



Universidad del Sureste

Campus Comitán de Domínguez, Chiapas

Licenciatura en Medicina Humana

"FLASH CARDS"

MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
PAOLA MONTSERRAT GARCIA AGUILAR

GRUPO: B
SEPTIMO SEMESTRE

PELVIS

+ |

Alta energía

Baja energía

↓
Adultos jóvenes

↓
Px c/ edad avanzada

Estabilización

ABCDE

Inestable

- o politrauma
- o Alto Impacto

↓
I= Vendaje
Circunferencia de pelvis

↓
Inestable

Ingreso LAPE

- o jóvenes
- 15-30 años
- (37%)

TIPO A:

Estables
(Arco posterior
Intacto)

TIPO B

Parcialmente
Estables
(Inestabilidad horizontal
Estabilidad vertical
Rotura Incomp de arco p.)

Estable

Estable
↓
Px. edad avanzada

↓
Vigilancia secundaria

↓
Tx definitivo
(osteosíntesis definitiva)

- o Relación 2:1
- + Fcte Hombros

Clasificación

TILE

A1: Anillo pélvico Intacto / Lesión x avulsión

A2: Fx ala ileaca o arco posterior.

1: Fx estable o Peq. desplazamiento

2: Fx aislado de las 4 ramas en mariposa.

A3: Fx transversa de sacro y/o coccix transversa.

B1: Inestabilidad en rotación externa

B2: Inestab. en rotación int. (compresión lateral)

B3: Lesión Bilateral

PELVIS

+1

Alta energía



Adultos jóvenes

Baja energía



Px c/ edad avanzada

Estabilización

ABCDE

Inestable

- o Politrauma
- o Alto Impacto



I: Verdadero

Circunferencia de pelvis



Inestable

Ingreso L4/5

Estable

Estable

Px. edad avanzada

Vigilancia secundaria

Tx definitivo
(osteosíntesis definitiva)

o Pelación 2%
+ Fract. Hombros

o Jóvenes
15-30 años
(37%)

Subluxación TILE

Tipo A:

Estables

(Arco posterior intacto)

A1: Inilio pelvico intacto / Lesión x avulsión

A2: Fx alta ileaca o arco posterior.

1% Fx estable o req. desplazamiento

2% Fx aislado de las 4 ramas en mariposa.

A3: Fx transversa de sacro y/o coccix transversa.

Tipo B:

Parcialmente Estables

B1: Inestabilidad en rotación externa

B2: Inestab. en rotación inf. (compresión lateral)

B3: Lesión Bilateral

(Inestabilidad horizontal
Estabilidad vertical
Daño incompleto de arco p.)

Tipo C°

Inestables
(Rotura completa de arco posterior)

C1° Lesión posterior unilateral
1° Fx° del ilaco
2° Luxación o Fx-Lux° sacrocaudal.
3° Fx sacro vertebral.

C2° Lesión C/Inestabilidad vertical Unilateral / hemipelvis.

C3° Inestabilidad vertical bilateral

Clasificación

Youn Burgess°

1° Compresión anteroposterior (Ap. rot. Ext)

2° Compresión lateral rot. Interna

3° Cizallamiento vertical - C°

4° Completa (multidireccional)

Manejo Inicial.

A B C D E

Estabilización Temporal → Cinturón pélvico / vendaje
Hemorragia → causa principal de circunferencial pélvico

Fijación Externa → Estabilidad al anillo pélvico y Controla hemorragia
(↑ grado de mala reducción acetabular)

✓ C-clamp. y fijadores externos ventab de fijación temp.

✓ Permiten Cx abdominal en caso necesario

Manejo Quirúrgico

Fx° Inestable B y C.

✓ Reconstrucción anatómica

✓ Fijación Interna → Fx TIPO B.

Cerrar anillo pélvico anterior

Inestabilidad sínfisis - Fijador externo

Día 1° Respuesta a lesión

Salvar la vida
control lesión
Intervención 1ra°

Día 2-4 Hiperinflamación "Solo 2da mirada"

Día 5-10 manejo operatorio Cx def. programada

Día 11-20 Inmunsupresión ¡Cx NO!

