLÍNICA

- Dolor -Deformidad
- Aumento de volumen
- Tumefacción
- Impotencia funcional

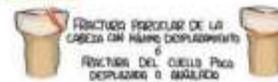
CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN DE MASON

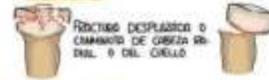
Mason I



Mason II



Mason III



Mason IV



Lesión de Essex-Lopresti

TRATAMIENTO

Mason I → Tratamiento ORTOPÉDICO (cabestrillo + ANALGESIA + MOVILIZACIÓN PRECOZ)

Mason II } ¿CLOQUEO ARTICULAR A LA EXTENSIÓN?
Mason III } NO → Tratamiento QUIRÚRGICO
 SI → Tratamiento QUIRÚRGICO

Mason IV → Tratamiento QUIRÚRGICO (NORMALMENTE PRESENTAN INESTABILIDAD DE CODO AL ASOCIAR OTRAS LESIONES)

DIAGNÓSTICO

Confirmatorio: RX AP, lateral y oblicua



FRACTURA DE ANTEBRAZO

LOCALIZACIÓN

Fractura de diáfisis del radio y cubito es la pérdida de la continuidad ósea de la parte tubular en la diáfisis del radio, cubito o ambos (Asociadas a incongruencia articular radio-cubital).

MECANISMO

-Por traumatismo directo con hiperextensión de muñeca y codo

-Traumatismo indirecto (Caida, se apoya la palma de la mano) (maniobras de defensa personal, accidentes vehiculares o por proyectil de arma)

EPIDEMIOLOGÍA

Representan 10-14% de todas las fracturas. Fracturas de tercio medio del antebrazo tienen peor pronóstico que de tercio proximal o distal.

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- osteoporosis malnutrición
- Lesiones deportivas
- Accidentes con maquinas
- Violencia
- intrafamiliar traumatismos en antebrazo

La mayoría de fracturas de eje del antebrazo son por caídas (Atletas).



DIAGNÓSTICO

ELECCION: Clínica + radiografía simple con proyecciones anteroposterior y lateral de antebrazo.

-TAC: En fracturas complejas

TRATAMIENTO

INICIAL: ABCD (ATLS) y evitar manipulación excesiva. Valorar grado de contaminación y lavar en caso de estar contaminada (colocar apósitos estériles). Colocar férula en extremidad lesionada y derivar a TyO.

Tratamiento no quirúrgico Está indicado en fracturas no desplazadas, con mínima inflamación y el paciente sea capaz de tolerar reducción cerrada + inmovilización por 3 semanas.

El tratamiento quirúrgico con reducción abierta y fijación interna es de elección para evitar pseudoartrosis y las uniones anómalas, que producen alteraciones funcionales.

FRACTURA DE RADIO DISTAL

LOCALIZACIÓN

Ocurren en el tercio distal del radio max a 9cm por arriba de la articulación radiocarpiana. Pueden ser intra o extra articulares o ambas.

EPIDEMIOLOGÍA

Generalmente tratadas en forma ambulatoria
20% requiere ingreso hospitalario

FACTORES DE RIESGO

EDAD: + edad disminuye metabolismo oseo.
SEXO: + Mujeres (climaterio)
OSTEOPOROSIS: En 34% de los px con esto.



CLÍNICA

Dolor, limitación funcional, deformidad, + volumen y crepitación.

DIAGNÓSTICO

-Inicial: Rx simple anteroposterior, lateral y oblicua.
-TAC: En Frac. con escalon articular.



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 braquiopalmar

COMPLICACIONES

Lesión ligamentaria 98%.
Artrosis de 7-65%
Pérdida de la movilidad 0-35%

FRACTURA DE ESCAFOIDES

LOCALIZACIÓN

Hueso del carpo que se fractura con mayor frecuencia y puede lesionarse al caer sobre el brazo con el carpo en extensión.

EPIDEMIOLOGÍA

15% de las lesiones en muñeca. Frecuente en jóvenes. Confundidas con esguince de muñeca.

MECANISMO

Caída sobre la palma en la muñeca hiperextendida y desviada radialmente.



