



Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nicole Yuliveth García Guzmán

Dr Erick Flores

Clínica quirúrgicas complementarias

Séptimo semestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas 08 de noviembre de 2024.

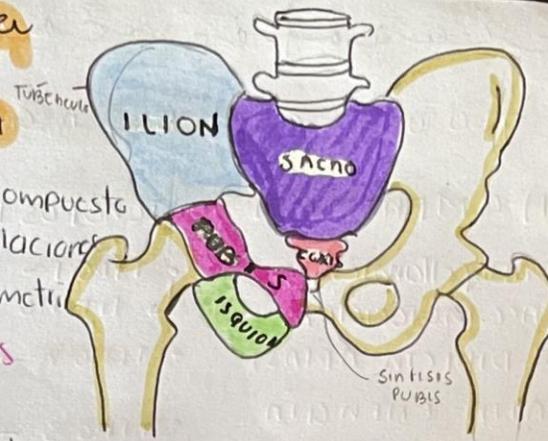
ANATOMIA

PELVICA

Anillo osteoarticular cerrado compuesto por 3 piezas óseas y 3 articulaciones

- 2 HUESOS COXALES PARES Y SIMÉTRICOS
- ILION, ISQUIÓN, PUBIS

• SACRO → IMPAR, SIMÉTRICO
 ↳ constituido → unión 5 vertebras.



ARTICULACIONES

SACROILEACAS

- ART. SINOVIAL (anterior) entre curvillas del sacro e ilión
- SINDESMOISIS (posterior)
- LIGAMENTOS → sacroiliacos ante/post
 ↳ sacrotuberoso ↳ sacroespinoso

FX DE PELVIS

Producidas → mec alta energía

- POCO FTE
- EDAD → 15 a 30 años
- ASOCIA → Trauma torácico, TCE, lesión hepática / esplénica.