Semana 3 Recuperación Cx reconstructiva Programada



Femur

F A C T U R A

7 Hueso tubular de mayor tamaño

7 Tiene una curvatura anterior.

7 Es la región con menor diámetro intramedular.

Valoración / Imagen

Proyecciones AP y lateral del muslo, cadera y rodilla

7 Proyección AP de pelvis
Explora la región proximal del hueso del femur en busca de Fx de cuello o intertrocantericos

7 TAC

Fx diafisarias

Clasificación AO

32

A → trazo simple

B → Cuña

C → multifragmentada

Clasificación

Fx cerrada vs Abierta

Localizaciones: tercio proximal, medio, distal

Patrón: Transversa-oblicua

Transversa-cominuta

Segmentaria

Fragmentada en ala mariposa

Deformidad angular - Rotación

Desplazamiento: Acortamiento o traslación

Minkus y Hansen

(valor grado conminución)

Tipo I: conminución mínima o Ausente

Tipo II: permanece intacto al menos 50% de la cortical amb. fragmentos

Tipo III: conminución cortical del 50% al 100%

Tipo IV: conminución circunferencial sin contacto entre los corticales.

Tratamiento:

Conservador

Tracción esqueléticas
Px adultos con morbilidades
graves

o medida temporal previa
estabilizar la Fx.

o Clavos para tracción
musculo esqueléticas
Se colocan
Extrafocolarmente

32A



Quirúrgico

7 Tx estandar
Idealmente dentro
24 h.

7 Estabilización precoz
↳ Politraumatizados
o Post. Reanimación

AO



32B



32C.

Enclavado intramedular
metodo habitual en
Fx diafisarias

Fijador Externo:
Provisional para el
Control de daños

Fijación Placas:
Reducción anatómica
No reduce lesiones
en otros huesos

Tibia

MECANISMO DE LESIÓN

Directo:

FRACTURAS

Flexión de Aita
Energía s gran afección
de tejidos blandos
Segmentaria/comminutas

Penetrante:

Diferentes patrones de
lesión con arma de
bala u aita velocidad

Comminutas:

Patrones de bala y aita
velocidad

Indirecto:

Por tensión, Pie F10

Caida desde peq. altura

- Dorsión - Sobrecarga.



DIAFISIARIAS Clasificación AO42

DESCRIPTIVA:

- Localización Anatómica
- # y posición de fragmentos
- Configuración
- Angulación s varo/valgo (ante y posterior)
- Acortamiento
- Desplazamiento
- Rotación
- Lesiones Asociadas

VALORACION POR IMAGEN

- 7 Proyección AP/Lateral
- 7 0 posterior a redacción
Observar
- ✓ Presencia de conminución
- ✓ Distancia de frag. óseos
- ✓ Defectos óseos
- ✓ Calidad ósea
- ✓ Artritis

TSCHERNE

↓
5x compartimental
(3 grados)

Tratamiento:

Conservador:

Fx aisladas, cerradas, baja energía,
mínimo desplazamiento, conminución

Rodillo 0° a 5° de flexión (2-4 sem)

Yeso scrapedico o ortesis (3-6 sm)

consolidación 16 +/- 4 sem.

Retraso consolidación 720 sem.

Seudoartrosis.

Quirúrgico.

