



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán

Licenciatura En Medicina Humana



Materia:

Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

Nombre del trabajo:

Flash Cards Fracturas.

Alumna:

Keyla Samayoa Pérez,

Grupo: "A" Grado: "7"

Docente:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de Diciembre de 2024.

FRACTURA DE CLAVICULA



Es una solución de continuidad a cualquier nivel de este hueso, resultado de un golpe directo sobre el hombro.

EPIDEMIOLOGIA

Hombres <25 años y >55 años Más frecuente en el RN Representan entre 2.6% y 10% de todas las fx del cuerpo humano

MECANISMO

Lo 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 bajo peso -Trabajos con armas de fuego -Alteraciones óseas congénitas - Reducción de masa muscular

DIAGNOSTICO

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)

LOCALIZACION



Las fracturas del tercio medio ocupan aproximadamente entre el 75 y 80%.



Osteosíntesis con placa y tornillo



FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL



Lesión ósea caracterizada por una solución de continuidad a nivel del tercio proximal del húmero, que puede incluir lesiones de la cabeza humeral, tuberosidad mayor o menor.

EPIDEMIOLOGIA

Constituyen del 4-5% de todas las fx Frecuente en Mujeres >70 años

MECANISMO

Caída directa con apoyo en mano (98%)
 Mayormente en cuello quirurgico.



CLINICA

Dolor Deformidad
 Hematoma de HENNEQUIN (48h)
 Crepitación Limitación funciona

TRATAMIENTO

Conservador: No desplazadas Vendaje de Velpeau o inmovilizador ortopédico 10-15 días rehabilitación

Osteosíntesis: FX 2 O 3 partes FX desplazada Artroplastia



CLASIFICACION AO

FRACTURAS DE HUMERO PROXIMAL

Unifocal extra-articular	11-A1 tuberosidad	11-A2 metafisaria impactada	11-A3 metafisaria no impactada
Bifocal extra-articular	11-B1 con impactación metafisaria	11-B2 sin impactación metafisaria	11-B3 con luxación glenohumeral
Articular	11-C1 con ligero desplazamiento	11-C2 impactada con marcado desplazamiento	11-C3 Luxada



Son una solución de continuidad precisamente a nivel de la diáfisis.

EPIDEMIOLOGIA

Constituyen 1-3% de todas las fracturas
Frecuente en Jóvenes
Traumas de alta energía

MECANISMO

La mayoría de estas fracturas son producidas por traumatismo directo ó caídas.



CLASIFICACION AO

CLINICA

- Dolor.
- Pérdida de la función del brazo
- Incapacidad funcional - Deformidad
- Movilidad anormal
- Crepitación ósea

TRATAMIENTO

CONSERVADOR:
Alinear la fractura e inmovilizar con ferula y vendaje velpeau y yeso colgante de cadwell

DIAGNOSTICO

RX AP y LAT Simple de brazo
TAC en fracturas complejas y asociadas a otras lesiones (politraumatizados).



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

FRACTURA DE HUMERO DISTAL



Perdida de solución de continuidad de la metafisis distal del húmero por encima de los cóndilos y proximal de la línea fisiaria

En jóvenes: se producen por accidentes de alta energía (accidentes laborales, deportivos, de tráfico, etc.).



En ancianos: se suelen producir por accidentes de baja energía, como caídas desde su propia altura o traumatismos indirectos.

En niños: suelen darse por caídas sobre la mano con el brazo en extensión.

MECANISMO

- Indirecto en extensión 95%
- Directo en flexión 5%

CLINICA

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



CLASIFICACION AO

Extra articular	13-A1 avulsion	13-A2 simple	13-A3 multifragmentary
Partial articular	13-B1 lateral sagittal	13-B2 medial sagittal	13-B3 frontal
Complete articular	13-C1 simple	13-C2 metaphyseal comminution	13-C3 multifragmentary

FRACTURA DE OLECRANON



MECANISMO

Mecanismo directo
(Mas frecuente) Sobre el codo.

