



Mi Universidad

FLASHCARDS

Andrea Díaz Santiago

Flashcards

4º parcial

Clínicas quirúrgicas completarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina humana

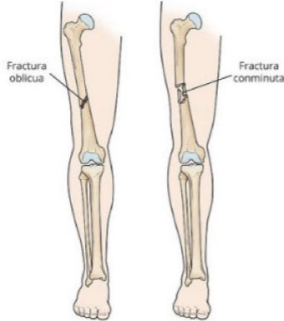
7°C

Comitán de Domínguez, a 08 de diciembre de 2024.

FRACTURA DE FÉMUR

ETIOPATOGENIA

En ancianos suele ser por osteoporosis y caída simple → La fractura más común es la lateral y la región trocantérea del fémur recibiendo el impulso mientras que por los jóvenes es por trauma de alto impacto



CLÍNICA

Deformidad clínica refleja el desplazamiento de la fractura
 Fractura desplazada: Acortamiento y rotación de extremidad afecta y no puede mantenerse de pie
 Fractura no desplazada: Ausencia de deformidad clínica → Puede andar y dolor es discreto Si

DIAGNÓSTICO

Radiografía AP y Axial de cadera



TRATAMIENTO

Manejo inicial (ATLS):
 Estabilización hemodinámica: Control de hemorragias y reposición de líquidos.
 Inmovilización: Con férula de tracción temporal.
 Analgésicos: Manejo del dolor.
 Tratamiento definitivo:
 Conservador:
 Fracturas estables y no desplazadas en pacientes con contraindicaciones quirúrgicas.
 Método:
 Tracción esquelética temporal o inmovilización con yeso en fracturas diafisarias (casos seleccionados).

Quirúrgico:
 Fracturas desplazadas, inestables o con riesgo de complicaciones.
 Técnicas:
 Clavo intramedular bloqueado: Gold standard para fracturas diafisarias.
 Placas y tornillos: En fracturas distales o diafisarias complejas.
 Artroplastia parcial o total: En fracturas de cuello femoral con riesgo de necrosis avascular en ancianos.
 Fijación externa: En casos de politraumatismo o fracturas abiertas con compromiso severo de tejidos blandos.

FRACTURA DE CABEZA FEMORAL

ES:

Fractura parcelar de parte de cabeza generalmente asociada a luxación de cadera por accidente

CLINICA

Subluxación de cadera, que puede haber posible que se dificulte la reducción se fragmento

CLASIFICACIÓN PIPKIN

- I.- fragmento en parte baja de cabeza, en zona de carga
- II.- Fragmento de parte superior a inserción del ligamento redondo o zona de carga
- III.- Fractura tipo I o II asociado a fractura en cotilo - cuello femoral
- IV.- Fractura tipo I o II asociado a fractura en cotilo (generalmente en borde posterior)

TRATAMIENTO:

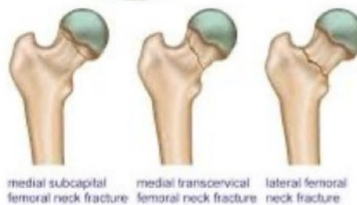
ortopédico en fractura sin desplazar y si hay desplazamiento tiene que haber reducción anatómica
 → Después de cirugía se debe mantener descarga prolongada por 2 m con movilización precoz para mantener arcos de movimiento articular

DIAGNÓSTICO

Dolor al palpar la región de la cadera.
 Imposibilidad de elevar el miembro afectado.
 Signo de acortamiento y rotación externa en casos desplazados.

Radiografías simples: AP de pelvis y lateral de la cadera.
 TAC: Para fracturas complejas o no visibles en la radiografía.

RMN: En sospecha de fracturas no desplazadas, especialmente en pacientes con dolor persistente.