Enclavamiento endomedular

Clavos Flexibles

Fijación Externa

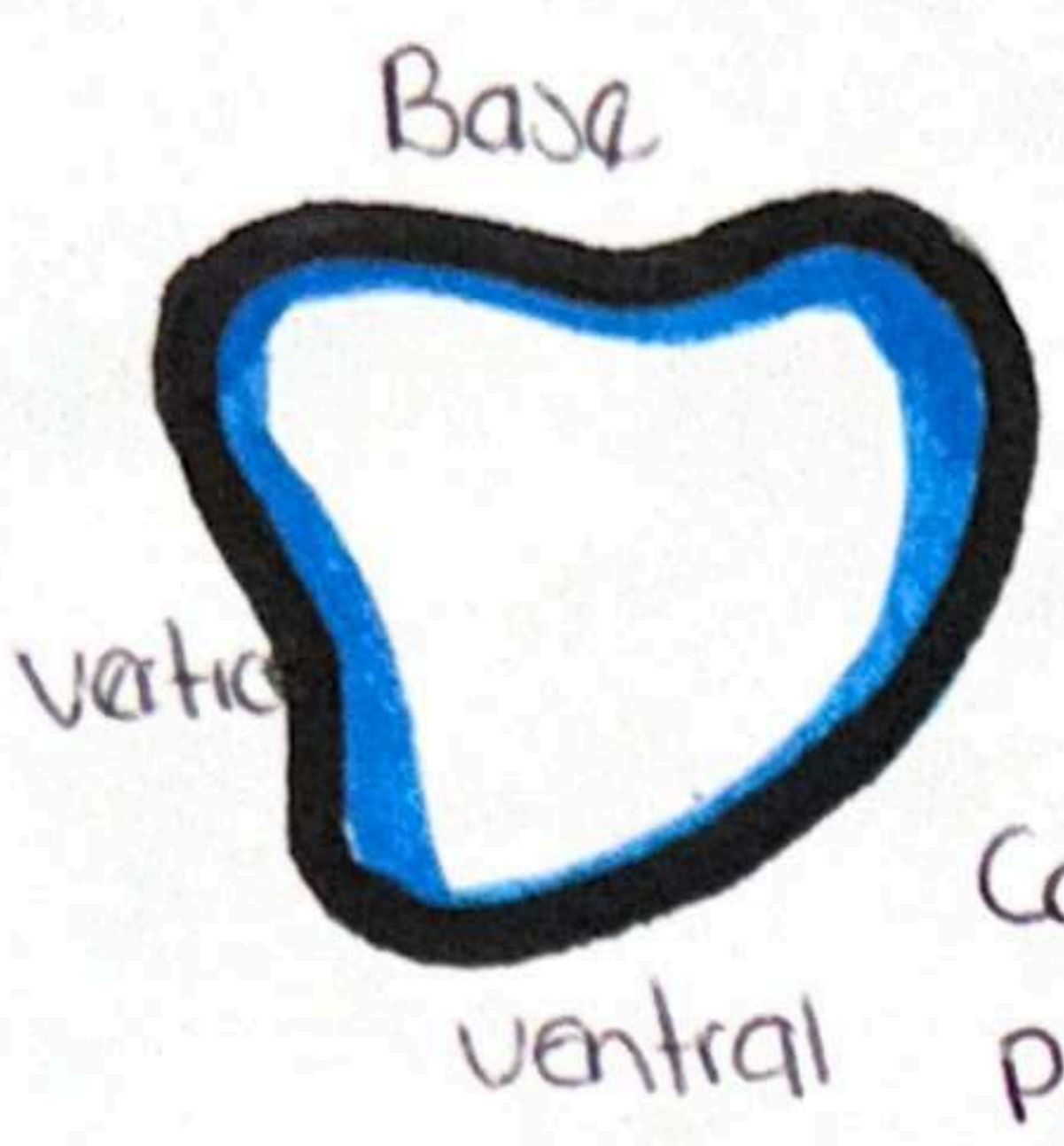
Placas / Tornillos



Patela

FRACTURA

CLASIFICACION AO (34)



Sesamoido + grande
 Cartilago 1cm
 P. del mecanismo Extensor

FUNCIONES DE LA ROTULA

- Aumentar ventala mecanica del cuadriceps
- Proteccion de los condilos femorales
- completar la nutricion de cartilago articular, Femur y Post Rotula