CLINICA

Dolor
Deformidad
Aumento de volumen
Equimosis
Tumefacción

A la palpación:

Crepitación
Palpación en surco en lugar de la fractura

TRATAMIENTO

CONSERVADOR:
Separación <2mm
No se desplaza a la extensión (Vigilancia)

QUIRURGICO:
Fx desplazadas
Reducción abierta
Osteosíntesis

IMAGENEOLOGIA

Radiografía, AP, Lateral.



FRACTURA DE CUPULA RADIAL



EPIDEMIOLOGIA

Constituyen del 33% de fracturas de codo

CLINICA

Dolor pronación supina
Deformidad
Aumento de volumen
Tumefacción
Impotencia funcional

MECANISMO

Mecanismo directo e indirecto
Caída sobre la palma de la mano.

IMAGENOLOGIA

Radiografía AP, Lateral y oblicua.



TRATAMIENTO

MASON I → TRATAMIENTO ORTOPÉDICO (CABESTRILLO + ANALGESIA + MOVILIZACIÓN PRECOZ)
MASON II } ¿BLOQUEO ARTICULAR A LA EXPLORACIÓN?
MASON III } NO → TRATAMIENTO ORTOPÉDICO
 SÍ → TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
MASON IV → TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (NORMALMENTE PRESENTAN INESTABILIDAD DE CODO AL ASOCIAR OTRAS LESIONES)

TIPO 1: Conservador, férula yeso 1-2ss

TIPO II; Conservador/ Flexoextensión, pronosupinación/ Quirúrgico.

TIPO III: Osteosíntesis/ Resección.

TIPO IV: Osteosíntesis/ Prótesis.

CLASIFICACION DE MASON / LOCALIZACION



FRACTURA DE ANTEBRAZO



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

MECANISMO

Por traumatismo directo con hiperextensión de muñeca y codo

FACTORES DE RIESGO

Edad avanzada-
osteoporosis
malnutrición-lesiones deportivas-violencia
intrafamiliar-traumatismos en antebrazo

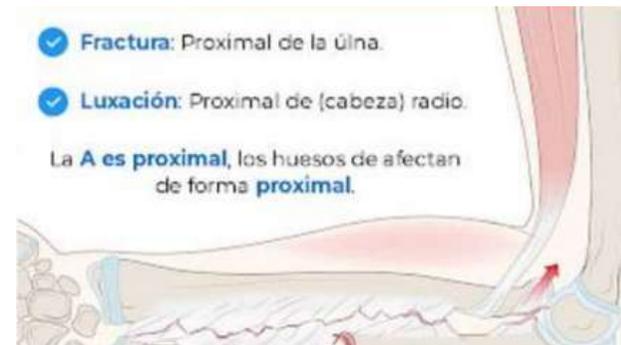
ETIOLOGIA

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

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

EPIDEMIOLOGIA

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



CLASIFICACION OA

Simple fractures	22-A1 ulna, radius intact	22-A2 radius, ulna intact	22-A3 both bones
Wedge fractures	22-B1 ulna, radius intact	22-B2 radius, ulna intact	22-B3 one bone wedge, other simple or wedge
Complex fractures	22-C1 ulna complex, radius simple	22-C2 radius complex, ulna simple	22-C3 both bones complex

FRACTURA DE RADIO DISTAL



Ocurren en el tercio distal del radio máximo a 3cm por arriba de la articulación radiocarpiana. Pueden ser intra o extra articulares o ambas.



CLINICA

Dolor, limitación funcional, deformidad, aumento de volumen y crepitación.

FACTORES DE RIESGO.