CLÍNICA

Dolor
Deformidad
Tumefacción

DIAGNÓSTICO

Rx AP, lateral y oblicuo



TRATAMIENTO

Yeso ABP con pulgar
QX: Osteosíntesis con tornillo

COMPLICACIONES

-Ausencia de consolidación qx
-Necrosis isquémica del polo proximal

FRACTURA DE METACARPIANOS

LOCALIZACIÓN

Fractura de los huesos de las manos. 5to metacarpiano= Fractura del boxeador/ peleador callejero.

EPIDEMIOLOGÍA

15% de las lesiones en muñeca. Frecuente en jóvenes. Confundidas con esguince de muñeca.

MECANISMO

Directos: Contusión, aplastamiento, penetrantes. Indirectos: Tracción, angulación, torción, compresión.



CLÍNICA

Deformidad Dolor
Tumefacción Ausencia
del nudillo

DIAGNÓSTICO

RX: AP, lateral y oblicuas



TRATAMIENTO

Manejo inicial: Tx ortopédico. 1. Yeso ABP Moldeado a la cabeza de los metacarpianos durante 3 sem.

TIPOS

- FRAC. BERNETT: Fractura intraarticular de rasgo único a nivel de la base del primer metacarpiano.
- FX ROLANDO: Similar a bennett pero con rasgos múltiples T o Y
- FRAC. 5TO METACARPIANO: Fractura de metacarpiano Desplazamiento del 5to metacarpiano hacia palmar

FRACTURA DE PATELA/ROTULA

LOCALIZACIÓN

Lesión grave que puede dificultar o incluso imposibilitar el estiramiento de la rodilla o caminar



MECANISMO

-Directo: Traumatismo directo (incompleta, simple, estrellada o conminuta). Desplazamiento mínimo.

Indirecto (mas frecuente):

-Contracción excéntrica forzada del cuádriceps cuando la rodilla esta en semiflexión. El paciente es incapaz de extender la rodilla.

-Combinado: Trauma directo e indirecto sobre la rodilla, como al caer de cierta altura.

DIAGNÓSTICO

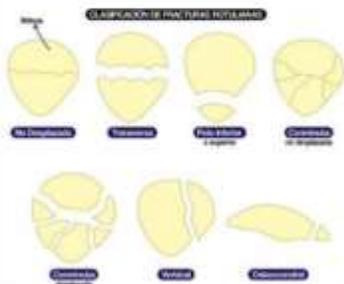
Radiografía



TRATAMIENTO

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

CLASIFICACION



-CONSERVADOR

Yeso tipo cilindro o una ortesis de rodilla bloqueada en extensión durante 4 a 6 semanas.

-QUIRURGICO

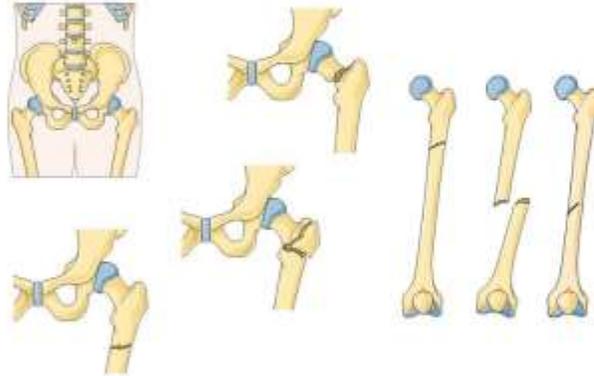
Incongruencia articular mayor a 2mm, desplazamiento mayor a 3 mm.

-Técnicas de reducción con pines, cerclajes, bandas de tensión, tornillos.

FRACTURA DE FEMÚR

CLASIFICACIONES

Ocurren en el tercio distal del radio máximo a 9cm por arriba de la articulación radiocarpiana. Pueden ser intra o extra articulares o ambas



PATRÓN

- Transversa, oblicua, conminuta, segmentaria o con fragmento en ala de mariposa.
- Deformidad angular o rotación.
- Desplazamiento: acotamiento o traslación.

