



Mi Universidad

Flashcards

Galia Madeline Morales Irecta

Fracturas de Miembros Superiores e Inferiores y Tumores Óseos

Cuarto parcial

Clínicas Quirúrgicas

Dr. Erik Antonio Flores Gutiérrez


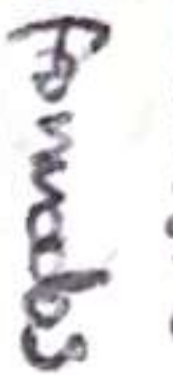
Medicina Humana

7to. Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 08 de diciembre del 2024

Formalidades de TYO

EMBRIOLOGIA

- Sistema muscular esquelético proviene de capa germinal mesodérmica o paraxial
- Al final de 5a. semana
- Fibros de los miembros
- Semana 8 ->  Formados
- Semana 13 ->  Uñas

! Síndrome de Poland > **AGENESIA del pectoral**

Imposibilidad de movimiento de una articulación:

- ANQUILOSIOS = lesiones degenerativas
- ARTRODISIS = intervención quirúrgica

TIPOS DE ARTICULACIONES

- Entrosis -> movilidad/en esfera
 - cromo humeral
 - codo humeral
- Condiloidea -> semi círculo
 - hueso radial
- Troclear -> hueso cubital
- Silla de montar -> 2 ejes de mov.
 - Trapecio metacarpiario
- Trocoide -> radi cubital proximal
- Sinfisis -> pubis
- Anfiartrosis -> disco intervertebral

ARTICULACIONES CON MENOS -> OSTEOMIASIS

- Rodilla
- Temporomandibular
- Acromioclavicular
- Esternoclavicular

! **POLI TRAUMATISMO** = daño a órganos o +2 fx
 Politraumatisado = múltiples contusiones sin

OSTEOARTRITIS = enf. articular de - generativa

↓ Deterioro del cartilago articular y formación de hueso nuevo

FACTORES DE RIESGO

- Obesidad
- Généticas
- Ocupacional
- Metabólicas:
 - DM
 - Ef. Raquet
 - Gotu
 - pseudogota

En art. - cula - ciones de carga

+ Común en RODILLAS Y CADERA
 - Común en hombro y codo

PROTEÍNAS INORGANICAS

- Unidad funcional del musc. estriado = **SARCÓMERA**
- Prot. sosten = **ACTINA**
- Prot. movilidad y/o contract. - **DISN = TROPOMIOSINA**
- **MIOSINA**

CUÍNCA

Dolor -> "del cine" por periodo largo en misma posición

crepitación

Dangos limitados -> notaciona

Despierto por las

Uños -> NL

Radiografía -> osteofitos marginales

Vascularización del hueso subcondral

DIAGNÓSTICO

● Radiografía → **ESTANDAR ODO**

- AP
- Lateral de...

● USG

- Lesión muscular
- Ergonomía
- Tendón de Aquiles
- Quistes

● TAC → **EXCECIÓN SI RX NO CONCUYENTE O FUNCIONAL**

● Por Sensibilidad y especificidad

● Camuflaje

- Casos especiales

● RMN + **EXCECIÓN**

- Neovasis avascular
- Ligamentos
- Meniscos



LEY DE WOLFF

El hueso se adapta en forma, tamaño y estructura a las sollicitaciones mecánicas

Sitios de fractura por STRESS

- Metatarsos
- Cuello de femur
- Tibia → diafisis
- Perone
- Cava pública
- Calcáneo
- Rotula

Fracturas por INSUFICIENCIA

- Osteoporosis
- Hipergaratiroidismo → metabolismo de Vit. D
- Osteomalacia → metabolismo óseo por pérdida de sales calcáreas
- Medicamentos
- Radiación

TIPOS DE OSIFICACIÓN

- Intraembrionaria
- Fracturas
- **Endocondral**
- Cartilago

TIPOS DE CONSOLIDACIÓN

- Primaria → Tto y placas
- Secundaria → Tto y **callo óseo**

PRINCIPALES

FASES DE CONSOLIDACIÓN

- Inflamación
- Reparación → **4 a 5 d** por células pluripotenciales
- Remodelación

! Periostio se adapta a hueso por las fibras de SHARPEY

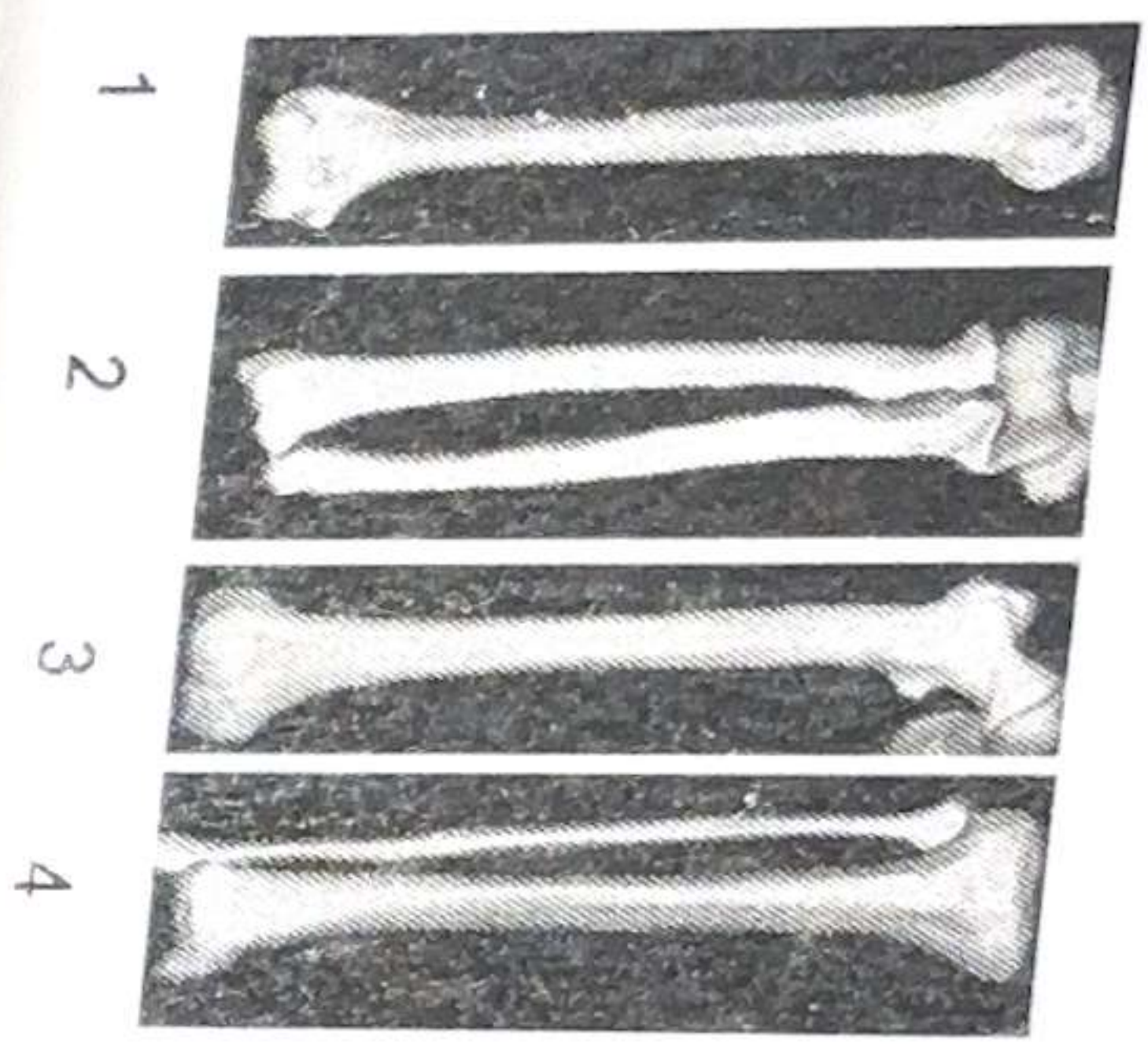
- Clínica
- Radiológica

TERAPIA RICE:

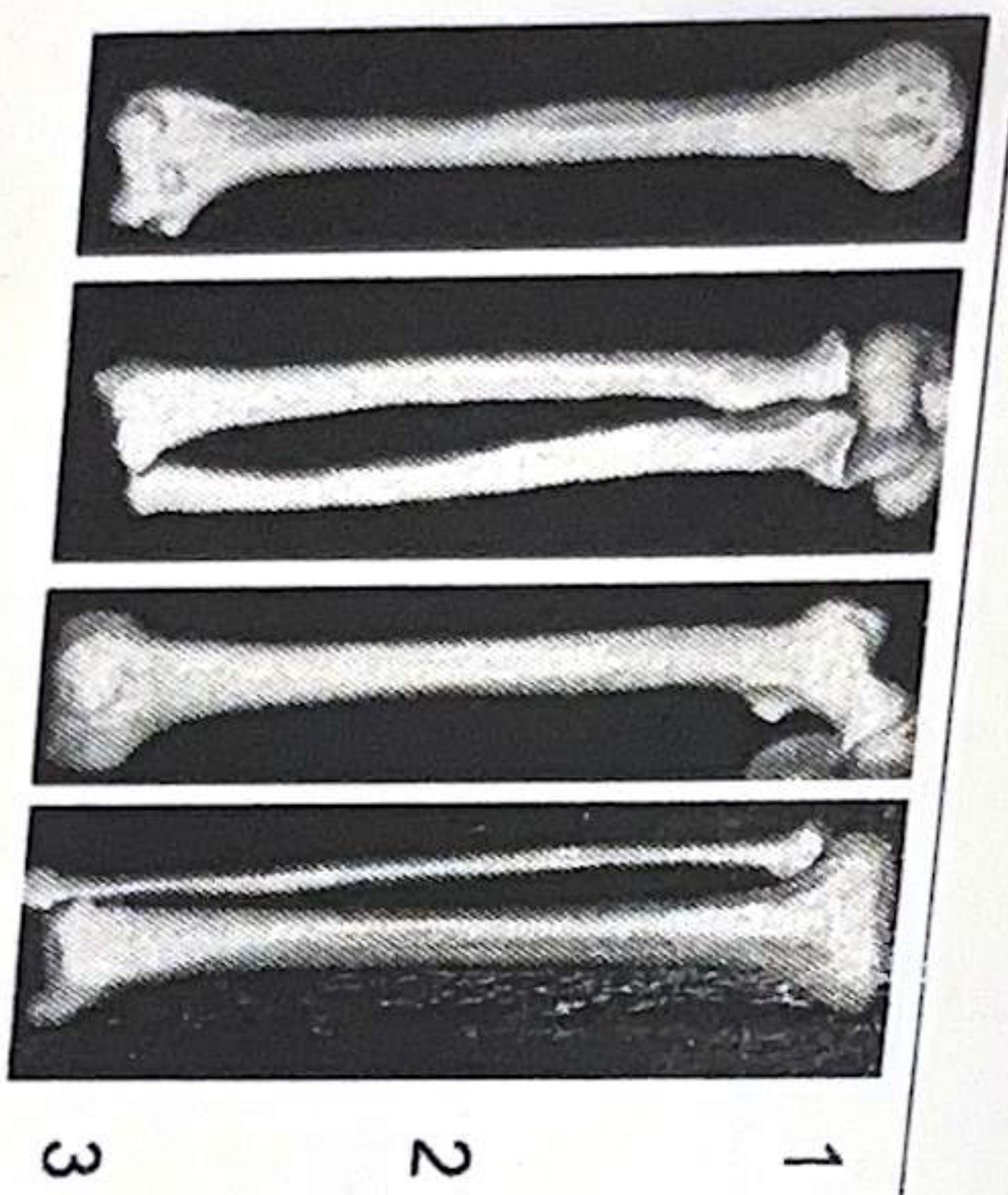
- Reposo
- Ice
- Compresión
- Elevación

CLASIFICACIÓN AO DE MÜLLER

Principios de la clasificación de las fracturas



Se numeran cada hueso y segmento óseo



- Los huesos largos se dividen en tres segmentos
 - Numerados como 1, 2 y 3 de proximal a distal

- Tipo de fractura:
- A → simple
 - B → multifragmentada → cuña
 - C → multifragmentada → compleja



ABRIERTAS Y CERRADAS

SON OPEN y SON IN

Normal Tipo I • Tipo II • Tipo III • Tipo IV • Tipo V

Fisis *Pisio - diafisio* *Fisis y articulación* *Fisis - articulación meta Fisis* *Compresión*

