



Universidad del Sureste

Campus Comitán de Domínguez, Chiapas

Licenciatura en Medicina Humana

PASIÓN POR EDUCAR

MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
PAOLA MONTSERRAT GARCIA AGUILAR

GRUPO: B
SEPTIMO SEMESTRE



FLASH CARD

Paola Montserrat Garcia Aguilar

Quemaduras

¿Que es?

Deshidratación súbita del tejido generada por calor o dif. agentes

epidemiología

- < 2 años < 65 años
- + Fcte hombres
- + Fcte → Líquidos calientes
- + Fcte → Extremidad superior

Patologías Asociadas

- Alcoholismo
- Enf. Psiquiátricas y neurológicas

Clasificación:

menores: < 20% S.T.A

mayores: > 20% S.C.T.A

Clasificación

Térmicas: Contacto
90% → mujeres

Ulamas + Fcte varones
Radiacións UV.

Químicas: Acido
Bases - Alcalis

Eléctricas:

- Flash eléctrico
- Daso de corriente → cuerpo.

Grados

Grado 1:

Epidermicas | Dermicas
Eritematosas | Eritematosas

No Flictemas | Flictemas
No exudativas | Exudativas

Dolorosas | Dolorosas

Grado 2

Grado 3

No Flicteras

Bianca-Necrosado

No dolor, Ni

Sensibilidad Tactil

Fase Aguda: intoxicación CO
↳ muerte.

Fase Tardía:

Neumonía
↳ muerte

regla de los nueve

Palma mano → 1%

Cabeza → 9%

Tronco (A) = $\begin{matrix} \text{SOP} \rightarrow 9\% \\ \text{INF} \rightarrow 9\% \end{matrix} > 18\%$

Tronco (P) = $\begin{matrix} \text{SOP} \rightarrow 9\% \\ \text{INF} \rightarrow 9\% \end{matrix} > 18\%$

M. inferior → 18%

M. superior → 9%

Síndrome de inhalación

- Aspiración humos o sust. combustión.



Sistema Óseo

2 partes - Axial - Protección
 Esqueleto - Apendicular → movimiento

Cuerpo Humano

206 - 205 huesos

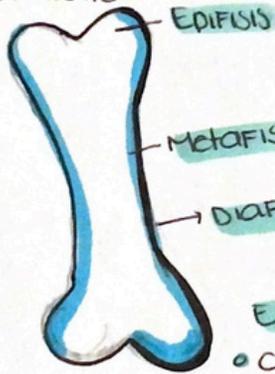
26 → columna vertebral

8 → craneo 14 → cara

8 → Oído 1 → H. Hoides

26 → torax 64 → m. sup

62 → m. inf.



Funciones:

- Sosten → Tel. blandos
- Protección → Lesiones
- movimiento
- Homeostasis mineral
- Prod. cel. sanguíneas
- Almac. triquecridos

Estructura ósea

- cartilago articular
- Periostio → vaina fibrosa (recubre hueso)
- Función → mantener irrigación
- Cavity medular: Cuerpo (Diafisis)
- Endostio: p. interna

Huesos del carpo

- Trapecio
- Trapezoide
- H. Grande
- Carpulo
- Pisiforme
- Piramidal
- Semilunar
- Escarfoides

Hueso plano

Hueso irregular

H. Sesamoideo → Fricción
 Tensión
 Estrés mecánico

Fracturas

Huesos

Órgano duro de forma variable constituido por tejido óseo.
Forma parte del sosten del cuerpo humano.

Funciones de los huesos:

1. Soporte
2. protección
3. movimiento
4. Almacén
5. Formación del sanguíneo

Tipos de huesos

Según T. óseo:

- Hueso compacto
- Hueso esponjoso

Según la forma/tamaño:

- H. Largo
- H. plano
- H. corto
- H. irregular



¿Qué son las fracturas?

Interruptiones de la continuidad ósea.

Abarca todas las roturas óseas:

- Completa - Incompleta
- Fragmentada - microscópica

Signos y síntomas:

- Tumefacción
- P. cap. funcional
- Crepitación
- Deformidad
- Dolor
- Cambio-color
- Parestesias
- Hemorragia → H. Abierta

Clasificación:

opatológica → consecuencia de enfermedad

• Traumáticas

• Directas: Golpe directo (sobre el hueso)

• Indirectas:

Golpe a una distancia de la fractura

• Fatiga: por esfuerzos mecánicos repetidos

Mecanismos indirectos de una fractura:

- Tracción
- Compresión
- Torsión
- Cizallamiento
- Flexión.