CAUSAS

- Traumatismo de alta energía:
- Accidente automovilístico, la principal causa de fracturas de fémur.
 - Al caer desde una altura considerable.
 - Al sufrir una herida por proyectil de arma de fuego.

CLASIFICACIÓN

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

Enclavado intramedular: método habitual de fijación en fracturas diafisarias.

-CLAVADO ANTEROGRADO

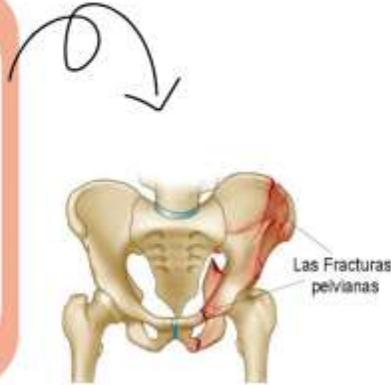
-CLAVADO RETROGRADO

FIJACION CON PLACAS

FRACTURA DE PELVIS

LOCALIZACIÓN

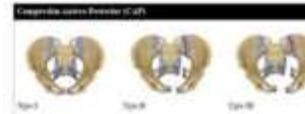
Las pelvis es una estructura compuesta por varios elementos óseos como el (sacro, coxis, huesos coxales



MECANISMO

- Frecuentes 2 y el 4% de todas las lesiones del sistema músculo esquelético. En jóvenes de 15 a 90 años, +Frec. 37%.
- Asociación a trauma torácico, TCE, lesiones hepáticas o esplénicas, dos o mas fracturas de huesos largos.

1. compresión anteroposterior.



2. compresión lateral rotación interna



3. cizallamiento vertical



CLÍNICA

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

CLASIFICACIÓN: Young

-burguess

- Los cuatro patrones de lesión
1. compresión anteroposterior (AP) rotación externa
 2. compresión lateral rotación interna
 3. cizallamiento vertical
 4. complejo (multidireccional).



TRATAMIENTO

Estabilización temporal

- Cinturón pélvico.
- No invasivo
- Aplicado circunferencialmente alrededor de la pelvis y tensionado manualmente
- Compresión y estabilización pélvica.

Fijación externa

- Da estabilidad al anillo pélvico y controla la hemorragia pero aumenta el grado de mala reducción acetabular

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Fracturas inestables
- Fijación interna fracturas tipo B
- Fijación interna fracturas tipo C.
- Reconstrucción

FRACTURA DE CADERA

LOCALIZACIÓN

Perdida de solución de continuidad ósea desde la superficie articular de la cabeza del fémur hasta la zona metafisiaria proximal comprendida entre los dos trocánteres.



EPIDEMIOLOGÍA

- Fractura de fémur más frecuente.
- Frecuentemente ancianos y mujeres por osteopenia u osteoporosis.
- Presentaciones:
 - V Trocánterica → 56-6%
 - / Cervicales → 27.7%
 - / Subtrocánterica → 5.9%
- 15% son no desplazadas, 8%.

CLÍNICA

- Pérdida de la movilidad luego de una caída.
- Dolor agudo en cadera o ingle.
- Rigidez, moreton o aumento de volumen en el área de la cadera.
- Imposibilidad de levantarse o caminar.
- Falta de capacidad para sostener peso en la pierna afectada

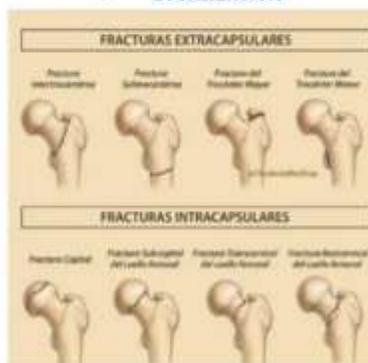
CLASIFICACIÓN DE GARDEN

- Fracturas de cuello
- Tipo I: Fractura incompleta o en abducción (impactada en valgo).
 - Tipo II: Fractura completa sin desplazamiento.
 - Tipo III: Fractura completa, parcialmente desplazada, menos de 50%.
 - Tipo IV: Fractura completa, pérdida del contacto entre los fragmentos



Segun grado de desplazamiento

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU LOCALIZACIÓN



CLASIFICACIÓN AO



FRACTURA DE TIBIA

LOCALIZACIÓN

La fractura diafisaria de tibia se refiere a la ruptura del hueso tibial en su porción media (diáfisis), que puede variar en severidad, patrón y grado de desplazamiento. Este tipo de fractura puede ser cerrada (sin comunicación con el exterior) o abierta (con exposición ósea a través de la piel).