S — **A** — **L** — **TE** — **R**

Placa de crecimiento Straight across (Recta) Above (Superior) Lower (Inferior) Through Everything (Aplastamiento) (Atraviesa todo) Crush

Tipos de fracturas Salter-Harris

EN NIÑOS

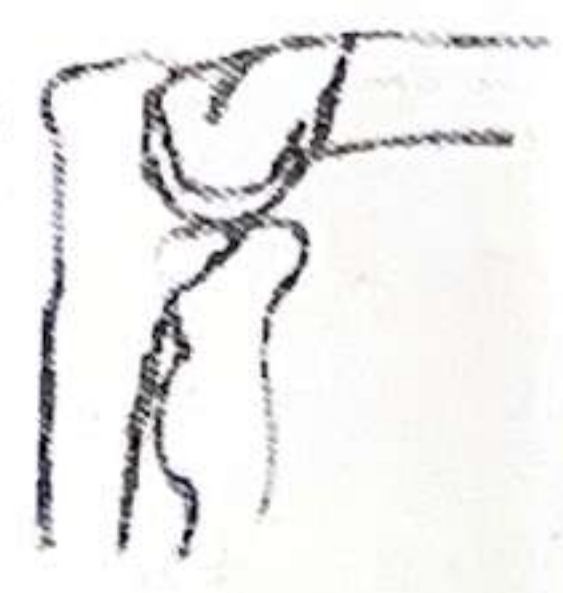
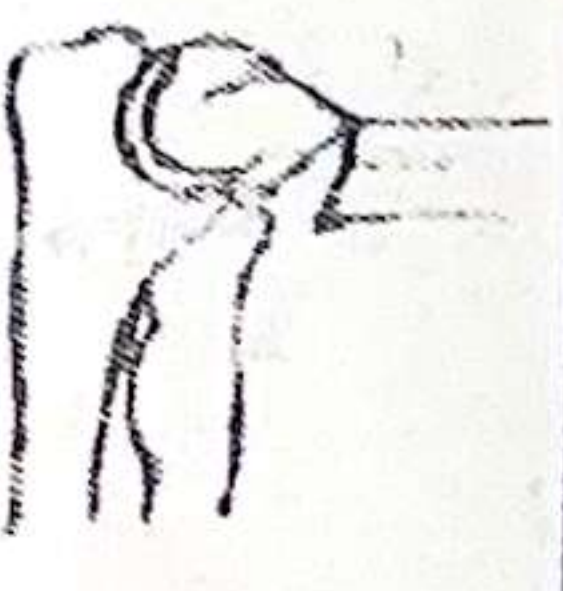
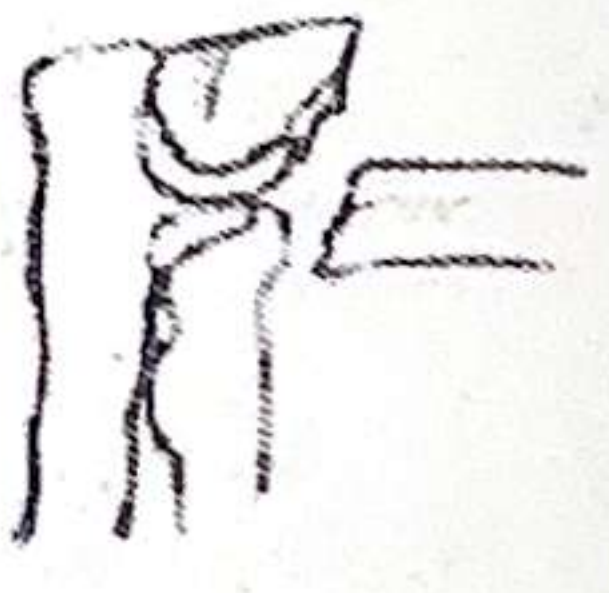
Completas
 • Labalgachis
Incompletas
 • Rana verde
 • En botón

Supracondilo
 Región del codo

Húmero
 • Replazamiento de < 50%
 • Chaveta
 • T. conservador

• Articulación cerrada
 • Articulación abierta
 • Articulación mixta
 • Articulación en la
 • Articulación en la
 • Articulación en la

- 0 Ausencia de Mov y Contracción Parálisis Total
- 1 Débil contracción en zona tendinosa, Sin Movimiento Parálisis Parcial
- 2 Movimiento en todo el ROM Sin Gravedad Déficit de
- 3 Movimiento en todo el ROM (con Gravedad Movimiento
- 4 Movimiento en todo el Rom Con Gravedad + Resistencia Moderada Voluntario
- 5 Movimiento en todo el ROM con Gravedad + Resistencia Máxima Músculo Normal

	Gartland I	Gartland II	Gartland III
			
	No desplazada	Curvatura cortical posterior	
	Inmersión (90°)		
Tipo I	Sin desplazamiento	Sin desplazamiento	Sin desplazamiento
Tipo II	Desplazada, Cortical posterior intacta, Ligeramente angulada/rotada	Desplazada, Cortical anterior intacta, Ligeramente angulada/rotada	
Tipo III	Desplazamiento Completo (Postero medial o posterolateral)	Desplazamiento Completo (anterolateral)	

GARTLAND

ARTRITIS SÉPTICA

- ¿Es o no?
- Factores pre-disponenles:
 - Fractura
 - Artritis
 - Infección
- Síntomas afectado:
 - Rodilla + calor
 - Hueso largo
 - ↑ calor / ↑ dolor
 - Arterias: 5. nervios

ARTICULACIÓN DE CHARCOT

- Neuropatía
- Síntomas:
 - infección
 - Edema profundo
 - parestias
 - ↑ temp.
 - Mov. pasiva de la articulación
 - terceros articulares
 - Eritema

NECROSIS AVASCULAR

- Muerte de hueso por inf. vascular
- Por:
 - Esteroideas
 - Abuso alcohol
 - LEPAS
 - Radiación
 - Fracturas
 - Embolia
 - Pancreatitis

CELULITIS

- Tejido celular infectado
- Clínic:
 - Tumor
 - Color
 - ↑ temp
 - Dolor
 - Tto
 - Drenaje
 - Antib?

FRACATURAS ABIERTAS Y CERRADAS

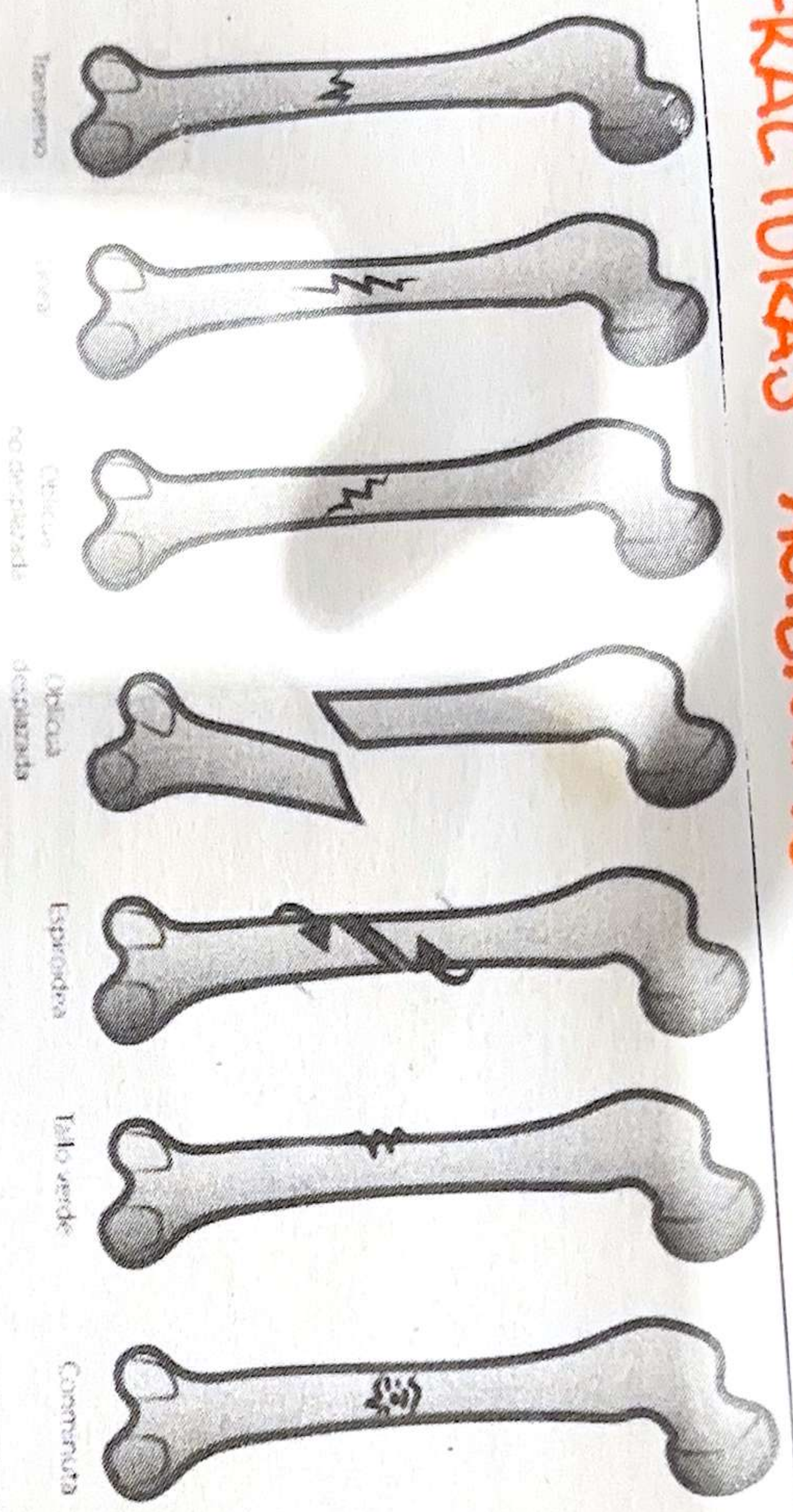


Figura 2. Clasificación de tipos de fracturas.

Grado	Lesión de partes blandas	Mecanismo	Desplazamiento	Cominución
0	Azoteo o trueno	Indirecto	Mínimo	No
I	Abrasión o contusiones superficiales	Indirecto	Moderado	No
II	Contusión profunda y superficies abrasivas profundas contornadas. Síndrome compartimental leve	Directo	Intenso	SI
III	Cortadura extensa, con sangrado abundante cutáneo y destrucción de la musculatura. Lesión vascular. Síndrome compartimental establecido	Directo y de alta energía	Intenso	SI

Tabla 1. Clasificación de Tscherny y Oesterns

Cuadro 1. Clasificación de Gustillo y Anderson

Tipo	Herida	Grado de contaminación	Daños de partes blandas	Daño óseo
I	Menor de 1 cm	Limpia	Mínimo	Simple cominución mínima
II	Entre 1 y 10 cm	Moderada	Moderado, algún daño muscular	Cominución moderada
III-A	Mayor de 10 cm	Severa	Aplastamiento severo, pero las partes blandas permiten la cobertura ósea	Usualmente cominutivas
III-B	Mayor de 10 cm	Severa	Pérdida extensiva de partes blandas que no permite la cobertura ósea y la necesidad de cirugía plástica reconstructiva	Cominución de moderada a severa
III-C	Mayor de 10 cm	Severa	Además de lo descrito en el tipo III-B se asocia con lesión vascular que necesita reparación	Cominución de moderada a severa

FRAC T U R A S A B I E R T A S Y C E R R A D A S

Factor	Puntuación
Lesión esquelética / partes blandas	
Baja energía (herida, fractura civil)	1
Mediana energía (fractura abierta o múltiple)	2
Alta energía (Lesión por arma de fuego, aplastamiento)	3
Muy alta energía (Lo anterior mas gran contaminación)	4
Isquemia del miembro	
Pulso reducido o ausente pero perfusión normal	1*
Pulso ausente, llenado capilar disminuido	2*
Extremidad fría, insensible y paralizado	3*
Shock	SI
Presión sistólica siempre > 90 mmHg	0
Presión sistólica transitoriamente < 90 mmHg	1
Presión sistólica persistentemente < 90 mmHg	2
Edad	
< 30	0
30 - 50	1
> 50	2

* Se duplica el valor si la duración de la isquemia excede las 6 horas

Tabla 7. Escala de Mess

PSEUDOGARTROSIS

- → Em
- Hipertrófica o hipervascularizada
 - Rata de elefante
 - Casco de caballo
- Hipotrofica
 - Punta de lápiz
- Más en tibia y escafoides

