

Materia:
Clínicas quirúrgicas complementarias

Nombre del trabajo:
Flashcards de Fracturas

Alumno:
Luis Antonio Meza Puon

Grupo: "A" Grado: "7"

Docente:
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

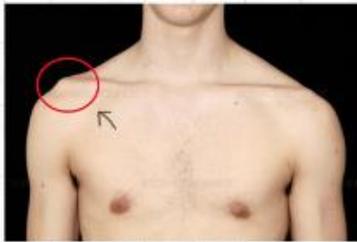


FRACTURA DE CLAVICULA

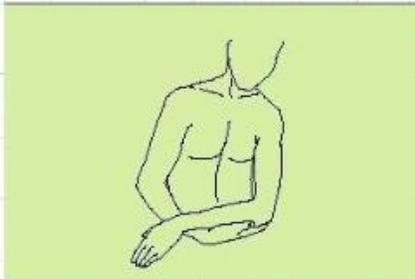


EPIDEMIOLOGIA

Más frecuente en hombres de 25 años y >55 años



SIGNO DE LA TECLA



POSICION DE DESAULT



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

CLINICA

- Asimetría
- Codo sostenido por la otra mano
- Aumento de volumen
- Equimosis o tumefacción
- Signo de la tecla

MECANISMO

Común en impactos de alta energía como lesiones deportivas, trauma directo, accidentes automovilísticos y armas de fuego



FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Mala nutrición
- Trabajos con arma de fuego
- Alteraciones congénitas
- Violencia familiar

TRATAMIENTO

- TTO conservador, vendaje en ocho de guarismo, 4-6 ss/2-4ss niños
- vendaje de velpeau

DIAGNOSTICO

- Radiografía





FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL



EPIDEMIOLOGIA

- 4-5% de todas las fracturas
- Frecuente en mujeres >70a
- Pueden presentar conminación



SIGNO DE HENNEQUIN

CLINICA

- Deformidad
- Equimosis, hematoma de Hennequin (48h)
- Crepitación
- Limitación funcional

MECANISMO

Caída directa con apoyo en mano (98%), la mayoría se localiza en cuello qx.



TRATAMIENTO

Conservador

- No desplazadas
- Vendaje de velpeau o un inmovilizador ortopedico 10-15d

Osteosintesis

- Fx en 2 o 3 partes
- Pacientes jóvenes con fracturas desplazadas

Artroplasia

- Fracturas irreconstructibles o riesgo de necrosis cefalica
- Fx con impactacion o division de cabeza
- Fx en 4 partes o conminutas

DIAGNOSTICO

- Radiografía



FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO



EPIDEMIOLOGIA

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

CLINICA

- Deformidad
- Aumento del volumen
- Acortamiento
- Posición antálgica
- Crepitación
- Limitación funcional

TRATAMIENTO

Conservador

- Alinear la fx
- Inmovilizar con ferulas y vendaje de Velpeau
- Yeso colgante de Cadwell

MECANISMO

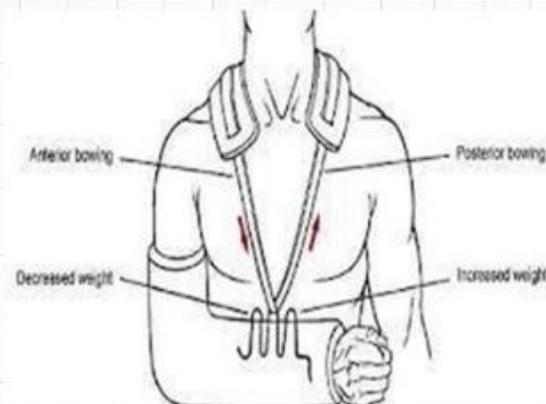
Mecanismo directo (mas frecuente) e indirecto

DIAGNOSTICO

- Radiografía

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

CLASIFICACION AO





FRACTURA DE HUMERO DISTAL



EPIDEMIOLOGIA

- 3% de todas las fracturas
- Frecuente en niños

CLINICA

- Deformidad
- Dolor
- Aumento del volumen
- Tumefacción
- Posición antalgica
- Limitación funcional

TRATAMIENTO

- Pulso negativo reducción urgente
- Pulso positivo: Agujas y compresión cubital tardía o Yeso

