

ALUMNO: WILLIAM DE JESÚS LÓPEZ SÁNCHEZ

DOCENTE: DR. ERICK FLORES GUTIERREZ

FLASHCARDS

MATERIA: CLÍNICAS QX COMPLEMENTARIAS

GRADO: 7°

GRUPO: "A"

FX DE CLAVICULA

DEFINICIÓN

Perdida de la continuidad ósea a nivel clavicular



EPIDEMIOLOGÍA

- PORCIÓN MÁS AFECTADA 1/3 MEDIO
- ES LA FX MÁS FCTE DEL NEONATO
- PREVALENCIA DEL 2-5% DE LA POBLACIÓN GENERAL



ETIOLOGÍA

TRAUMA INDIRECTO:

Caida sobre la extremidad superior (caída de moto, bicicleta, altura)

TRAUMA DIRECTO:

Proyectil de arma de fuego



FX DE RIESGO

- Edad avanzada
- Osteoporosis
- Deportes
- Violencia
- Periodo neonatal (lesión mediante parto distócico)



CLÍNICA

DOLOR + DEFORMIDAD + DELIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO



DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO: RX AP Y LATERAL DE HOMBRO AFECTADO

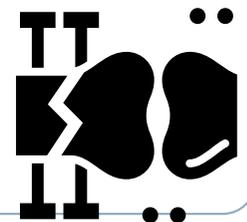
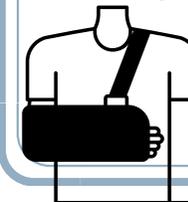
COMPLEMENTARIO: TAC (para valorar lesión intraarticular)



TRATAMIENTO

CONSERVADOR: CABESTRILLO

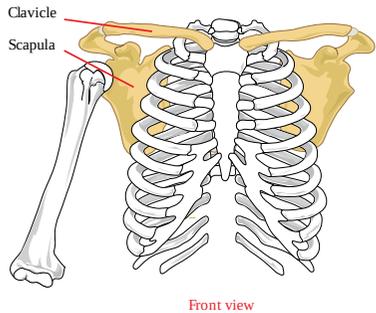
QUIRÚRGICO: OSTEOSÍNTESIS CON PLACA Y TORNILLO. (indicado en Fx expuesta, irreducible, lesión neurológica o vascular, compromiso pleuropulmonar, asociado a tórax inestable, hombro flotante)



FX DE ESCAPULA

DEFINICIÓN

Perdida de la continuidad ósea escapular



EPIDEMIOLOGÍA

- REPRESENTAN ENTRE EL 2.6% Y 10% DE TODAS LAS FRACTURAS
- INCIDENCIA ANUAL OSCILA ENTRE 29 Y 64 POR CADA 100,000 HABITANTES
- + FCTE EN HOMBRES <20 AÑOS Y >50 AÑOS



FX DE RIESGO

- Edad avanzada
- Osteoporosis
- Deportes
- Violencia
- Malnutrición



CLÍNICA

DOLOR + DEFORMIDAD
+ DELIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO



DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO: RX AP Y LATERAL DE ESCÁPULA (perfil transtoracico)

COMPLEMENTARIO: TAC (para valorar y estatificar fractura)



TRATAMIENTO

De elecciones: Conservador (analgesia, reposo, inmovilización con cabestrillo)

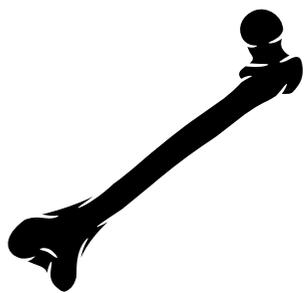
QUIRÚRGICO: OSTEOSÍNTESIS CON PLACA Y TORNILLO. (indicado en Fx de cuello, glenoides, acromion o claviculas, muy desplazada o anulada, pues ocasionan inestabilidad)



FX DE HÚMERO

DEFINICIÓN

LESIÓN QUE COMPROMETE LA ANATOMÍA ÓSEA DEL HUMERO



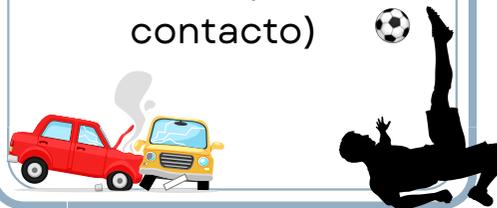
EPIDEMIOLOGÍA

- CONSTITUYEN EL 4-5% DE TODAS LAS FX
- MAS FCTE EN MUJERES >70A
- INCIDENCIA DE 50-100 CASOS POR 100000 HABITANTES



ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA

(Accidente de tráfico, caída directa con apoyo en mano, deportes de contacto)