CLASIFICACIÓN DE

TALLE

TIPO A → ESTABLE

ANCO POST INTACTO

A1 → anillo pélvico intacto → L. avulsión

A2 → Ala iliaca / arco ant

A3 → transversa → sacro

TIPO C → INESTABLE, ROTURA COMPLETA
 ANCO POSTERION

C1 → UNILATERAL → 1 coxal af. post

C2 → BILATERAL → ~~Lesión post~~ inestabilidad vertical Hemipelvis

C3 → Inestabilidad vertical bilateral

TIPO B → Parcialm. ESTABLE

B1 → inestab. rotación exte

↳ UNILATERAL

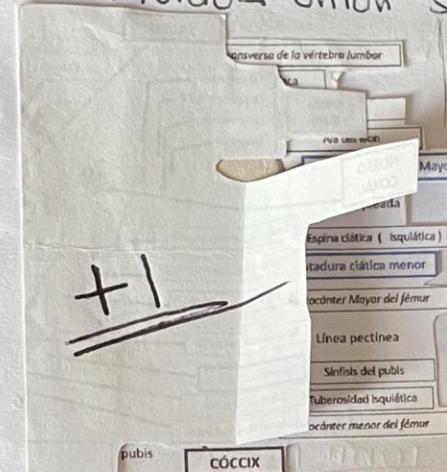
↳ AP → LIBRO ABIERTO

B2 → compresión lat, rotación

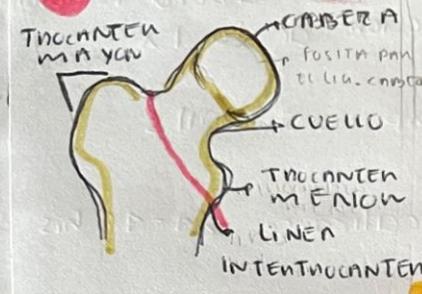
↳ AP → LIBRO CERRADO

B3 → BILATERAL

↳ apertura • Ambas co



FX DE MIEMBROS

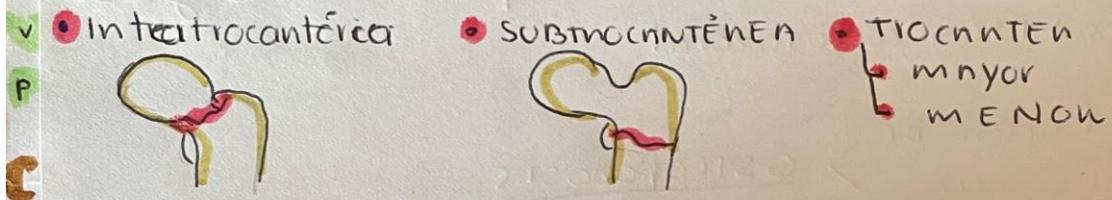


FX DECADENA - Perdida solución de continuidad ósea

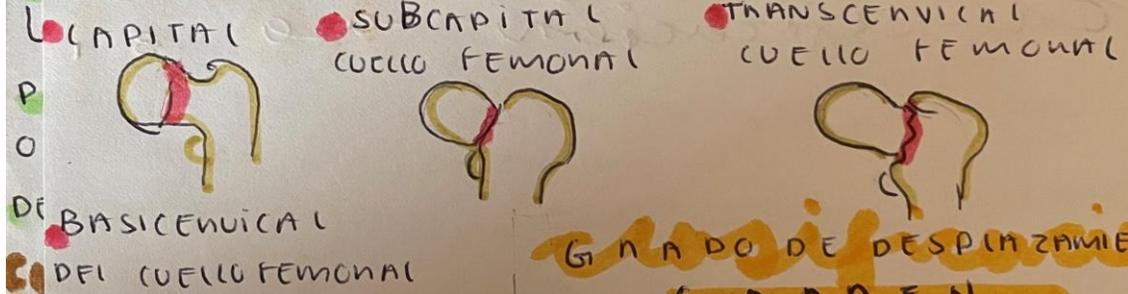
- SUPERFICIE ANTICOLINA CABEZA DE FEMUR - zona metatarsiana proximal
- 2 trocánteres

CLASIFICACIÓN

FX CADENA A EXTRA CAPSULARES



INTRA CAPSULARES



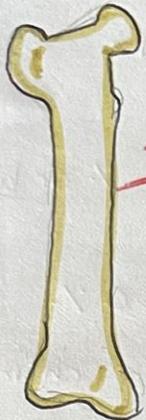
GRADO DE DESPLAZAMIENTO GARDEN



DATOS DE CLINICA

- Dolor inguinal
- Edema sobre trocánter
- MIEMBRO ACORTADO y EN ROTACIÓN INTERNA

FX DE FEMUR



- Hueso tubular de mayor tamaño
- Tiene una curvatura anterior, la cortical medial esta sometida a compresión mientras que la cortical esta sometida a tensión.
- El istmo es la región con menor diametro intramedular.

VARIACIONES POR IMAGEN

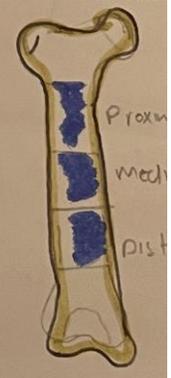
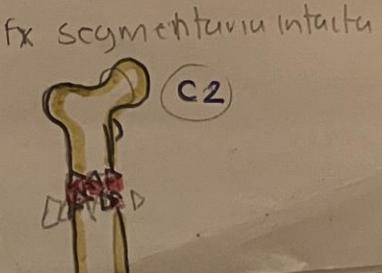
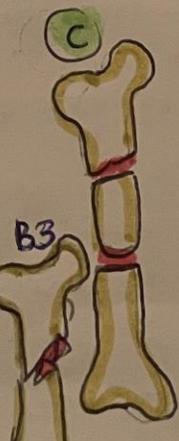
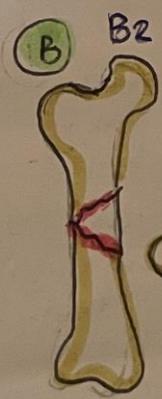
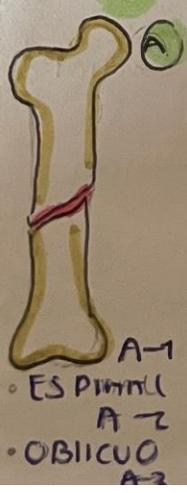
- Proyecciones AP y lateral de muslo
- Proyecciones AP de pelvis
- fx de cuello o intertrocantéricas