Clasificación según Localización:

- Diafisarias: en diafisis del hueso
- Epifisarias: en epifisis del hueso
- Metafisarias: en metafisis

Fracturas según su trazo:

- Transversarias
- Oblicuas
- Espiral
- Cominuta
- Segmentadas

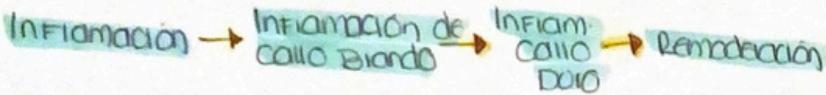
Según Extensión:

- Completas
- Incompletas

Según Exposición:

- Abiertas
- Cerradas

Consolidación de fracturas:



Diagnostico

Clinico

- Hist. Clínica
- Exp. Física
- Exp. Neurológica
- Exam Neurológico
- + lesión tendinoso
- Lesión Asociadas

Radiológico

- Rx
- TAC
- RMN

Complicaciones:

Cadera → Lesión Neuro Ciático
Necrosis Avascular

Pelvis → Hemorragia
Rotura vejiga
Trauma → intestino

Rodilla → Lesión A. poplitea
Hemorragia

Perone Proximal → Lesión Neuro peroneo

Clavicula

Epidemiología:

- Fract. hombros
- Jóvenes < 25 años
- > 55 años
- Fractura + Fract. en RN

Factores de riesgo:

- Edad avanzada u osteoporosis
- Mala nutrición - Bajo peso
- Trabajar → Armas fuego
- Alt. óseas congénitas
- ↓ masa muscular

Localización:

Mayoría Tercio medio 80%
Unión tercio medio y tercio
externo, tercio lateral 15%

Mecanismo:

- + Común 8 Impactos alta energía
- Lesión deportiva
- Trauma directo
- Caídas Artura

fractura

Clinica:

- Dolor

Inspección: Asimetría
Codo sostenido → palmao
(posición descaut)

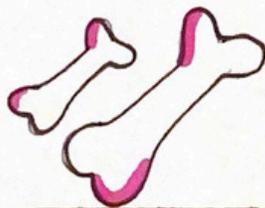
Equimosis, Tumefacción

Palpación: Signo de Tecla
Crepitación

movilización: Impotencia
Funcional

Imagenología:

Radiografía: Confirma dx
Buscar fractura asociada



Tratamiento:

- Gran mayoría → conservador
- Vendete Velpeau.

Tratamiento Qx:

Pocas veces
Fx abierta
Lesión vascular → Asociada
Pseudo Artrosis
Ausencia consolidación

Complicaciones:

- Consolidación liciosa
mala posición
- Infecciones
- Pseudartrosis
- Lesiones neurovasculares.

húmero

Epidemiología:

4-5% de todas las Fx
Frecuente Mujeres >70 años
A menudo → conminación

MECANISMO:

Caida Directa - Apoyo en mano
98%

Localización:

Cuello OX

Clasificación Húmero Proximal AO

PROXIMAL

Clinica: Dolor

Inspección: Deformidad
Equimosis / Hematomas
HENEQUIN (48h)

Palpación: Crepitación

Movilización: Limitación
Funcional

Imaginología:

Rx → Confirmar OX

Tratamiento

Conservador: No desplazadas
Cendra ciruj
Inmovilizador ortop.
10-15 días
Rehabilitación

Osteosíntesis:

Fx en 2 o 3 partes
Pz jóvenes con Fx
Desplazadas -

Artropiasia:

Fx irreconstruibles o riesgo
de Necrosis cefálica

Fx con impactación o
división cabeza

Fx 4 partes o conminuta
Con luxaciones asociadas.

Complicaciones:

Lesiones nervio circunflejo

Lesión paquete vascular

Lesiones del manguito

Lesiones tendón bíceps

Numero Distal

Epidemiología

Constituyen 3% de todas las fx

Frecuente Niños

Mecanismo

Directo/indirecto

Caída sobre la mano extendida

Supracondilea

- Dolor
- Deformidad
- Aumento de volumen
- Tumefacción
- Posición anatómica
- Limitación funcional

VA Braquial/humeral



Isquemia
sd/compartimental

Neuro Interóseo anterior



Rama del Mediano.