FX DE RIESGO

- Edad avanzada
- Osteoporosis
- Tumores óseos
- Falta de actividad física



CABEZA HUMERAL: TRATAMIENTO

- Niños y jóvenes sin desplazar: Conservador con vendaje de Velpeau
- Desplazada en jóvenes adultos: Osteosíntesis con clavo de Kirschner
- Desplazada en adultos mayores: Prótesis de hombro

DIÁFISIS DE HÚMERO: (complicación: lesión nervio radial)

- Conservador: Ferula + vendaje Velpeau
- QX: Clavo centromedular (en Fx abierta segmentaria)

PALETA HUMERAL: (intraarticulares de alta energía)

- QX: Reducción abierta + osteosíntesis
- Px osteopenicos y edad avanzada: Artroplastia
- Niños: Reducción cerrada + Clavos de Kirschner + férula yeso

CÓNDILLO HUMERAL: (fx de Kocher-Lorenz ó Hahn-Steinthal)

- Reducción abierta y osteosíntesis

EPICONDILLO: son raras en adulto y fcte en niños pudiéndose tratar de forma conservadora, excepto cuando se interpone en luxación de codo en esta es Cx de reducción anatómica.



CLÍNICA

DOLOR + DEFORMIDAD, Equimosis, hematoma de Hennequin + DELIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO



DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO:

Rx AP de hombro y AP lateral de húmero

CLASIF AO

COMPLEMENTARIO:

TAC y RM



FX DE RADIO

DEFINICIÓN

LESIÓN QUE COMPROMETE LA ANATOMÍA ÓSEA DEL RADIO EN SUS DIFERENTES PORCIONES (PROXIMAL Y DISTAL)



EPIDEMIOLOGÍA

- AUMENTO DE INCIDENCIA EN >60 AÑOS
- SON TRATADAS EN FORMA AMBULATORIA, EL 20% REQUIERE HOSPITALIZACIÓN

ETIOLOGÍA

TRAUMÁTICA

CLÍNICA

DOLOR + DEFORMIDAD + DELIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO, AUMENTO DE VOLUMEN Y CREPITACIÓN

FX DE RIESGO

- Edad avanzada
- + FCTE en mujeres en la edad del climaterio
- osteoporosis 34%



FX DE COLLES (+ COMÚN)

Desplazamiento dorsal del fragmento distal
Caída con mano en hipertensión y antebrazo en pronación
Deformidad en dorso de tenedor

FX DE SMITH

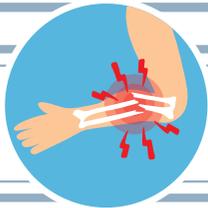
Desplazamiento anterior del fragmento distal
Caída sobre el dorso de la mano
Deformidad en pala de jardinero



FX DE HUTCHINSON O DE CHAUFFEUR

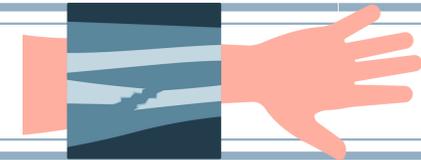
Fx de la apófisis estiloides del radio
Típica del "conductor", de ir con una mano al volante y choca
Caída sobre mano en extensión

INICIAL: Clínico



DIAGNÓSTICO

CONFIRMATORIO: Rx AP y Lateral de mano



TRATAMIENTO

Reducción cerrada + Yeso braquipalmar

TRATAMIENTO

Reducción cerrada + Yeso ante-braquipalmar

TRATAMIENTO

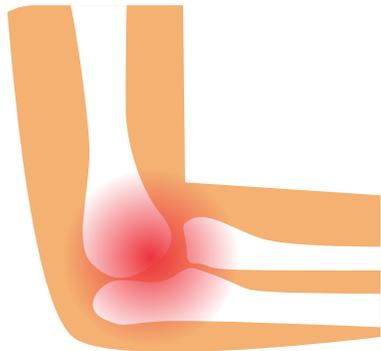
No desplazada: reducción cerrada
Desplazada: Osteosíntesis con tornillo canulado
Multifragmentaria: Placas volares



FX DE OLECRANON

DEFINICIÓN

LESIÓN OSEA QUE COMPROMETE LA PARTE DISTAL DEL HÚMERO



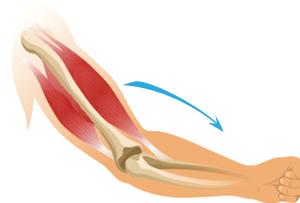
EPIDEMIOLOGÍA

- + FCTE EN HOMBRES
- > 60 AÑOS
- INCIDENCIA DE 10-20 CASOS POR 100000 HABITANTES POR AÑO



ETIOLOGÍA

CONSECUENCIA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE CODO EN FLEXIÓN