EPIDEMIOLOGÍA

- Fractura más frecuentes en la población general, especialmente en adultos jóvenes y personas activas físicamente.
- Representa el 2% de todas las fracturas esqueléticas.
- Mayor incidencia en hombres entre los 20 y 40 años.

ETIOLOGÍA

- Trauma directo:
 - Accidentes automovilísticos (impacto directo).
 - Golpes con objetos contundentes.
- Trauma indirecto:
 - Lesiones deportivas, como torsiones violentas o caídas de altura.

- Tercio proximal.
- Tercio medio (más común).
- Tercio distal



DIAGNÓSTICO

- Radiografía AP y LAT: Para confirmar la fractura y determinar el patrón (transversal, oblicua, espiral o conminuta).
- Tomografía computarizada (TC): Útil para evaluar fracturas complejas o para planificación quirúrgica.
- Resonancia magnética (RM): En caso de sospecha de fracturas ocultas o para evaluar lesiones en tejidos blandos.



- CLASIFICACIÓN DE TSCHERNE

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Lesión producida por una fuerza indirecta sin rotura de partes blandas.
I	Fractura cerrada producida por un mecanismo de baja a moderada energía, con contornos suaves y/o contornos angulosos.
II	Fractura cerrada con una importante comminación asociada, probablemente con abrimiento relativo producido por mecanismo de moderada a alta energía (ej. Choque de tráfico).
III	Aplastamiento masivo de partes blandas, con desgarro masivo o avulsión subcutánea, lesión vascular, SO comprometida asociada.

- CLASIFICACIÓN DE GUSTILO Y ANDERSON DE LAS FRACTURAS ABIERTAS

GRADO	DESCRIPCIÓN
I	Herida cutánea limpia < 1cm, producida de adentro hacia afuera, mínima contaminación asociada, buena irrigación u obstrucción.
II	Herida > 1cm, con importante lesión de partes blandas, aplastamiento masivo a moderado, buena irrigación o obstrucción, mínima contaminación.
III	Importante lesión de partes blandas mayor de 10 cm que incluye tendones, piel y estructuras neurovasculares. Lesión de alta energía, aplastamiento.

TRATAMIENTO

-Conservador:

En fracturas estables, mínimamente desplazadas o en pacientes no aptos para cirugía:

- Inmovilización con yeso o férula larga
- Tratamiento quirúrgico:

Indicado en fracturas desplazadas, inestables, abiertas o asociadas a lesiones vasculares o nerviosas.

FRACTURA DE TOBILLO

LOCALIZACIÓN

Ruptura de uno o más de los huesos que forman la articulación del tobillo: la tibia distal (maleolo medial o posterior), el peroné distal (maleolo lateral) y, en algunos casos, el astrágalo.



EPIDEMIOLOGÍA

- Representan aproximadamente el 9% de todas las fracturas óseas.
- Más comunes traumáticas en adultos jóvenes debido a relacionados con actividades deportivas.
- Alta incidencia en > de 60 años, especialmente en mujeres.
- Predomina en hombres jóvenes y mujeres mayores.

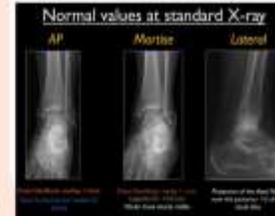
- Maleolo lateral (peroné distal): Sitio más común de fractura.
- Maleolo medial (tibia distal): Suele ocurrir junto con fracturas del maleolo lateral.
- Maleolo posterior (tibia posterior): Menos frecuente, se asocia con inestabilidad articular.
- Fracturas bimaleolares o trimaleolares: Involucran dos o tres maleolos.