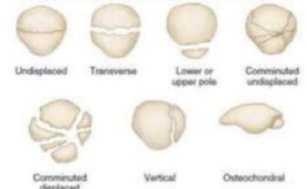


FRACTURA DE PATELA (ROTULA)

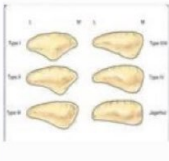
ES:

Lesión ósea que compromete la rótula, generalmente causada por traumatismos directos o indirectos, que puede alterar la funcionalidad del mecanismo extensor de la rodilla

Clasificación de Rockwood



TIPOS DE PATELA Wiberg y Baumgartl



Tipo I: 2 facetas cóncavas y simétricas (10%)
Tipo II: Faceta medial es m corta, (65%)
Tipo III: Faceta medial es pequeña y convexa (27%)

MECANISMO:

Traumatismos directos:

Golpes en la cara anterior de la rodilla, como caídas sobre superficies duras.

Impactos en accidentes de tránsito (p. ej., contra el tablero del automóvil).

indirectos:

Contracción violenta del cuádriceps mientras la rodilla está en flexión, como en deportes o caídas.

Dolor: Intenso, localizado en la parte anterior de la rodilla.

Edema: Hinchazón evidente alrededor de la rótula.

Deformidad: En fracturas desplazadas.

Hematoma: En la región prepatelar o intraarticular.

Impotencia funcional: Incapacidad para extender activamente la rodilla.

Crepitación: En fracturas desplazadas al mover la rodilla

CLÍNICA

TRATAMIENTO

Inmovilización: Con férula o rodillera en extensión.
Control del dolor: Analgésicos y antiinflamatorios.

Evaluación del aparato extensor: Para determinar si la fractura es funcionalmente significativa.

Tratamiento definitivo:

1. Conservador:

Indicaciones:
Fracturas no desplazadas (<2 mm de separación).

Aparato extensor funcional.

Método:

Inmovilización en extensión con yeso o férula durante 4-6 semanas.

Movilización progresiva tras consolidación radiológica.

Quirúrgico:

Indicaciones:

Fracturas desplazadas (>2 mm de separación).

Interrupción del aparato extensor.

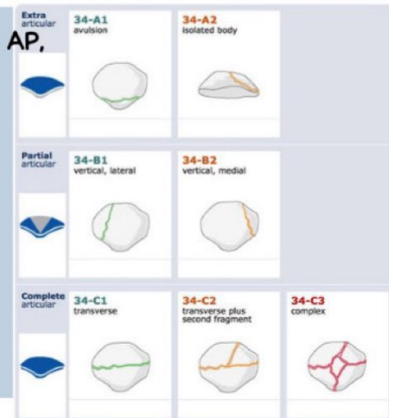
Fracturas conminutas.

DIAGNÓSTICO

Radiografías simples: Proyecciones AP, lateral y axial de rodilla.

TAC: En fracturas complejas o intraarticulares para planificar el tratamiento.

RMN: En casos con lesiones ligamentosas o condrolabrasiones asociadas.



FRACTURA DE CAPULA RADIAL

ES:

Es una fractura de la cabeza del radio, el hueso que va desde el codo hasta la muñeca, asociado a lesión ligamentaria

Dolor pronación supinación
Deformidad
Aumento del volumen
Tumefacción
Impotencia funcional
abiertas.

CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

Radiografía

AP

lateral

más clínica:

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/Prótesis

CLASIFICACIÓN DE MASON

	CLASIFICACIÓN DE MASON		TRATAMIENTO
Tipo I	Fracturas no desplazadas o con desplazamiento mínimo (<2mm). No lesiones asociadas. Mas Frecuente.	TIPO I	Tratamiento conservador (ortopédico), yeso durante 10 días.
Tipo II	Fractura marginal desplazada (>2mm), a menudo con fragmento único. Lesiones asociadas. Movilidad limitada mecánicamente.	TIPO II	Reducción abierta y fijación interna (RAFI).
Tipo III	Fractura conminuta total y articular de la cabeza radial. Lesiones asociadas. No reconstruible.	TIPO III	Resección para recuperar la movilidad. Puede requerir implante protésico.
Tipo IV	Fractura de tipo I, II o III asociada a luxación del codo. Menos frecuente.	TIPO IV	Resección. Osteosíntesis o sustitución de la cabeza del radio por implante metálico.