FX DE RIESGO

- Edad avanzada
- Osteoporosis
- Deportes bruscos



CLÍNICA

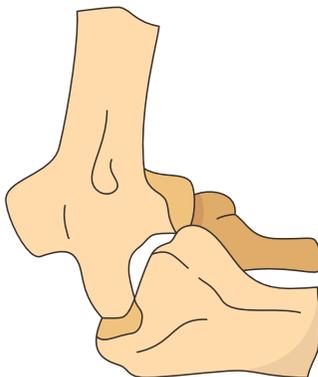
Dolor + deformidad + incapacidad para extension del codo



DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO: RX LATERAL DE CODO AFECTADO



TRATAMIENTO

NO DESPLAZADAS:

Conservador, inmovilización con escayola

DESPLAZADA: QX, reducción abierta y osteosíntesis con agujas y alambres



FX DE DIAFISIS DE ANTEBRAZO

DEFINICIÓN

LESIÓN QUE COMPROMETE LA ANATOMÍA ÓSEA DEL ANTEBRAZO (RADIO Y CUBITO) EN SUS DIF LOCALIZACIONES.



EPIDEMIOLOGÍA

- INCIDENCIA ES + EN NIÑOS Y JOVENES
- MÁS COMÚN EN NIÑOS QUE EN NIÑAS



ETIOLOGÍA

TRAUMÁTICA

CLÍNICA

DOLOR + DEFORMIDAD + DELIMITACIÓN DE PRONOSUPINACIÓN

FX DE RIESGO

- Edad avanzada
- sexo (hombres)
- osteoporosis
- inactividad física
- deportes bruscos



FX AISALADA DE DIAFISIS CUBITAL

Fx del cubito (del bastonazo)
Trauma directo sobre el antebrazo

FX DE LA DIAFISIS DE AMBOS HUESOS

Fx que divide ambos huesos del antebrazo a la mitad
Trauma directo sobre el antebrazo

LESIÓN DE MONTENGIA

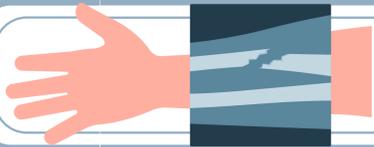
Fx de diafisis cubital (prox) + Luxación radio
Trauma directo sobre el antebrazo o caída con palma de mano con codo en hiperpronación

LESIÓN DE GALEAZZI

Fx distal del radio + luxación radio cubital (distal)
Trauma directo sobre el antebrazo o caída con palma de la mano con codo en valgo y antebrazo en pronación.

DIAGNÓSTICO

INICIAL: Clínico. **CONFIRMATORIO:** Rx AP y Lateral del antebrazo



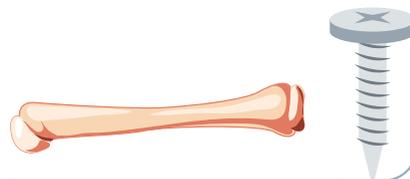
TRATAMIENTO

Conservador: Yeso braquioantebraquial
Yeso funcional

En Fx con >50% de desplazamiento: reducción abierta y fijación interna con placa y tornillos.

Quirúrgico:

osteosíntesis de ambas diafisis con placa y tornillos



CONSERVADOR (reducción cerrada + férula) niños y Fx estables

Quirúrgico:

Osteosíntesis con placa y tornillos
Adultos, Fx desplazadas, inestables o que involucren partes blandas

FX DE PELVIS

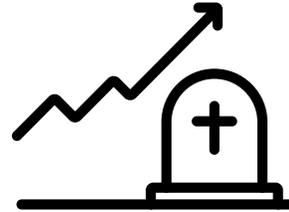
DEFINICIÓN

son lesiones graves, donde se ve afectada la integridad de los huesos o ligamentos, es decir: el sacro, las articulaciones sacroilíacas, los huesos ilíacos o la sínfisis del pubis.



EPIDEMIOLOGÍA

- **MORTALIDAD GLOBAL DE 10-16%**
- **#1 ACCIDENTES DE TRAFICO**
- **FRACTURA ABIERTA MAS MORTAL 45%**



ETIOLOGÍA

TRAUMÁTICA

- **Accidente vehicular**
- **Caidas de altura significativa**



CLASIFICACIÓN

A- Estable

Fx espinas ilíacas, tuberosidad isquiática y sacro, sin compromiso de anillo pélvico

B- Rotación estable, verticalmente inestable

Fx de libro abierto, compresión lateral

C- Rotacionalmente y verticalmente inestable

Unilateral, bilateral o asociado a Fx de acetábulo

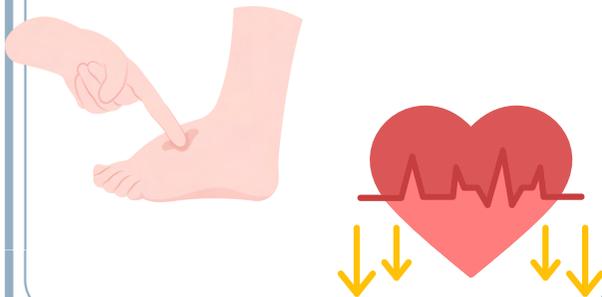
CLÍNICA

PELVIS ESTABLE:

Dolor intenso + edema + crepito óseo

PELVIS INESTABLE:

Hipotensión



DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO: RX PELVIS

COMPLEMENTARIO:

- TAC (en duda Dx)
- ANGIOGRAFÍA PÉLVICA (sospecha de ruptura uretral)
- CISTOGRAFÍA (sospecha de lesión en vejiga urinaria)



TRATAMIENTO

A-Estable: conservador (sin desplazamiento) y QX (con desplazamiento)

B-Rotación estable, verticalmente inestable: QX

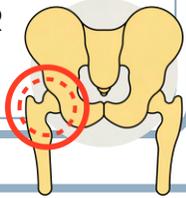
C- Rotacionalmente y verticalmente inestable: QX



FX DE CADERA

DEFINICIÓN

LESIÓN QUE COMPROMETE LA INTEGRIDAD ESTRUCTURAL ÓSEA DEL FEMUR



ETIOLOGÍA

TRAUMÁTICA

- Accidente vehicular
- Caidas de altura



CLÍNICA

- Dolor en cadera o ingle
- Acortamiento y rotación externa de la extremidad
- equimosis
- Incapacidad para movilizar la articulación

FX R

- Edad adulta
- Osteoporosis



CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE FEMUR PROXIMAL

FX INTRACAPSULAR

Compromete la circulación de la cabeza femoral

FX DE LA CABEZA FEMORAL: por un traumatismo de alta energía se acompaña por una dislocación de la articulación de la cadera.

FX DE CUELLO FEMORAL: tienen propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, causando necrosis vascular.

FX EXTRACAPSULAR

NO compromete la circulación de la cabeza femoral

FX INTERTROCANTERREAS: La línea de rotula ósea esta entre trocánter mayor y el menor. Tipo + común de Fx de cadera 70%

FX SUBTROCAANTÉRICAS: se localiza en el eje largo del fémur inmediatamente debajo del trocánter menor y se puede extender hasta diafisis del fémur.

TX

QUIRÚRGICO:

<16a no desplazada: Osteosíntesis con tornillo
Adultos y desplazada: Artroplastia con prótesis de cadera

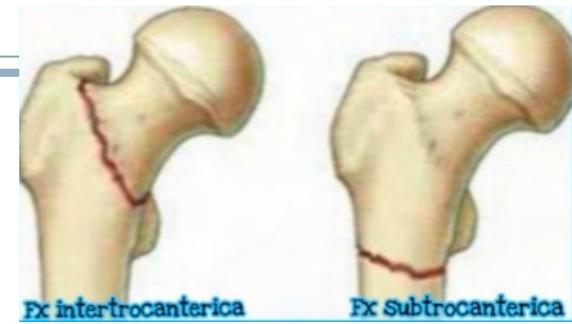
TX

QUIRÚRGICO:
OSTEOSÍNTESIS



Fx cabeza femoral

Fx cuello femoral



Fx intertrocanterea

Fx Subtrocanterea

FX DE CADERA

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE FEMUR DISTAL

EXTRA ARTICULARES

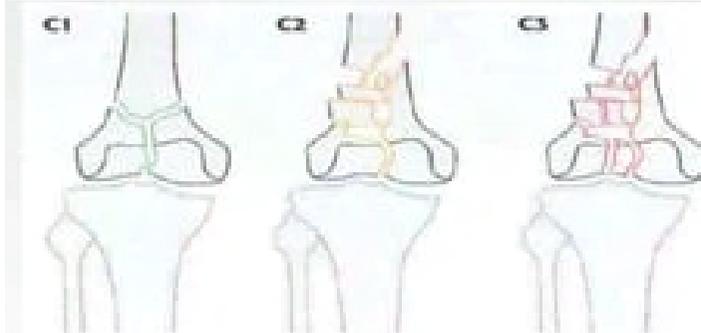
ARTICULARES SIMPLES

TX: CLAVO
CENTROMEDULAR

ARTICULAR COMPLEJA

TX: PLACA CON
TORNILLOS

AO



Fractura articular compleja

33-C1: Fractura articular simple, metafisaria simple

33-C2: Fractura articular simple, metafisaria compleja

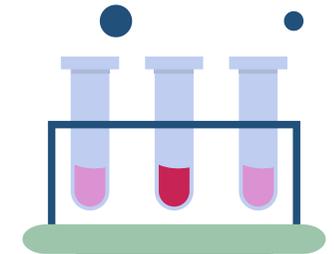
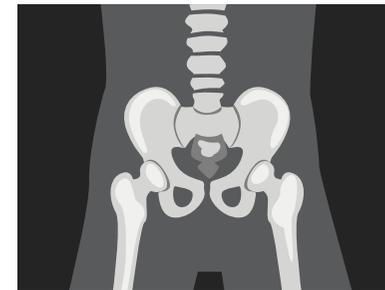
33-C3: Fractura articular compleja, metafisaria compleja

