



Mi Universidad

Flashcards

Abril Amairany Ramírez Medina

Fracturas de miembros superiores e inferiores y tumores óseos

4to parcial

Clínicas quirúrgicas complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 08 de diciembre de 2024

Contenido

1. Fracturas de miembros superiores
2. Fx clavícula
3. Fx humero proximal
4. Fx diafisaria de húmero
5. Fx de húmero distal
6. Fx de olécranon
7. Fx de cúpula radial
8. Fx de antebrazo
9. Fx de radio distal
10. Fx de escafoide
11. Fx de metacarpianos
12. Fracturas de miembros inferiores
13. Fx de pelvis
14. Fx de cadera
15. Fx de fémur
16. Fx de patela
17. Fx diafisaria de tibia
18. Fx de tobillo
19. Tumores óseos
20. Osteosarcoma
21. Sarcoma de Ewing
22. Condrosarcoma
23. Osteoma osteoide
24. Osteoblastoma
25. Condroblastoma

Fractura de miembros superiores

Fractura de clavícula



Lesión que ocurre cuando se rompe el hueso que conecta el omóplato con el esternón. Mayoría en Tercio medio (80%), unión tercio medio y tercio externo, tercio lateral (15%).

Epidemiología



La mayor parte de la fractura ocurre en hombres jóvenes < 25 años y > de 55 años. Es la fractura más frecuente en el recién nacido

Mecanismo



Lo más común son impactos de alta energía como lesión deportiva, trauma directo, caídas de altura, accidente de auto y heridas por arma de fuego.

Factores de riesgo

- Edad avanzada u osteoporosis
- Mala nutrición o bajo peso
- Trabajos con armas de fuego
- Alteraciones óseas congénitas
- Reducción de masa muscular
- Violencia familiar o Bullying.

Clínica



Dolor, asimetría, posición Desault, equimosis o tumefacción, signo de la tecla, crepitación, impotencia funcional.

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Mayor parte Tx Conservador
Vendaje en ocho de guarismo, 4-6 ss/ 2-4 ss niños
Vendaje de VELPEAU
Quirúrgico en indicaciones absolutas (osteosíntesis).

Complicaciones

- Consolidación viciosa en mala posición
- Infecciones
- Pseudoartrosis
- Lesiones neurovasculares

Fractura de miembros superiores

Fractura de húmero proximal



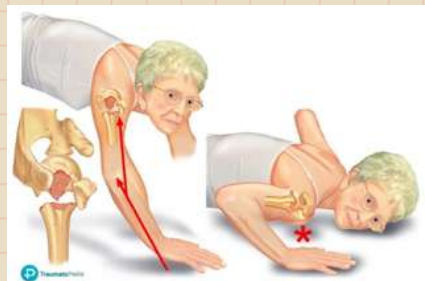
Lesión que ocurre en la parte superior del brazo, donde el hueso del húmero se une a la escápula. Mayor afección en cuello.

Epidemiología



Constituye del 4- 5 % de todas las fracturas
Frecuente en mujeres > 70 años
A menudo presentan conminución

Mecanismo



Caída directa con apoyo en mano (98%).

Clasificación



Clasificación de humero proximal AO

Clínica



Dolor, deformidad, equimosis, hematoma de Hennequin 48 h, aumento de volumen, crepitación, limitación funcional

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Conservador: no desplazadas, vendaje de Velpeau o un inmovilizador ortopédico 10- 15 días más rehabilitación.

Osteosíntesis: fx en 2 o 3 partes, pacientes jóvenes con fracturas desplazadas.

Artroplastia: fracturas irreconstruibles o riesgo de necrosis cefálica, fx en 4 partes o conminutas.