FRACTURA DE CUELLO FEMORAL

ES:

Fractura intracapsulares, resulta afectada la vascularización de la cabeza femoral y además hay aparición de necrosis secundaria

CLASIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

Fractura subcapital (Borde de cabeza)
Fractura transversal (centro del cuello)
Fractura basicervical (Base)

La reducción tracción y rotación indicada en fracturas no desplazadas y en pacientes jóvenes (incluyendo si son desplazadas)

Clasificación-Garden

	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Desplazamiento	NO DESPLAZADA		DESPLAZADA	
Trazo de la fractura	Parcial	Completo	Desplazamiento parcial	Desplazamiento total
Riesgo Necrosis Ávasc	BAJO		ALTO	

FRACTURA TROCANTÉREA DEL FÉMUR

ES:

Fractura extracapsular entre ella, están las que su trazo se encuentra entre los trocánteres (intertrocantérea proximal a esta zona pero con prolongación distal (peritrocantérea) o distal a nivel del trocanter menor (subtrocanterea)

CLINICA

Acortamiento y rotación externa de pierna y por su localización extraarticular el sangrado es más elevado

CLASIFICACIÓN AO

Estabilidad: Cortical media mantiene contacto

Húmero proximal 11-

A = extraarticular, unifocal

B = extraarticular, bifocal

C = fractura intraarticular

Fémur proximal 31-

A = zona trocantérica

B = fractura del cuello

C = fractura de la cabeza

TRATAMIENTO:

Quirúrgico si es estable solo es tornillo y una placa

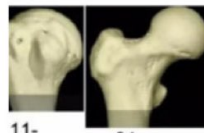
Complicación: Movilización del foco de la fractura secundaria al inicio de la carga

Húmero proximal 11-

A = extraarticular, unifocal

B = extraarticular, bifocal

C = fractura intraarticular

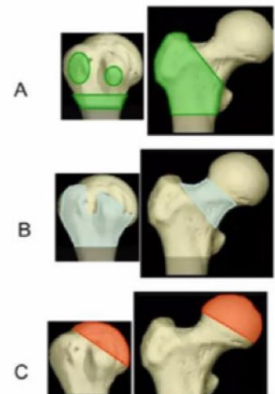


Fémur proximal 31-

A = zona trocantérica

B = fractura del cuello

C = fractura de la cabeza



FRACTURA DE RADIO DISTAL

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

MECANISMO:

directo e indirecto debido a un trauma de alta energía

dolor, sensibilidad, hematomas e hinchazón inmediatos.
En muchos casos, la muñeca cuelga de forma extraña o doblada (deformidad).

CLÍNICA

TRATAMIENTO

Tratamiento conservador:

yeso branquiopalmar está indicado en las fracturas estables, intra extra articulares no desplazadas o desplazadas que sean de reducción
Las fracturas de la epífisis distal del radio susceptible de tratamiento quirúrgico son las fracturas inestables

FRACTURA DE POUTEAU COLLES

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

FRACTURA DE GOYRAND-SMITH, (COLLES INVERTIDO)

El fragmento se desplaza hacia volar (palmar) "En pala d jardinero"

	Características	Tratamiento	
Mason tipo I	No desplazadas	Conservador	
Mason tipo II	> 2 mm despl. > 30% cabeza radial	• Conservador • Escisión parcial • Osteosíntesis (RAFI)	
Mason tipo III	Conminutas (no reparables)	• Osteosíntesis • Sustitución (prótesis) • Resección completa	
Mason tipo IV	Asociadas a luxación	• Osteosíntesis • Sustitución (Prótesis)	

FRACTURA DE ANTEBRAZO

ES: fractura en el radio, uno de los huesos del antebrazo, que se produce cerca de la muñeca por caídas sobre la mano

MECANISMO

Fractura aislada de diáfisis cubital
Fx del bastonazo
El impacto fractura el cúbito sin lesionar algunas de las otras estructuras
Menor desplazamiento
Antebrazo estable
• TTO: Conservador

