



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

**Flashcards fracturas de miembros inferiores,
superiores y tumores óseos**

Alumna:

Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

“Clínicas Quirúrgicas Complementaria”

Docente:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 08 de diciembre de 2024.



FRACTURA DE CLAVÍCULA



EPIDEMIOLOGÍA



- + en hombres de 25-55 años
- Fractura + frecuente en el recién nacido



Factores de riesgo



- Edad avanzada u osteoporosis
- Mala nutrición
- Trabajo con armas de fuego
- Violencia familiar



Lo + común son los impactos de alta energía como lesión deportiva, trauma directo, caídas.



LOCALIZACIÓN



DX

RX



CLÍNICA

Dolor

PALPACIÓN

- Signo de la tecla
- Crepitación

MOVILIZACIÓN

Impotencia funcional

INSPECCIÓN

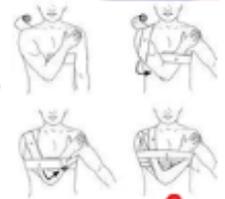
- Asimetría
- Posición Desault
- ↑ Volumen
- Equimosis o tumefacción



TX

GRAN MAYORÍA:

- Conservador
- Vendaje: En 8 de guarismo, de 4-6 semanas/ 2-4 en niños
- Vendaje de Velpeau



QX: POCAS VECES



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 escápula mayor a 2 cm.
- Fractura de clavícula con tórax inestable.
- Parkinson.
- Crisis convulsivas.
- Parálisis cerebral.

Complicaciones

- Consolidación viciosa
- Infecciones
- Pseudoartrosis
- Lesiones neurovasculares



Fractura de HUMERO PROXIMAL



LOCALIZACIÓN

Mayoría en CUELLO

EPIDEMIOLOGÍA

- + en mujeres
- 4-5% de todas las fracturas



MECANISMO

98% Caída directa con apoyo en la mano



Clasificación

Unifocal extra-articular	11-A1 tuberooidal	11-A2 metáfisaria impactada	11-A3 metáfisaria no impactada
Bifocal extra-articular	11-B1 con impacción metáfisaria	11-B2 en impacción metáfisaria	11-B3 con luxación glenohumeral
Articular	11-C1 con ligero desplazamiento	11-C2 impactada con marcado desplazamiento	11-C3 Luxada

TX



Conservador

- No desplazadas
- Vendaje de Velpeau o inmovilizador ortopédico 10-15d

Osteosíntesis

- Fx en 2-3 partes
- Px jóvenes con fracturas desplazadas

Artroplastía

- Fx irreconstruibles o riesgo de necrosis cefálica
- Fx con impacción o división cabeza
- Fx conminutas



DX

CLÍNICA Dolor	PALPACIÓN • Crepitación
MOVILIZACIÓN Limitación funcional	INSPECCIÓN • Deformidad • Equimosis, hematoma de Hennequin (48h) • ↑ Volumen

Confirmar: RX





FRACTURA

Diafisiaria de humero



EPIDEMIOLOGÍA

- 3% de todas las fracturas
- + Frecuente en jóvenes
- Traumas de ALTA energía

MECANISMO

Directo (+ frecuente) e indirecto

LOCALIZACIÓN



CLASIFICACIÓN



Simple Fractura	12-A1 Espiral	12-A2 Oblique (> 30°)	12-A3 Transversal (< 30°)
Cuña Fractura	12-B1 Espiral cuña	12-B2 cuña de flexión	12-B3 cuña fragmentada
Complejo Fractura	12-C1 Espiral	12-C2 segmentaria	12-C3 Irregular

DX

Confirmar: RX

CLÍNICA Dolor	PALPACIÓN • Crepitación
MOVILIZACIÓN Limitación funcional	INSPECCIÓN • Deformidad • ↑ Volumen • Acortamiento • Posición antálgica

TX

Conservador

- Alinear la fractura
- Inmovilizar con férulas y vendaje de Velpeau
- Yeso colgante de Cadwell: fx espiroideas, oblicuas largas, anguladas y acortadas



LOCALIZACIÓN

PALETA HUMERAL, SUPRACONDÍLEA

CÓNDILO HUMERAL

EPICÓNDILO Y EPITRÓCLEA

MECANISMO

- Directo e indirecto
- Caída sobre la mano extendida



FRACTURA DE

Humero DISTAL

CLASIFICACIÓN



EPIDEMIOLOGÍA

- Constituye un 3% de todas las fracturas
- Frec en niños



DX

TX

- Reducción
- QX



CLÍNICA

- Dolor
- Deformidad
- ↑ Volumen
- Tumefacción
- Posición antálgica
- Limitación funcional