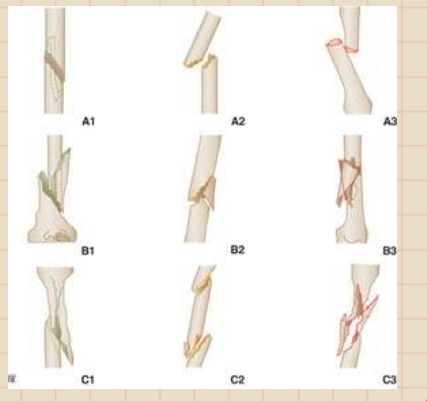
Fractura de miembros superiores

Fractura diafisaria de humero



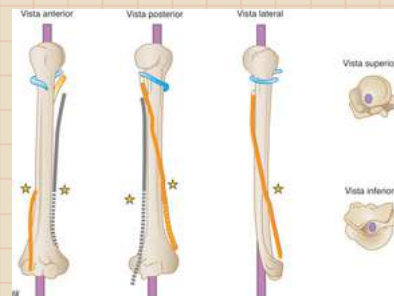
Fractura en el segmento intermedio del hueso del brazo, es decir se localiza en la parte diafisaria del brazo.

Epidemiología



Constituye del 3 % de todas las fracturas
Más frecuente en jóvenes
Traumas de alta energía

Mecanismo



Mecanismo directo (más frecuente) e indirecto debido a trauma de alta energía.

Clasificación



Clasificación AO

Clínica



Dolor, deformidad, aumento de volumen, acortamiento, posición antálgica, crepitación, limitación funcional.

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Mayor parte tx conservador
Inmovilizar con férulas
Vendaje de Velpeau
Yeso colgante de Cadwell: fx espiroideas oblicuas largas, anguladas y acortadas
Contraindicado: transversal.



Fractura de miembros superiores

Fractura de humero distal



Fractura en el extremo inferior del hueso del brazo, caída de mano con la mano en hiperextensión afectando patela humeral, supracondílea, codillo humeral, epicóndilo y epitroclea.

Epidemiología

Constituye del 3 % de todas las fracturas
Más frecuente en niños
Traumas de alta energía

Mecanismo

Mecanismo directo e indirecto debido a caída sobre la mano extendida

Clasificación



Clasificación AO

Clínica

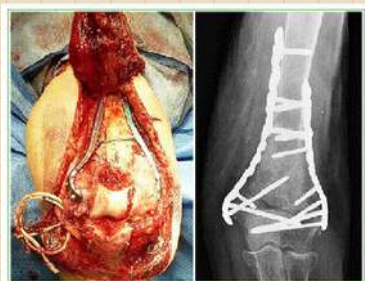


Figura 3. El defecto del hueso se resuelve con disposición de placa patelar.

Dolor, deformidad, aumento de volumen, tumefacción, posición antálgica, limitación funcional.

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Figura 4. Caso clínico. Radiografías de codo, de frente y de perfil, postquirúrgicas. Reducción y osteosíntesis de fractura de húmero distal.

Reducción urgente
Inmovilizar
Yeso



Fractura de miembros superiores

Fractura de olécranon



Fractura que ocurre en la parte ósea del codo.

Epidemiología

Constituye del 3 % de todas las fracturas
Más frecuente en jóvenes
Traumas de alta energía

Mecanismo



Mecanismo directo (más frecuente) sobre el codo.

Clasificación



Clínica



Dolor, deformidad, aumento de volumen, equimosis, tumefacción, crepitación, palpación de un surco en lugar de fractura, limitación funcional.

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Conservador: separación <2 mm, no se desplaza a la extensión (vigilancia)
Quirúrgico: fx desplazadas, reducción abierta, osteosíntesis (oblique y placas).



Fractura de miembros superiores

Fractura de cúpula radial



Fractura en la cabeza del radio, el hueso que va desde el codo hasta la muñeca, asociado a lesión ligamentaria.

Epidemiología

Constituye el 33 % de las fracturas de codo
Más frecuente en mujeres
40-60 años
Deportes de alta energía o contacto.

Mecanismo

Mecanismo directo e indirecto debido a caída sobre la palma de la mano. Asociado a lesión ligamentaria.

Clasificación



Clínica



Dolor pronación supinación, deformidad, aumento de volumen, tumefacción, impotencia funcional.

Diagnóstico



Radiografía AP, Oblicua y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Tipo I: conservador, férula yeso 1-2 ss – rehabilitación
Tipo II: conservador: flexo extensión, pronosupinación/ quirúrgico
Tipo III: osteosíntesis/ resección
Tipo IV: osteosíntesis/ pretesis



Fractura de miembros superiores

Fractura de antebrazo



Fractura de uno o ambos huesos del antebrazo, el radio y el cúbito.