DIAGNOSTICO

- Radiografía

❖ CLASIFICACION "AO"



CLASIFICACION AO

MECANISMO

Mecanismo directo e indirecto, caída sobre la mano extendida

Localización

- Paleta humeral, supracondilea
- Condilo humeral
- Epicondilo y epitroclea





FRACTURA DE OLECRANON



MECANISMO

Mecanismo directo sobre el codo



CLINICA

- Deformidad
- Aumento de volumen
- Equimosis
- Tumefacción
- Crepitación
- Palpación de un surco en lugar de la fractura

TRATAMIENTO

Conservador

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

Quirúrgico

- Fx desplazadas
- Reducción abierta
- Osteosíntesis

DIAGNOSTICO

- Radiografía AP, lateral





FRACTURA DE CUPULA RADIAL



EPIDEMIOLOGIA

- 33% de todas las fracturas
- Frecuente en mujeres 40-60 años
- Deportes de contacto

CLINICA

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

DIAGNOSTICO

- Radiografía AP, lateral, oblicua



MECANISMO

Mecanismo directo e indirecto
Caída sobre la palma de la mano
Asociada a lesión ligamentaria

TRATAMIENTO

MASON I → TRATAMIENTO ORTOPÉDICO (CABESTRILLO + ANALGESIA + MOVILIZACIÓN PRECOZ)

MASON II
MASON III } ¿BLOQUEO ARTICULAR A LA EXPLORACIÓN?
 NO → TRATAMIENTO ORTOPÉDICO
 SÍ → TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

MASON IV → TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (NORMALMENTE PRESENTAN INESTABILIDAD DE CODO AL ASOCIAR OTRAS LESIONES)

TIPO I



FRACTURA DE ANTEBRAZO



MECANISMO

Mecanismo directo e indirecto

FRACTURA AISLADA DE DIAFISIS CUBITAL

El impacto fractura el cubito sin lesionar algunas de las otras estructuras

- Menor desplazamiento
- Antebrazo es estable
- TTO conservador



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 DIAFISIS DE AMBOS HUESOS DEL ANTEBRAZO

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



CLASIFICACION AO



FRACTURA DE ANTEBRAZO



LESION DE MONTEGGIA

Fx de diáfisis cubital proximal + luxación art. cabeza radial

- TTO reducción del cubito y osteosíntesis con placas y tornillos
- Inmovilización con férula



LESION DE GALEAZZI

Fx de diáfisis radial distal + luxación art. cabeza cubito



TRATAMIENTO

TTO no quirúrgico

- Indicado en fracturas no desplazadas, con mínima inflamación
- Paciente sea capaz de tolerar reducción cerrada + inmovilización por 3 ss

TTO quirúrgico con reducción abierta y fijación interna es de elección para evitar pseudoartrosis

Tarda 8 a 10 ss en sanar



FRACTURA DE RADIO DISTAL



MECANISMO

- Caídas sobre la mano
- Hueso metafisario, bien vascularizado
- Casi siempre se consolidan

FRACTURA DE POUTEAU-COLLES

- Desplazamiento dorsal
- Mecanismo: caída en extensión
- Frecuencia: 1er lugar
- Deformidad: dorso de tenedor

FRACTURA DE GOYRAND-SMITH

- Desplazamiento: ventral
- Mecanismo: caída en flexión
- Frecuencia: 2do lugar
- Deformidad: pala de jardinero

Fractura de Colles



Fractura de Smith





FRACTURA DE RADIO DISTAL

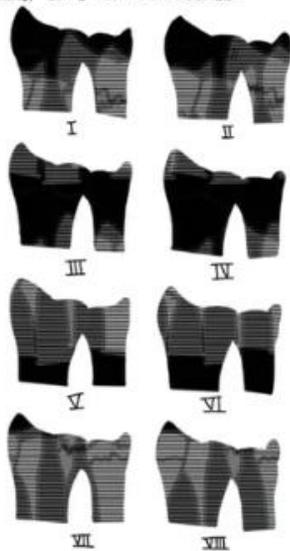


Clasificación de Frykman

Introducida en 1967, se divide en 8 tipos; es útil para describir las fracturas del radio distal y evaluar el pronóstico.