CLASIFICACION

- fx cerrada vs abierta
- Localización → tercio proximal, medial, distal
- ↳ istmica, intraistmica o supracondilea.
- Patron → transversal, oblicua, conminuta, segmentaria, o fragm. en ala de mariposa.
- Deformidad → angular o rotación, Desplazamiento

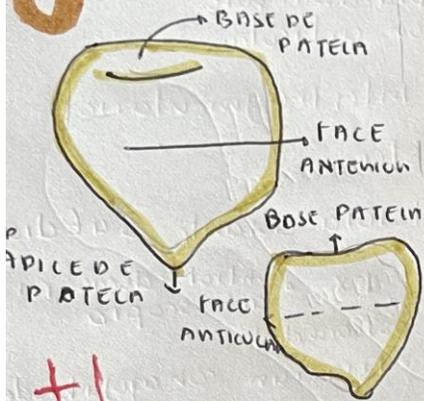
CLASIF. AO

- A → trazo simple
- B → CUNA
- C → MULTIFRAGMENTADA



fx DE PATELA

anatomía



MECANISMO DE LESIÓN

DIRECTO → Dir. Patrones de fx incompleta, simple, estrellada o conminuta. Desplazamiento - minimo
 • Extensión rodilla - conservada

INDIRECTO → Contracción excéntrica forzada a nivel → cuadriceps
 • rodilla - semiflexión
 • trazo - transversal
 • Extensión → NO

+1

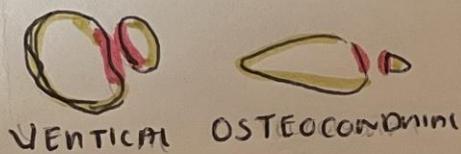
INDICE

CRITERIO DESCHAMPS

longitud entre el margen articular int. de la rótula y el aspecto anterosup de la tibia, dividida por la longitud de la superficie o cartilago de la rótula

COMBINADO → directo/indirecto
 • caída a cierta altura

CLASIFICACION DE RODILLA



CLASIFICACION 34

A → Extraarticular

34-A1
ADIVISION

34-A2
CUENPO AISLADO

B → Parcial articular

B1 vertical lateral

B2 vertical medial

C → completa



C1 Transversal

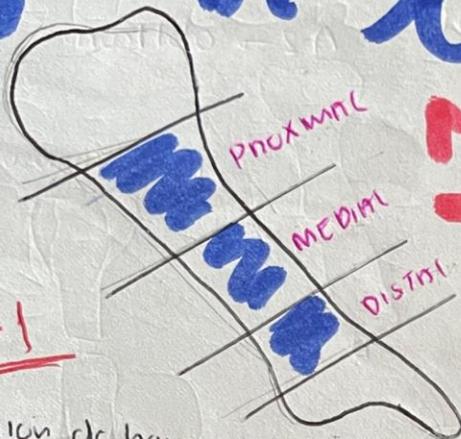


C2 Transversal + seg. fragmenta



C3 complejo

fx DIAFISIARIA DE tibia



MECANISMO

DE LESIÓN

+1

Flexión de baja energía
 Flexión en 3 o 4 puntos
 fx oblicuas cortas/transversas.

• INDIRECTO → flexión de alta energía (acc. de tránsito)
 fx - transversa, comminutas y desplazada.

• Penetrante (H-arma de fuego)
 comminutas. Patr. patrones de lesiones con arma de baja y alta velocidad

• INDIRECTO

Por tensión → Pie fijo, caída desde pequeña altura.

Por subneecrosis → reclutas → metafisiolisis con esclerosis marcada en la cortical posteromedial.