Mecanismo

Mecanismo directo e indirecto debido a trauma de alta energía.

Fractura aislada de diáfisis cubital



El impacto fractura el cúbito sin lesionar algunas de las otras estructuras:
Menor desplazamiento
Antebrazo es estable
TTO: Conservador

Fractura de diáfisis de antebrazo



Fractura quirúrgica si no se reestablecen la forma anatómica de ambos huesos, no se puede recuperar la pronosupinación.

Lesión de Galeazzi y Lesión Monteggia

Fractura de diáfisis radial (distal) + luxación art. RHC (cabeza cúbito).

Fractura de diáfisis cubital (proximal) + luxación art. RHC (cabeza radial)

Clasificación

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

Fracturas

FRACTURAS

MONTEGGIA	GALEAZZI
	
-Fractura: PROXIMAL ulnar, 1/3 medio o proximal -Luxación: PROXIMAL de la cabeza del radio	-Fractura: DISTAL del radio -Luxación: DISTAL de la art. radio-cubital.
MU/GR(e)	
MONTEGGIA: Fx. Ulna Proximal	Galeazzi: Fx. Radio Distal

Tratamiento



TTO: reducción del cúbito y osteosíntesis con placas Y tornillos
Inmovilización con férula
Fr: nervio interóseo posterior (NR)

Fractura de miembros superiores

Fractura de radio distal

Fractura en el radio, uno de los dos huesos del antebrazo, que se produce cerca de la muñeca por caídas sobre la mano.

Mecanismo



Mecanismo directo e indirecto debido a trauma de alta energía.

Fractura Pouteau-Colles (+ frec)



El fragmento distal se desplaza a dorsal y radial con cierto grado de supinación. Deformación: "en dorso del tenedor".

Fractura de Goyrand-Smith, Colles invertido



Fragmento de desplaza hacia volar (palmar). Deformación en pala de jardinero.

Clasificación



A nivel del tercio distal del radio más frecuente

Afecta a pacientes no osteoporóticos con trauma de alta energía y >60 años con osteoporosis en caída

Dolor, impotencia funcional y crepitación

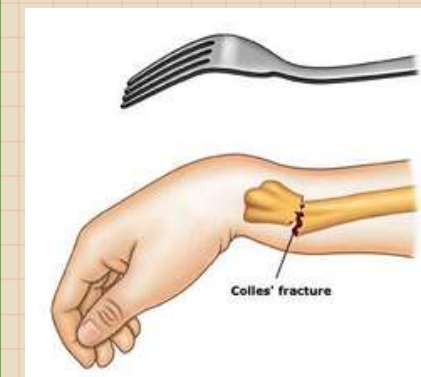
Deformidad en dorso: caen con mano en extensión - Desplazamiento de fragmento distal a dorsal y a radial
Valorar nervio mediano y pedir proyección AP y Lateral

Tratamiento



Tratamiento: conservador(yeso braquipalmar está indicado en las fracturas estables, intra o extra articulares no desplazadas o desplazadas que sean factibles de reducción.

Las fracturas de la epífisis distal del radio susceptible de tratamiento quirúrgico son las fracturas inestables.



Fractura de miembros superiores

Fractura de escafoides



Es una fractura en uno de los huesos pequeños de la muñeca, el escafoide que se encuentra en la zona pulgar. Mayoría en cintura (65%).

Epidemiología

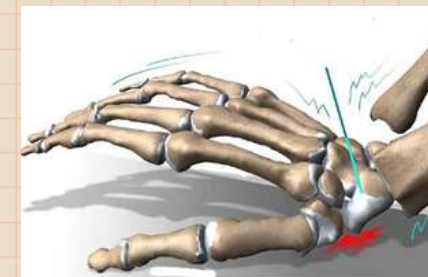
Constituyen del 15 % de lesiones aguda en la muñeca
Frecuente en jóvenes

Mecanismo



Caída sobre la palma en la muñeca hiperextendida y desviada radialmente.