TIPOS

- I y II: Fracturas extraarticulares
- III y IV: Fracturas intraarticulares que afectan a las articulaciones radiocarpianas
- V y VI: Fracturas intraarticulares que afectan las articulaciones radiocubital
- VII y VIII: Fracturas intraarticulares que afectan tanto a la articulación radio carpeana como la radiocubital.



TRATAMIENTO

- TTO conservador yeso braquipalmar en fracturas estables
- TTO quirurgico en fracturas





FRACTURA DE ESCAFOIDES



EPIDEMIOLOGIA

- 15% de lesiones agudas en la muñeca
- Frecuente en jóvenes

CLINICA

- Dolor tabaquera anatomica
- Deformidad
- Ocasionalmente, : tumefaccion

DIAGNOSTICO

- Radiografía AP, lateral y oblicuo

TRATAMIENTO

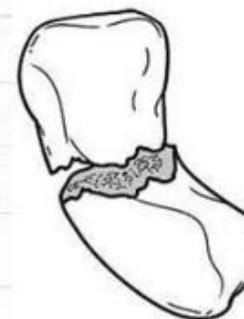
- TIO conservador: Yeso 8-12 ss
- Qx: osteosintesis con tornillo

MECANISMO

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

COMPLICACIONES

- Ausencia de consolidación
- Necrosis isquémica del polo proximal





FRACTURA DE METACARPIANOS



FX DE BENNET

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

FX DE ROLANDO

- Fx intraarticular conminuta
- Mas infrecuente
- Tto: ortopédico o quirúrgico según conminación



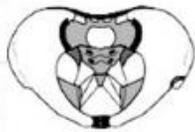


FRACTURA DE PELVIS

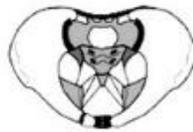


EPIDEMIOLOGIA

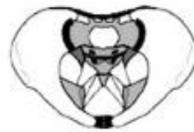
- Ocupan entre el 2 y 4% de todas las lesiones
- Frecuentes en jóvenes de 15 a 30 años
- Asociado a TCE, dos o más fracturas de huesos largos



A1
Avulsion injury
Not involving the ring

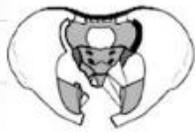


A2
Stable
Minimal displacement

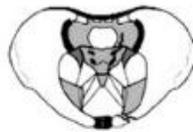


A3
Transverse fractures of
sacrum or coccyx

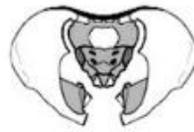
Tipo B



B1
Unilateral



B2
Lateral compression injury
Internal rotation instability

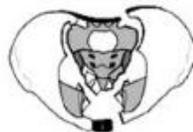


B3
Bilaterally rotational instability

Tipo C



C1
Unilateral



C2
Bilateral
One side rotationally unstable



C3
Bilaterally vertically unstable

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

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

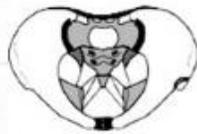


FRACTURA DE PELVIS

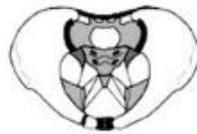


EPIDEMIOLOGIA

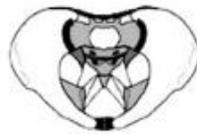
- Ocupan entre el 2 y 4% de todas las lesiones
- Frecuentes en jóvenes de 15 a 30 años
- Asociado a TCE, dos o más fracturas de huesos largos



A1
Avulsion injury
Not involving the ring

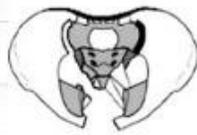


A2
Stable
Minimal displacement

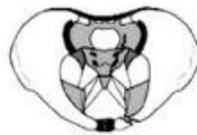


A3
Transverse fractures of
sacrum or coccyx

Tipo B



B1
Unilateral



B2
Lateral compression injury
Internal rotation instability

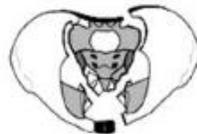


B3
Bilaterally rotational instability

Tipo C



C1
Unilateral



C2
Bilateral
One side rotationally unstable



C3
Bilaterally vertically unstable

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

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

CLASIFICACION DE YOUNG-BURGUESS

- Compresión anteroposterior rotación externa
- Compresión lateral rotación interna
- Cizallamiento vertical
- Complejo (multidireccional)