DX

INICIAL: Clínico

CONFIRMATORIO: Rx AP de pelvis y lateral de femur

COMPLEMENTARIO: RM, Laboratorios, EKG, Rx de tórax

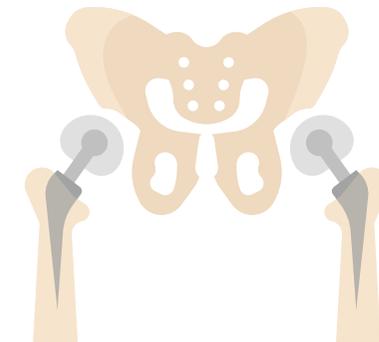


TX

INICIAL: inmovilización de la cadera

DEFINITIVO: QX

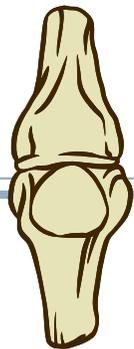
COMPLEMENTARIO: reposición de líquidos, terapia antitrombótica (enoxaparina, nadroparina), analgesia posquirúrgica (metamizol, buprenorfina, diclofenaco).



FX DE ROTULA

DEFINICIÓN

PERDIDA DE LA INTEGRIDAD
ÓSEA DE HUESO
ROTULIANO



ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA



FX RIESGO

Osteoporosis
Adultos mayores
Deportistas

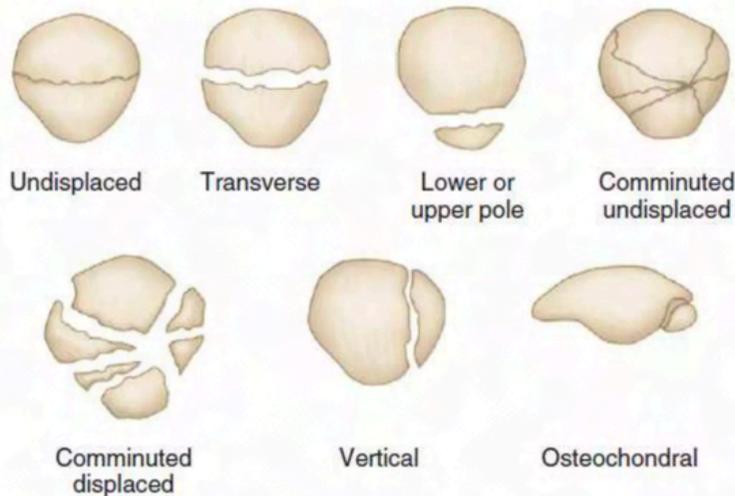


CLÍNICA

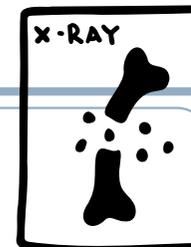
3 "D"
Dolor
Deformidad
Delimitación a la flexión



Clasificación de Rockwood



DIAGNÓSTICO



INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO: RX AP y lateral de rodilla.

COMPLEMENTARIO:

- TAC (dx de pseudoartrosis, consolidación en posición anómala, fx ocultas)

TRATAMIENTO

Sin desplazamiento:

Inmovilización con yeso

Desplazadas: Reducción abierta fijación interna (cércale con alambre y tornillos)

Conminutas: Patelectomía parcial (extirpación de fragmentos)



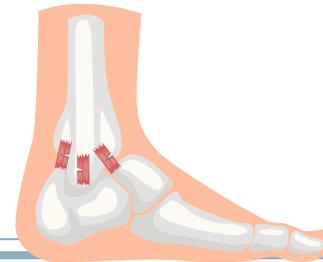
FX DE TOBILLO

PERDIDA DE LA INTEGRIDAD ÓSEA DE HUESO ROTULIANO SU ETIOLOGÍA ES POR TRAUMATISMO

La mayoría de las Fx de tobillo duelen deberse a un traumatismo indirecto con giro, y se clasifican en función de la altura del trazo en el peroné.