Clínica



Fragmento se desplaza hacia volar (palmar)

- Dolor tabaquera anatómica
- Deformidad
- Tumefacción ocasionalmente

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



Conservador: yeso 8-12 ss
Quirúrgico: osteosíntesis con tornillo

Complicaciones

Ausencia de consolidación → Qx
Necrosis isquémica del polo proximal



Fractura de miembros superiores

Fractura de metacarpianos



Es una fractura en uno de los cinco huesos largos que se encuentra en la parte media del pie y que conecta con los dedos.

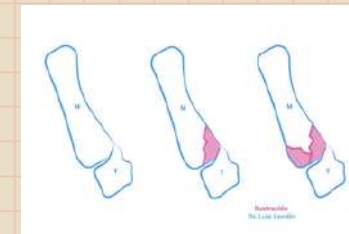
Mecanismo

Daño directo

Tipos de fractura

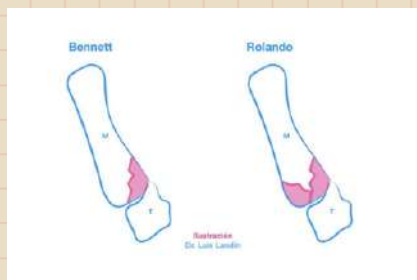
Fractura de Bennet
Fractura de Rolando

Fractura de Bennett



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

Fractura de Rolando



Fractura intraarticular conminuta
Más frecuente
Tratamiento: ortopédico o quirúrgico según conminución.

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.



Fractura de miembros inferiores

Fractura de pelvis



Una fractura de pelvis es una lesión que ocurre cuando uno o más huesos de la pelvis se rompen o fisuran.

Epidemiología

Son lesiones poco frecuentes entre el 2 y 4% de todas las lesiones Jóvenes entre 15 a 30 años son los más afectados en un 37%
Proporción hombre mujer 2.1

Clasificación de Young Burgess



Las fracturas de pelvis son producidas por mecanismos de alta energía

- 1.-Compresión anteroposterior (AP) rotación externa
- 2.-Compresión lateral rotación interna
- 3.-Cizallamiento vertical
- 4.-Complejo (multidireccional)

Clasificación de fracturas pélvicas

Tabla 1. Clasificación de Tile de las lesiones del anillo pélvico	
Tipo A: Estable (Arco posterior íntegro)	A1: Anillo pélvico íntegro. Lesiones por avulsión A2: Fractura de ala ilíaca o arco anterior A2.1: Fractura estable o pequeño desplazamiento A2.2: Fractura ancha 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 túbulo anterior) 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. Axa 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: Inestable (Rotura completa de arco posterior)	C: Lesión posterior unilateral C1: Fractura del ilíaco C1.1: Luxación o fractura-luxación sacroilíaca C1.2: Luxación o fractura-luxación sacroilíaca C1.3: Fractura del sacro vertical C2: Lesión con inestabilidad vertical en un lado e inestabilidad rotacional en hemipelvis contralateral C3: Inestabilidad vertical bilateral

X

Trauma AP



- Puede ser causada por atropellamiento
- Accidente de motocicleta
- Lesión directa por aplastamiento
- Caída de una altura mayor a 4 metros
- Alta inestabilidad
- Interrupción del anillo pélvico

Trauma Compresión Lateral (CL)

- La lesión a menudo es producida por una colisión vehicular y causa rotación interna de la hemipelvis afectada.
- Trauma de alta energía
- Directo en crestas ilíacas
- A nivel de trocánter mayor

Trauma Compresión Vertical (Cv)

- Una gran energía aplicada en el plano vertical provoca cizallamiento de la pelvis, con ruptura de los ligamentos sacroespinosos y sacrotuberosos
- La pelvis se vuelve inestable

Fractura de Malgaigne



- Contracciones musculares fuertes
- Localizada en espina ilíaca superior por tracción del sartorio
- Espina ilíaca anteroinferior por tracción del recto femoral
- Lesión de tuberosidad isquiática por los músculos isquiotibiales

Fractura de miembros inferiores

Fractura de pelvis

Una fractura de pelvis es una lesión que ocurre cuando uno o más huesos de la pelvis se rompen o fisuran.