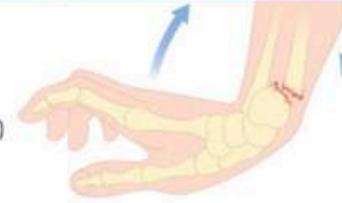
Edad, A mayor edad existe disminución de metabolismo óseo.
Sexo, Mujeres (Climaterio).
Osteoporosis en 34% de los px con esto.

MECANISMO

- Caídas sobre la propia mano.
- Hueso metafisiario, bien vascularizado.
- Casi siempre consolidan.

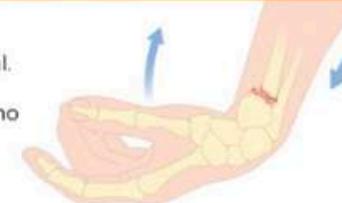
Fractura de Colles (más común)

- 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.**



Fractura de Colles +Frec

El fragmento distal se desplaza hacia dorsal y el radial con cierto grado de supinación.

Fractura de Smith Desplazamiento ventral

FRACTURA DE ESCAFOIDES



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

EPIDEMIOLOGIA

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

CLINICA

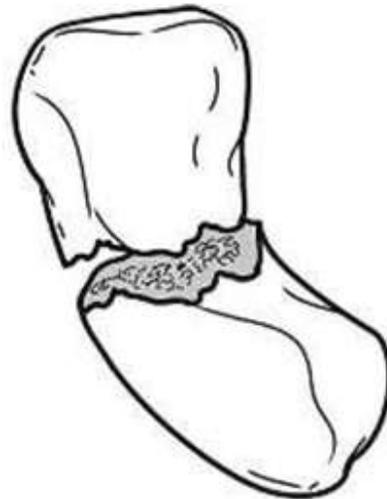
Dolor
(Tabaquera anatomica)
Deformidad
Tumenfaccion

MECANISMO

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

TRATAMIENTO

Conservador:
Yeso 8-12ss.
Quirurgico:
Osteosintesis con tornillo.



LOCALIZACION:

Mayormente en la cintura 65%



FRACTURA DE METACARPIANOS



Fractura de los huesos de las manos.

5to metarcapiano
(Fractura del boxeador/
peleador callejero.)

CLINICA

Deformidad
Dolor
Tumefaccion
Ausencia del nudillo

EPIDEMIOLOGIA

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

MECANISMOS

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

FRC. BERNETT

Fractura intraarticular de rasgo unico a nivel de la base del primer metacarpian



FRACTURA DE ROLANDO

Similar a bennett pero con rasgos multiples T o Y



FRACTURA DE 5TO METACARPIANO

Fractura de metacrpiano
Desplazamiento del 5to metacarpiano hacia palmar



FRACTURA DE CADERA

FEMUR PROXIMAL

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.

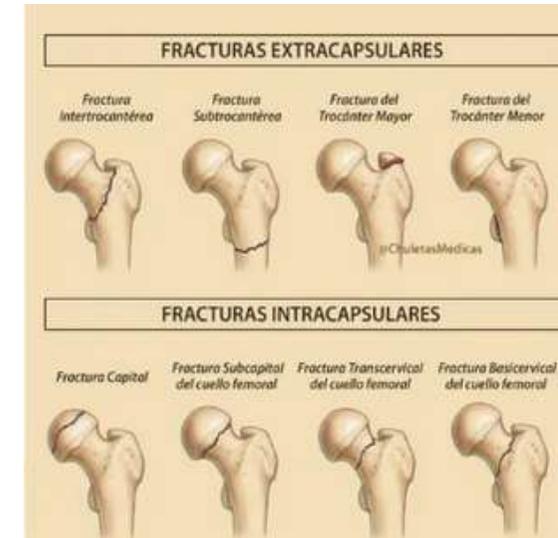
EPIDEMIOLOGIA

- Fractura de fémur más frecuente.
- Frecuentemente ancianos y mujeres por osteopenia u osteoporosis.

Presentaciones:

- ✓ Transtrocantéricas → 56-6%
- ✓ Cervicales → 27.7%
- ✓ Subtrocantérica → 5.3%
- 15% son no desplazadas, 8%.