- A Extraarticular
- B Parcial Articular
- C Completa Articular

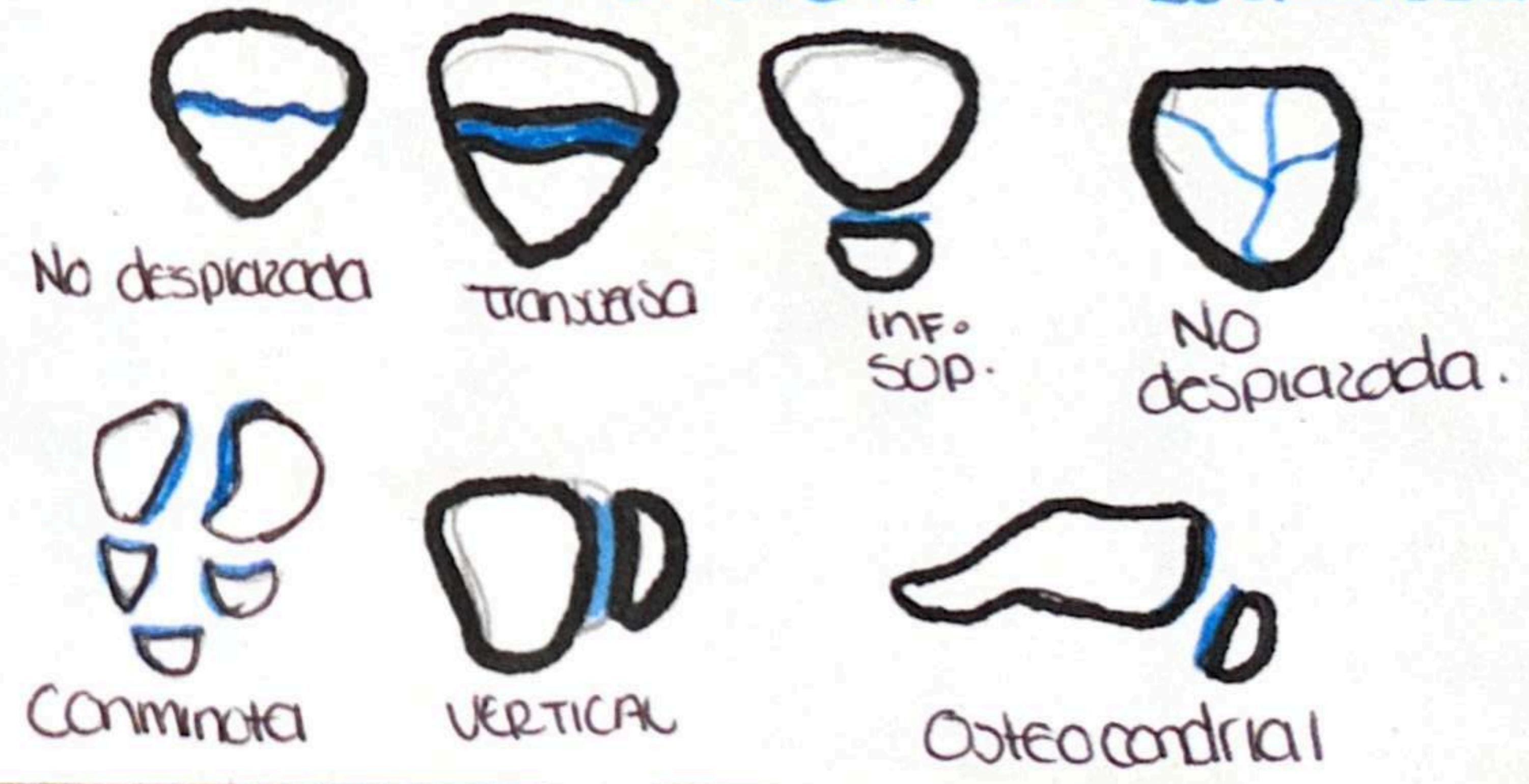
TRATAMIENTO

o sin desplazamiento
 Tx ortopedico
 (Inmovilizar 4-6 sm)

MECANISMO LESION

- Impacto directo
- Indirecto por una contraccion violenta del cuadriceps.
- Combinada

CLASIFICACION DE ROCKWOOD



Fx desplazada
 (2-3) mm
 (Yeso tipo cilindrica)
 (4-6 sm)

CLINICA:

- ✓ Hemartrosis ✓ Dolor
- Tumefaccion
- Deformidad
- Depresion de la rotula.
- Impotencia Funcional