5X COMPARTIMENTAL

- ↑ 10-30 mmHg → diastólica
- Clínica: → 5P
 - Pain / dolor
 - Puffiness +
 - Pallidez
 - Paresthesia
- Sitios:
 - Antebrazo
 - Abordaje cubital
 - Compartimiento ventral
 - Pierna
 - 4 compartimientos para-peroneales
- palidez
- Piqui letargia
- Presión risulca →

ESGUINCE

- Distensión ligamentaria
- Hematoma
- Inflamación
- Dolor
- Limitación funcional

DESCARRO O LUXACIÓN

- Dx.
- Clínicos
 - Dx on stress
 - USG
 - Rmn

BURSITIS

- Inflamación de las almohadillas llenas de líquido
 - Bolsas SINOVIALES → amortiguador de las articulaciones

Diagnósticos:

- Clínico
 - Dolor → al movimiento
 - ↑ de volumen
- USG
 - Prerotuliana
 - Olecraneares
- Tratamiento:
 - Punción
 - Resección Dx → recidiva

COMPLICACIONES

- Infección
- Calcificación

FRACURAS MÁS FRECUENTES

Pedriátricos	Adulto
Humero (supracondilea)	Tibia y peroné
Radio y cubito	Mano
Mano	Radio y cubito

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS

Modalidad	Principales indicaciones
<p>Abstinencia terapéutica/reposo</p> <p>Sinactivación</p> <p>Ferulas/ortesis/corsets/yesos</p>	<p>Fractura costal aislada algunas fracturas por fatiga</p> <p>Fracturas de los dedos</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunas fracturas vertebrales, de húmero, muñeca y tibia Gran parte de las fracturas de los niños <p>Inmovilización provisional de fracturas de cadera</p> <ul style="list-style-type: none"> Fracturas de fémur del niño Fracturas de acetábulo no desplazadas Inmovilización provisional de fracturas de fémur del adulto
<p>Tratamiento conservador</p>	
<p>Tracción cutánea</p> <p>Tracción esquelética</p>	
<p>Fijación interna/osteosíntesis</p>	<p>Agujas de Kirschner</p> <ul style="list-style-type: none"> Fijación de pequeños fragmentos Fracturas infantiles <p>Cerclaje/cable</p> <ul style="list-style-type: none"> Fracturas de rótula y ócleranon <p>Tornillos y placas</p> <ul style="list-style-type: none"> Fracturas del antebrazo del adulto, fracturas del húmero proximal y distal Fracturas de otras diáfisis y metáfisis con extensión intramedular
<p>Tratamiento quirúrgico</p>	<p>Clavo intramedular</p> <ul style="list-style-type: none"> Fracturas de fémur y tibia del adulto Fracturas de húmero Fracturas abiertas (riesgo de infección) Fracturas con compromiso vascular Fracturas de pilas inestables Fracturas intraarticulares complejas (pilon tibial) Ausencia de consolidación en reducidas Fracturas en quemados Alargamiento óseo
<p>Fijación externa</p>	

Ausencia de consolidación	Atrófica	Hipertrofica
Localización típica	Diáfisis humero	Diáfisis tibial
Causa	Mala vascularización del foco	Excesiva movilidad del foco
Clinica	No ha consolidado tras 6 meses de tratamiento	Similar a la atrófica
Radiología	"Hoja de Sable"	"Pata de elefante"
Tratamiento	Injerto óseo vascularizado y osteosíntesis	Estabilización rígida del foco (placa + tornillos, clavos)

Tabla 4 Tipos de ausencia de consolidación

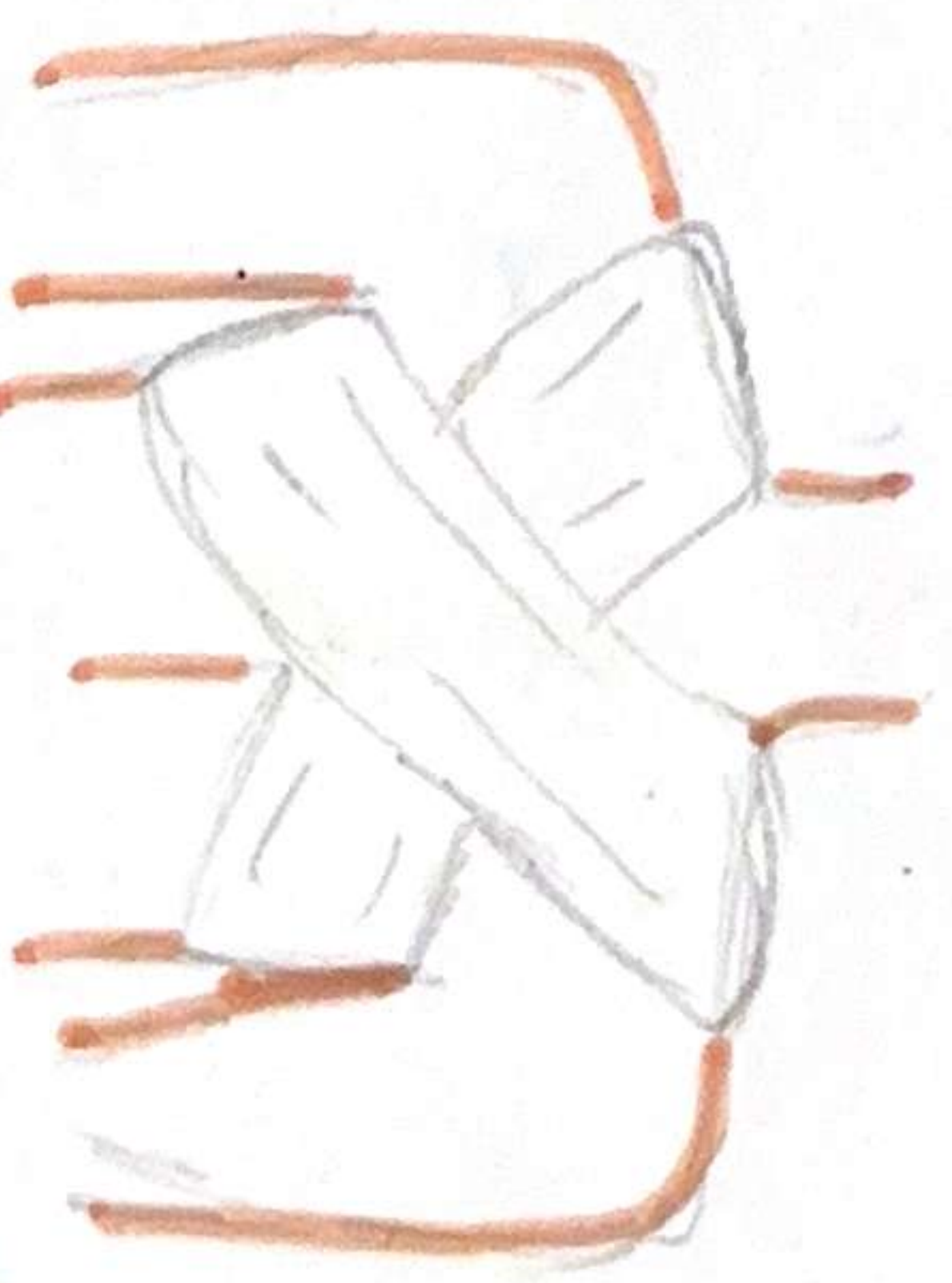
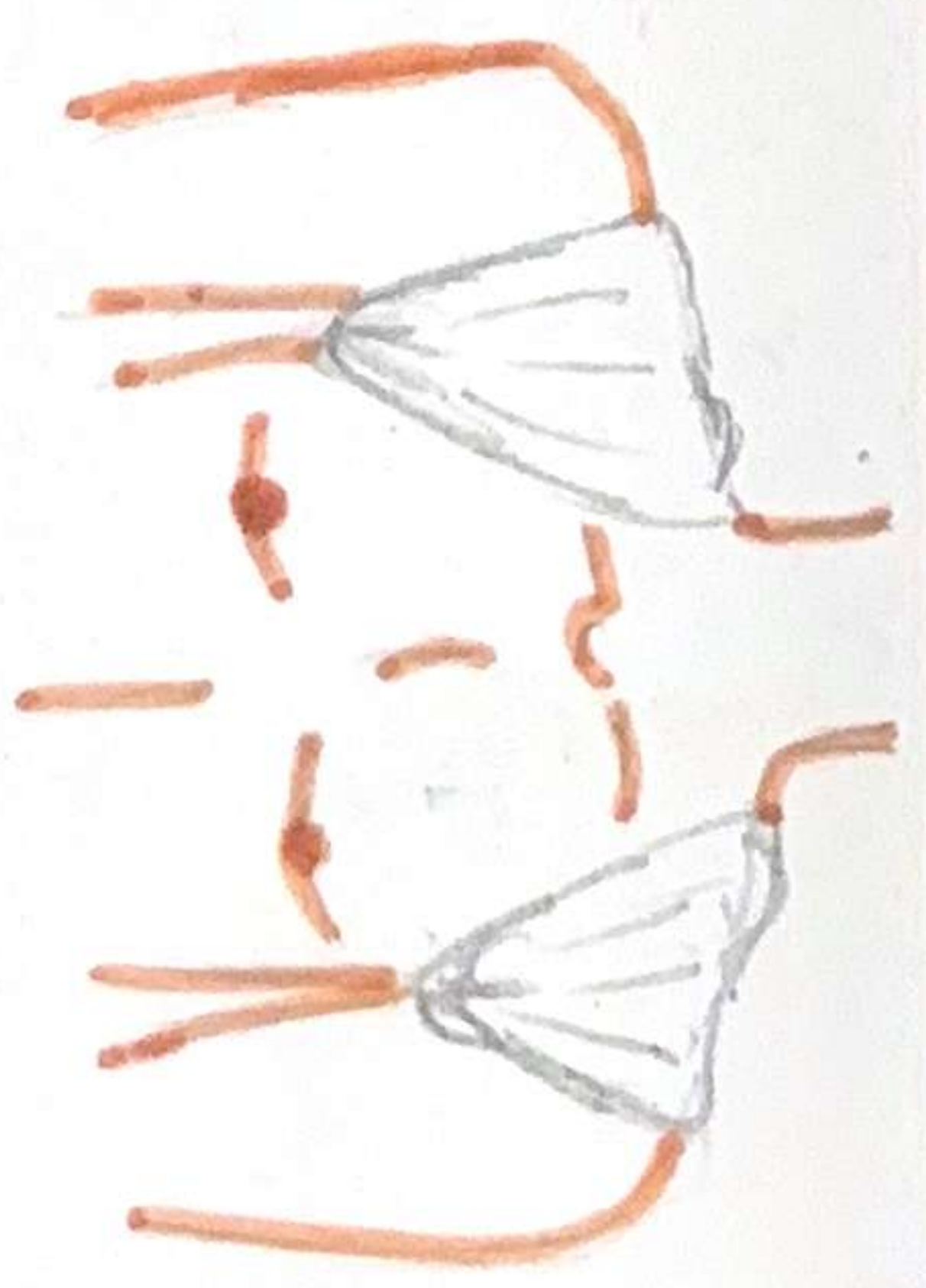
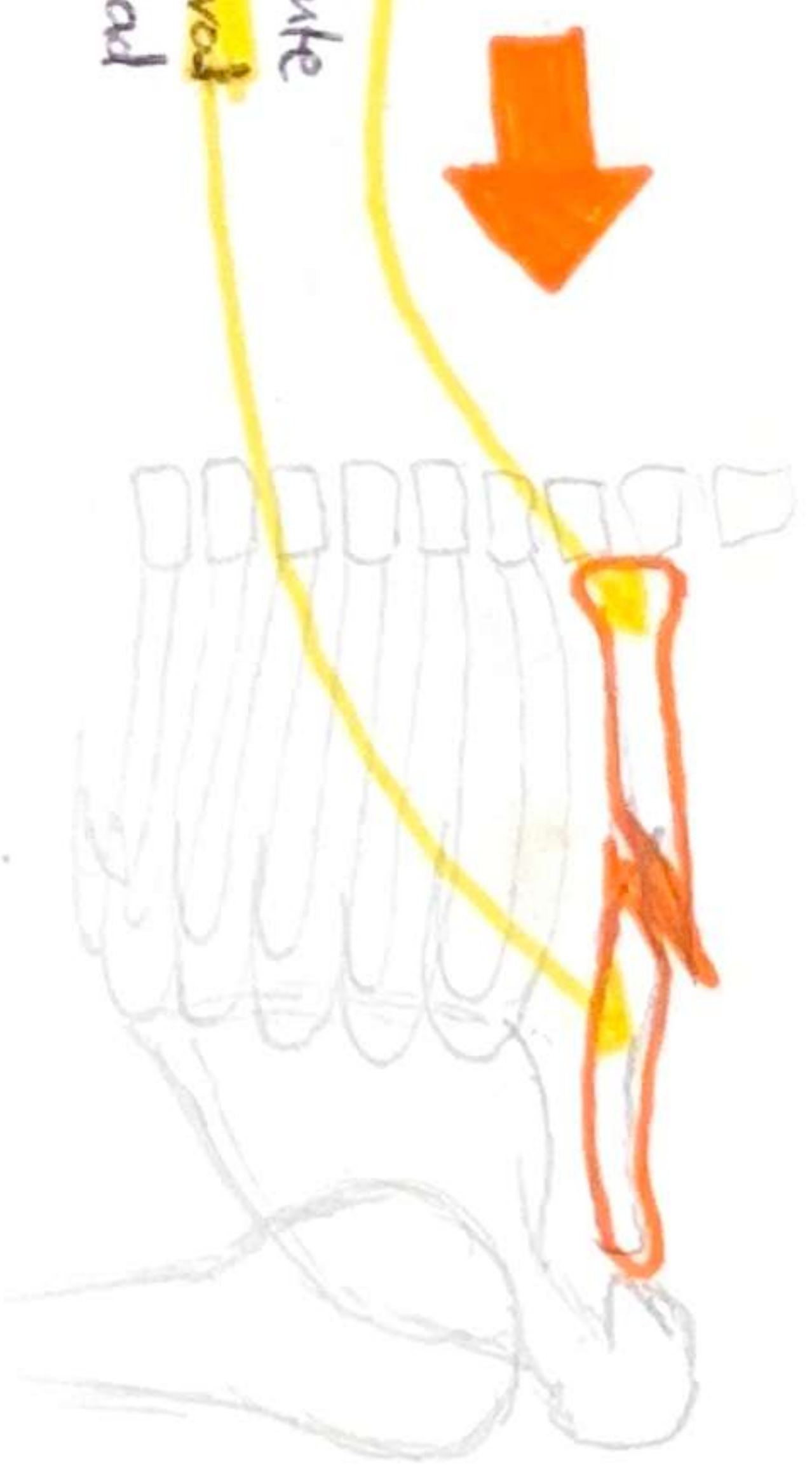
		Autoinjerto	Alloinjerto	Sustitutivo óseo
Osteogénico	Forma hueso	SI	NO	NO
Osteoinductor	Estimula la formación de hueso	SI	Sólo si es hueso esponjoso	SI
Osteoconductor	Dirige la formación ósea	SI	SI	SI

