



FOTO 1. Triángulo de Nelaton.

Fracturas y luxaciones del codo

	Generalidades	¿Cómo sospecharlas?	Exploración física	Pruebas complementarias	Manejo en el Centro de Salud	Tratamiento hospitalario
Fracturas supra-condíleas	-Trazo transversal -Niños 5-10 años -desplazamiento frecuente	-Caída sobre mano con codo en extensión o flexión. -Signos clásicos de fractura -Deformidad si desplazamiento - No pérdida triángulo de Nelaton	-Impotencia funcional completa -Valorar lesiones de arteria humeral y nervios mediano fundamentalmente: pulso radial y sensibilidad/movilidad de mano y dedos.	-RX AP y L del codo (realizar en medio hospitalario)	-Administrar tratamiento analgésico-antiinflamatorio vía parenteral. -Inmovilización del codo en semiextensión con férula posterior de yeso o en su defecto con cabestrillo. -Derivación urgente a hospital	-Suele ser quirúrgico si existe desplazamiento o lesión vasculonerviosa.
Luxaciones	-Segunda en frecuencia tras hombro. -Más frecuente en niños y adultos jóvenes. -La posterior es la más frecuente, la anterior es rara y suele asociarse a fractura del olécranon. -Frecuente asociación a fracturas de la apófisis coronoides, cabeza del radio o región condílea. -Rotura de cápsula y ligamentos colaterales.	Suele producirse por mecanismo indirecto: caída sobre la mano con codo en hiperextensión o en semiflexión y supinación. -Clínica: dolor, y actitud antálgica sujetando el codo en semiflexión a unos 140° -Deformidad -Pérdida triángulo de Nelaton	-Impotencia funcional completa. -Valorar pulso radial, sensibilidad y movilidad de mano y dedos por posible lesión vasculonerviosa.	-RX AP y L del codo (realizar en medio hospitalario)	-Administrar tratamiento analgésico-antiinflamatorio vía parenteral. -Inmovilización del codo en semiextensión con férula posterior de yeso o en su defecto con cabestrillo. -Derivación urgente a hospital	-Reducción de la luxación bajo sedación-relajación o anestesia tras valorar la existencia de compromiso neurovascular.
Fractura cabeza/cuello del radio	-Fundamentalmente en adultos. -Por impacto del radio sobre el cóndilo humeral. -Pueden ser simples con o sin desplazamiento o conminutas	-Mecanismo indirecto por caída sobre la mano extendida. -Dolor en región lateral de codo. Si fractura conminuta puede asociarse a luxación radiocubital distal (fractura -luxación de Essex-Lopresti)	-Dolor a la palpación sobre cabeza del radio. -No impotencia funcional, movimientos de flexo-extensión respetados. -Prono-supinación dolorosa, sobre todo si se palpa a la vez la cabeza del radio.	-RX AP y L.	-Si existe conminución o desplazamiento derivar siempre de forma urgente a Hospital. -En fracturas de trazo simple sin desplazamiento el tratamiento es con férula de yeso con el codo a 90° durante 2-3 semanas.	-En general deberán ser valoradas siempre por Traumatología. -Tratamiento quirúrgico en fracturas desplazadas o conminutas
Fractura del olécranon	-A cualquier edad -Impacto directo sobre olécranon -Frecuentemente inestable por tracción del tríceps	-Mecanismo más frecuente directo por golpe sobre región posterior del codo. -Signos clásicos de fractura	-Impotencia funcional con imposibilidad para extensión del codo contrarresistencia.	-RX AP y L.	-Diagnóstico, administración de analgesia y derivación con el codo inmovilizado en semiflexión para valoración quirúrgica.	-Osteosíntesis salvo fracturas incompletas o sin desplazamiento que se inmovilizarán en semiflexión durante 4-6 semanas.
Otras fracturas	-Epifisis distal del húmero: condíleas, epicondíleas, trocleares, epitrocleares, intercondíleas.	-Difíciles de valorar, principalmente en niños.	-Posible atrapamiento del nervio cubital en epitrocleares y radial en condíleas.	- Precisan RX comparativas de ambos codos	- Derivación a Hospital con codo inmovilizado con férula o cabestrillo.	-Generalmente quirúrgico, sobre todo en desplazadas
Fracturas-luxaciones	-Poco frecuentes -fractura-luxación de Monteggia y fractura luxación de cúbito y radio.	-Mecanismo indirecto. Caída sobre talón de la mano con pronación forzada de antebrazo. -Dolor, acortamiento de antebrazo	-Impotencia funcional. -Pronación de antebrazo irreducible sin anestesia. -Frecuente lesión transitoria de nervio interóseo dorsal.	-RX AP y L, estudiando la articulación radiocubital inferior que se luxa con frecuencia.	-Analgésia vía parenteral. -Derivación a hospital con férula de inmovilización.	-Reducción anatómica de la fractura cubital para que se corrija la luxación de la cabeza radial. -Inmovilización posterior X 4 semanas.



FOTO 2. Fracturas de cúbito.