1º palabra es la posición del pie al momento del accidente y la 2º es la dirección de la fuerza traumática

- **Supinación - Abducción. (weber A)**
- **Pronación - Abducción (weber C)**
- **Pronación - Rotación externa. (weber B)**
- **Supinación - Rotación externa. (weber B)**



TIPOS DE FX SEGÚN WEBER

FX INFRASINDESMALES (WEBWE A): Fx por debajo de la sindesmosis

FX TRANSINDESMALES (WEBER B): Fx a nivel de sindesmosis

FX SUPRASINDESMALES (WEBER C): Fx desde encima de la sindesmosis hasta el cuello del peroné

TX

INICIAL: inmovilización + fijación externa

Fx desplazada, continua, compleja: Reducción abierta y osteosíntesis

No desplazada: Conservadora con bota de yeso

Clasificación **DANIS - WEBER**

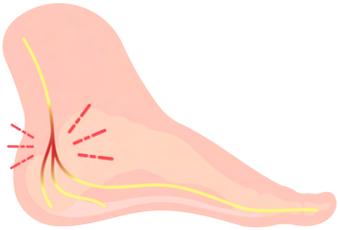
- C** **Suprasin-desmal**
Mecanismo: Abducción - rotación
- B** **Transin-desmal**
Mecanismo: Eversión
- A** **Infrasin-desmal**
Mecanismo: Inversión



FX DE TARSO

DEFINICIÓN

LESIÓN ÓSEA QUE COMPROMETE LA INTEGRIDAD DEL TARSO EN SUS PROPORCIONES ANATÓMICAS



EPIDEMIOLOGÍA

- + FCTE EN OBESOS
- + FCTE EN ANCIANOS
- + FCTE UNIMALEOLARES

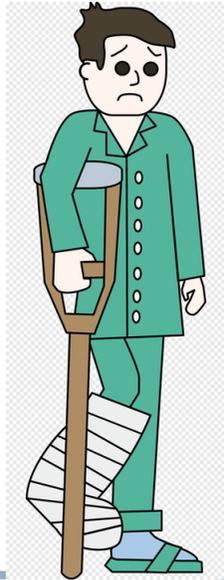
FX RIESGO

ANCIANOS
ATLETAS
IMC ELEVADO

ETIOLOGÍA

TRAUMÁTICA

Suelen deberse a un traumatismo indirecto con giro y se clasifican en función de la altura de trazo en el peroné con respecto a la posición de la sindesmosis



FX DE ASTRÁGALO:

- también llamada Fx del aviador
- ML: Hiperflexión dorsal del pie

FX DE CALCÁNEO:

- Fx más FCTE del tarso
- Asociada a caídas de altura (#1 CALCÁNEO, #2 Meseta tibial, #3 vertebra lumbar)

5TO METATARSIANO:

- Fx por avulsión de la apófisis estiloides
- Fx (de Jones) por inflexión de la unión metafisodiafisaria
- Fx transversa de la porción proximal de la diafisis del metatarsiano



DIAGNÓSTICO

INICIAL: CLÍNICO

CONFIRMATORIO: RX AP, lateral y oblicua de pie

COMPLEMENTARIO:

- TAC en caso de duda Dx



TRATAMIENTO

Desplazadas o

inestable: Reducción abierta y osteosíntesis

No desplazada:

Conservador con bota de yeso



TUMORES OSEOS: OSTEOSARCOMA

DEFINICIÓN

ES UNA NEOPLASIA MALIGNA DE ALTO GRADO, PRIMARIA DEL HUESO, LA MAS COMUN DEL ESQUELETO APENDICULAR, CARACTERUZADA POR LA FORMACIÓN DIRECTA DEL HUESO INMADURO U OSTEOIDES



EPIDEMIOLOGÍA

- CAUSA + FCTE DE CANCER PRIMARIO DE HUESO
- AFECTA A NIÑOS DE 12-16 AÑOS
- + COMÚN EN HOMBRES



ETIOLOGÍA

MUTACIONES GEMINALES DE ORIGEN MESENQUIMAL

LOCALIZACIÓN

Metáfisis de huesos largos (femur distal y tibia proximal)

FX RIESGO

- hombres de 12-16 años
- Retinoblastoma heredit.
- Sx de Li-Freumeni
- > de Factor de crecim.
- Sx de Bloom



CLÍNICA

- Dolor óseo localizado nocturno e intenso que no cede en reposo ni con analgesia
- > de vol. localizado, principalmente en femur y tibia



DIAGNÓSTICO

INICIAL:

- RX AP y lateral de región afectada (imágenes en sol naciente)
- RM con gadolinio: para tumor primario y sospecha metastasis ósea
- Tomografía con ventana pulmonar para metastasis

DEFINITIVO: HISTOLOGÍA

Osteosarcoma

Triángulo de Codman o imagen en sol naciente

TRATAMIENTO

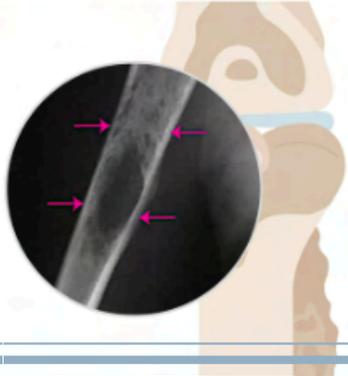
MAP (Metotrexato, Doxorubicina, Cisplatino) + Resección Qx + QT postoperatorio