Tabla 3. Tipos de injertos óseos

Fracturas de miembros Torácicos

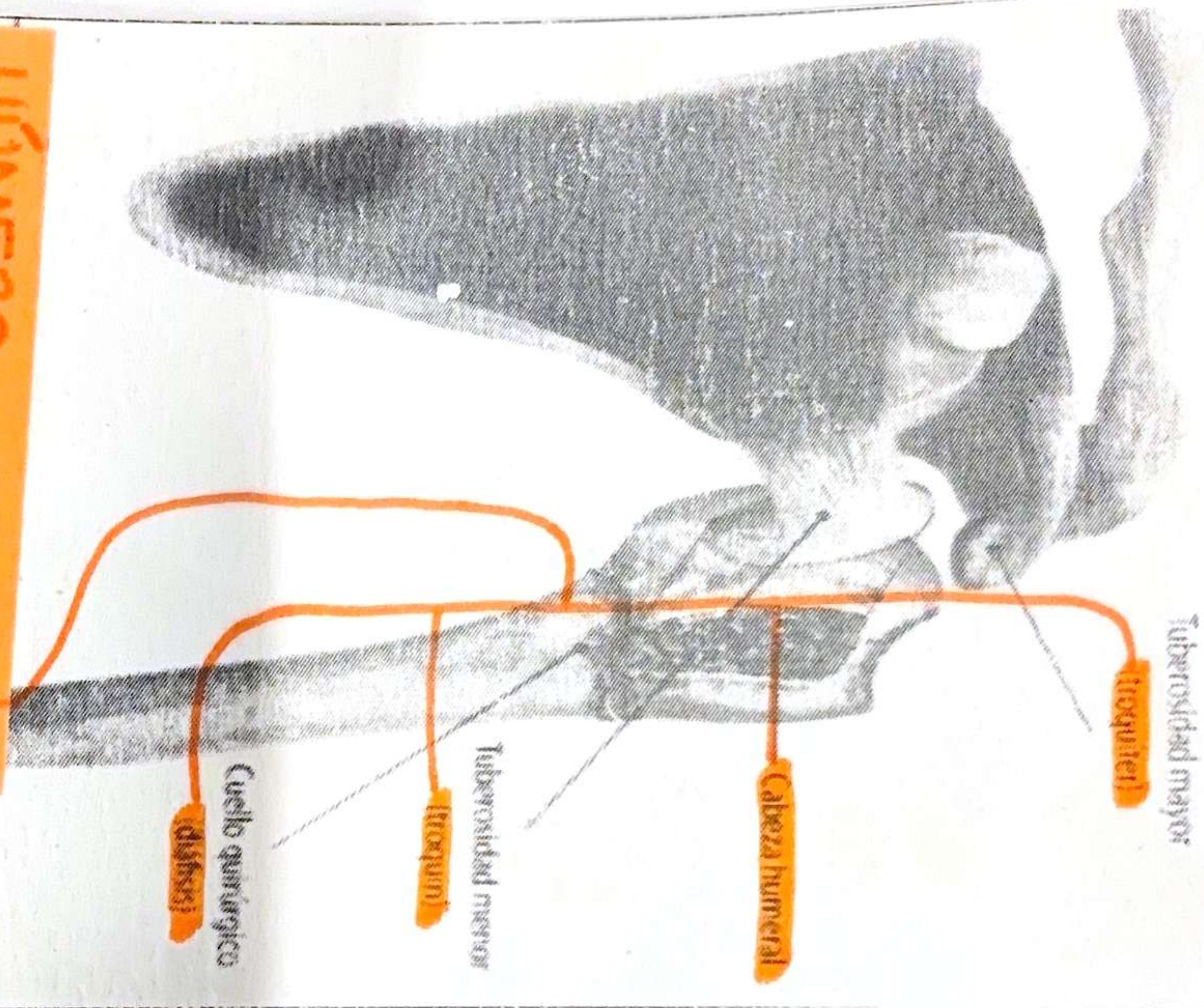
CLAVÍCULA

- + común por fracturas de extremidad torácica
- Raro por trauma directo
- > en 1/3 medio
- Fragmento medial se desplaza posteriormente por acción de Esternocleidomastoideo y lateral se sitúa anteriormente por peso de extremidad superior
- Tto conservador → vendaje en B
 - Fx. poco desplazada
 - 4-5 sem → adultos
 - 2-3 sem → niños
- Complicación + común = mala posición
- Control Rx. → 6-12 sem después
- Diagnósticos:
 - Rx. hombro AP y lateral
 - TAC → Fx en calquiava de los extremos
- Indicaciones Tto Rx: → Osteosíntesis c/placa y tornillos
 - Fx. expuesta
 - Fx con inminente de exposición
 - Lesión neurológica y/o vascular
 - Fx. de cavitas clavícula
 - Fx. con compresión pleuropulmonar
 - Fx. clavícula en torax inestable
 - Hombro flotante c/desplazamiento de la escápula > 2cm



ESCÁPULA

- Fx poco frecuentes → % cuerpo escapular
- Por traumatismos ALTA ENERGÍA
- Asociado a:
 - Fx. costales
 - lesiones plexo braquial
 - lesiones pulmonares traumáticas
 - N. vno supraclavicular
 - Tho. → conservador →
- Ex. → Fx anómala desplazada
- Fx. cervicales → condicionan inestabilidad acromioclavicular
- Fx cuello → muy anguladas
- Fx glenoideas → inestabilidad anti-
 - colar glenohumeral o
 - incongruencia articular
- >25% sobre superficie de glenoidea



HÚMERO

Proximal

- Frecuentes → edad avanzada
- 4 segmentos
- Clasificación de Neer
 - Fx. desplazada
 - 2, 3, 4 segmentos
 - Impacción de la cabeza → rotación
 - Fx. NO desplazadas
 - Espacio intertrocantéreo
 - Angulación < 45°

Tho. → conservador → N. vno supraclavicular

Distal → conservador → N. vno supraclavicular

Clasificación de Neer

DIÁFISIS DE HÚMERO

- Clasificación AO
- Diagnóstico:
 - Rx. AP
 - Rx. lateral
- Tto:
 - Inicial → alineación + fémur escayola + vendaje Velpeau - posterior
 - Verso funcional:
 - Fx. espinoideas → Verso Caldwell
 - u oblicuas largas anguladas y acortadas.
 - Rx.
- Principales complicación aguda → lesión de nervio radial

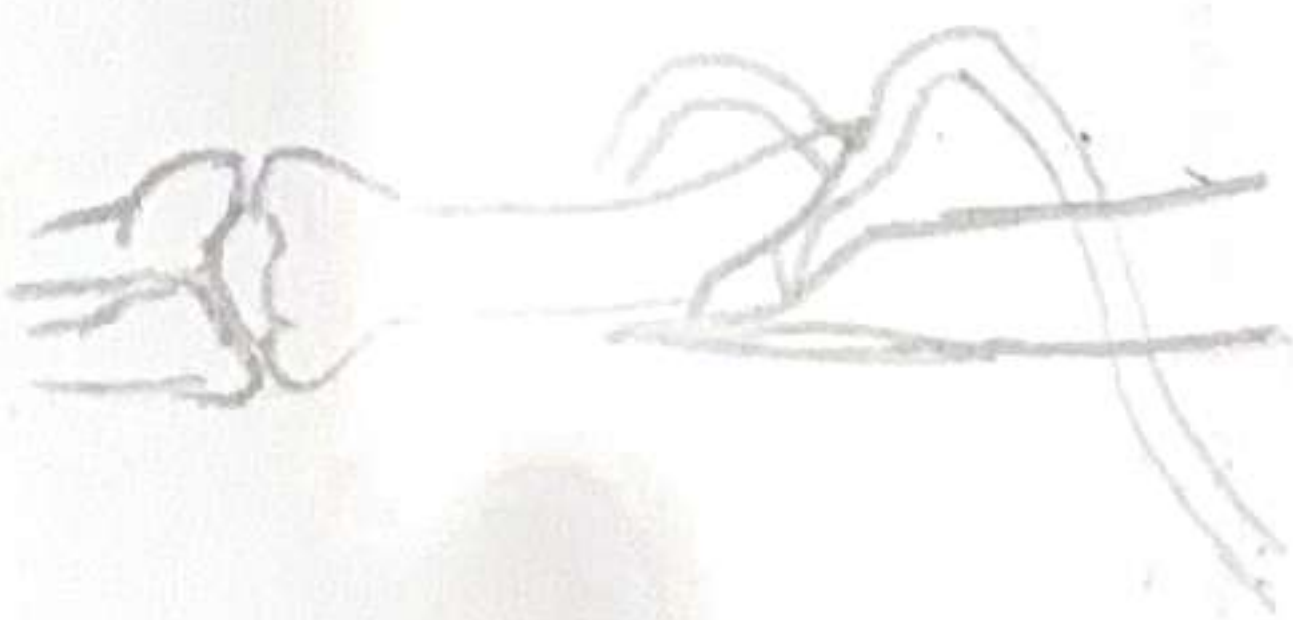
HÚMERO DISTAL

Fx. patela humeral

- Interarticulares
- y desplazadas y ↑ contaminación
- Traumatismo de ALTA ENERGÍA → jóvenes
- Osteopenia → edad avanzada
- Tto. → reducción abierta anatómica + osteosíntesis o/2 placas inicio de rehabilitación inmediata

Fx. Holstein-Lewis

Fx del tercio distal del húmero que presiona o atrapa el nervio radial



Fx. supracondilial de húmero

- Traumatismo ocasionado por trauma axial con codo en flexión $< 90^\circ$
- Incapacidad funcional absoluta y acortamiento de la extremidad