Según su localización

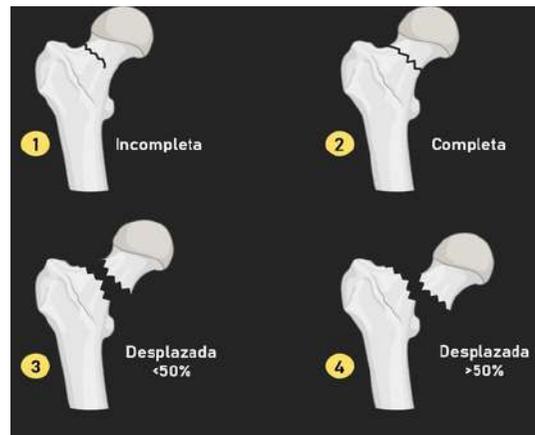


Clasificación de GARDEN

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

CLINICA

- Pérdida de la movilidad luego de una caída.
- Dolor agudo en cadera o ingle.
- Rigidez, moretón 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 AO



FRACTURA DE FEMUR

FEMUR DISTAL



CLASIFICACIONES

Fractura cerrada vs abierta.

Localización:

Tercio proximal, medial o distal.

Localización:

ístmica, infraístmica o supracondílea.

Patrón:

Transversa, oblicua, conminuta, segmentaria o con fragmento en ala de mariposa.

-Deformidad angular o rotación.

-Desplazamiento: acortamiento 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

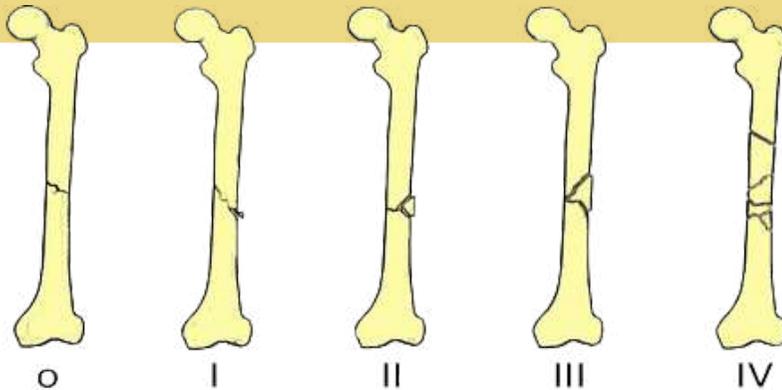
Valora el grado de conminución de la fractura.

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.

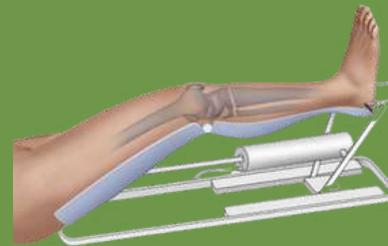


TRATAMIENTO

CONSERVADOR

Tracción esquelética: pacientes adultos con comorbilidades graves.

Medida temporal previa cirugía para evitar acortamiento y estabilizar la fractura,



TRATAMIENTO

QUIRURGICO

Enclavado intramedular: método habitual de fijación en fracturas diafisarias.

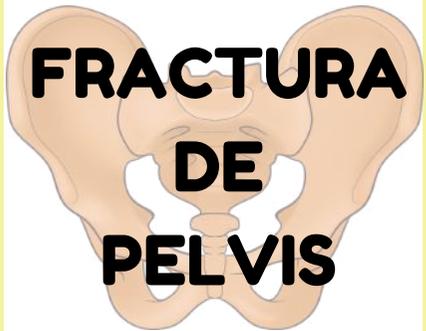
-CLAVADO ANTEROGRADO

-CLAVADO RETROGRADO

FIJACION CON PLACAS



FRACTURA DE PELVIS



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

Su función principal es proteger y sostener los órganos pélvicos como la uretra, útero, la próstata etc

Mecanismos de alta energía

-Frecuentes 2 y el 4% de todas las lesiones del sistema músculo esquelético
En jóvenes de 15 a 30 años, +Frec. 37%.