VOLOCRACIÓN

POR IMAGEN

OBSERVAR → Presencia de comminación,

- Proyecciones AP y lateral
- Posterior a reducción
- artrosis, Presencia de osteo
- Detectos óseos, calidad ósea

CLASIFICACIÓN

DESCRIPTION

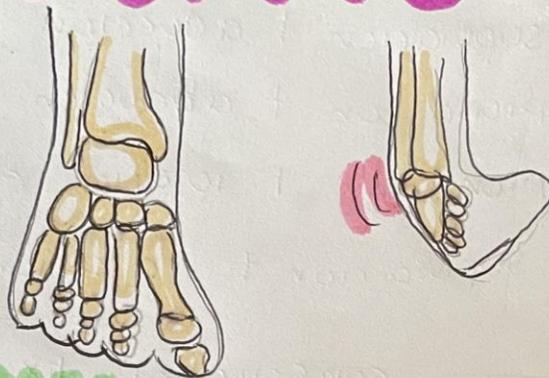
- localización anatómica: 1/3 proximal, medio y distal
- Num y posición de fragm: comminación, frag. en alawar
- CONTINUACIÓN → transversa, oblicua, espiroidea.
- ANGIACIÓN → varo/valgo, anterior / posterior.
- ACONRMIENTO.
- Desplazamiento.
- notación



FX TOBILLO

EPIDEMIO

- + comunes en urg
- 70% unilaterales
- Fx malleolares 70%
- Bimaleolar 20%
- Trimaleolares 7%



MEC. DE LESIÓN

CLINICO

Dolor area de tobillo

Prueba Pierna Cruzada

- DIRECTO → flexión, extensión
Pronación - supinación
Abducción - aducción
- INDIRECTO → rotación
traslocación / axial

DR

INICIN → clinica + rx de tobillo AP, lat y mortax

CIRUJ

AO 47

DANIS - WEBER

- A → Infrasindesmal - Inversión
- B → transindesmal → Eversión
- C → Suprasindesmal Abducción - rotación

REGLA OTFAW

- a) rx de tobillo si existe dolor en zona malleolar
- b) rx de pie si existe dolor en medio pie.

O S T E O S A R C O M A



Tumor maligno formado por células mesenquimales productoras de hueso y/o sustancia osteoide

AG. CAUSALES

QUÍMICOS → comp. Berilio

VÍRICOS → V. sarcoma Iovs

FÍSICAS → radiación

Neoplasia ósea maligna
↑ fte en niños / adolescente
↓
HOMBRES

Afecta → Huesos largos.



MANIFESTACIÓN

CLÍNICAS

Inicio gradual y progresivo de dolor/inflamación → rodilla

Dolor intenso al practicar ejercicio físico o durante No

hinchazón → dolor

COMPLICACIONES

- algunas veces el primer signo es una fx patológica

HISTOPATOLOGÍA

OSTEOBLÁSTICO

CONDROBLÁSTICO

FIBROBLÁSTICO

SARCOMA

DE EWING

TUMOR DE CÉL redondas pequeñas que probablemente provienen de cél de la cresta neural, se comportan de forma idéntica.



3er Oseo primario + fte
y suelen aparecer enpx
de 10 a 30 años

LOCALIZACIÓN

metástasis y diatísis
de huesos largos;
afectan pelvis 25%.

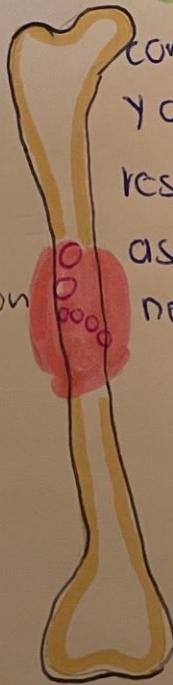
CLÍNICA

Dolor
masa palpable
repercusión sistémica
fiebre malestar.