Luxación de codo

- Trauma posterior a caída sobre mano en hiperextensión
- Dolor intenso en la articulación e incapacidad funcional

Fx. apófisis coronoideas

Caidas con brazo en semi flexión
En luxaciones posteriores del codo
Dolor al palpar cava anterior del codo
Dificultad para flexo - extensión
articular

Fractura	Fragmentos	Tratamiento
No desplazadas		CONSERVADOR
Desplazadas	2 y 3 fragmentos	OSTEOSÍNTESIS
	4 fragmentos	Jóvenes-OSTEOSÍNTESIS Ancianos-PRÓTESIS
	2 fragmentos en fractura-luxación por cuello anatómico	PRÓTESIS
	2 fragmentos en fractura por cuello anatómico en paciente anciano	PRÓTESIS (indicación más relativa)
	3 fragmentos en fractura-luxación en paciente anciano	PRÓTESIS
	3 fragmentos en paciente anciano	PRÓTESIS (indicación más relativa)

FRACTURAS DE RADIO DISTAL

Fx. Colles → **Tener** = deformidad

- La más frecuente de RD
- Fragmento distal se desplaza dorsal y radial con cierto grado de supinación
- Fx. 1/3 distal de radio + Fx apofisis estiloides del cubito
- > en f. postmenopausa
- Producido por caída en hiperextensión de la muñeca

Tto: - conservador → reducción cerrada + aparato ortopalmar con muñeca en flexión y desviación ulnar

- Ex. → clavos y/o fijador placa volar



Fractura de Smith (Colles invertida)



Fractura-inversión de tipo Barton

complicación del nervio mediano

- Secundario a caída con dorso de la mano → hiperextensión
- Fragmento distal se desplaza hacia palmar
- Deformidad absoluta se llama en palma de javalier
- Si se desprende el margen dorsal → Fx. Barton
- Si margen palmar es → Fx. Barton invertida
- Cualquiera de las 2 + subluxación del carpo
- Tto. Gx. si desplazamiento > 2cm conservador 2cm Fx articular, inestable y desplazada

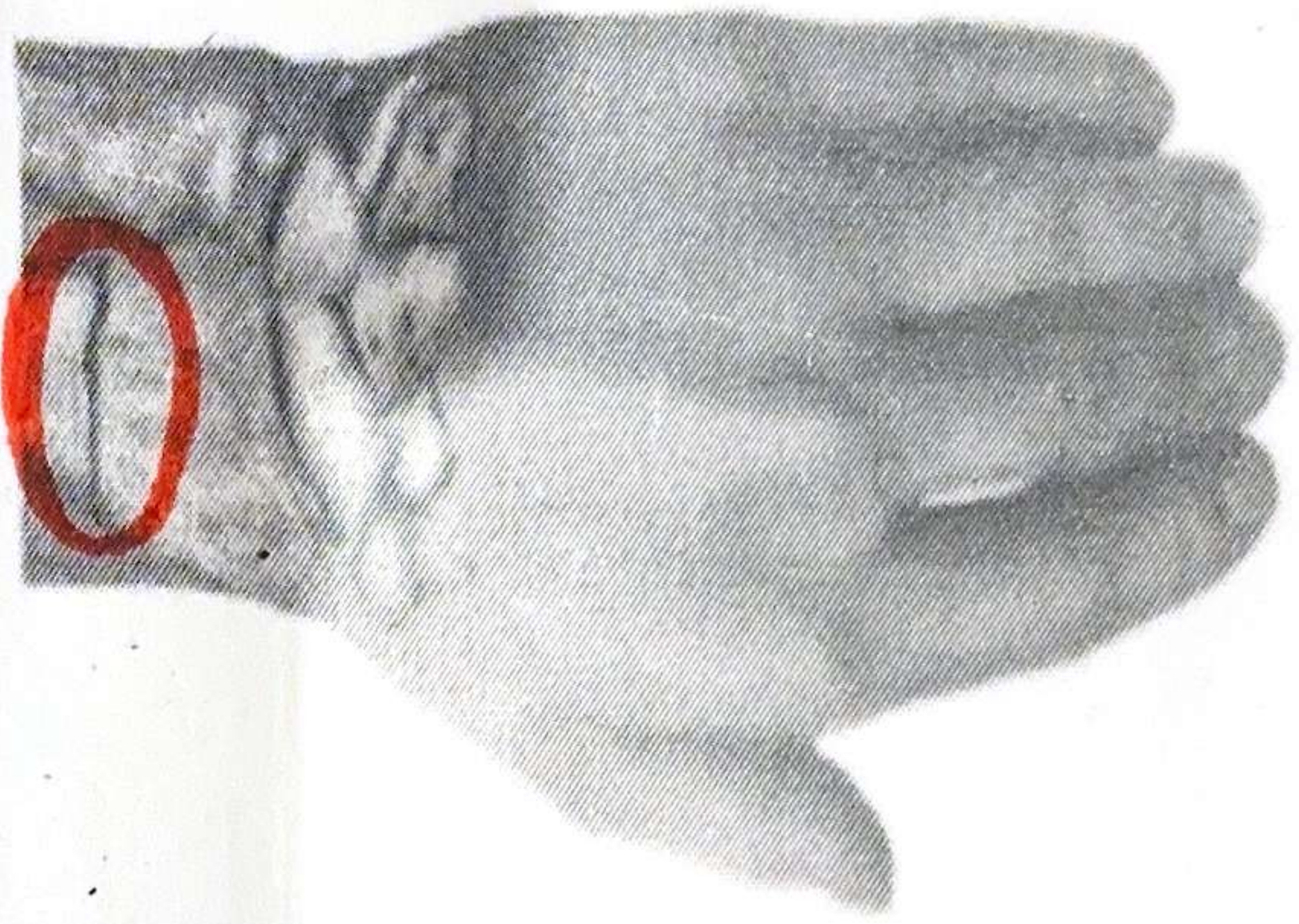


Hutchinson o del "Chauffeur"

- Típica en conductores y motoristas → secundario al chocar y agarrar volante con fuerza y se fracturan estiloides radial
- Pronóstico si fragmentos se separan, o presencia de muñeca con disminución o angulación

- inestabilidad:
- 4 dorsal > 20°
 - Aumentan en bde radial > 10 mm
 - In tmb con disminución dorsal

FRACTURAS DE RADIO DISTAL



Fractura de Colles

Fractura de Barton



Hutchinson o del "Chauffeur"

- Típica en conductores y choferes → secundario al chocar y agarrar volante con fuerza y se fracturan estiboides radial
- Pronóstico si fragmentos se separan, o presencia de avulsión o angulación

complicación del nervio mediano

- Instabilidad:
- 4 dorsal 20°
 - Aumentar todo 60°
 - 10 mm
 - Infracción avulsión dorsal

- Tto. Qx. si desplazamiento > 2cm
- Conservador 2cm
- Fx articular, inestable y desplazada

las 2

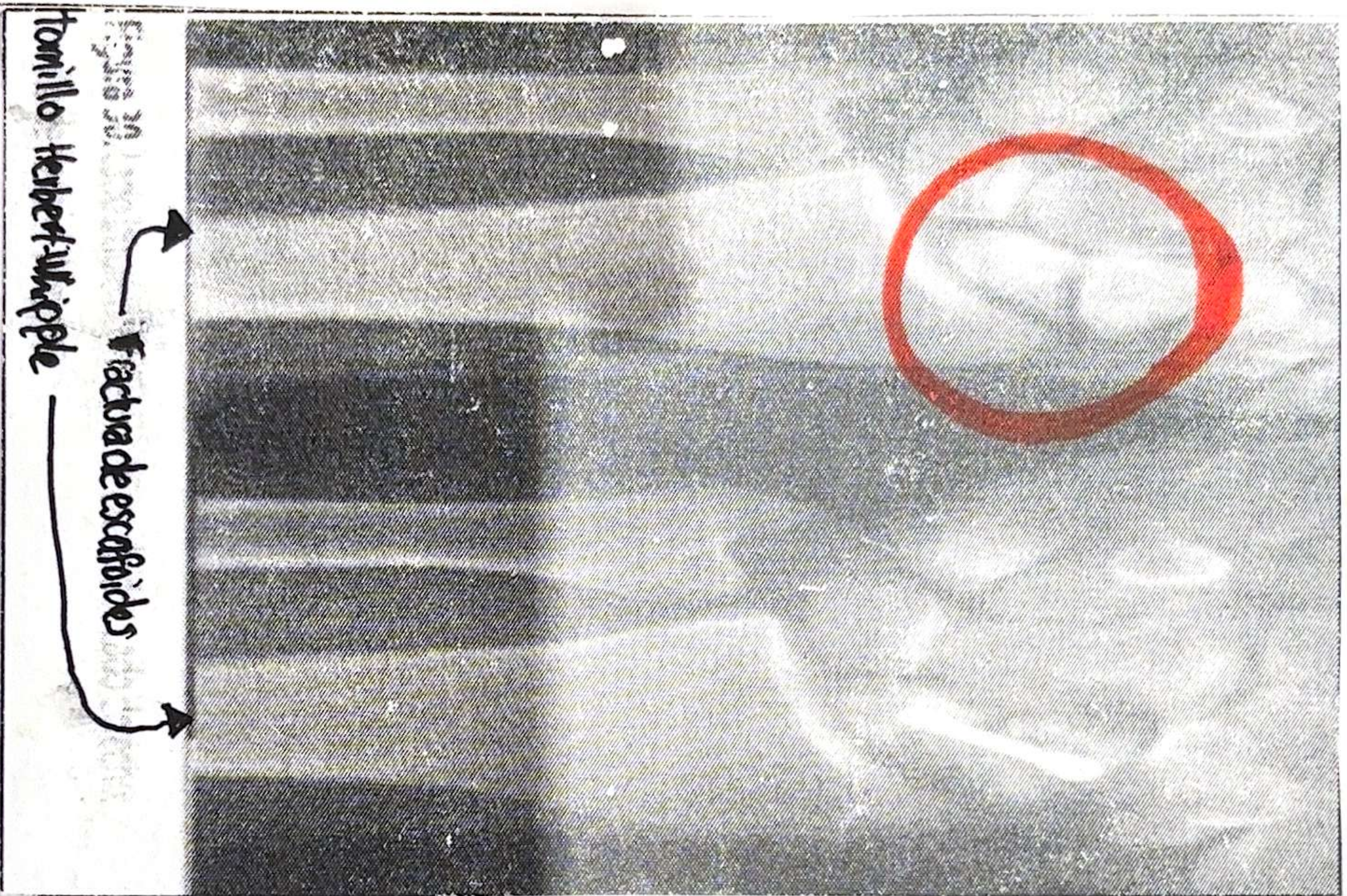
de el

na en

distal

no de

ESCAFOIDES



ENF. KIENBOCK → Necrosis secundaria

- > pacientes jóvenes
- secundario a caída sobre "talón" de la mano → forzando extensión de mano

• Clínicas:

- Dolor en **base de la 1ª metacarpiana**
- Oligoartros → Tumefacción

• Si se visualiza Fractura:

- Inmovilización en yeso, in-clusando 1er dedo → 2-3 m.

• Si NO visualiza Fx:

- Inmovilizar muñeca y repetir Rx. en 2sem

• Fx. desplazadas → Tho. Or.