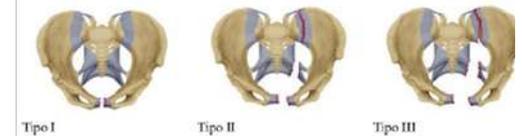
Asociación a trauma torácico, TCE, lesiones hepáticas o esplénicas, dos o mas fracturas de huesos largos.

Clasificación de Young-burguess

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

1.compresión anteroposterior.

Compresión Antero-Posterior (CAD)



2. compresión lateral rotación interna

Compresión Lateral (CL)



3.cizallamiento vertical

Cizalladura Vertical (CV)



Signos de lesiones pelvicas

- 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)

TRATAMIENTO



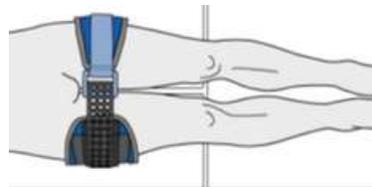
Fijación externa

Estabilización temporal.

Cinturón pélvico.

No invasivo

Aplicado circunferencialmente alrededor de la pelvis y tensionado manualmente
Compresión y estabilización pélvica.

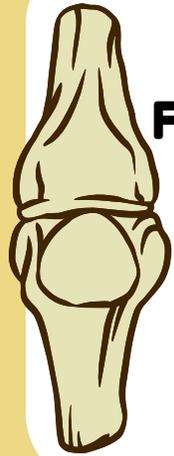


Da estabilidad al anillo pélvico y controla la hemorragia pero aumenta el grado de mala reducción acetabular

TRATAMIENTO QUIRURGICO

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





FRACTURA DE PATELA/ROTULA

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

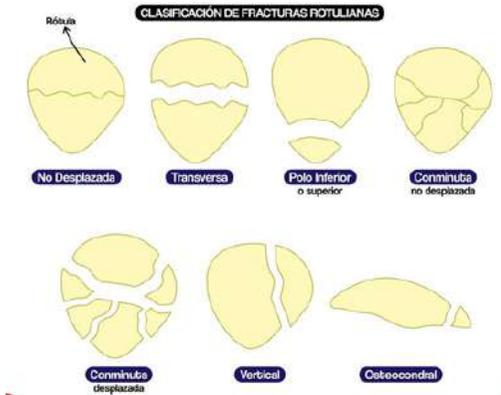
MECANISMOS

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

Indirecto (más frecuente): Contracción excéntrica forzada del cuádriceps cuando la rodilla está en semiflexión. El paciente es incapaz de extender la rodilla.

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

CLASIFICACION



TRATAMIENTO

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 	

CONSERVADOR

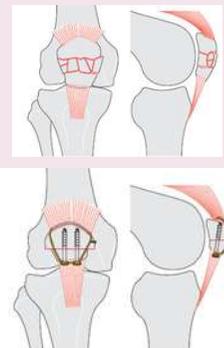
Yeso tipo cilindro o una ortesis de rodilla bloqueada en extensión durante 4 a 6 semanas.

QUIRURGICO

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

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

Patelectomía parcial



Patelectomía total



Extra articular	Avulsión 34-A1	Cuerpo aislado 34-A2	AO 34
Parcial articular	34-B1 vertical, lateral	34-B2 vertical, medial	
Completo articular	34-C1 transversal	34-C2 transversal más segundo fragmento	



Ruptura del hueso tibial, 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).

MECANISMO

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.

MECANISMO

INDIRECTO:

- Por torsión: torsión con pie fijo, caída desde pequeña altura.
- Por sobrecarga: reclutas: unión metafisodiafisaria con esclerosis marcada en la cortical posteromedial. Bailarinas: 1/3 medio, comienzo insidioso (temible línea oscura).