SÍNDROME COMPARTIMENTAL



FRACTURA DE Olecranon



MECANISMO

- DIRECTO (+frec) sobre el codo

CLÍNICA Dolor	PALPACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Crepitación • Palpación de un surco en el lugar de la fx
MOVILIZACIÓN Impotencia funcional	INSPECCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Deformidad • ↑ Volumen • Equimosis • Tumefacción

DX



CONSERVADOR

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

QX

- Fx desplazadas
- Reducción abierta
- Osteosíntesis
- Rehabilitación



TX



Fractura de

CAPULA RADIAL



EPIDEMIOLOGÍA

- Constituyen el 33% de fx de codo
- + En mujeres
- + Por deportes de contacto

MECANISMO

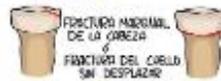
- DIRECTO e INDIRECTO
- Caída sobre la palma de la mano
- Asociado a lesión ligamentaria



LOCALIZACIÓN

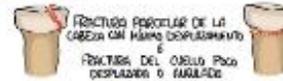
Clasificación de Mason

Mason I



FRACTURA MARGINAL DE LA CABEZA O FRACTURA DEL CUELLO SIN DESPLAZAR

Mason II



FRACTURA PERICULAR DE LA CABEZA CON MÁXIMO DESPLAZAMIENTO O FRACTURA DEL CUELLO POCO DESPLAZADA O FALSADE

Mason III



FRACURA DESPLAZADA O COMINATA DE CABEZA RADIAL O DEL CUELLO

Mason IV



CUALQUIER FRACURA DE CABEZA RADIAL ASOCIADA A LUCACION DE CODO



TX



TIPO I

- Conservador, férula yeso 1-2 semanas, rehabilitación

TIPO II

- Conservador, flexoextensión, pronosupinación, qx

TIPO III

- Osteosíntesis, resección

TIPO IV

- Osteosíntesis, prótesis

DX

CLÍNICA

Dolor
pronación
supinación

- Deformidad
- ↑ volumen
- Tumefacción
- Impotencia funcional



FX MONTEGGIA

FX DE DIÁFISIS CUBITAL (PROXIMAL) + LUXACIÓN ARTICULAR (CABEZA RADIAL)

- TX: Reducción de cúbito y osteosíntesis con placas y tornillos
- Inmovilización con férula



FX GALEAZZI

FX DE DIÁFISIS RADIAL (DISTAL) + LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN (CABEZA CÚBITO)



FRACTURA DE

Antebrazo

CLASIFICACIÓN AO

	22-01 FX de radio cubital	22-02 radio, FX de radio	22-03 radio cubital
Simples			
Abiertas			
Completas			

MECANISMO

FX AISLADA DE DIÁFISIS CUBITAL

- Fx de bastonazo
- Fractura el cúbito sin lesionar algunas de las otras estructuras
- Menor desplazamiento
- Antebrazo estable
- Tx: Conservador

- DIRECTO e INDIRECTO

FX DIÁFISIS DE AMBOS HUESOS DEL ANTEBRAZO

- Fx qx
- Si no reestablece la forma anatómica de ambos huesos, no se puede recuperar la pronosupinación

FRACTURA

De radio distal

MECANISMO

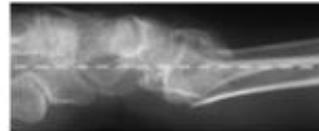
- Caídas sobre la mano
- Hueso metafisiario, bien vascularizado
- Casi siempre CONSOLIDAN



FX DE POUTEAU-COLLES



- Fx + frec
- El fragmento distal se desplaza a dorsal y radial con cierto grado de supinación
- Hiperextensión
- "TENEDOR"



FX DE GOYRAND-SMITH (COLLES INVERTIDO)



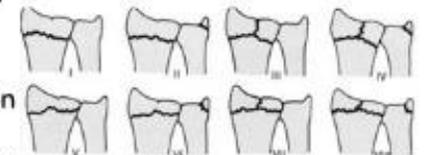
- Desplazamiento anterior del fragmento distal
- Caída sobre el dorso "hiperflexión"
- "PALA DE JARDINERO"