- Reducción y osteosíntesis

• Complicaciones:

- Ausencia de consolidación
- Necrosis isquémica de polo proximal → por vasculonizados

• Piso de la Tabaquera es escifoidea
 • Contiene 20 NEURONAS:
 - Extensor largo del pulgar
 - Extensor corto del pulgar

Prueba de ALLEN:

- Test de funcionalidad del arco palmar superficial

Temo simovitis de QUERVAIN:

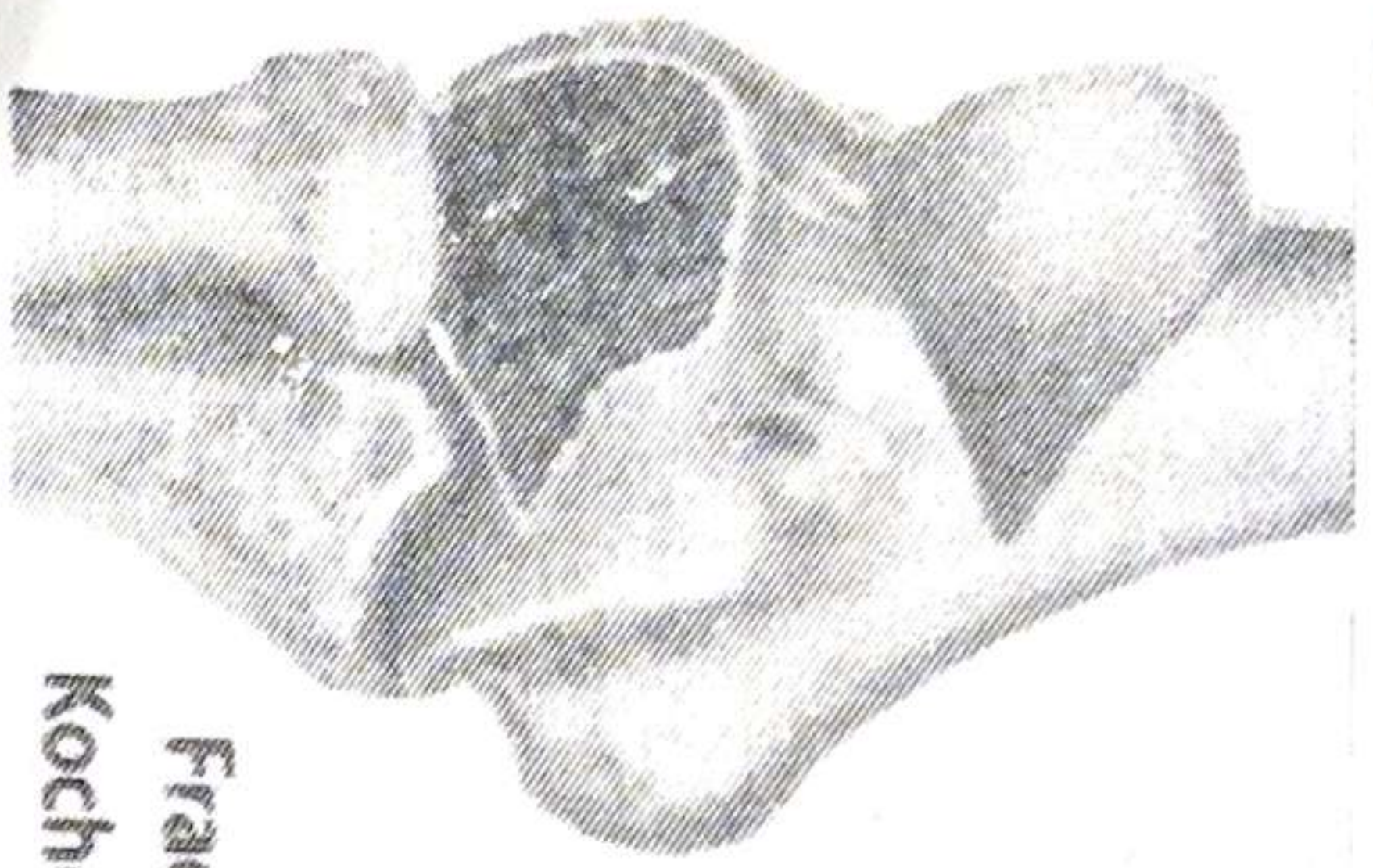
- Realizar prueba de Finkelstein

esto sí es +

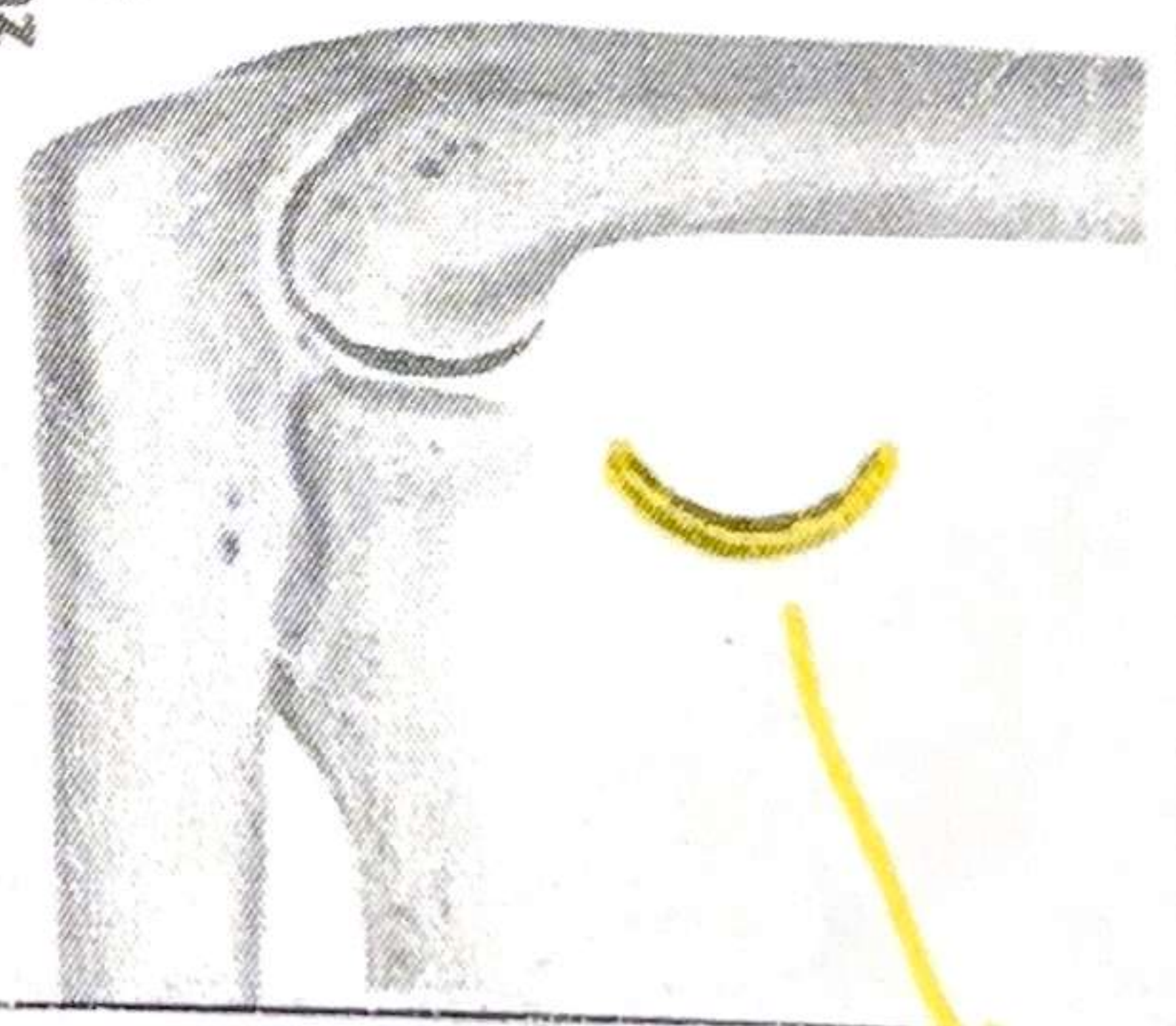


- uso de muñequera y terapia RICE

FRACTURAS DE CÓNDRILLO HUMERAL

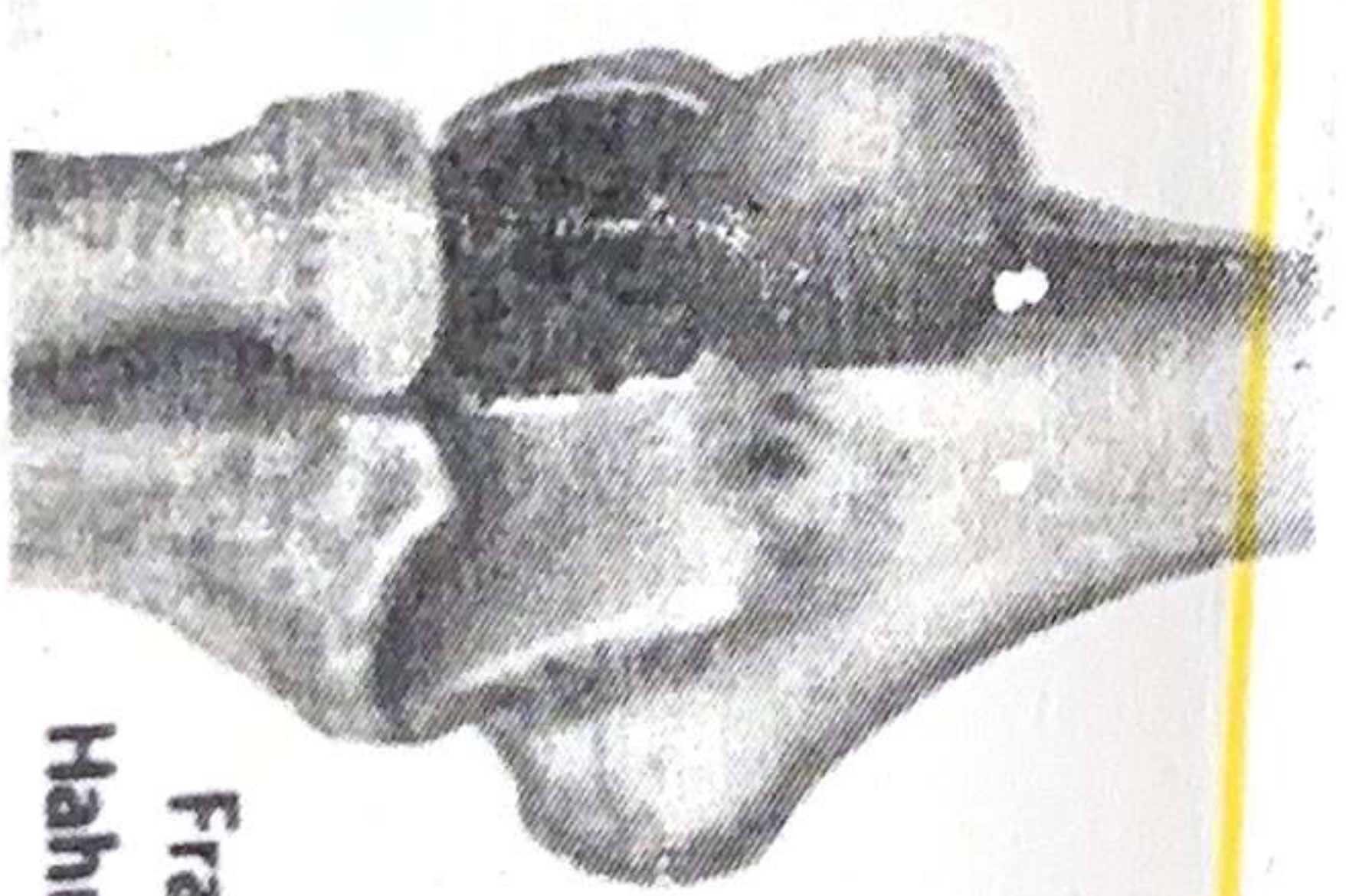


Fractura de Kocher-Lörenz

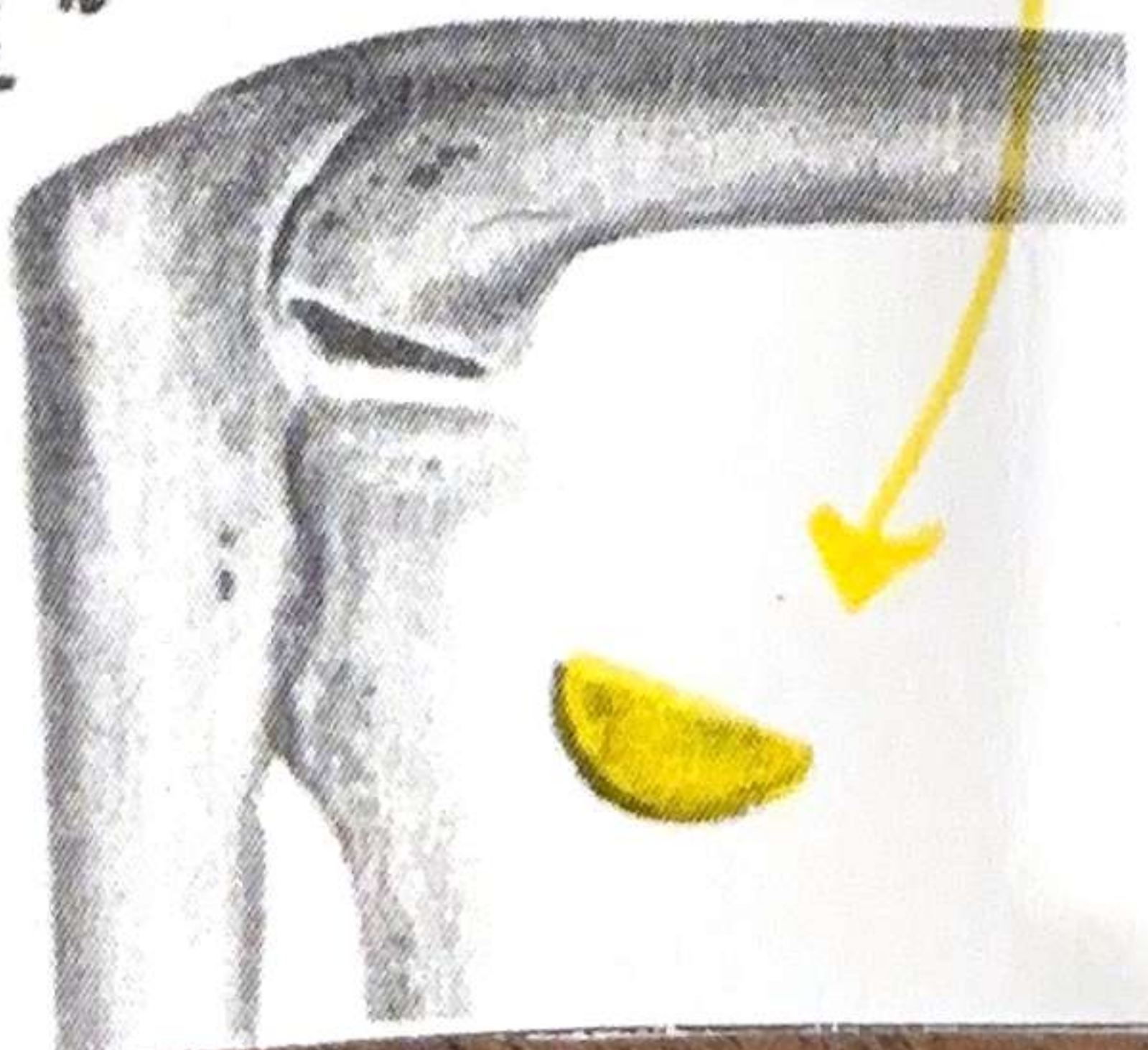


- Fractura osteocondral = una parte del condilo
- Reducción abierta + osteosintesis de la fx. → extracción del fragmento y movilización precoz

- Fractura de **TODO** el condilo
- Reducción abierta + osteosintesis
- Movilización precoz



Fractura de Hahn-Steirthal



Fx. epicondilo y epifisolea

- Muy raras en adultos
- Frecuentes en niños
- Epifisolea → asociada a luxación de codo
puede tratarse de forma conservadora

OLECRANON

- Traumatismos directos sobre codo en flexión
- Asociada a contractura potente y bursitis del trícep
- Incapacidad para extensión activa del codo
- Tto. Or.
 - Reducción abierta + osteosintesis con agujas y cerclaje de alambre

DIÁFISIS DE ANTEBRAZO

Fx. aislada de diáfisis cubital