EPIDEMIOLOGIA

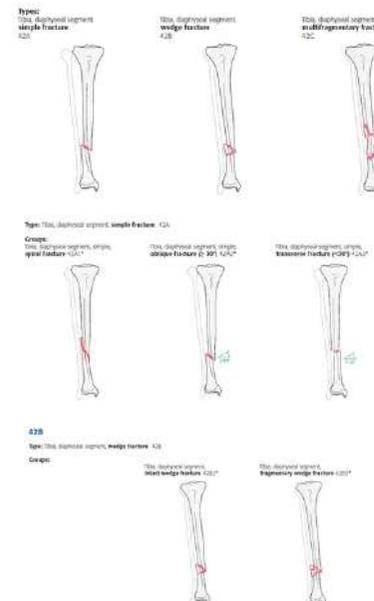
Fractura más frecuentes en adultos jóvenes y personas activas físicamente.

- Representa el 2% de todas las fracturas esqueléticas.
- Mayor incidencia en hombres entre los 20 y 40 años

CLASIFICACION DESCRIPTIVA

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

CLASIFICACION AO 42



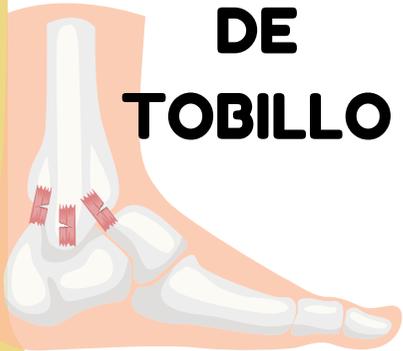
CLASIFICACIÓN DE TSCHERNE

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>desgarramiento</u> o avulsión subcutánea, lesión vascular, <u>Sd</u> compartimental establecido.

CLASIF. DE GUSTILO Y ANDERSON DE 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 u oblicua corta, mínimas conminución.
III	Importante lesión de partes blandas mayo de 10 cm que incluye músculos, piel y estructuras neurovasculares. Lesiones de alta energía, aplastamiento.

FRACTURA DE TOBILLO



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.

MECANISMO

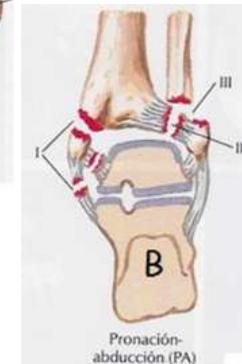
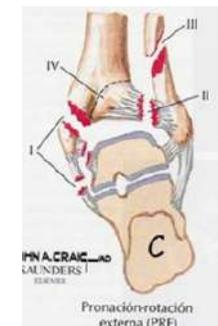
- Trauma directo
 - Impactos directos al tobillo, como caídas de altura o accidentes automovilísticos
- Trauma indirecto
 - Movimientos de torsión del tobillo, especialmente en actividades deportivas.
 - Rotaciones forzadas del pie asociadas a caídas.

CLINICA

- Dolor intenso en la región del tobillo.
- Incapacidad para soportar peso.
- Hinchazón y deformidad evidente en casos graves.
- Movilidad anormal o crepitación.

LOCALIZACION

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



Infra-syndes-motic	44-A1 unifocal	44-A2 bifocal	44-A3 circumferencial
Trans-syndes-motic	44-B1 isolated lateral	44-B2 lateral and medial	44-B3 lateral, medial and posterior
Supra-syndes-motic	44-C1 single diaphyseal	44-C2 multiragmentary	44-C3 proximal





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.