Quirúrgico

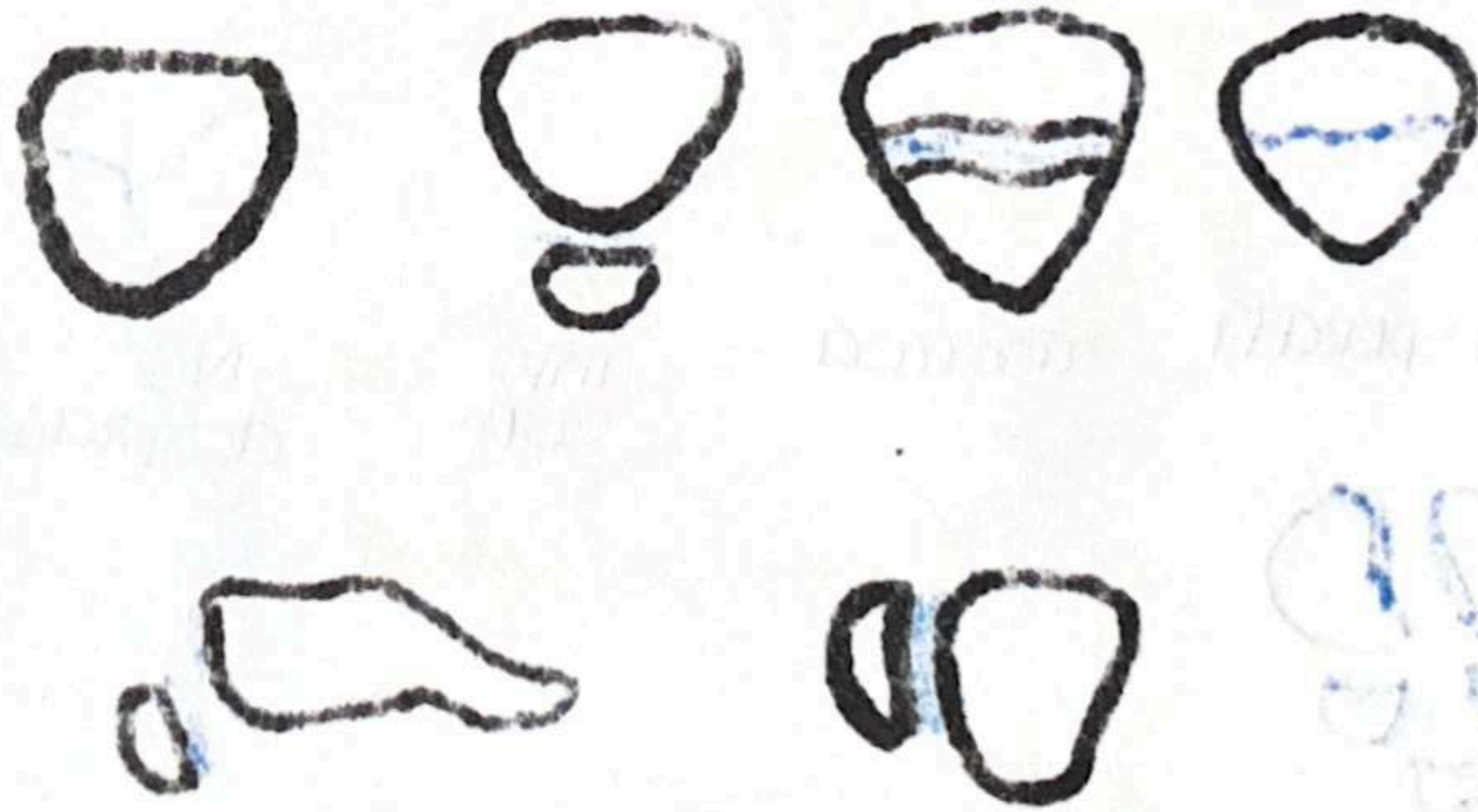