T X

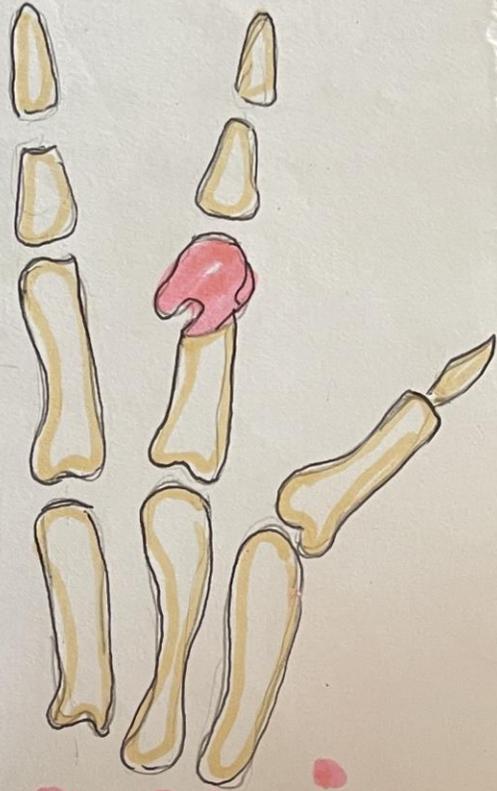
combinar radioterapia
y quimioterapia
resección quirúrgica
asoc. a quimioterapia
neoadyuvante.

Se puede confundir con
osteomielitis.



OSTEOBLASTOMA

Ent. neoplásica poco frecuente que se caracteriza por un tumor óseo, típicamente benigno localmente agresivo



CLÍNICA

Ardor en zona afectada
Dolor nocturno
No responde a analgesia
AP. masa dolorosa

LOCALIZACIÓN

• Típicamente en la columna vertebral, humero proximal y cadera.

IMAGEN

Se observa un nido intraóseo cortical en zona afectada

TX

Quimioterapia
lograda e injerto óseo

lesiones agresivas - resección quirúrgica en bloque y reconstrucción ósea.

CONDROSARCOMA

- Tumor maligno típico de px. entre la quinta y séptima década de la vida, caracterizado por un crecimiento lento, pero una gran tendencia a presentar recidivas.

LOCALIZACIONES

+ FTE Pelvis,
Femur proximal
húmero proximal

- Excepcional que ocurra en la parte distal de extremidades.

CLINICA

- Dolor local

Factor histológico mayormente son de bajo grado

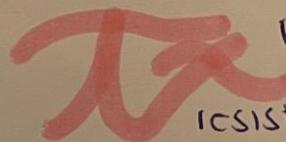


RADIOLOGIA

- Tumor grande con tendencia a remodelarse a la morfología del hueso en el que asientan.

- calcificaciones

- No se acompaña de reacción periosteica



resección quirúrgica

resistente a radioterapia y quimio.

CONDROBLASTOMA

Tumor típico de la segunda década de la vida FTE en adolescentes

LOCALIZACIÓN

centralmente en la epifisis de femur distal, tibia proximal y humero proximal.



CLÍNICA

Dolor y algunas tienen limitación de movilidad o derrame articular.

Tx

RADIOLOGÍA

- lesiones líticas situadas en el interior del hueso.
- Tendencia a atravesar la fisis y pueden ocasionar destrucción articular.

Curetaje de LESIÓN

agresividad local

Tx adyuvante

LOCAL

(ferononitrogene

líquido) y relleno con injerto o sustitutos óseos

- 1/3 presenta calcificaciones en su interior.

Osteoma Osteoide

Tumor típico de adultos jóvenes que ocasiona dolor sordo e intenso, de predominio nocturno; cede con aspirina y otros AINE.

Localización

Más frecuente femur proximal.

Localiza en zona central o al final de la diáfisis.

Falanges de los manos

Elementos vertebrales posteriores.

Radiología

Nidus lítico de pequeño tamaño (<1mm)

Rodeado de una zona de hueso engrosado y denso

Tratamiento

Pueden resolverse espontáneamente entre 5 y 7 años

Buen control del dolor con AINE

Quirúrgico → Cirugía tradicional
Ablación guiada con TC.