TUMORES OSEOS: SARCOMA DE EWING

DEFINICIÓN

Es una neoplasia agresiva, poco diferenciados y con una histogénesis común que comparte con la familia de los tumores del sarcoma de Ewing. **E**



EPIDEMIOLOGÍA

- **ES EL SEGUNDO CÁNCER DE HUESO MÁS COMÚN EN LA EDAD PEDIÁTRICA.**
- **AFECTA DE 10-15 AÑOS Y 30% SON <DE 10 AÑOS**
- **SITIO + AFECTADO: DIAFISIS**



ETIOLOGÍA

**ORIGEN
NEUROECTODERMO
ASOCIADO A
TRANSLOCACIÓN
11:22 Y GEN EWSR1**



LOC. + FCTE

- **Esqueleto axial 54%** (pelvis 25%, costillas 12%, columna 8%)
- **Esqueleto apendicular 45%** (femur 16%, tibia 7% y humero 5%)

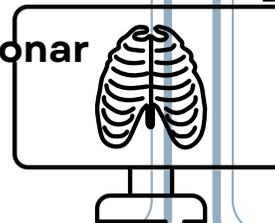


CLÍNICA

Se presenta como un dolor óseo nocturno acompañado de síntomas constitucionales (fiebre, fatiga, pérdida de peso) y anemia.

DIAGNÓSTICO

- **Inicial:** Radiografía AP y lateral de región afectada.
En **RX:** Destrucción ósea discontinua (imagen apolillada) y la laminación perióstica ("piel de cebolla").
- **RM con gadolinio:** Para tumor primario y si se sospecha de metástasis óseas.
- **Tomografía con ventana pulmonar para metástasis.**
- **DEFINITIVO:** HISTOLOGÍA



TRATAMIENTO

El tratamiento estándar es quirúrgico más quimioterapia. Estos tumores son sensibles a la radioterapia.

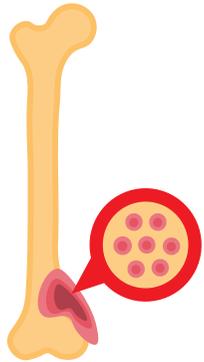
VIDE (Vincristina, Ifosfamida, Doxorubicina, Etoposido) + resección quirúrgica y radioterapia.



TUMORES OSEOS: CONDROSARCOMA

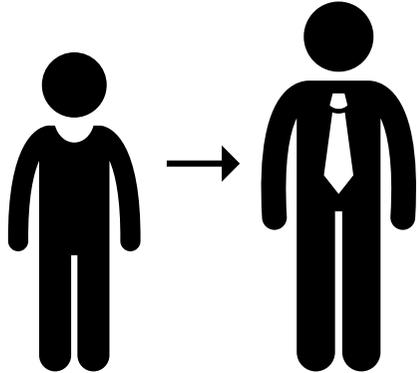
DEFINICIÓN

Tumor que característicamente produce una matriz cartilaginosa.



EPIDEMIOLOGÍA

- AFECTA ADULTOS GENERALMENTE MENORES DE 40 AÑOS.



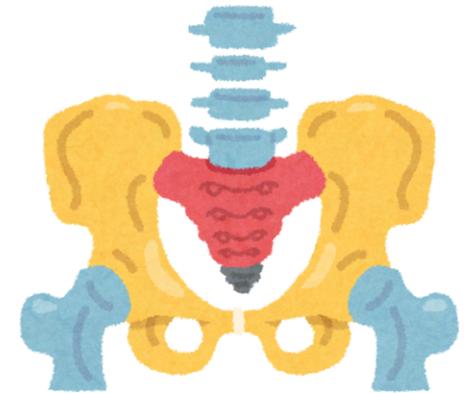
ETIOLOGÍA

En 50% se relacionan con mutaciones de IDH1 o IDH2.



LOCALIZACIÓN

AFECTA MATRIZ CARTILAGINOSA EN PELVIS Y EL FÉMUR PROXIMAL.



CLÍNICA

Tumor generalmente indoloro o síntomas son insidiosos.



DIAGNÓSTICO

RX: La presencia de calcificaciones en el interior de la lesión.



TRATAMIENTO

Resección con bordes amplios o considerarse la amputación.