- Paleta humeral, Supracondilea
- Condilo humeral
- Epicondilo y Epitroclea

El fragmento distal



Desplaza hacia posterior



Desplazada



Compresión
vasculoneurosa

Diagnóstico de humero

Epidemiología:

- Constituye el 3% de todas las Fx
- Frecuente en Jóvenes
- Traumas de Alta Energía

Mecanismo

Mecanismo directo (+ Fcfe) e indirecto

Localización

Simple

Cuña

Completa

Clinica → Dolor

Inspección: Deformidad
↑ Volumen
Acortamiento
Posición Antiaxial

Palpación: Crepitación

movilización: Limitación funcional

Imagenología

Confirma el Dx

Tratamiento

- Alinear la Fx
- Impulsar con ferulas
- y vendaje uetpou
- o yeso colgante de Cadwell

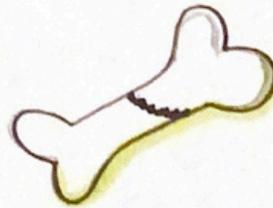
Yeso colgante de cadwell

- Fx espirales
- Oblicuas
- Anquiladas y acortadas
- Contraindicado = transversal

Tx Quirúrgico: Indicaciones

Relativas

Fx transversa tercio medio
Obesidad extrema.



fx. Olecranon

Mecanismo Directo
Más Fcte sobre el codo

Imagenerología
AP-lateral

Clinica > Dolor

Tratamiento

Inspección: Deformidad
Aum. UOUM
Equimosis
Tumefacción

Conservador si separación < 2mm
No se despiaca a la extensión
(vigilancia)

Palpación: Crepitación
Palpación de surco
en lugar de fractura

Fx desplazadas
Reducción abierta
Osteosíntesis.

movilizaciones Limitación
Funcional

Rehabilitación
Temprana

Capula radial

33% Fx del codo
Fcte 40-60
Deporte de contacto

Mecanismo

Directo - indirecto
Caída → palma mano
Asociado → lesión ligamentaria

Clinica: Dolor pronación-supinación
Deformidad
Aumento volumen
Tumefacción
Imp. funcional

Clasificación MASON

Imageneología → AP lateral,
Rx Oblicua

Mason I Fx marginal de la cabeza
Fxcuello sin desplazar

Mason 2 Fx parcial de la cabeza → mínimo desplazamiento

Mason 3 Fx desplazada de cabeza radial y cuello

Imageneología

AP lateral → Oblicua

Mason I → Tx ortopedico

↳ cabestrillo + Analgesia + movilización precoz

Mason II

Mason III

¿Bloqueo articular a la exploración?

NO

SI

→ Tx Quirurgico → osteosintesis

Mason IV → Tx Qx → osteosintesis

Radio Distal

Fx. de Pouteau-Colles

Fx mas Fcte

El Fragmento distal se desplaza hacia-dorsal Radial con cierto grado de supinación.

• Deformación: Oiso tenerbr

mecanismo: caída en Extensión.

Fx Base primeros metacarpianos:

Fx Bennett:

Fx Oblicua Intraarticular
Inestable.

Desplazamiento proximal de la diafisis por acción de separador del Pulgar.

TTO: Reducción y osteosíntesis.

Fx Colycond-Smith Colles Invertido.

Fragmento que se desplaza hacia Ulnar (Palmar)

Deformación: Para la diñero

Frecuencia: 2do lugar.

mecanismo: caída Flexión.

Fx de Rolando:

Fx Intraarticular Comminuta.

o mas Fcte:

TTO: Ortopedico o Quirurgico
Según combinación.

Luxaciones

Definición:

Pérdida del contacto de 2 superficies articulares (EPIFISIS) que forman una articulación

Completa

Incompleta

Epidemiología:

Adulto joven
Masculino
Activo Física

Art. Estables (+)

Cadera (Enartrosis)
Codo (trocleartrosis)

Art. (+) Inestables:

Hombro (Enartrosis)
Tobillo (trocleartrosis)

Clasificación

- **Primaria** - congenita - patológica
- **Traumática** - Directas - Indirectas

Directas:

- Frecuentes
- mec. Alta energía
- Asociadas: Fracturas, luxación
- Lesión P. Blandos

Indirectas:

- + Fcete
- Fuerza sobre extremos óseos que provoca desplazamiento de superficies en P. de riesgo

- **Residuales:** Episodios repetidos de una luxación luego de 1 episodio traumático
- **Inveturada:** Luxación > 3 semanas
4 suele hacerse irreductible
- **Crónica:** > 72 horas

CLINICA:

Dolor

Intenso, Sensación de desgarro al movimiento

Derividad Absoluta

Impotencia Funcional

Edema
Pérdida de eies
Desplazamiento de eies de extremos

Exp. Física / Anamnesis

Historia Cinemática Trauma

Edema
Equimosis
Derividad

Actividad Antalgica

Examen Neurovascular

Acatamiento Espasmo Muscular

Impotencia Funcional

Sensibilidad

Fuerza muscular

Pulsos

Henado capilar

Imagen:

Confirman Dx
Lesiones Asociadas
• mínimo antes y
después de maniobras
de reducción

Manejo:



- Dx correcto
Id. de complicaciones
- Estudio radiológico
- Analgesia / Anestesia
- Reducción precoz
(maniobras suaves / inteligentes)
- Tracción contra tracción
Recorrer el camino al luxarse
- Rehabilitación
- Inmovilización
• Estabilizar

Complicaciones:

- Inestabilidad Articular: Falta de reparación capsuloligamentarias, predisposición a luxación recurrente
- Necrosis avascular: si se produce daño en la vascularización epifisaria
- Artrosis secundaria: pérdida del contacto entre superficies articulares
Puede conducir → degeneración artrotica
- Lesión neurovascular: Dolor crónico
Parestesias
Disestesias
Parálisis
Isquemia crónica

Fx falanges

Fractura de falange distal

Fractura diafisaria

- Son resultado de aplastamiento o carga axial
- directa de la punta del dedo.
- Generalmente estables siempre que la uña esté íntegra.
- Tratamiento conservador mediante férula digital

Fractura de la base

Se clasifican en Dorsal y Volar.

Dorsal: avulsión dorsal de la epífisis de la falange distal tiene como resultado la deformidad de dedo en martillo

En afectación de >25% de la superficie articular puede ser necesaria la síntesis mediante agujas de Kirshner intramedulares, técnica descrita por Ishiguro.

Volar: Avulsión del tendón flexor profundo del dedo, produce una deformidad conocida como "jersey finger"

Tratamiento quirúrgico mediante implantes tipo pull out o tornillo a compresión

Fractura de falange media y proximal

Fracturas de la epífisis distal

Extra-articulares del cuello:

Son raras

son fracturas inestables que requieren tratamiento quirúrgico.

Fracturas intra-articulares

clasificación según London:

Tipo I o coronales: Alto riesgo de desvascularización.

Se debe realizar una reducción abierta con un abordaje dorsal o mediolateral en función del tipo de fractura

Tipo II o unicondilea: Fracturas articulares inestables con alto riesgo de desplazamiento posterior.

Tipo III o bicondilea: Se produce cuando la fuerza axial separa los cóndilos y los ligamentos colaterales traccionan lateral y medialmente de estos.

La osteosíntesis se aconseja con una placa condilea de pequeños fragmentos para comenzar una movilización precoz.

Fractura de falange distal

Fractura de la tuberosidad

- La zona más frecuente por ser la más expuesta
- Se produce por un **mecanismo de aplastamiento** y suele implicar conminución y afectación de partes blandas.
- Son dolorosas debido al hematoma subungueal

: Si se acompaña de avulsión del lecho ungueal, debe reintroducirse la uña o bien tul grueso de cara para mantener lecho ungueal permeable.

- El **tratamiento** se realiza mediante **férula digital** entre **14-21 días**.

• Fracturas de epífisis proximal de la falange media

- Fracturas volares de la base: estable cuando afecta <40%. Cuando es mayor el tratamiento es quirúrgico.
- Fracturas metafisoepisiarias: Afectan toda la superficie articular y
- colapsan la metáfisis.



Fracturas de epífisis proximal de la falange media

Fracturas dorsales de la base: Avulsión de la banda central de aparato extensor.

Se debe intervenir si esta desplazada pues puede ocasionar una deformidad en ojal o boutoniere.



Fracturas de la epífisis proximal de la falange proximal

Las lesiones de los ligamentos colaterales no producen inestabilidad y basta con inmovilización de la articulación MCF a unos 60-70° de flexión y con la IF en extensión a 0°

Las fracturas articulares en flexión de las MCF, 4 semanas son suficiente. Fracturas articulares precisan de reconstrucción anatómica y requieren reducción abierta y

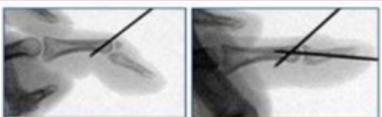


Figura 2. Osteosíntesis mediante la técnica descrita por Ishiguro (3).