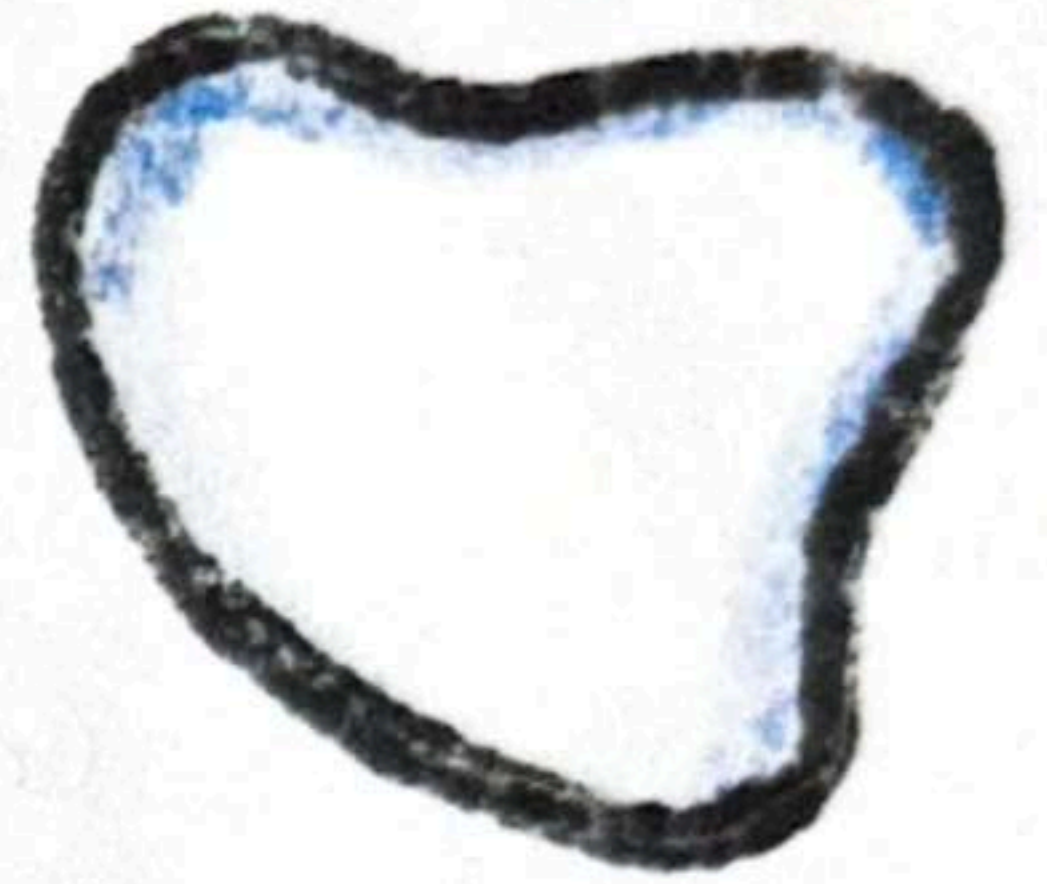
Parotid