PATOLOGÍA EN MUÑECA Y MANO

FX DE EXTREMIDAD DISTAL DEL RADIO

- A nivel distal del radio (+frec)
- Dolor, impotencia funcional y crepitación
- Deformidad
- Clasificación FRYKMAN



TX



Quirúrgico



- El **tratamiento conservador** (yeso braquipalmar) está indicado en las fracturas estables, intra o extra articulares no desplazadas o desplazadas que sean factibles de reducción.
- Las fracturas de la epifisis distal del radio susceptibles de tratamiento quirúrgico **son las fracturas inestables.**



FRACTURA DE ESCAFOIDES

EPIDEMIOLOGÍA

- 15% de las lesiones aguda en la muñeca
- Frec en jóvenes



Mecanismo

Caída sobre la pala en la muñeca hiperextendida y desviada radialmente



DX



RX



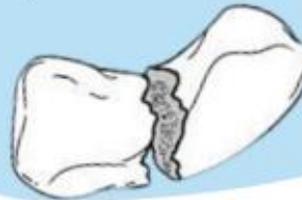
CLÍNICA

Dolor tabaquera anatómica

- Deformidad
- Ocasionalmente: tumefacción

LOCALIZACIÓN

- Mayoría en la cintura (65%)



TX



CONSERVADOR

- Yeso 8-12 semanas

QX:

- Osteosíntesis con tonillo



Complicaciones

- Ausencia de consolidación (QX)
- Necrosis isquémica del polo proximal



FRACTURA DE

Metacarpianos

FX DE BENNETT

- Fx oblicua intraarticular inestable
- Desplazamiento proximal de la diáfisis por acción separador del pulgar
- TX: Reducción y osteosíntesis

FX DE ROLANDO

- Fx intraarticular conminuta
- Más infrecuente
- TX: Ortopédico o quirúrgico según conminución



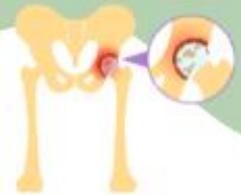


DEFINICIÓN

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

FRACTURA DE

CADERA



CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN POR SU GRADO DE DESPLAZAMIENTO



CLASIFICACIÓN AO

FRACTURAS EXTRACAPSULARES

- Fractura Anterocapsular
- Fractura Subtrocanterea
- Fractura del Trocánter Mayor
- Fractura del Trocánter Menor

FRACTURAS INTRACAPSULARES

- Fractura Capital
- Fractura Subcapital del cuello femoral
- Fractura Transcervical del cuello femoral
- Fractura Basicervical del cuello femoral



TX

- Conservador: bota antirrotativa
- QX: Implantes extra medulares o intramedulares o placa bloqueada proximal femoral, tornillo de compresión DHS



Trochanter	31-A1 peritrochanteric simple	31-A2 peritrochanteric subfragmentary	31-A3 intertrochanteric
Neck	31-B1 subcapital, with slight displacement	31-B2 transcervical	31-B3 subcapital, displaced, non impacted
Head	31-C1 split (Pipkin)	31-C2 with depression	31-C3 with neck fracture

Fractura de fémur



CLASIFICACIÓN

- Proyecciones AP y lateral de muslo
- Explora la región proximal del fémur

IMAGEN



TX

Conservador

- Tracción esquelética: pacientes adultos con comorbilidades graves.
 - Medida temporal previa a cx



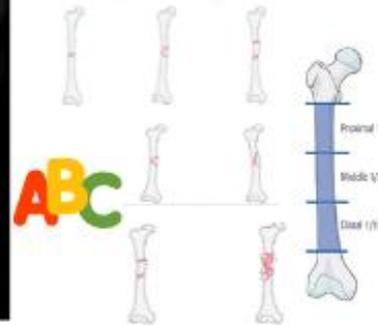
QX

- Tratamiento estándar, primeras 24 horas.
- En politraumatizados: estabilización precoz
- Fijación con placas
- Enclavado intramedular

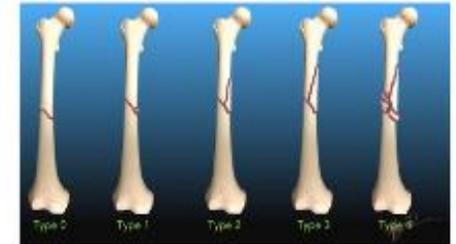


- ¿Abierta o cerrada?
- Localización
- Patrón
- Deformidad angular o rotación
- Desplazamiento

AO- 32



Winquist y Hansen (conminución)



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.