- Fx. BASTONAZO → por agresión al paciente y se protege con el borde cubital del antebrazo

- Tto. → conservador con yeso

Bregio anteroposterior seguido de yeso funcional siempre que sea un desplazamiento < 50% o de 10°

Or. si desplazamiento > 50% o > 10° o hay presencia de tercer fragmento → reducción abierta

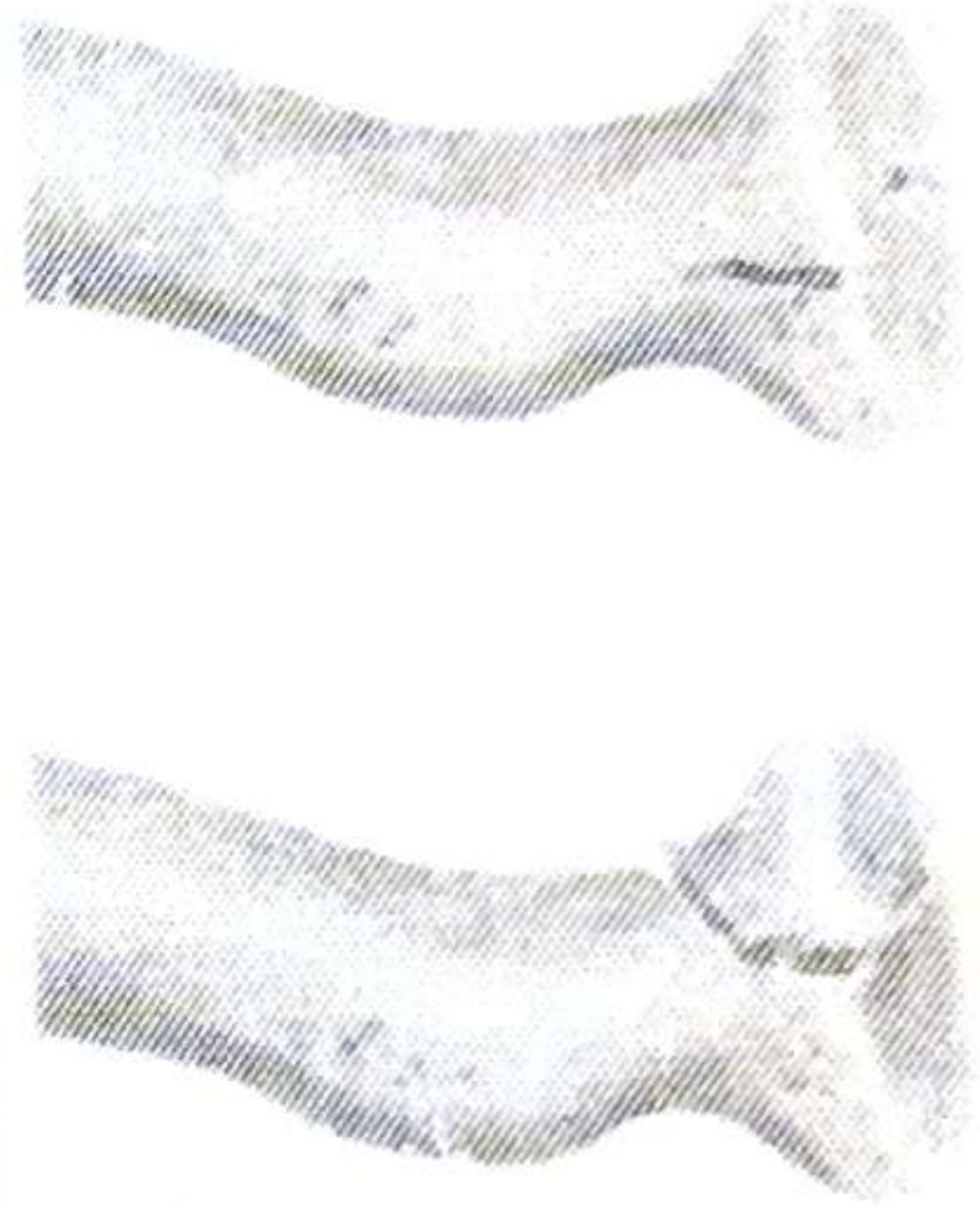
Y fijación interna
q placas y tornillos

Fx. de diáfisis de ambos huesos del antebrazo

- Tto → Or en adulto
Osteosintesis de ambos diáfisis

Fracturas de cabeza radial
(clasificación de Mason)

Tipo I Tipo II Tipo III

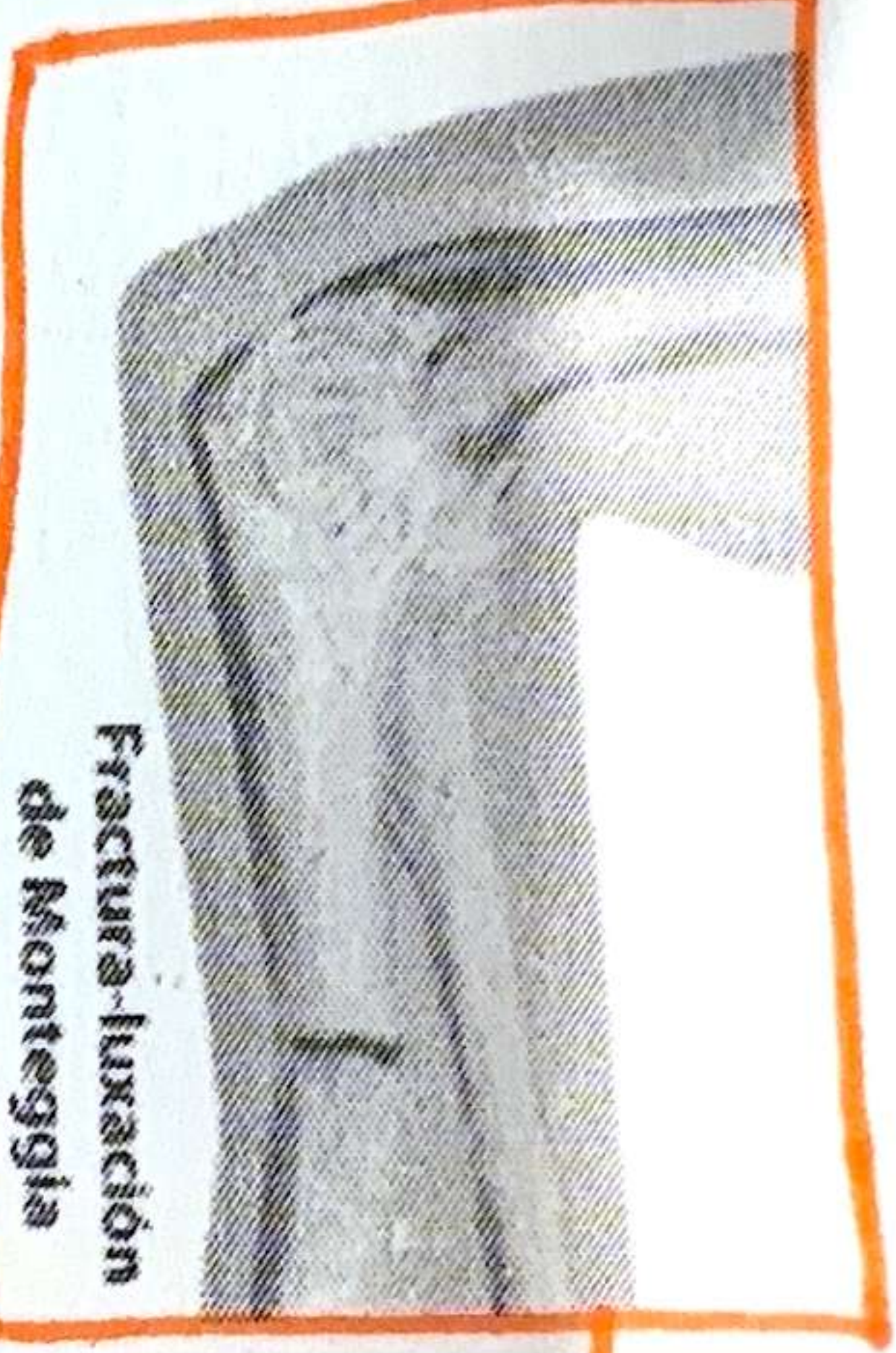


Fx. cabeza y cuello de Radio

- Caída sobre mano con codo en extensión o semiflexión
- Dolor en cara anteroexterna del codo
- Exacerbada en maniobra de pronosupinación

- Luxación de cabeza radial
- Fx. de cúbito

- Asociada a:
- Lesión de nervio intrínseco posterior rama profunda del nervio radial



Fractura-luxación de Monteggia



Fractura-luxación de Galeazzi

Fractura-luxación de Essex-Lopresti

Fractura de cabeza de radio, lesión de Essex-Lopresti

- Fx. comminuta de cabeza de radio
- Luxación radiocubital distal (lesión articular + membr. interósea)

- Fx. de diáfisis de radio
- Luxación distal radiocubital

Sx. TUNEL DEL CARPO

• Nervio MEDIANO sufre compresión a nivel de la muñeca

• Clínica

- Paronquias en dedos
- sensación de dolor e incharca en mano
- debilidad del pulgar → al pellizcar

• Tto.