TUMORES OSEOS: OSTEOMA OSTEÓIDE

DEFINICIÓN

Es un proceso benigno, solitario, formada en el hueso



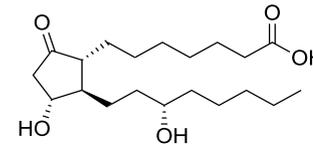
EPIDEMIOLOGÍA

- EDAD DE PRESENTACIÓN 10 A 30 AÑOS
- + FCTE EN HOMBRES
- TIENE UN SUMINISTRO NERVIOSO PATÓGENO ÚNICO, UN HALLAZGO PECULIAR ENTRE LOS TUMORES ÓSEOS



ETIOLOGÍA

Producción local de altas concentraciones de prostaglandina E₂, mediada por las ciclooxigenasas (COX-1 y COX-2)



LOCALIZACIÓN

Columna: elementos posteriores (1ro en región lumbar luego dorsal)

Afecta la **diáfisis** o **metáfisis** y puede ser intracortical, intramedular o asociada con el periostio



CLÍNICA

Dolor intenso en los huesos nocturnos se alivia con salicilatos

Sensibilidad al tacto

Tumor cerca de articulación causa inflamación y rigidez

Tumor en vértebras causa escoliosis

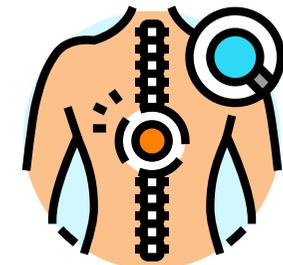
DIAGNÓSTICO

Rx revelan una lucidez central que en su mayoría tiene menos de 1 cm de diámetro rodeada de esclerosis reactiva



TRATAMIENTO

- La extirpación quirúrgica a la ablación por radiofrecuencia del nido es curativa
- NSAID
- MEJORA CON AINES



TUMORES OSEOS: OSTEOBLASTOMA

DEFINICIÓN

EL OSTEOBLASTOMA ES UNA NEOPLASIA PRIMARIA DEL HUESO FORMADOR DE TEJIDO OSTEOIDE POCO FRECUENTE



EPIDEMIOLOGÍA

- RARO
- VALORES JOVENES DE 10 -20 AÑOS
- TÍPICO EN VERTEBRA

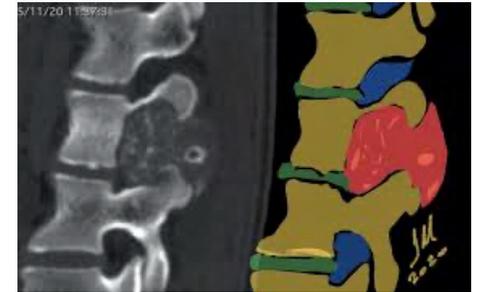


ETIOLOGÍA DESCONOCIDA



LOCALIZACIÓN

Columna vertebral, el humero proximal y la cadera



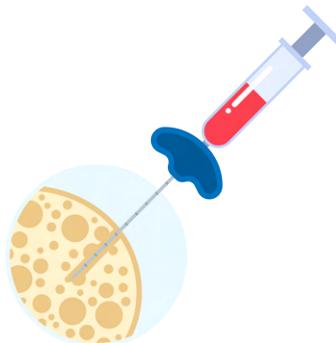
CLÍNICA

- Dolor sordo
- En espinal, puede ser asociado síntomas neurológicos, como parálisis de los nervios raquíales, mielopatía, radiculopatía o paraparesia



DIAGNÓSTICO

Biopsia: permite observar la periferia de la lesión, que existe un borde preciso que lo limita del tejido óseo normal



TRATAMIENTO

- Escisión marginal en bloque es el tratamiento de elección.
- La crioterapia, radioterapia o quimioterapia no es eficaz



TUMORES OSEOS: CONDROBLASTOMA

DEFINICIÓN

tumor óseo benigno,
poco frecuente y de
origen cartilaginoso que
se desarrolla en los
huesos
LESIÓN QUE
COMPROMETE LA
ARTICULACIÓN Y
ESTRUCTURAS ÓSEAS

EPIDEMIOLOGÍA

- EN UNA NEOPLASIA QUE SE PRESENTA A LOS 20 AÑOS DE EDAD
- O EN PERSONAS ADULTAS



ETIOLOGÍA

COMO LA MAYORÍA DE
LOS TUMORES ÓSEOS
BENIGNOS, EL
CONDROBLASTOMA
EVOLUCIONA
LENTAMENTE, CON UN
CRECIMIENTO LOCAL
PROGRESIVO.

FX RIESGO

2DA DECADA DE VIDA
PERSONAS ADULTA



CLÍNICA

Comienzo insidioso
Dolor sordo en la
articulación
Intensidad variable
Debilidad muscular
Inflamación regional



DIAGNÓSTICO

- Radiografía
- TAC
- RMN



TRATAMIENTO

QUIRURGICO Y CONSISTE
EL RAPADO DEL TUMOR
FISIOTERAPIA PARA
FORTALECER EL HUESO Y
RESTABLECER SU FUNCIÓN
DESPUES DE LA CIRUGÍA
E EL RASPADO MINUCIOSO
Y COMPLETO DE LA LESIÓN
SUELE CONDUCIR A LA
CURACIÓN.