ETIOLOGIA

Mutaciones germinales
origen mesenguimatoso

CLINICA

-Dolor óseo nocturno intenso que no cede con AINES

EPIDEMIOLOGIA

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

LOCALIZACION

Afecta metáfisis de huesos largos (femur distal y tibia proximal)

DIAGNOSTICO

-Radiografía AP Y LAT de la región afectada.
-Triángulo de Codman o imagen en Sol Naciente (elevación perióstica por la penetración tumoral de la cortical ósea)

TRATAMIENTO

-MAP (Metotrexato, Doxorubicina, Cisplatino) + Resección quirúrgica



SARCOMA DE EWING

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

ETIOLOGIA

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

LOCALIZACION

- Imagen en capas de cebolla (osteolítico).
- Afecta diáfisis de huesos (fémur, pelvis, columna y costillas)

EPIDEMIOLOGIA

- 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

CLINICA

- Dolor óseo nocturno
- Síntomas constitucionales
1. Fiebre
 2. Fatiga
 3. Pérdida de peso

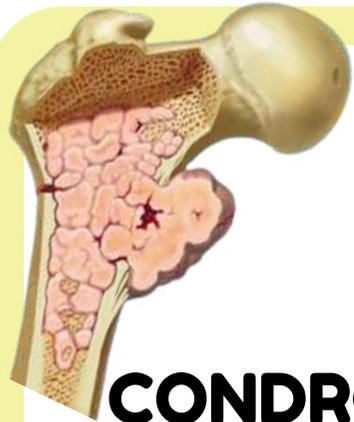
DIAGNOSTICO

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

TRATAMIENTO

- VIDE Vincristina, Ifosfamida, Doxorubicina, Etoposido + Resección quirúrgica y Radioterapia





CONDRO-SARCOMA

Tumor que característicamente produce una matriz cartilaginosa.

ETIOLOGIA

En 50% se relaciona con mutaciones de IDH1 e IDH2

EPIDEMIOLOGIA

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

LOCALIZACION

-Afecta matriz cartilaginosa en pelvis y el fémur proximal

CLINICA

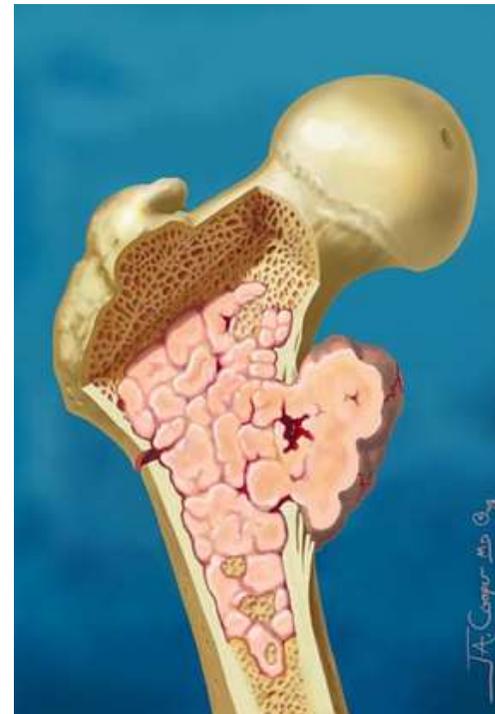
Tumor generalmente indoloro
Sus síntomas son insidiosos