Tornillo inter fragmentado
cortale + tornillos

Fx expuestas

Post-Operatorio = Inmouilizar

Ferula 5-6 dias.



Fractura Talar

Epidemiología:

mas común urgencias
70% unilaterales.

- Fx malleolares 70%.
- Bimaleolar 20%.
- Trimaleolar 7%.

Diagnostico

Inicial clinica + Rx de tobillo AP/lateral y mortaja

Clasificación

DANIS-WEBER

- A → Infrasindesmal (inversión)
- B → Transsindesmal (eversión)
- C → Suprasindesmal (Abducción-rotación)

Mecanismo de lesión

- Directo:**
- Flexión-Extensión
 - Pronación-Supinación
 - Abducción-Aducción

- Indirecto:**
- Rotación
 - Translocación o axiales oprimir presión tibial

AO 44



Clinicas

- Dolor en area tobillo
- Cambios de coloración
- Inhabilidad para realizar apoyo en pie

• Prueba de Pierna cruzada

• positivo cuando produce dolor en sindemosis al oprimir presión tibial

Reglas OTTAWA

- A) Rx de tobillo si existe dolor en zona malleolar y algunas condiciones
- B) Rx pie si existe dolor en medio pie y otras condiciones

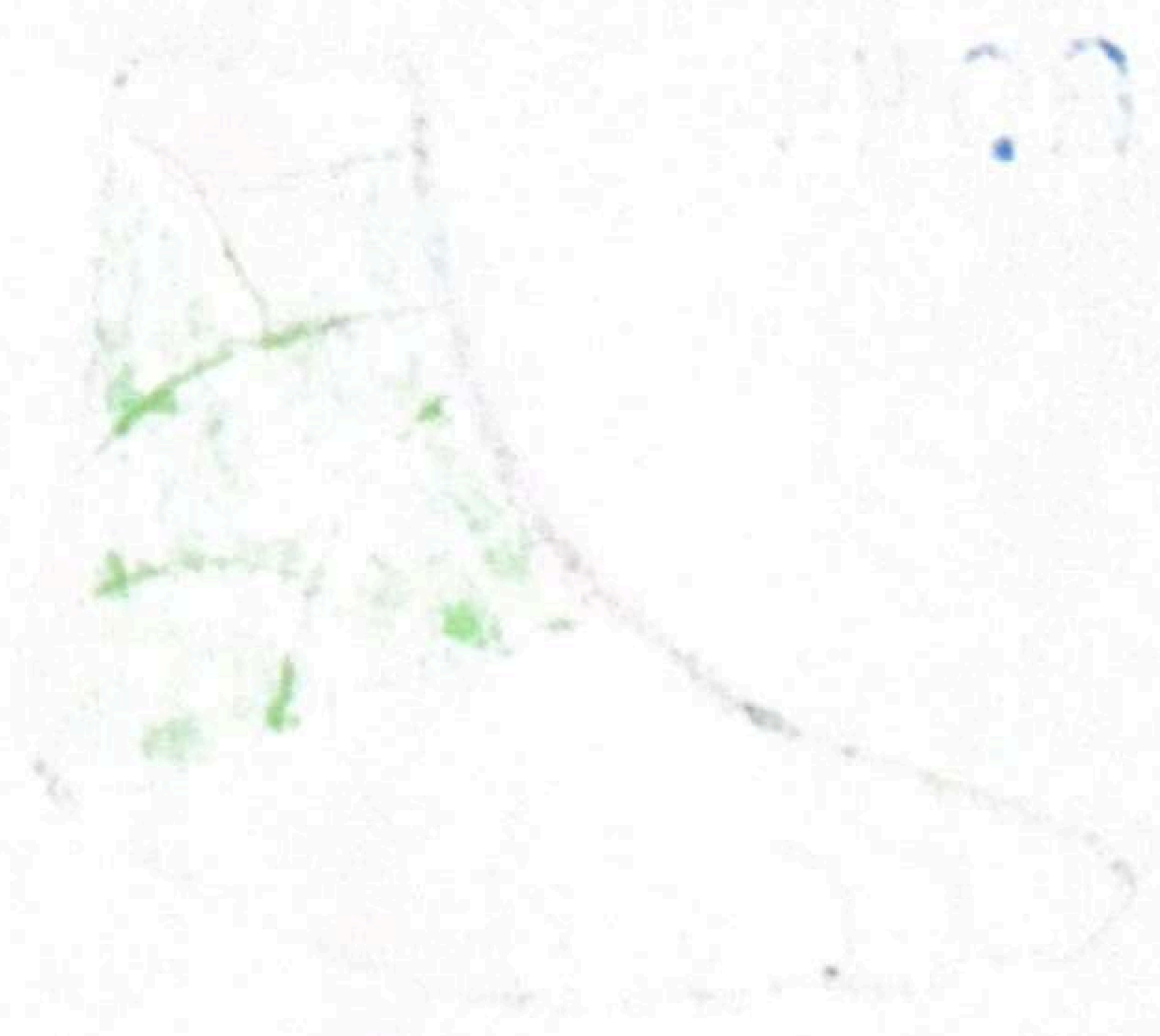
Lauge-Hanser:

- A = Supinación + Aducción (10-20%)
- B = Pronación + Abducción (10-20%)
- C = Pronac. + Rot Externa (7-12%)
- D = Supinación + Rot Externa (40%)

Tratamiento

Fx mandibulares laterales
↓
Yeso bota
Suropedica 6-8 sem.