- Infiltrar
- Qx

CONTRACTURA DE DUPUYTREN

• Producida por engrosamiento y retracción del tejido ubicado debajo de la piel de la palma → fascia palmar

• Tejido de fondo engrosado → acorda

• Grados:

- I Nódulo y pequeño baxelo
- II Acorda
- III Tendones/verdas gruesas, tenas y flexión de los dedos

• Tto:

- Fasciotomía
- Fasciectomía

• A nivel de aponeurosis en Diabetes o Metabólico



GANGLIÓN O QUISTE SINOVIAL

• Herida de envoltura de tendones o cápsula articular

• Diagnósticos:

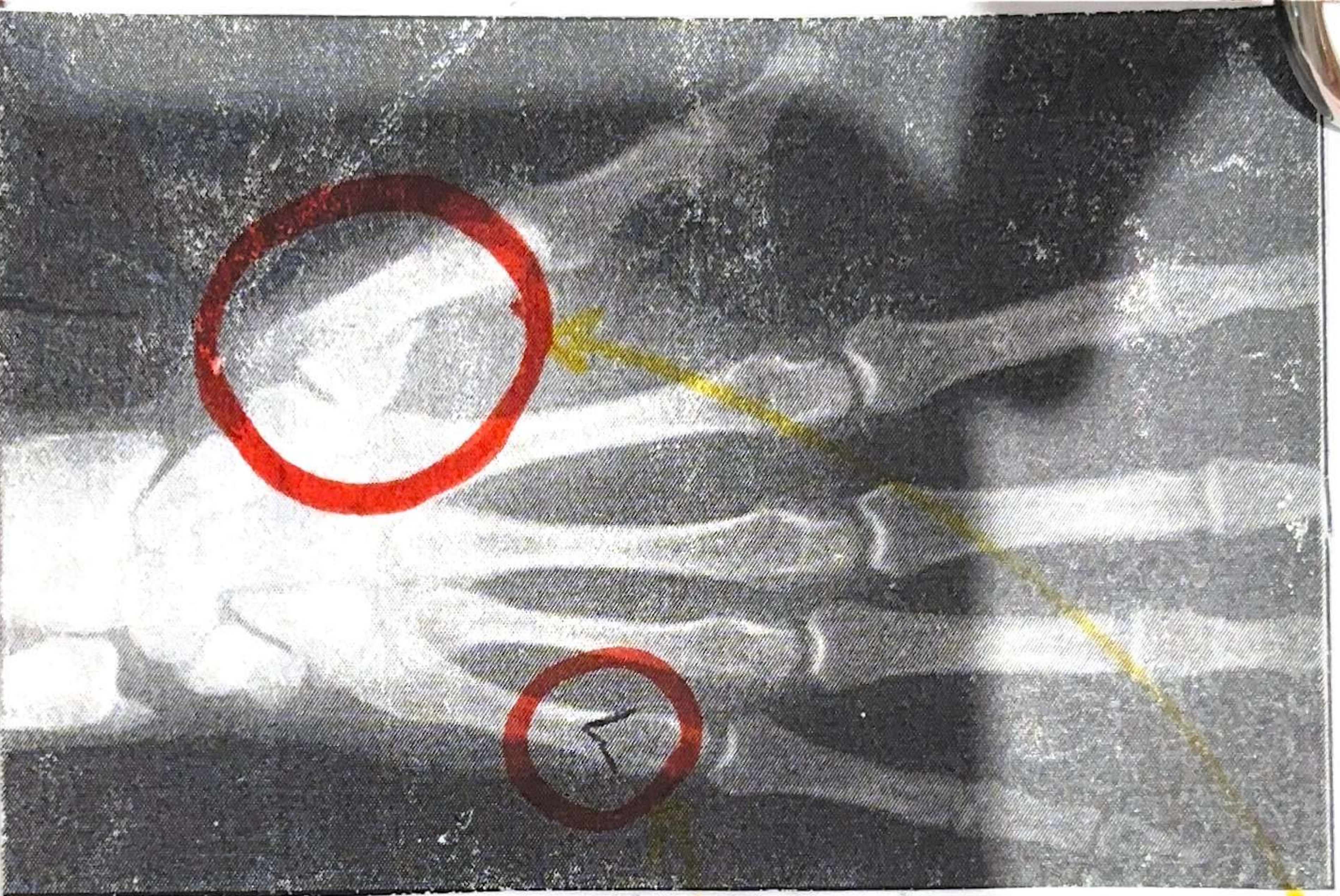
- Clínicos
 - ↑ de volumen
 - Algunos casos
 - ↑ movilidad
 - Dolor

- USG
- RMN

• Tto:

- Rinción → 80%
- Qx → 90%

METACARPÍANOS Y FALANJES



Fx de Bennett

- Fx. oblicua intraarticular inestable
- Hay desplazamiento proximal de la diáfisis por acción del separador largo del pulgar
- Tto. → OX. → reducción y osteosíntesis
- Fx. luxación

Fx. de Rolando

- 3 fragmentos
- Fx. intraarticular y comminada
- → Tto. ortopédico y movilización precoz

Fx. de Boxeador

- Cuello del quinto metacarpo
- con desplazamiento
- Reducción cerrada e inmovilización c/ yeso

- Fractura de falanges → manejo conservador
- Complicación → Rigidez → iniciar movilidad de los dedos precozmente a las 2-3 sem sin separar que haya signos radiográficos de consolidación completa
- Falange distal → más importante las partes blandas que la Fx.

MANO TRAUMÁTICA

- Lesión grave de mano y muñeca → accidente de tráfico o trabajo
↳ lesiones óseas, tendinosas y neurovasculares

• Diagnóstico:

- Rx. AP y lateral → Fr y luxaciones
- TC → planimetración de lesiones óseas
- RMN → lesiones complejas de partes blandas

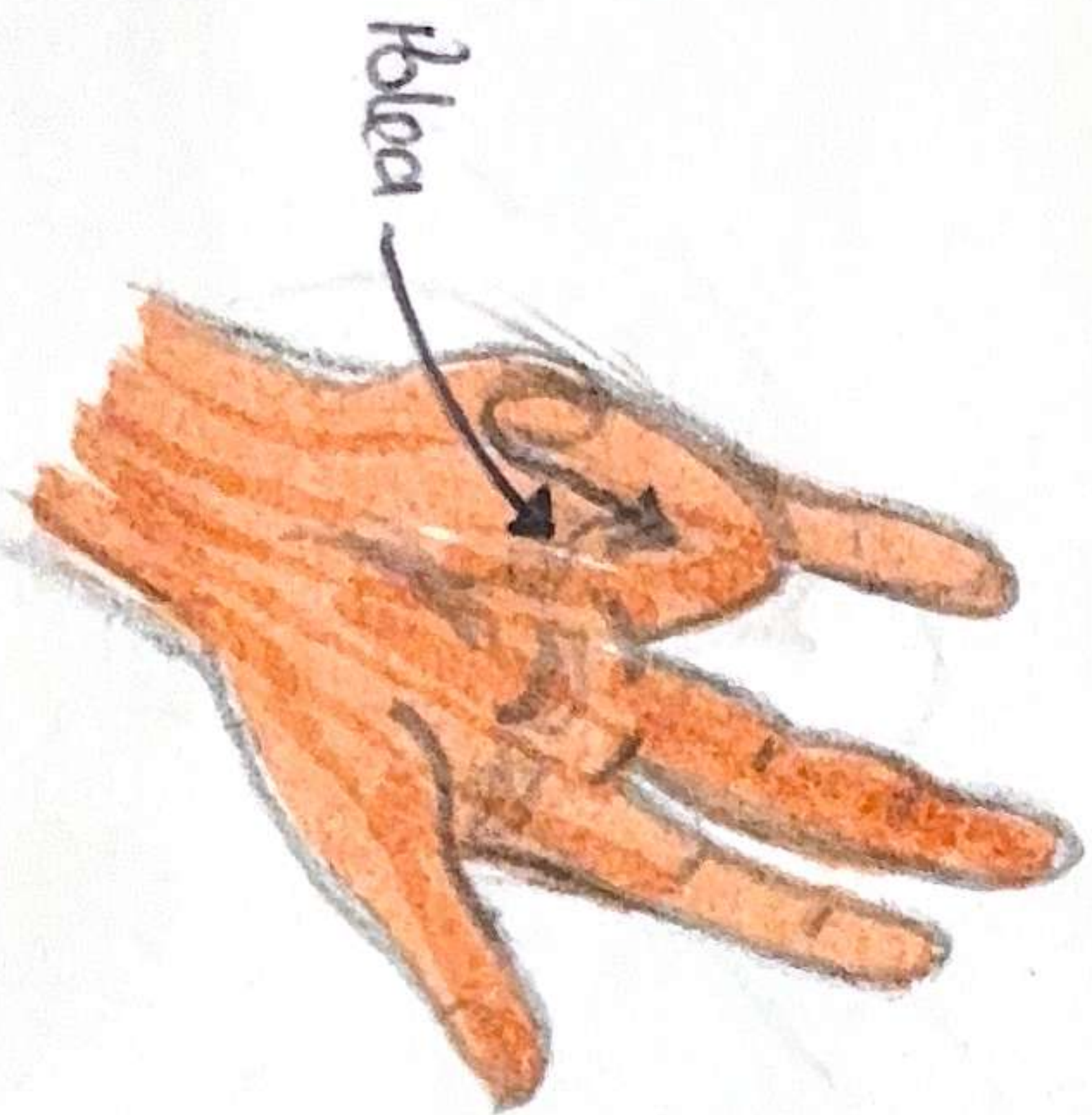
- Test. Allen → vascularización de la mano



DEDO EN GATILLO

Tendosinovitis con bloqueo en polea A-1

Poleas + importantes A2 y A4



DEDO DE BOUTONNIÈRE

- Lesión en banda central/lateral del extensor largo del dedo anular en región dorsal proximal de falgange media
- Tto. conservador clortecais



FRACTURA DE PELVIS Y MIEMBRO PELVICO

PELVIS

Dos tipos

- Fx. estables:
- Fx no estables

Interrupción del anillo pélvico en uno o más pts.

• Adolescente → avulsiones de la apófisis en las que se insertan los diferentes músculos
Tto. → conservador

Ligamentos **SACRILUACOS** posteriores → elementos + importante de la estabilidad de anillo.

• Fx. alta energía → accidentes tráfico
- Inestable en plano medio lateral
- No plano vertical

! **Importancia** → **lesiones asociadas:**

- ▶ Vasos ilíacos
- ▶ Plexo lumbosacro
- ▶ Recto
- ▶ Vagina
- ▶ Vía urinaria

INSTABILIDAD
10-20%

• Pacientes politraumatizados sin evidencia visible de Fx. pero si detección hemodinámica

• Tto → estabilizador con fijador externo, sonda después de verificar que no hemorragia osteointeraleis de parte posterior de la pelvis

• Ox. Indlicaciones:

- Desplazado > 2mm
- En las que articularción de cadera este subluxada
- Luxación de cadera que no pueda ser reducida de forma cerrada
- Incurcenciaión intraarticular de fragmentos óseos

FRACTURA DE PELVIS Y MIEMBRO PELVICO

PELVIS

Dos tipos

- Fx estable
- Fx no estable

Interrupción del anillo pélvico en uno o más pts.

Ligamentos sacrospinosos posteriores → elemento + importante de la estabilidad de anillo

Adolescentes → avulsiones de la apófisis en las que se insertan las diferentes músculos
Tto. → conservador

Edad avanzada → Fx ramas pélvicas sec. a caída al suelo
Tto. → conservador
Fx por insuficiencia (osteopenia/osteoporosis) son patológicas
Rx. gammagrafía o TC
Tto. → conservador ocasional Rx.

Fx alta energía → accidentes tráfico
Inestables en plano medio lateral y/o plano vertical

Importancia → lesiones asociadas

- ▶ Vena ilíaca
- ▶ Plexo lumbosacro
- ▶ Recto
- ▶ Vagina
- ▶ Uterina

URTERAL

Pacientes politraumatizados evidencia visible de Fx. por detorno hemodinámico

Tto. → estabilizador con fijación externa, sonda de verificación que no osteosintesis de fijación de la pelvis

ACETÁBULO

● suelen producirse por traumatismos de ALTA ENERGÍA → asociados a LUXS de cabeza femoral

● Diagnóstico

- Rx. AP / Oblicua alar / Oblicua oblicua
- TC.

Proyecciones de Judet

● CLASIFICACIÓN JUDET

Fx. simples

- de pared anterior
- Columna anterior
- Pared posterior
- Columna posterior y transversa

Fx. Complejas

combinación de varios tipos de simple

● Son Fx. intraarticulares de un segmento del esqueleto que soporta la carga del organismo

● Tto → conservador cuando NO desplazada (distancia interfragmentaria < 2 mm)