LESIÓN DE GALEAZZI

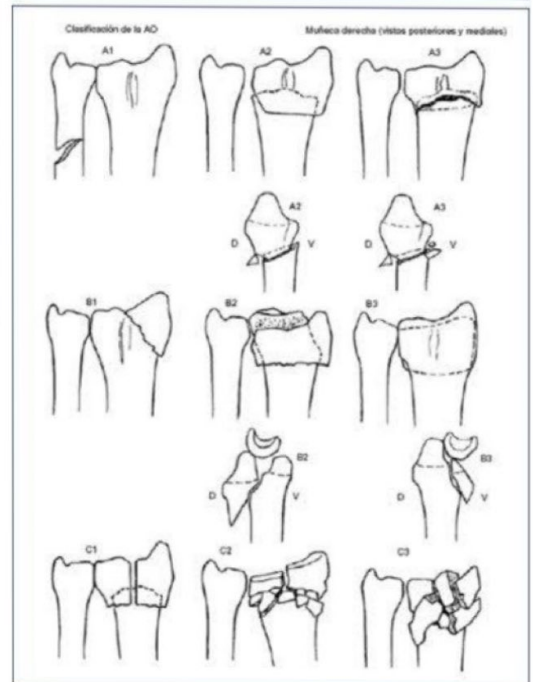
Fractura de diáfisis radial (distal) más luxación articular (Cabeza cúbito)

LESIÓN DE MONTEGGIA:

Fractura de diáfisis cubital (proximal) más luxación articular RHC (Cabeza radial)
TTO: Reducción de cúbito y osteosíntesis con placas y tornillos
Inmovilización con férula
Fr: Nervio interóseo posterior



FIGURA 2. CLASIFICACIÓN AO



FRACTURA DE METACARPianos

ES:

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

MECANISMO:

Traumatismo directo: Golpes sobre la mano, como en peleas (fractura del boxeador).

Traumatismo indirecto: Por torsión o compresión axial, como al caer con la mano cerrada.

Impactos repetitivos: Lesiones por sobreuso, especialmente en deportistas.

DIAGNÓSTICO

Clínico:

Palpación y evaluación del rango de movimiento. Inspección para detectar deformidad, angulación o acortamiento.

Radiológico:

Radiografías simples: Proyecciones anteroposterior, oblicua y lateral de la mano.

TAC: En fracturas articulares complejas o conminutas, como en las fracturas de Bennett o Rolando

FRACTURA DE BENNET

Fractura oblicua interauricular inestable Desplazamiento proximal de la diáfisis por acción separador del pulgar
TTO Reducción Y osteosíntesis

TRATAMIENTO

Fracturas no desplazadas o con angulación aceptable (dependiendo del metacarpiano).

Lesiones sin compromiso articular o neurovascular.

Indicaciones:

Fracturas desplazadas o inestables.

Angulación o rotación inaceptables.

Fracturas articulares, como Bennett o Rolando.

Rehabilitación.

FRACTURA DE ROLANDO

Fractura interauricular conminuta

Más frecuente

TTO: Ortopédico o quirúrgico según conminución

FRACTURA DE ESCAFOIDES

ES:

Fractura que afecta al escafoide, un hueso localizado en la primera fila del carpo, entre el radio y el trapecio/trapezoide, con un papel clave en la estabilidad de la muñeca.

MECANISMO

Traumatismo indirecto: Caída sobre la mano en hiperextensión, con desviación radial. Es el mecanismo más frecuente.

Traumatismo directo: Golpe fuerte sobre la región del carpo (menos común).

DIAGNÓSTICO

Radiografía AP y lateral

TRATAMIENTO

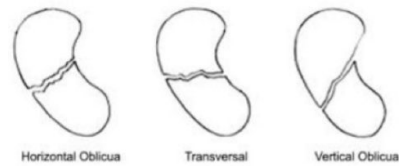
Fracturas desplazadas (>1 mm).

Fracturas del polo proximal (riesgo elevado de necrosis avascular).

Fracturas inestables o conminutas.

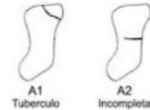
Fracturas con retardo de consolidación o pseudoartrosis.