FRACTURA DE PELVIS



TRAUMA AP

- Atropellamiento
- Accidente de motocicleta
- Lesión directa por aplastamiento
- Caída de una altura >4 mts

COMPRESION LATERAL

- Trauma de alta energía
- Directo en crestas iliacas
- A nivel de trocánter mayor

CIZALLAMIENTO VERTICAL

- Hay una diastasis de pubis, se rompen los músculos y ligamentos del piso pelvico
- La pelvis se vuelve inestable

Compresión Antero-Posterior (CAP)



Tipo I



Tipo II



Tipo III

Compresión Lateral (CL)



Tipo I



Tipo II



Tipo III

Cizalladura Vertical (CV)





FRACTURA DE CADERA



Las fracturas de la cadera se refieren a la pérdida de solución de continuidad desde la superficie articular de la cabeza del fémur

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

Dr. Mandra-k

Clasificación Garden

Fracturas intracapsulares

1 Incompleta	2 Completa
3 Desplazada <50%	4 Desplazada >50%

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE CADERA

FRACTURAS EXTRACAPSULARES			
Fractura Intertrocantérea	Fractura Subtrocantérea	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



FRACTURA DE CADERA



FX INTRACAPSULARES



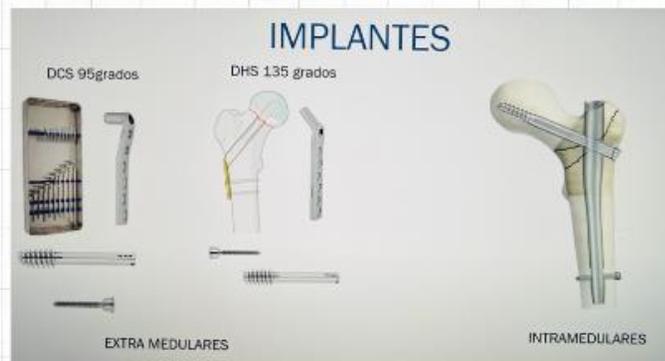
FX EXTRACAPSULARES



TRATAMIENTO

- TTo conservador con bota antirrotativa
- TTo quirurgico: placa bloqueada proximal, tornillo placa de compresion dhs

IMPLANTES





FRACTURA DE FEMUR

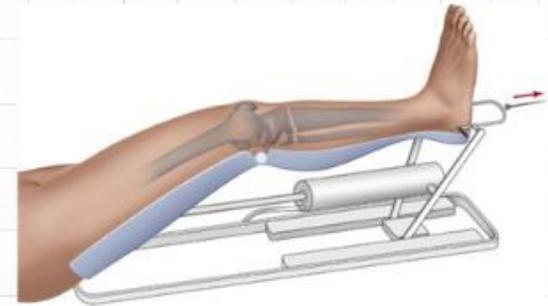


CLASIFICACION

- Clasificación AO
- Clasificación de Winquist y Hansen

DIAGNOSTICO

- Radiografía AP, lateral del muslo, cadera y rodilla
- TAC



TRATAMIENTO

TTO conservador

- Tracción esquelética
- Medida temporal previa cirugía
- Clavos para tracción musculoesquelética

TTO quirurgico

- Tratamiento estandar ideal en las primeras 24 h
- Enclavado medular
- Clavado anterogrado
- Clavado retrogrado
- Fijador externo



EMC





FRACTURA DE PATELA



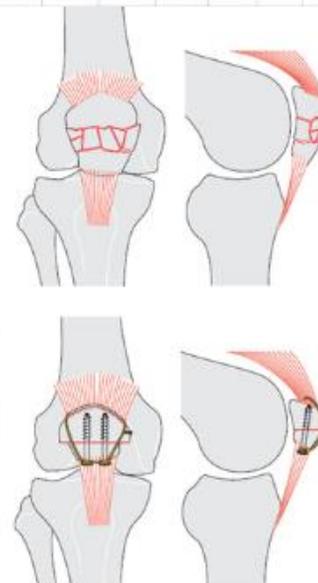
MECANISMO

Mecanismo directo o indirecto siendo este más frecuente secundario a una excéntrica forzada del cuádriceps