ETIOLOGÍA

- Trauma directo
 - Impactos directos al tobillo, como caídas de altura o accidentes automovilísticos.
- Trauma indirecto
 - Movimientos de torsión del tobillo, especialmente en actividades deportivas.
 - Rotaciones forzadas del pie asociadas a caídas.

DIAGNÓSTICO

Clinica + Radiografía de Tobillo AP y LAT. Mortaja.



TRATAMIENTO

Conservador
Indicado en fracturas estables, no desplazadas. (Maleolares). Yeso bota
• Quirúrgico*
En fx desplazadas e inestables

CLASIFICACION DE DANIS-WEBER



CLASIFICACION AO



OSTEOSARCOMA

¿QUÉ ES?

Tumor óseo maligno más frecuente que provoca lesiones osteoblásticas. Representa el 60% de los tumores óseos malignos en las primeras 2 décadas de la vida.

LOCALIZACIÓN

- Afecta metafisis de largos (femur distal proximal) huesos y tibia

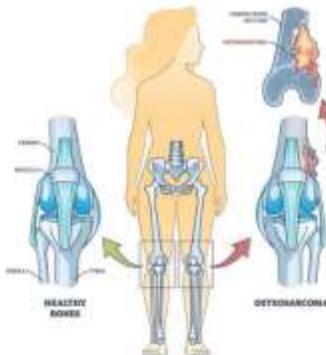
ETIOLOGÍA

Mutaciones germinales origen mesenquimatoso

EPIDEMIOLOGÍA

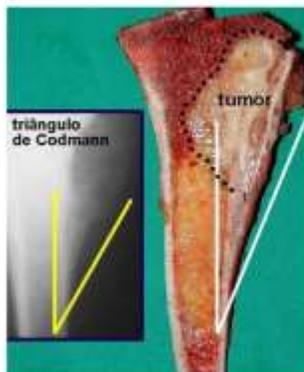
- Causa más frecuente de cáncer
- Primario de hueso
- Afecta niños de 12 a 16 años de edad

OSTEOSARCOMA



CLÍNICA

Dolor óseo nocturno intenso que no cede con AINES



DIAGNÓSTICO

- Radiografía AP Y LAT de la región afectada, en donde se observa lesión de aspecto blástico.
- Triángulo de Codman o imagen en Sol Naciente (elevación perióstica por la penetración tumoral de la cortical ósea)

TRATAMIENTO

- MAP
Metotrexato,
Doxorrubicina,
Cisplatino) +
Resección quirúrgica

SARCOMA DE EWINGG

¿QUÉ ES?

Lesión osteolítica que tiene incidencia máxima de 10 a 15 años. Es el segundo cáncer de hueso más común en pediatría.

LOCALIZACIÓN

Afecta diafisis de huesos (fémur, pelvis, columna y costillas)

ETIOLOGÍA

- Origen neuroectodermo asociado a traslocación
- 11:22
- Gen EWSR1

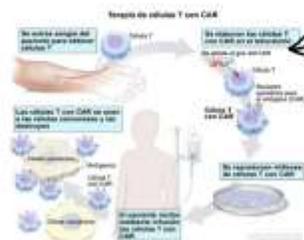
EPIDEMIOLOGÍA

- Edad 10-15 años
- 30% de los casos son menores de 10 años
- 2º cáncer de hueso más común en pacientes pediátricos
- Predomina en sexo masculino



DIAGNÓSTICO

- Radiografía AP Y LAT de la región afectada, en donde se observa:
 - Imagen apolillada (destrucción ósea discontinua)
 - Imagen en capas de cebolla



TRATAMIENTO

VIDE
Vincristina,
Ifosfamida,
Doxorrubicina,
Etoposido +
Resección quirúrgica y



CONDROSARCOMA

¿QUÉ ES?

Tumor que característicamente produce una matriz cartilaginosa.

LOCALIZACIÓN

• Afecta matriz cartilaginosa en pelvis y el fémur proximal

CLÍNICA

Tumor generalmente indolor. Sus síntomas son incidiosos

EPIDEMIOLOGIA

• Afecta adultos generalmente menores de 40 años
• Adultos de edad avanzada



DIAGNÓSTICO

• Radiografía
Presencia de calcificaciones en el interior de la lesión.