FRACTURA

PATELA

Clasificación

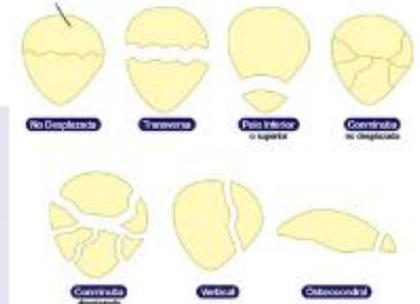
ANATOMÍA



INDICE DE CATON DESCHAMPS

Medida radiológica que se utiliza para evaluar la altura de la rótula

AO



TX

MECANISMO

- **DIRECTO:** Produce diferentes patrones, desplazamiento mínimo
- **INDIRECTO:** +Frec. Trazo transversal, el px no puede extender la rodilla
- **COMBINADO:** Sufre ambos, como por caídas

- **CONSERVADOR:** No desplazadas o mínimamente desplazadas (2-3mm), 4-6 semanas
- **QX:** Pérdida de la extensión activa, desplazamiento >3mm, fracturas expuestas
- Patelectomía parcial o total

Tabla 1. Tratamiento de fracturas de rótula

Sin desplazamiento	Tratamiento ortopédico: Inmovilización 4 - 6 semanas	
>2mm escalón articular	Tratamiento quirúrgico	
>3mm desplazamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cerclaje con alambre • Tornillos interfragmentarios • Cercaje + Tornillos 	Control de la reducción por artroscopia (opcional)
Cominución 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 	

MECANISMO

- DIRECTO: flexión de alta energía (accidentes de tránsito)
- Penetrante (armas de fuego)
- Flexión de baja energía (flexión en 3-4 puntos) oblicuas o transversas
- INDIRECTO: Por torsión: con pie fijo, caída desde pequeña altura
- Por sobrecarga: unión metafisodiafisaria con esclerosis marcada en la cortical posteromedial.



FRACTURAS

Diáfisarias de tibia

DX

- Proyecciones AP
- Posterior a reducción
- Se observa:
 - Conminución
 - Distancia de los fragmentos óseos desde su localización anatómica
 - Defectos óseos
 - Calidad ósea
 - Artrosis
 - Presencia de gas en artes blandas

RX

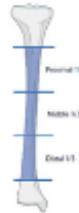
IMAGEN



CLASIFICACIÓN

- Descriptiva
- ### TSCHERNE

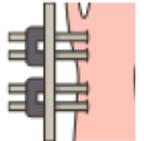
AO
42



Grado	Descripción
0	Producida por una fuerza indirecta, con lesión de partes blandas insignificantes
I	Fractura cerrada producida por un mecanismo de baja a moderada energía, con abrasiones superficiales o contusión de partes blandas sobre fracturas
II	Fractura cerrada con importante contusión muscular, con abrasiones a un mecanismo de moderada a alta energía y lesiones esqueléticas; alto riesgo de síndrome compartimental
III	Extenso aplastamiento de partes blandas, con avulsión subcutánea y lesión arterial o síndrome compartimental establecido.

TX

- CONSERVADOR: Fracturas aisladas, cerradas, de baja energía, con mínimo desplazamiento y conminución.
 - Yeso suropédico u ortesis funcional (3 a 6 semana).
- QX: Enclavado Endomedular: cerrojado /no cerrojado..
- Placas y Tornillos

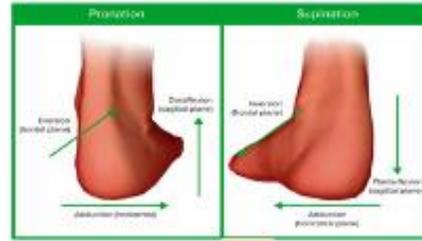


MECANISMOS

DIRECTO

INDIRECTO- ROTACIÓN, TRANSLACIÓN O AXIALES

- Fract + frec en urgencias
- 70% unilaterales (+métofo lateral)
- Maleolares 70%
- Bimaleolares 20%
- Trimaleolares 7%



FRACTURA DE

TOBILLO

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.