TRATAMIENTO

- TTO conservador: yeso cilíndrico o una ortesis de rodilla bloqueada de 4 a 6 ss
- TTO quirúrgico reducción con pines, cerclajes, bandas de tensión, tornillos
- Patelectomía parcial y total

Extra articular	Avulsión 34-A1    	Cuerpo aislado 34-A2   	
Parcial articular	34-B1 vertical, lateral    	34-B2 vertical, medial    	
Completa articular	34-C1 transversal    	34-C2 transversal más segundo fragmento    	Complejo 34-C3    





FRACTURA DIAFISIARIAS DE TIBIA



MECANISMO

- Mecanismo directo: accidentes de trafico, heridas por arma de fuego
- indirecto: torsion con pie fijo, caída desde pequeña altura, por sobrecarga

DIAGNOSTICO

- Radiografía AP y latera, incluyendo articulaciones de rodillo



CLASIFICACION

- Clasificacion AO
- Clasificacion TSCHERNE
- Clasificacion GUSTILO Y ANDERSON

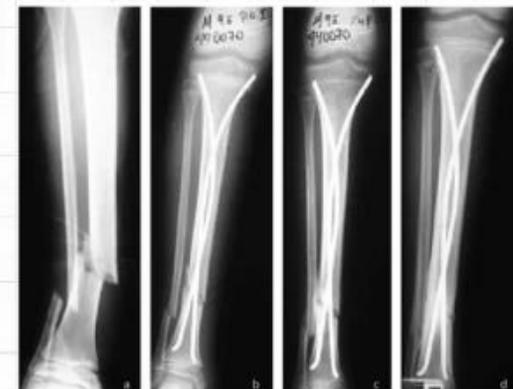
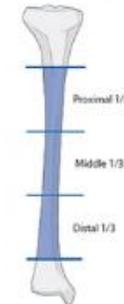


TRATAMIENTO

- TTO conservador: yeso suropedico u ortesis funcional 3 a 6 ss
- TTO quirurgico: enclavado endomedular,

42

Location: Tibia, diaphyseal segment 42





FRACTURA DE TOBILLO



EPIDEMIOLOGIA

- Son las más frecuentes en urgencias
- 70% son unilaterales, 20% bimalleolares y 7% trimalleolares

CLINICA

- Dolor en el área de tobillo
- Prueba de pierna cruzada

DIAGNOSTICO

- Radiografía de tobillo AP lateral y Mortaja
- TAC

MECANISMO

- El astrágalo puede verse forzado en una aducción
- Se aplica fuerza sobre la región medial del talón y el pie, el astrágalo tiende a la abducción

Normal values at standard X-ray





FRACTURA DE TOBILLO



CLASIFICACIONES

DANIS-WEBER

A0

LAUGE-HANSEN

Fractura de Tobillo
Clasificación DANIS - WEBER

C **Suprasindesmal**
Mecanismo: Abducción - rotación

B **Transindesmal**
Mecanismo: Eversión

A **Infrasindesmal**
Mecanismo: Inversión

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

sentidomedico | sentidomedico

Infra-sindes-mótic	44-A1 unifocal	44-A2 bifocal	44-A3 circunferencial
Trans-sindes-mótic	44-B1 Isolated lateral	44-B2 lateral and medial	44-B3 lateral, medial and posterior
Supra-sindes-mótic	44-C1 simple diaphyseal	44-C2 multifragmentary	44-C3 proximal