Signos de lesiones Pélvicas

- Extremidad Acortada y/o rotada
- Hematomas en los flancos (hematoma retroperitoneal)
- Hematoma en escroto o muslos (signo de Destot), perineo o pliegues glúteos
- Sangre en meato urinario o hematuria

Mnejo inicial ABCDE

- Estabilización temporal
- Detener hemorragia (causa de muerte)
- Cinturón pélvico
- Fijación externa tornillos transpubicos
- Manejo quirúrgico a fracturas inestables B y C

Fractura de miembros inferiores

Fractura de cadera



Una fractura de cadera se refiere a la pérdida de continuidad ósea desde la superficie articular de la cabeza del fémur hasta la zona metafisaria proximal comprendida entre dos trocánteres.

Epidemiología

Mujer 82 años

Varón 79 años

Más frecuente en hombres

Factores de riesgo

Personas + 65 años

Osteoporosis

Vista deficiente

Problemas en el equilibrio

Historia materna de fx cadera

Déficit de calcio y vitamina D

Clínica



Incapacidad para caminar o levantarse

Dolor intenso en cadera o ingle

Hematomas e hinchazón alrededor o en la zona de la cadera

Clasificación



Clasificación



Diagnóstico



Elección: clínica con confirmación radiológica (AP de pelvis con 15° de rotación interna + lateral afectada), se recomienda realizar dentro primeras 24 horas.

RMN: cuando hay una radiografía normal pero clínica, se refiere por la sensibilidad para detectar fracturas ocultas.

Tratamiento

Puede ser conservador dependiendo de las condiciones del paciente. Con bota antirrotativa. Estándar de oro: Se recomienda la cirugía temprana (dentro de 24-36 horas) una ha sido estabilizada adecuadamente.

En fracturas extracapsulares se recomienda osteosíntesis: transtrocanterica con tornillos y subtrocanterica con clavo femoral proximal o intramedular.

En fracturas intracapsulares se recomienda en no desplazadas osteosíntesis con tornillo y en desplazadas la artroplastia parcial o total.

Fractura de miembros inferiores

Fractura de fémur



Distal, medio o proximal patrón de fractura (transversa, longitudinal) si piel y musculo están afectados.

Mecanismo

Los trozos de hueso pueden alinearse correctamente (estable) desalineados (desplazados) fractura abierta o cerrada.

Tipos de fracturas

- Fractura transversal: fractura en líneas recta/ horizontal
- Oblicua: tiene una línea en ángulo a través del eje.
- Espiral: La línea rodea al eje como las rayas de un bastón de caramelo.
- Fractura abierta; si se fractura de manera que los fragmentos de hueso sobresalen a través de la piel o una herida.

Clasificación de Winquist y Hansen

- Valora el grado de conminución de la fractura
- TIPO I: conminución mínima o ausente
- Tipo II: permanece intacto al menos el 50% de la cortical de ambos fragmentos
- Tipo III: conminución cortical del 50% al 100%
- Tipo IV: conminución circunferencial sin contactos entre las corticales

Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral de muslo, cadera y rodilla: confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

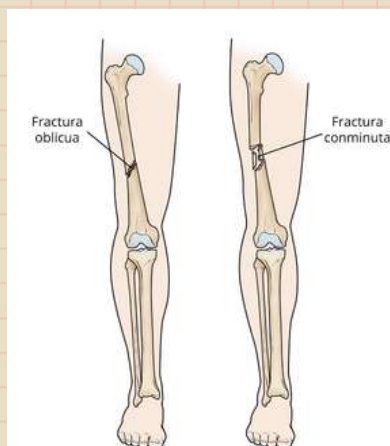
- Proyección AP
- TAC

Tratamiento

- Conservador: tracción esquelética
- Medida temporal previa cirugía para evitar acortamiento y estabilizar la fractura
- Se aplica 1/9 o el 15% del peso corporal del paciente (10 a 20 kg)
- Tratamiento quirúrgico: Idealmente dentro de las primeras 24 hrs.
- Enclavado intramedular
- Clavado anterógrado o clavado retrógrado
- Fijador externo

Contraindicaciones

Limitación de la movilidad de la rodilla < 60% patela baja



Fractura de miembros inferiores

Fractura de patela



Lesión que se produce cuando el hueso de la rotula se rompe.