TRATAMIENTO

• Resección con bordes amplios o considerarse la amputación



OSTEOMA OSTEOIDE

¿QUE ES?

Tumor óseo benigno que surge de los osteoblastos y algunos componentes de los osteoclastos.

ETIOLOGÍA

Desconocida, pero se cree que puede desarrollarse por inflamación del hueso

EPIDEMIOLOGÍA

- Se presenta en jóvenes de 10 a 20 años

LOCALIZACIÓN

- Corteza de la metáfisis
- Fémur proximal



CLÍNICA

Dolor intenso nocturno que cede con AINES
Suele ser pequeño
<2cm

TRATAMIENTO

- Sintomático
- AINES y desaparece de forma espontánea (5-10 años)
- Elección
- Ablación por radioblación



DIAGNÓSTICO

- Radiografía
- Lesión radiolúcida: Nido lítico* <2cm
- Engrosamiento intracortical

OSTEOBLASTOMA

¿QUE ES?

Tumor benigno formador de hueso caracterizado por la proliferación de osteoblastos, que generan tejido óseo inmaduro y osteoide.

ETIOLOGÍA

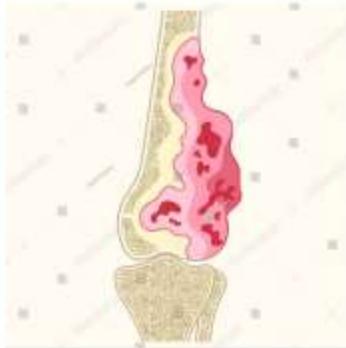
• Desconocida. Sin embargo, se ha sugerido que puede estar relacionado con factores genéticos y disfunción en la regulación de la proliferación ósea

EPIDEMIOLOGÍA

- Neoplasia rara
- Más frecuente en hombres
- Edad promedio 10 a 30 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad

LOCALIZACIÓN

-Columna vertebral, especialmente en las vértebras posteriores.
-Huesos largos, como el fémur y la tibia.
-Huesos del cráneo y mandíbula, aunque con menor frecuencia.



CLÍNICA

- Dolor
- Inflamación
- Deformidad ósea
- Restricción de movimientos

DIAGNÓSTICO

• Radiografía
Revela una lesión lítica con bordes definidos, a menudo con una matriz osteoide.
• TAC
Detalles sobre la extensión y características del tumor



TRATAMIENTO

- Resección quirúrgica
 - Radioterapia
- En casos donde la resección no es posible o si recurre

CONDROBLASTOMA

¿QUE ES?

Tumor benigno derivado del cartilago, compuesto por condroblastos y tejido osteoide o calcificaciones en su matriz. Es considerado uno de los pocos tumores que afectan las epifisis de los huesos largos en adolescentes y adultos jóvenes.

ETIOLOGÍA

Desconocida, sin embargo, se cree que podría deberse a una proliferación anómala de células cartilaginosas durante el desarrollo esquelético

- Alteraciones genéticas específicas, como mutaciones en el gen H3F3B

EPIDEMIOLOGIA

- Representa menos del 1% de los tumores
- Óseos primarios benignos.
- Más común en hombres (proporción de 2:1).
- Dx entre los 10 y 25 años de edad, coincidiendo con el periodo de desarrollo del esqueleto.

LOCALIZACIÓN

Huesos largos:
Femur distal
Tibia proximal
Húmero proximal

Huesos planos (menos frecuente):
Pelvis
Escápula



CLÍNICA

- Dolor persistente y localizado en la articulación cercana.
- Inflamación y limitación de movimiento.
- En algunos casos, puede presentarse con derrame articular.

DIAGNÓSTICO

- Radiografía: Lesión lítica bien definida
- TAC: Detalles sobre las características del tumor y estructuras adyacentes
- Biopsia: Confirma el diagnóstico



TRATAMIENTO

Cirugía:

- Curetaje intralesional: Es el tratamiento de elección.
- Relleno óseo: Tras el curetaje, se suele utilizar injerto óseo o cemento óseo