EPIDEMIOLOGÍA

- Constituye un 3% de todas las fracturas
- Frec en niños



DX

REGIAS DE OTTAWA

RX

A) Radiografía de tobillo si existe dolor en zona maleolar y alguna de las condiciones siguientes:

1. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo lateral.
2. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo medial.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

B) Radiografía de pie si existe dolor en medio pie y alguna de las condiciones siguientes:

1. Dolor a la palpación de base del 5.º metatarsiano.
2. Dolor a la palpación del hueso navicular.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.



Clasificaciones

LAUGE-HANSEN

<p>A</p> <p>SUPINACIÓN + ADUCCIÓN</p> <p>Rx de tobillo AP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura transversa del malleolo externo por debajo del nivel de la articulación. (flecha roja) 2. Fractura vertical del malleolo interno. (flecha verde) 3. Inestabilidad en pédon 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 malleolo interno o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha roja) 2. Ruptura de la sinovial o fractura avulsiva de sus inserciones. (flecha negra) 3. Fractura transversa 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 malleolo interno o ruptura del ligamento estibio. (flecha verde) 2. Ruptura del ligamento ligamento 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 espinoidea de peroné distal. (flecha roja) 3. Ruptura del ligamento peroneo astragalino posterior. 4. Lesión medial: Fractura malleolar o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha amarilla) 

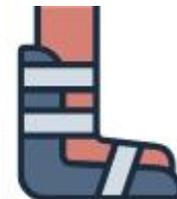
DANIS WEBER

C	<p>Suprasindesmal Mecanismo: Abducción - rotación</p> 
B	<p>Transindesmal Mecanismo: Eversión</p> 
A	<p>Infrasindesmal Mecanismo: Inversión</p> 



AO

<p>Intra-articular</p> <p>44-A1 unilocal</p> 	<p>44-A2 bifocal</p> 	<p>44-A3 circumferencial</p> 
<p>Trans-articular</p> <p>44-B1 isolated lateral</p> 	<p>44-B2 lateral and medial</p> 	<p>44-B3 lateral, medial and posterior</p> 
<p>Extra-articular</p> <p>44-C1 simple diaphyseal</p> 	<p>44-C2 multiaxial</p> 	<p>44-C3 proximal</p> 



TOBILLO

TRATAMIENTO

- CONSERVADOR: Yeso bota suropedica de 6 - 8 semanas
- QX: fracturas desplazadas e inestables. Si fracasa tx conservador



Fractura de PELVIS

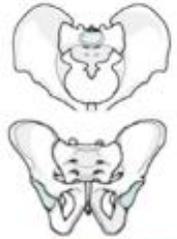


Inlet (entrada)

VALORA ESTABILIDAD DE ANILLO PÉLVICO

Outlet (salida)

VALORA ESTABILIDAD VERTICAL



MECANISMO Y EPIDEMIOLOGÍA

- Producidas por mecanismos de ALTA energía
- Son lesiones poco frecuentes ya que ocupan entre el 2 y el 4% de todas las lesiones del sistema músculo esquelético

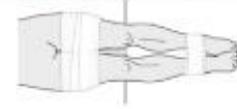
Avulsión

- Contracciones musculares fuertes.
- Localizada en espina iliaca superior por tracción del sartorio.



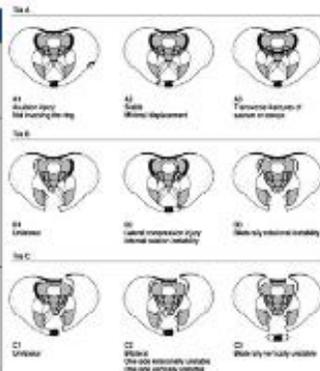
A AIRWAY
B BREATHING
C CIRCULATION
D DISABILITY
E EXPOSURE

TX

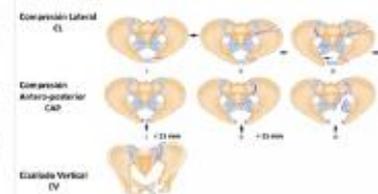


CLASIFICACIÓN

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)
A1: Anillo pélvico intacto. Lesiones por avulsión A2: Fractura de ala ilíaca o arco anterior A2.1: Fractura estable o pequeño desplazamiento A2.2: Fractura aislada de las 4 ramas en margen A3: Fractura transmena de sacro y/o cóccix transmena A3: Fractura transmena de sacro y/o cóccix transmena B1: Inestabilidad en rotación externa (compresión antero-posterior, lesión en fibra anterior)	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. Aso. de cubos) 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 amilamiento) B3.3: Compresión lateral bilateral	C1: Lesión posterior unilateral C1.1: Fractura del ilíaco 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



Young-Burguess



MECANISMO DE ACCIÓN

- TIPO I** • Compresión anteroposterior (AP) rotación externa
- TIPO II** • Compresión lateral rotación interna
- TIPO III** • Cizallamiento vertical
- TIPO IV** • Complejo (multidireccional).