CLASIFICACIÓN DE RUSSE

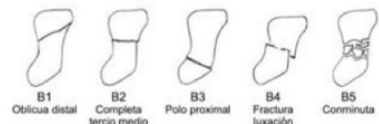


CLASIFICACIÓN DE HERBERT

TIPO A: Estables



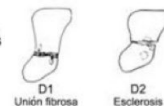
TIPO B: Inestables



TIPO C: Retraso



TIPO D: Pseudoartrosis



FRACTURAS DE LOS METATARSIANOS

MECANISMO

Mecanismo: caída objetos ante p^{ie}
(compresión)

1. Avulsión cola del quinto.
2. Diáfisis del quinto.
3. Base cuello (metafisis distal).

FRACTURA DE DIAFISIS DEL 5TO METATARSIANO

Torsión violenta del antepie

CLÍNICA:

Sensación de Crujido

- Dolor
- Edema
- Equimosis

TRATAMIENTO

Bota de reposo por 1 semana

Bota de marcha por 3 semanas

FRACTURA-AVULSION DE LA BASE DEL 5TO METATARSIANO

- torsión tobillo en supinación, contractura muscular refleja del peronéo lateral corto que avulsiona la cola del quinto metatarsiano

CLÍNICA:

- Dolor localizado en la base
- Edema
- Equimosis
- Supinación dolorosa
- Descartar esguince de tobillo



FRACTURAS MULTIPLES DE METATARSIANO

Importante compromiso de tegumento externo,
gran aumento de volumen equimótico y
mortificación de la piel

TRATAMIENTO

Alineación y fijación con agujas K si es necesario

Reposo con pie alto

Bota de reposo 2-3 sem

Bota de marcha con apoyo 3- 4 sem

FRACTURAS DE MARCHA

También denominada de estrés

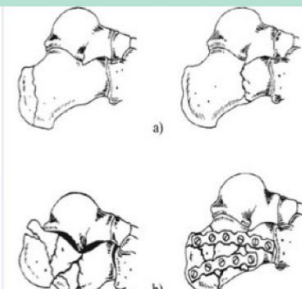
CLÍNICA:

- marcha prolongada no habitual
- Metatarsalgia al finalizar marcha
- Dolor a la palpación

TRATAMIENTO:

Vendaje elástico

Bota corta de apoyo 2-3 sem, si dolor es importante



FRACTURAS DEL CALCANEO

Caída desde altura sobre uno o ambos talones

Coexistencia de una lesión intrarticular de la articulación subastragalina

DIAGNOSTICO

Proyecciones radiográficas

Apical- lateral - axial

TAC

TRATAMIENTO

Ortopédico sin reducción:

Inmovilización 6-7 días

Bota por 2 sem

Vendaje elástico

Bastón por 2 meses

a)

b)

Quirúrgico: Fx desplazadas con incongruencia subtalar

Osteosíntesis

Injertos óseos

FRACTURA DE PELVIS

¿QUÉ ES?

son producidas por mecanismos de alta energía

- Son lesiones poco frecuentes ocupan el 2 y 4% de todas las lesiones del sistema músculo esquelético
- Jóvenes entre 15 y 30 años, son más afectados con el 37%.
- La proporción entre hombres y mujeres es de 2 a 1.

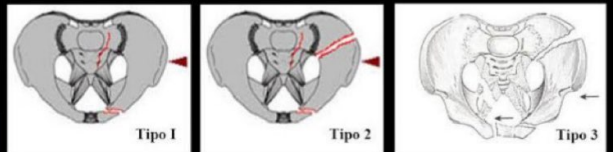
EPIDEMIOLOGÍA

CLASIFICACIÓN

Tile A	Estable	A1: Sin interrupción del anillo pelviano A2: Desplazamiento mínimo del anillo pelviano A3: Fr transversales sacrocoxis
Tile B	Inestabilidad rotacional estabilidad vertical	B1: Compresión anteroposterior. Rotación externa (Fr. Libro abierto) B2: Compresión lateral ipsilateral rotación interna (Fr. Libro cerrado) B3: Compresión lateral contralateral (Fr asa de cubo)
Tile C	Inestables	C1: Unilateral C2: Bilateral C3: Asociado a Fr. acetábulo

Young & Burgess: Compresión Lateral (CL)

- Fractura transversa de la rama púbrica homolateral o contralateral posterior:
 - I: compresión sacra en el lado del impacto
 - II: fractura en semiluna en lado del impacto (pala iliaca)
 - III: I o II + fractura en libro abierto contralateral ("windswept pelvis"). Se produce por un mecanismo de rotación interna en el lado de la CL y de rotación externa en el contralateral



MECANISMO

Traumatismos de alta energía:
Accidentes vehiculares.
Caídas desde alturas considerables.
Traumatismos de baja energía:
Caídas en pacientes ancianos con osteoporosis.
Compresión lateral, vertical o anteroposterior:
Según la dirección de la fuerza traumática.