A	PRONACIÓN + ADUCCIÓN Rx de tobillo AP: 1- Fractura transversa del maléolo externo por debajo del nivel de la articulación. (flecha roja) 2- Fractura vertical del maléolo interno. (flecha verde) 3- Impactación en plást tibial. (flecha amarilla)	B	PRONACIÓN + ADUCCIÓN Rx de tobillo AP: 1- Fractura transversa del maléolo interno o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha roja) 2- Ruptura de la sindesmósis o fractura avulsiva de sus inserciones. (flecha negra) 3- Fractura transversal del peroné por encima de la articulación. (flecha amarilla) 4- Ruptura del ligamento tibial posterior o fractura avulsiva al mismo nivel.
C	PRONACIÓN + ROTACIÓN EXTERNA Rx de tobillo AP: 1- Fractura transversa del maléolo interno o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha verde) 2- Ruptura del ligamento tibioperoneo anterior. 3- Fractura oblicua corta del peroné por encima de la articulación. (flecha roja)	D	PRONACIÓN + ROTACIÓN EXTERNA Rx de tobillo AP: 1- Ruptura del ligamento peroneo astragalino anterior. 2- Fractura espiral/oblicua de peroné distal. (flecha roja) 3- Ruptura del ligamento astragalino posterior. 4- Lesión medial, fractura malleolar o ruptura del ligamento deltoideo. (flecha amarilla)

Tipo	Danis	Lauge-Hansen	Weber
I (5%)	Subligamentaria o Infrasin-desmotica	Supinación-Aducción	A
II (20%)	Supraligamentaria o suprasindesmotica	Pronación-Abducción	C
III (20%)	supraligamentaria	Pronación-Rotación externa	C
IV (50%)	Interligamentaria o transindesmotica	Supinación-Rotación externa	B



FRACTURA DE TOBILLO



TRATAMIENTO

FX MALEOLARES LATERALES

- TTO conservador: yeso suropedico de 6 a 8 semanas

TTO QUIRURGICO

- Indicado en fracturas desplazadas e inestables
- Indicada si fracasa el tratamiento conservador



Figura 3. Osteosíntesis con tornillo de tracción y placa de neutralización en fractura transdiáfisis de peroné.



Figura 4. Fractura de maleolo interno vertical. Osteosíntesis con tornillos de esponjosa a compresión y placa de caña con función de soporte.



OSTEOSARCOMA



DEFINICION

Neoplasia maligna de alto grado común del esqueleto apendicular caracterizada por la formación directa de hueso inmaduro

EPIDEMIOLOGIA

- La causa mas frecuente de cancer primario de hueso
- Frecuente en jovenes de 15 a 19 años

CLINICA

- Dolor de hueso o articulaciones
- Hinchazón cerca de hueso
- Sensibilidad y debilidad ósea

DIAGNOSTICO

- Biopsia

TRATAMIENTO

- Quimioterapia antes y después de la cirugía para reducir el cáncer



SARCOMA DE EWING



DEFINICION

Tipo de cancer que comienza como una proliferación de células en los huesos y el tejido blando que los rodea

CLINICA

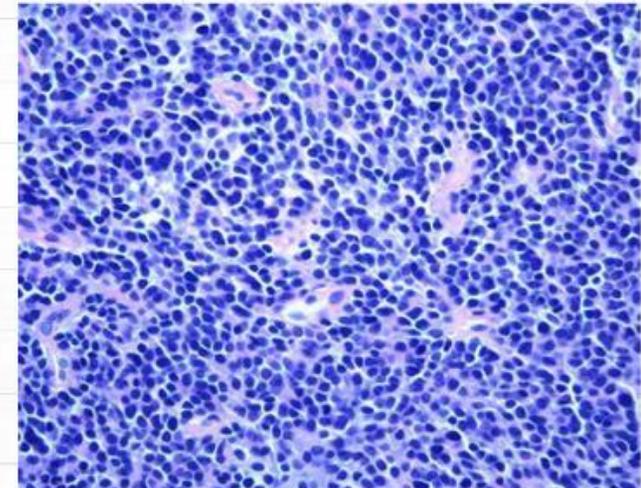
- Un bulto en el brazo, pierna, pecho o pelvis
- Dolor de huesos
- Fractura
- Dolor, hinchazón y sensibilidad
- Fiebre

TRATAMIENTO

- Quimioterapia y radioterapia
- Cirugía

DIAGNOSTICO

- Anamnesis
- TAC y RM
- Aspiración de médula ósea
- Radiografías
- Estudios bioquímicos de la sangre





CONDROSARCOMA



DEFINICION

Tumores óseos formados por células que producen mucho cartílago

CLINICA

- Dolor que no desaparece al descansar
- Inflamación
- Una gran masa en el hueso afectado