Osteosarcoma

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



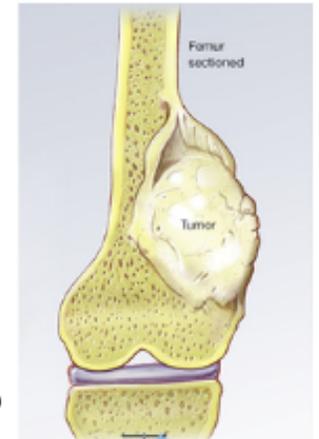
LOCALIZACIÓN

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



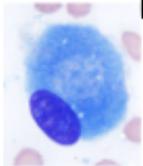
CLÍNICA

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



Características

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

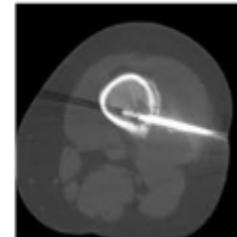


RX

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

DX

Se diagnostica mediante una biopsia,



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

Características

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

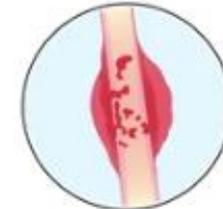
CLÍNICA

Dolor que ↑ con el tiempo (causa despertares)



FORMACIÓN

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



EWING SARCOMA

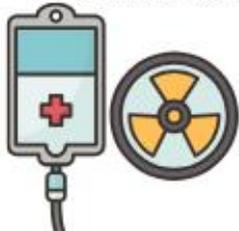


DX

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

TX

Quimioterapia, cirugía, radioterapia o una combinación de los 3



Sarcoma de Ewing

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

Características

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

CLÍNICA

Dolor que ↑ con el tiempo (causa despertares)



FORMACIÓN

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



EWING SARCOMA



DX

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

TX

Quimioterapia, cirugía, radioterapia o una combinación de los 3



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

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

Osteoma osteoide

Adultos jóvenes

Fémur proximal

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

Sin reacción perióstica
Nódulo lúcido (<1cm) rodeado de hueso engrosado y denso

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

Osteosarcoma

Jóvenes de 10 a 25 años

Metástasis 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 raiocente, anillo de Codman) y edema de tejidos blandos

Sin metástasis (procedido quirúrgico) Metástasis (quimioterapia)

CLÍNICA

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

DX



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



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

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

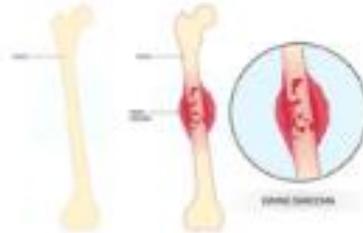
ORIGEN

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



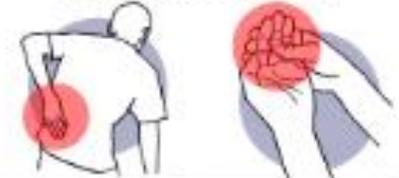
TX

- 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



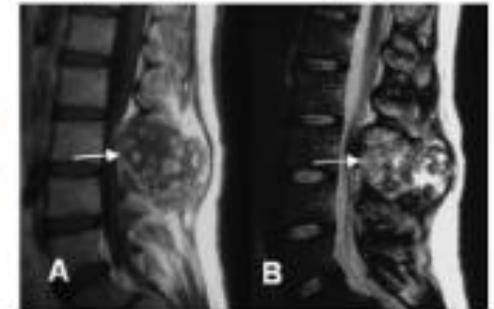
CLÍNICA

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



DX

- RX
- TAC
- RMN
- Estudios radioisotópicos



Condrioblastoma



ORIGEN

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



- 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

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



CLÍNICA

- Dolor
- Hinchazón articular
- Rigidez
- Cojera



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