Quirurgico.
Fx. desplazadas e inestable
Fracaso tx conservador



1. Fractura de malleolo lateral
2. Fractura de malleolo medial
3. Fractura de tibia distal
4. Fractura de peroneo distal

TUMORES OSEOS

Osteosarcoma

- Sarcoma maligno de cel. pauciformes, caracterizado
- Epidemiología:
 - 2º + ECte Neoplasias
 - Oseos malignos en niños
 - Adolescentes / Ad. Jvenes
- Se asocia a → Retinoblastoma y Sx Li-Fraumeni
- Se manifiesta → proceso de destrucción del H. med hasta cortical

Localización + ECtes: Metastasis de femur distal y

↓
Tibia proximal

2da → Extremo proximal numero.

Tipo Histológico:

Inframedular de alto grado (85%)

Tumor agresivo localmente y más tendencia a metastizar

+ ECte Pulmon

- ECte - Hueso

Clinica

- Dolor
 - ↑ Fosfatasa Alcalina
 - ↑ Deshidrogenasa Lactica
- Rx Simple 2 planos
- Rm + uti1
- TC → Auxiliar

Osteosarcoma hemangiomático

Sarcoma de Ewing

Tumores de cel redondas pequeñas que probablemente provienen de células de la Cresta Neural

3º TUMOR OJEO PRIMARIO (+ Fcte)

Edad: 10-30 años.

Localización: Metáfisis y diafisis de huesos largos
Peculiar pronóstico → Pelvis.

CLINICA:

Dolor
masa palpable
Fiebre
malestar general

FRECUENTE:

Reacción perióstica
↳ Capas cebolla

Tratamiento

- Combinar radioterapia y Quimioterapia
- Utilizar 6 ciclos de VIB
- Seguido de un ciclo de vincristina Actinomicina & IFOSFAMIDA

Consolidación → Ciclofosfamida
o IFOSFAMIDA

Osteoma osteoide.

Tumor típico de adultos jóvenes que ocasiona dolor intenso, de predominio nocturno que cede con ASPIRINA y OTROS AINES

Localización + Fcte → Femur proximal

Fcte → Falanges manos y elementos vertebrales
Otras

Diagnostico

Rx

Nidos líticos de poca tamaño (<1cm) rodeado de zona de hueso engrosado y denso

Tratamiento

Puede resolver: Espontáneo
Entre (5 y 7 años).

Buen control de dolor c/ AINE

Ablación quirúrgica c/TC
(Electrodos radiofrecuencia)

Condrosarcoma

Tumor típico de la 2da década de vida (casi exclusivo de adolescentes)

Localización: epifisis de Femur distal
Tibia proximal / Húmero proximal

Clinicas

Dolor
Limitación mov.
Derrame Art.

Diagnostico

Rx & lesiones líticas
Sint. Interior del hueso

TRATAMIENTO

o CURETAGE LESIÓN
Tx adyuvante local (Feno/ Nitrogeno)
Relleno → intento.

Condrosarcoma

Tumor maligno típico de pacientes entre la 5ta y 7ma década de la vida

Caracterizado por:

Crecimiento lento

Localización más fctes:

Pelvis, femur proximal
y Húmero proximal

Clinicas:

Dolor local

Derivado de condrocitos

Factores Riesgo:

Sx matucci y ollier
Enfo paget
Condromas.

Rx

Osteolisis y microcalcificaciones
Carece de reacción periostica

TRATAMIENTO:

Resección Quirurgical
+ Quimioterapia
+ radioterapia.

Osteonlastoma

Enfermedad Neoplásica
Poco Fcte que se caracteriza
Por un tumor óseo



Osteoblastico típicamente
Benigno, localmente agresivo
No autolimitado

CLINICA:

- ARDOR EN ZONA AFECTADA.
- DOLOR NOCTURNO
- No responde a analgésicos
- APARICION MASA DOLOROSA

Localización + fcte

- EPIFISIS DE FEMUR DISTAL
- TIBIA PROXIMAL / HUMERO PROXIMAL

Diagnóstico:

Rx:

Lesiones líticas, sint. Into Hueso

o NIDO intracortical en zona afectada.

Columna → deficit Neurologico

Tratamiento:

Quirúrgico

o Curetaje de lesión

— Tx coadyuvante para disminuir Probable recidiva.