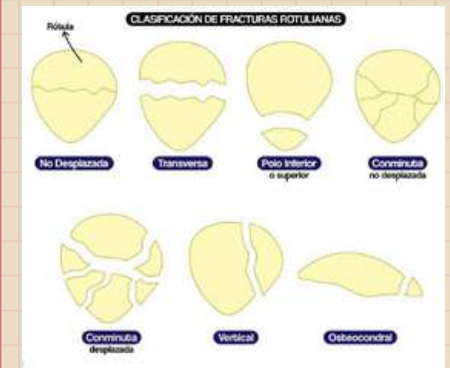
Mecanismo

- Traumatismo directo
- Traumatismo indirecto más frecuente: secundario a una contracción excéntrica forzada del cuádriceps cuando la rodilla está en semiflexión
- Mecanismo combinado

Clasificación AO



Clasificación de fracturas Rotulianas



Diagnóstico



Radiografía AP y Lateral para confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento

TIPOS DE YESOS EN M.I.

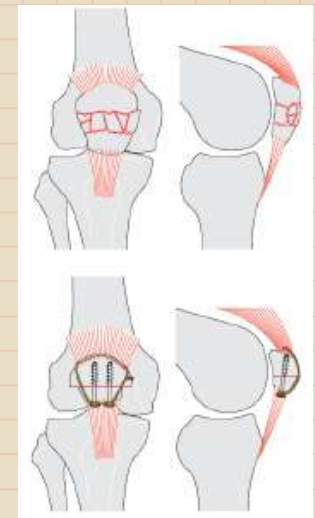


- Conservador
- Yeso tipo cilindro o una ortesis de rodilla bloqueada en extensión durante 4 a 6 semanas
- Tratamiento quirúrgico
- Patelectomía Parcial o total

Tratamiento

Tabla 1. Tratamiento de fracturas de rótula

Sin desplazamiento	Tratamiento ortopédico: inmovilización 4 - 6 semanas	
>2mm escalón articular >3mm desplazamiento	Tratamiento quirúrgico	
	<ul style="list-style-type: none"> • Cerclaje con alambre • Tornillos interfragmentarios • Cercaje + Tornillos 	Control de la reducción por artroscopia (opcional)
Conminución severa	<ul style="list-style-type: none"> • Patelectomía parcial • Patelectomía total 	
Fracturas osteocondrales	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la reducción por artroscopia • Fijación con agujas biodegradables 	



Fractura de miembros inferiores

Fractura de diáfisis de tibia

Pérdida de solución de continuidad ósea en la diáfisis de tibia. El aporte vascular precario y la delgada cobertura de partes blandas de la tibia hacen difícil el manejo.

Epidemiología

Son las fracturas diafisarias más frecuentes.
Localización más frecuente de pseudoartrosis.
Causa más frecuente de síndrome compartimental.

Mecanismo

- Traumatismo directo flexión de alta energía
- Traumatismo Indirecto por torsión o sobrecarga
- Fracturas abiertas más frecuentes.

Clínica



Dolor
Edema
Equimosis
Incapacidad funcional
Angulación, rotación de la pierna
Movilidad disminuida o anormal

Diagnóstico



Clínica (dolor, deformidad, aumento de volumen, crepitación) + radiografía AP y lateral. En caso de Lesión vascular realizar USG Doppler o arteriografía de urgencia y reparar en primeras 6 a 8 horas de la lesión. En caso de datos de síndrome compartimental realizar urgente dermo fasciotomías de los 4 compartimentos de la pierna.

Diagnostico



Radiografía AP y Lateral, incluyendo articulaciones de rodilla y tobillo para confirmar el diagnóstico y buscar fracturas asociadas.

Tratamiento



- Conservador: consolidación 16 +/- 4 semanas.
- Quirúrgico enclavado endomedular. Manejo en unidades médicas de ter nivel o en urgencias: referir a TyO
- 1.Inmovilizar temporalmente de manera inmediata.
- 2.En caso de fractura expuesta: clasificar con Gustilo Anderson y cubrir la herida con apósito estéril requiere aseo quirúrgico urgente en primeras 6h.