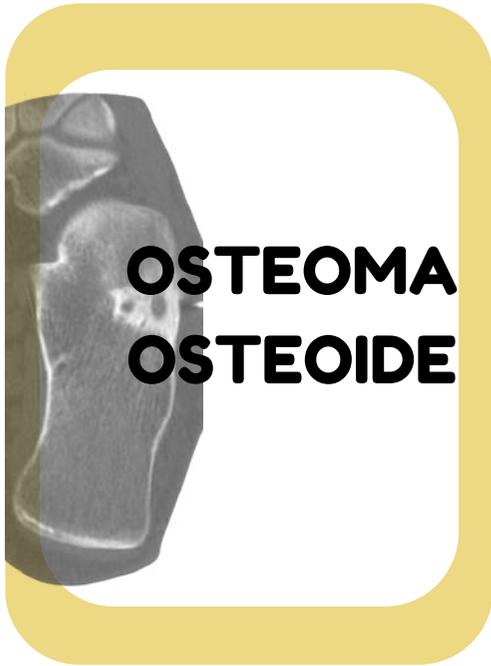
DIAGNOSTICO

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

TRATAMIENTO

Resección con bordes amplios o considerarse la amputación





OSTEOMA OSTEÓIDE

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

ETIOLOGIA

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

EPIDEMIOLOGIA

-Se presenta en Jovenes de 10 a 20 años

LOCALIZACION

-Corteza de la metáfisis
- Fémur proximal

CLINICA

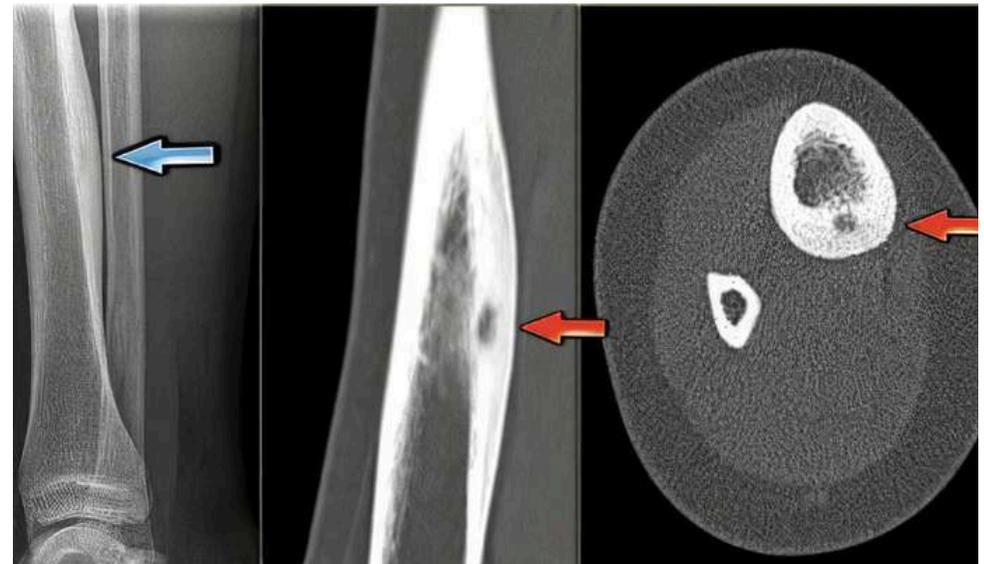
-Dolor intenso nocturno que cede con AINES
-Suele ser pequeño <2cm

DIAGNOSTICO

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

TRATAMIENTO

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





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

ETIOLOGIA

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

EPIDEMIOLOGIA

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

LOCALIZACION

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

CLINICA

- Dolor
- Inflamación
- Deformidad ósea
- Restricción de movimientos

TRATAMIENTO

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

DIAGNOSTICO

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



CONDRO-BLASTOMA



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.

ETIOLOGIA

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

- Mutaciones en el gen H3F3B

EPIDEMIOLOGIA

Representa menos del 1% de los tumores óseos primarios benignos.

- Más común en hombres (proporción de 2:1).

LOCALIZACION

- Huesos largos:
 - Fémur distal
 - Tibia proximal
 - Húmero proximal
- Huesos planos (menos frecuente):
 - Pelvis
 - Escápula

CLINICA

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

DIAGNOSTICO

- Radiografía
 - Lesión lítica bien definida en la epifisis.
- TAC
 - Detalles sobre las características del tumor y estructuras adyacentes
- Biospia
 - Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Curetaje intralesional.
- Relleno óseo: Tras el curetaje, se suele utilizar injerto óseo o cemento óseo.
- En casos de recurrencia o afectación extensa, puede ser necesaria la resección completa.