TRATAMIENTO

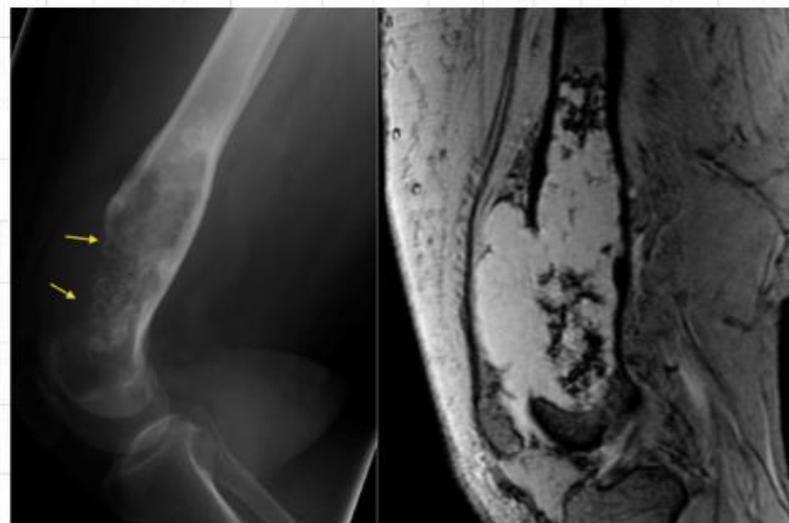
- Cirugía
- Criocirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia

EPIDEMIOLOGIA

- Tumor oseo maligno mas frecuente
- Frecuente en personas de 10 a 25 años

DIAGNOSTICO

- Anamnesis y exploración física
- Ecografías
- RM
- Biopsia





OSTEOMA OSTEOIDE



DEFINICION

Es un tumor oseo benigno pero doloroso que se desarrolla en las extremidades inferiores o la columna vertebral

- Osteoma esponjoso osteoide
- Osteoma cortical osteoide
- Osteoma subpreiostico oisteoide

CLINICA

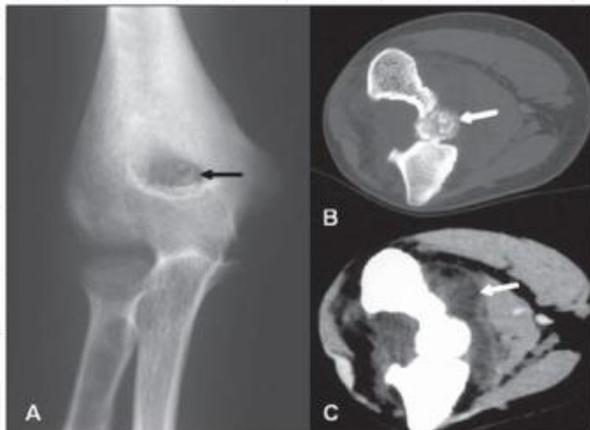
- Dolor agudo
- Limitación funcional
- Deformidad estética
- Posible retraso en el crecimiento

TRATAMIENTO

- AINES
- Cirugia
- Reseccion percutanea

DIAGNOSTICO

- TAC
- Radiografías
- RM





OSTEOBLASTOMA



DEFINICION

Neoplasia benigna formadora de hueso poco frecuente que representa el 1% de todos los tumores óseos primarios

CLINICA

- Dolor localizado
- Hinchazón y sensibilidad
- Síntomas neurológicos
- Rango de movimiento limitado

TRATAMIENTO

- Reseccion en bloque
- Vigilancia

EPIDEMIOLOGIA

- Frecuente en jóvenes, una media de 20 años
- Predominio en hombres

DIAGNOSTICO

- TAC
- Radiografías
- RM





CONDROBLASTOMA



DEFINICION

Tumor benigno que se forma en los extremos articulares de los huesos

CLINICA

- Dolor en la rodilla, la cadera y la articulación del hombro
- Apariencia debilitada o encogida del musculo cercano
- Problemas de movilidad
- Acumulación de líquido en la articulación

TRATAMIENTO

- Extirpación quirúrgica
- Injerto óseo
- Reconstrucción o reemplazo de una articulación
- Fisioterapia para recuperar la fuerza

DIAGNOSTICO

- Radiografía
- RM