Quirúrgico



Indicaciones absolutas
Fx intraarticular asociada con fractura de la diáfisis
Fractura expuesta
Pérdida grave de hueso
Lesión neurovascular
Síndrome compartimental
Rodilla flotante

Fractura de miembros inferiores

Fractura de tobillo



Rotura de uno o más huesos que forma la articulación del tobillo.

Epidemiología

- Son las fracturas más comunes en urgencias
- El 70% de estas son unilaterales (predomina la lesión en maléolo lateral) el son 20% bimalleolares y el 7% trimaleolares.

Mecanismo



Traumatismo directo
Traumatismo Indirecto por rotación, traslación o axiales

Clínica

Tipo	Denis	Lauge-Hansen	Weber
I (1%)	Subligamentaria o Intracondral	Supinación-Aducción	A
II (20%)	Supraligamentaria o supracondral	Pronación-Abducción	C
III (20%)	supraligamentaria	Pronación-Rotación externa	C
IV (50%)	Interligamentaria o transcondral	Supinación-Rotación externa	B

- Dolor en el área de tobillo: cambios de coloración con inhabilidad para realizar apoyo del pie.
- Prueba de pierna cruzada es positiva cuando produce dolor en sindesmosis a la presión tibial.

Clasificación AO



Diagnostico



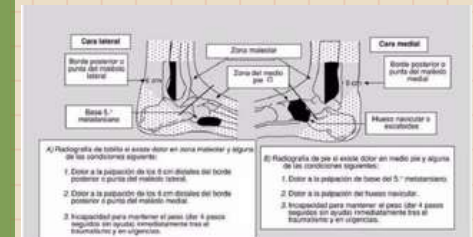
- Inicial: clínica + radiografía de tobillo A-P, Lateral y Mortaja
- TAC: útil en fracturas articulares conminutas o por compresión.

Tratamiento



- Conservador: yeso bota ortopédica de 6 – 8 semanas
- Quirúrgico

Regla Ottawa



Tumores óseos

Osteosarcoma



Tumor óseo maligno más frecuente provoca lesiones osteoblásticas.

Etiología

Mutaciones germinales origen mesenquimatoso

Epidemiología

Afecta niños de 12 a 16 años

Localización

Afecta metáfisis de huesos largos (fémur distal y tibia proximal)

Clínica



Dolor óseo nocturno intenso que no cede con AINE

Metástasis: pulmón y otros huesos

Región más afectada: esqueleto apendicular: fémur distal, tibia proximal, húmero proximal, fémur proximal

Diagnóstico



Figura 3. Biopsia por punción con Tru-Cut. Se realiza longitudinal a la futura incisión para la resección quirúrgica, marcada con lápiz dermatográfico.

Imagen en sol naciente (elevación perióstica por la penetración tumoral de la cortical ósea).
Biopsia (histológico)

Tratamiento



MAP (Metrotexato, Doxorubicina, Cisplatino) + Resección quirúrgica



Tumores óseos

Sarcoma de Ewing



Segundo tumor más frecuente
provoca lesiones osteolíticas

Etiología

Origen neuroectodermo asociado
translocación 11, 22 y Gen EWSRL

Epidemiología

Afecta de 10 a 15 años y 30% son
menores de 10 años

Localización



Afecta diáfisis de huesos (fémur,
pelvis, columna y costillas)

Clínica

Dolor óseo nocturno + síntomas
constitucionales, fiebre, fatiga y
pérdida de peso), anemia.
Metástasis: pulmón 10%, médula ósea
10%, pulmón y MO 5%.
Región más afectada: esqueleto axial:
pelvis, fémur, parrilla costal, columna

Diagnostico



Destrucción ósea discontinua
(imagen apollada) y la laminación
perióstica ("piel de cebolla")

Tratamiento

VIDE (Vincristina, Ifosfamida,
Doxorrubicina, Etoposido) +
Resección quirúrgica y radioterapia



Tumores óseos

Condrosarcoma



Tumor que característicamente produce una matriz cartilaginosa

Etiología

En 50% se relaciona con mutaciones de IDH1 o IDH2

Epidemiología

Afecta a adultos generalmente menores de 40 años

Localización

Afecta matriz cartilaginosa en pelvis y el fémur proximal.