CLÍNICA

Dolor intenso: En la región pélvica, exacerbado con movimiento o palpación.
Deformidad visible: En fracturas inestables.
Impotencia funcional: Dificultad para cargar peso o moverse.
Hematomas perineales: ("en mariposa") o en los flancos, que sugieren hemorragia retroperitoneal.
Hemodinámica alterada: Hipotensión por hemorragia significativa.
Compromiso neurológico: Déficit sensitivo-motor si hay lesión nerviosa (plexo lumbosacro).
Lesiones asociadas: Urológicas, rectales o vasculares

DIAGNÓSTICO

:Inspección y palpación cuidadosa.
Evaluar estabilidad manualmente (cuidado en fracturas inestables)
Examen neurológico y vascular.
:Rx simples: Proyecciones AP de pelvis.
TAC: Gold standard para evaluar fracturas complejas o inestables.
Uretrografía retrógrada: En sospecha de lesiones urológicas.
Arteriografía.

TRATAMIENTO

Quirúrgico:
Indicaciones:
Fracturas inestables (tipo B y C).
Hemorragia persistente o lesiones asociadas.
Técnicas:
a. Fijación externa: Para estabilizar y controlar hemorragias en el corto plazo.
b. Osteosíntesis interna: Placas y tornillos para reparar el anillo pélvico.
c. Angiografía y embolización: Para controlar hemorragias arteriales.



FRACTURA DE CADERA

¿QUÉ ES?

Son aquellas lesiones dolorosas que ocurren en la extremidad del fémur.

Clasificación Garden



SIGNOS Y SINTOMAS

- Falta de movimiento y problema al caminar.
- Dolor fuerte en la cadera o la ingle.
- Hematomas o hinchazón en la zona.
- Pierna más corta de la zona lastimada.

CLASIFICACIÓN

Intracapsulares

Son las más raras y se asocian a luxaciones de cadera o cuello femoral, clasificados en:

- Tipo 1: Incompleta en el valgo.
- Tipo 2: Completa s/n desplazamiento.
- Tipo 3: Completa c/ desplazamiento parcial
- Tipo 4: Completa y totalmente desplazada

Extracapsulares

Se producen sobre el hueso bien vascularizado y ocasionan más dolor e inestabilidad hemodinámica.

MECANISMO

Traumatismos de baja energía:

Caídas desde la propia altura, típicas en ancianos con osteoporosis.

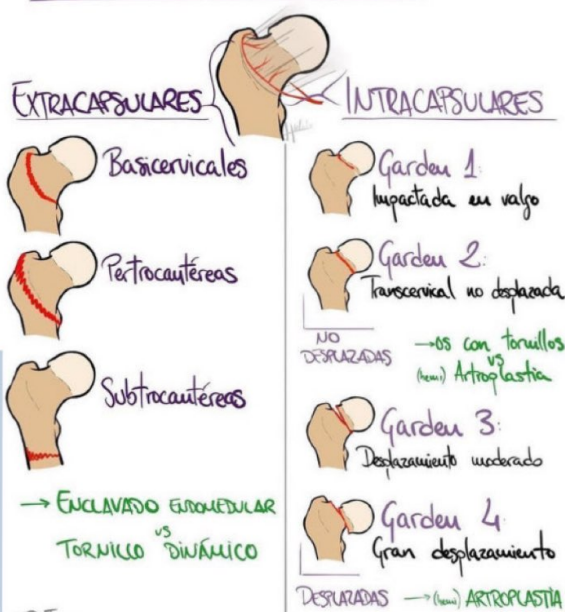
Traumatismos de alta energía:

Accidentes vehiculares o caídas desde altura en personas jóvenes.

Factores predisponentes:

Osteoporosis, osteomalacia o metástasis óseas.

FRACTURAS DE CADERA



TRATAMIENTO

Pacientes no aptos para cirugía debido a comorbilidades graves.

Método:

Reposo en cama con movilización pasiva.

Manejo de complicaciones de inmovilización.

Fracturas

subtrocautéricas:

Clavos intramedulares reforzados o placas específicas.

Quirúrgico:

Indicaciones:

Todas las fracturas desplazadas o inestables.

Técnicas según localización:

a. Fracturas del cuello femoral:

Artroplastia total o parcial: En ancianos con baja reserva funcional o fracturas desplazadas.

Osteosíntesis con tornillos canulados: En pacientes jóvenes o fracturas no desplazadas.

b. Fracturas intertrocautéricas:

Clavo intramedular o placa deslizante:

Técnica de elección para estas fracturas.

DIAGNÓSTICO

Dolor al palpar la región de la cadera.

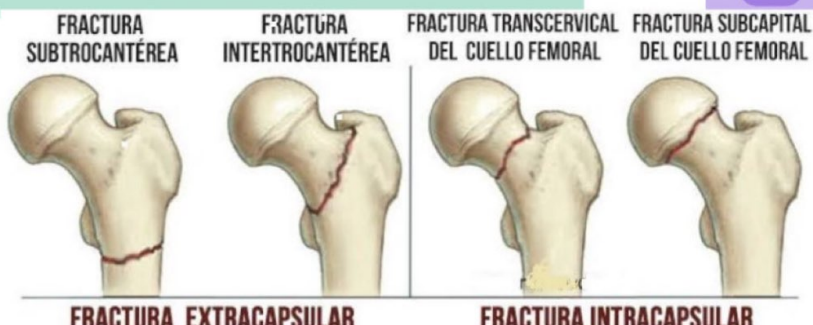
Imposibilidad de elevar el miembro afectado.

Signo de acortamiento y rotación externa en casos desplazados.

Radiografías simples: AP de pelvis y lateral de la cadera.

TAC: Para fracturas complejas o no visibles en la radiografía.

RMN: En sospecha de fracturas no desplazadas, especialmente en pacientes con dolor persistente.



FRACTURA DE TOBILLO

es la fractura más común en urgencias

ES:

- 70% unilaterales
- 20% bimalleolares
- 70% trimaleolares

Dolor en el área de tobillo
Cambios de coloración
Inhabilidad para realizar apoyo del pie
Prueba de pierna cruzada

CLÍNICA

TRATAMIENTO

Conservador: Yeso bota suropedica de 6-8 semanas
Quirúrgico: indicado en fx desplazadas e inestables y si falla el tx conservador

MECANISMO:

- Directo
Indirecto
- Rotación
 - Traslación
 - Axiales

Reglas de Ottawa

Toma de Radiografía de tobillo o pie en sospecha de fractura



Toma de radiografía de tobillo si existe dolor en zona malleolar y alguna de las siguientes:

- 1-Dolor a la palpación de los 6cm distales del borde posterior o punta del maléolo lateral
- 2-Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo medial
- 3-Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias

Toma de radiografía de pie si existe dolor en medio pie y alguna de las siguientes:

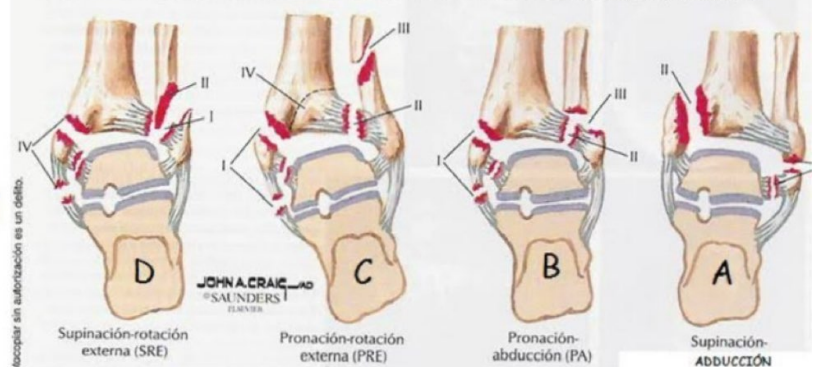
- 1-Dolor a la palpación de la base del 5to metatarsiano
- 2-Dolor a la palpación del hueso navicular
- 3-Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias

sentamos es únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar con un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

SPOTLIGHT Med



Figura 19-17. Clasificación de Lauge-Hansen de las fracturas del tobillo



OSTEOBLASTOMA

ES:

Es un tumor óseo benigno primario, pero muy agresivo, poco frecuente en extremidad superior

ETIOLOGÍA

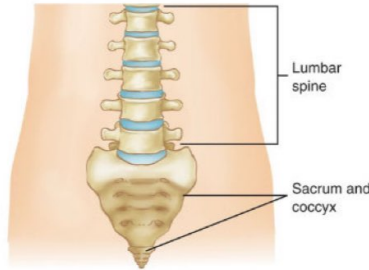
Enfermedad neoplásica poco frecuente caracterizado por un tumor óseo osteoblástico típicamente benigno, localizado en la columna vertebral, el humero proximal y la cadera.

CLÍNICA

- Dolor sordo progresivo de difícil localización
- Parálisis de nervios craneales

DIAGNÓSTICO

Radiografía AP y lateral
Lesión lítica plástica o mixta
RM simple



TRATAMIENTO

Resección quirúrgica en bloque
Reconstrucción ósea

OSTEOSARCOMA

ES:

Neoplasia maligna de alto grado, más común en el esqueleto apendicular

CLÍNICA

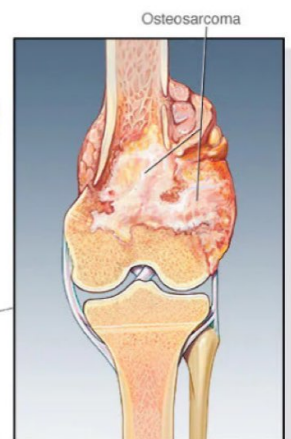
Dolor óseo persistente
Aumento del volumen localizado

DIAGNÓSTICO

Inicial: radiografía AP y lateral de región afectada
RM con gadolinio: para el tumor primario si se sospecha de metástasis óseas
TAC con ventana pulmonar
Biopsia

TRATAMIENTO

Metroxato
Doxorrubicina
Resección quirúrgica.



©2017 MAYO

ALL RIGHTS RESERVED.

CONDROSARCOMA

ES:

Tumor óseo maligno que produce una matriz cartilaginosa, las células producen cartílago en gran cantidad

ETIOLOGÍA

Predominio en el sexo masculino
50% se relaciona con mutaciones del gen IDH1 o IDH2

CLÍNICA

- Aumento de volúmenes en partes blandas
- Dolor intermitente intenso Y continuo

DIAGNÓSTICO

Radiografía AP y lateral
Presencia de calcificaciones
en el interior de la lesión
RM
TAC



TRATAMIENTO

Resección quirúrgica
Amputación

CONDROBLASTOMA

ES:

Tumor benigno agresivo que afecta generalmente la metáfisis de los huesos largos

CLÍNICA

Dolor persistente
Claudicación
Atrofia muscular

DIAGNÓSTICO

Inicial: radiografía AP y lateral de región afectada
RM

Lesión lítica epifisaria con borde esclerótico fino

TRATAMIENTO

Farmacológico
Denosumab, Biofosfatos
inhibidores de osteoclastos
1º QUIRURGICO



Figura 1. Condrioblastoma. Lesión osteolítica excéntrica en epífisis distal del fémur, de bordes bien delimitados, parcialmente escleróticos (flecha).

SARCOMA DE EWING

ES:

Neoplasia maligna de células redondas en la diáfisis

ETIOLOGÍA

2do tumor óseo maligno
Afecta adolescentes, niños y jóvenes
Edad de entre 10-15 años
Predominio en el sexo masculino

- Dolor óseo (más de un mes)
- Aumento de volumen
- Fiebre
- Astenia
- Adinamia

CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

Radiografía AP y lateral
Piel de cebolla
RM
Biopsia

TRATAMIENTO

Vincristina
Ífosamida
Doxorrubicina
Resección quirúrgica



OSTEOMRA/OSTEOIDE

ES: Neoplasia benigna productora de osteoide que contienen numerosas células gigantes de tipo osteoclastico

CLÍNICA Dolor óseo persistente

DIAGNÓSTICO

Inicial: radiografía AP y lateral de región afectada

TRATAMIENTO

Tx conservador
Resección percutánea por medio de radiofrecuencia
Resección quirúrgica del tumor



Osteoid osteoma

buoy