Clínica

Tumor generalmente indoloro o síntomas son insidiosos

Diagnostico

La presencia de calcificaciones en el interior de la lesión

Tratamiento

Resección con bordes amplios o considerarse la amputación



Tumores óseos

Osteoma osteoide

Lesión benigna

Etiología

Corteza de las metáfisis
Fémur proximal

Epidemiología

Jovenes de 10 a 20 años

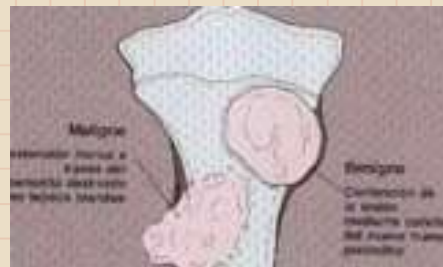
Localización

Clínica



Dolor intenso nocturno que cede con AINE

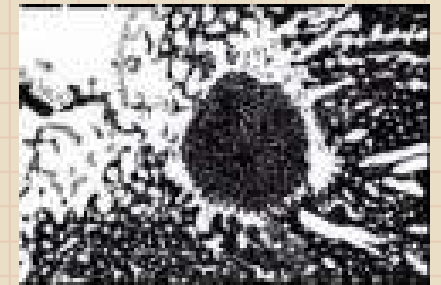
Diagnostico



Lesión radiolúcida
Nido lítico <2cm
Engrosamiento intracortical

Tratamiento

Sintomático AINE y desaparece de forma espontánea 5-10 años
Elección: ablación radioablación



Tumores óseos

Osteoblastoma



Neoplasia primaria del hueso formadora de tejido osteoide poco frecuente

Epidemiología

3% tumores óseos benignos

Mayor incidencia entre 10 y 25 años de edad

Proporción 2:1 entre masculino y femenino

Clínica

Dolor de larga duración y sostenido

Inflamación

También puede causar

Escoliosis

Síntomas neurológicos

Diagnóstico diferencial

Osteoblastoma osteoma osteoide

Osteosarcoma

Tumor de células gigantes

Quiste óseo aneurismático

Diagnóstico

Osteoblastomas aparecen como un defecto radiolúcido con una densidad central debido a la osificación

Se confirma con Biopsia

Histopatología

Resección quirúrgica o extirpación en bloque

Por lo habitual se manifiesta con dolor sordo lentamente progresivo de difícil localización que no remite al tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroideos ni aspirina.

Tratamiento

La criocirugía, radiación y la quimioterapia pueden tener un papel en las lesiones no resecables quirúrgicamente agresivo y de la columna vertebral.

Complicación

En caso de afectación espinal, puede asociar síntomas neurológicos, parálisis craneales, neuralgia, paraparesia. de tales como los nervios mielopatía, radiculopatía o paraparesia.

Tumores óseos

Condrioblastoma



Tumor óseo infrecuente y no canceroso que comienza en el cartílago.

Epidemiología

Puede afectar a personas de todas las edades. Más común en los niños y los adultos jóvenes. También es más común en los hombres que en las mujeres.

Causa

No se conoce la causa exacta del condrioblastoma.

Se cree que los tumores se inician a partir de las células inmaduras que producen el cartílago y se denominan condrioblastos.

Clínica

Dolor en rodilla, cadera y articulación del hombro

Problemas de movilidad

Acumulación de líquido en la articulación cercana al hueso afectado.

Diagnóstico

Radiografía
Resonancia magnética (se realiza para descartar cualquier anomalía relacionada en la columna o los nervios)

Tratamiento

El objetivo es: extirpar el tumor y prevenir daños en los extremos de los huesos afectados.

Quirúrgico

Extirpación quirúrgica del tumor

Injerto óseo. Es un procedimiento quirúrgico que consiste en trasplantar a la zona afectada hueso sano de otra parte del cuerpo, de ser necesario, para reparar el hueso dañado.

Reconstrucción o reemplazo de una articulación afectada

Fisioterapia para recuperar la fuerza y el funcionamiento después de la cirugía.

Puntos clave

No se conoce la causa exacta del condrioblastoma.

Los síntomas pueden variar según la ubicación del tumor.