TABLA 2
Fracturas y luxaciones de la muñeca

	Generalidades	¿Cómo sospecharlas?	Exploración física	Pruebas complementarias	Manejo en el Centro de Salud	Tratamiento hospitalario
Subluxaciones y luxaciones radiocubitales distales	-Poco frecuentes pero hay que descartarlas. -Caídas o golpes en la mano que ocasionan pronosupinación forzada.	-Dolor en la muñeca más intenso a la pronosupinación.	-Inestabilidad radiocubital distal -protrusión variable cabeza del cúbito	En la RX lateral : desviación craneal de la epifisis distal cubital en la luxación dorsal y desviación caudal en la palmar.	Diagnóstico precoz y derivación a Urgencias de traumatología.	Inmovilización con férula de yeso de codo a muñeca durante 4-6 semanas en supinación completa la luxación dorsal y en pronación la palmar.
Luxaciones del carpo	-Infrecuentes, más que las fracturas y esguinces. -Traumatismos intensos en la muñeca -La luxación más frecuente es la del semilunar por caída sobre la mano extendida	-Dolor. -Deformidad cuando se afecta toda una fila del carpo	-Limitación funcional variable (total si se afecta toda una fila, muy ligera si un solo hueso)	-RX AP y L. -Buscar alteraciones entre las relaciones de los huesos del carpo y de estos con metacarpianos, radio y cúbito, sobre todo en la proyección lateral	Diagnóstico precoz y derivación a Urgencias de traumatología.	Dada su complejidad deben ser tratadas por el traumatólogo
Fractura de Colles	-Es la más frecuente de todas las fracturas. -Fractura de la epifisis del radio a menos de 2,5 cm de la articulación distal. -Mujeres con osteoporosis. -Caída sobre mano en extensión.	-Dolor. -Tumefacción. -Hematoma -Deformidad en dorso de tendón por desplazamiento dorsal del fragmento distal. - Frecuente desplazamiento lateral con arrancamiento de estiloides cubital.	-Impotencia funcional.	-RX AP y L (Foto N° 3).	No precisan reducción si no existe desplazamiento y la angulación dorsal es menor de 10°. La inmovilización se mantendrá 6 semanas. -Derivar siempre todas las fracturas desplazadas, anguladas o dudosas con el fin de reducirlas.	El seguimiento de las fracturas reducidas deberá realizarlo el traumatólogo porque no es infrecuente el desplazamiento tardío de las mismas. Pueden aparecer complicaciones: -deformidad residual y limitación funcional -Rotura de tendones extensores. -Sd tunel carpiano. -distrofia simpático-refleja.
Fractura de Goiran-Smith	-Fractura de Colles invertida. -Fragmento distal desplazado a cara palmar. -Caída sobre dorso de la mano. -Mucho menos frecuente que la fractura de Colles.	-Igual a fr. Colles salvo deformidad en vientre de tendón por desplazamiento del fragmento distal hacia cara palmar.	-Impotencia funcional.	-RX AP y L.	- Administrar tratamiento analgésico-antiinflamatorio vía parenteral. -Inmovilización de la muñeca, colocación de cabestrillo y derivación urgente a hospital	-Precisan reducción y yeso con inclusión de codo en supinación y extensión de la muñeca. -Son fracturas potencialmente inestables. -Pueden requerir tratamiento quirúrgico.
Fractura de Barton	-Fractura intrarticular de la epifisis distal del radio. -Caída sobre mano extendida	-Similar a Colles pero sin su deformidad típica	-Impotencia funcional.	-RX AP y L.	-Analgésia, inmovilización de muñeca, cabestrillo y derivación a Urgencias del hospital	-Fracturas muy inestables. -Generalmente tratamiento quirúrgico.

Fracturas y luxaciones de la muñeca (continuación)

	Generalidades	¿Cómo sospecharlas?	Exploración física	Pruebas complementarias	Manejo en el Centro de Salud	Tratamiento hospitalario
Fracturas distales de cúbito y radio en niños y jóvenes	-Fracturas suprametáfisarias: localización inmediatamente superior a fisis. -Epifisiolisis: si se afecta el cartilago de crecimiento.	-Escasa clínica. -Pueden ser diagnosticadas como esguince de muñeca si no se piensa en ellas.		-Alteraciones radiológicas de difícil interpretación	- Derivar ante sospecha.	-No desplazadas: inmovilización con escayola 4 semanas, buen pronóstico. -Desplazadas: reducción -Pueden aparecer deformidades tardías si se lesiona el cartilago de crecimiento.
Fractura de escafoides carpiano	-La más frecuente de las carpianas. -Más frecuente en jóvenes. -Caída sobre mano extendida.	-Signos inflamatorios locales.	-Dolor selectivo sobre la tabaquera anatómica a la presión directa y al presionar longitudinalmente sobre el pulgar.	-Diagnóstico clínico en su fase aguda. -RX para "estudio de escafoides carpiano" (Foto N° 4). -Fractura de trazo capilar que puede no verse inicialmente. -Nuevo control radiológico a las 2 semanas.	-Ante clínica compatible tratar como si existiera fractura. -Inmovilización debe abarcar muñeca y dedo pulgar hasta falange proximal con muñeca en pronación completa, desviación radial y abducción intermedia. -Derivar Traumatología para confirmación	Inmovilización 6 semanas. -Si a las 6 semanas ha desaparecido el dolor y no se visualiza trazo de fractura, retirar inmovilización. -Si no consolidación se mantiene hasta 12 semanas -A las 12 semanas valoración quirúrgica si dolor o signos de necrosis o pseudoartrosis.
Fracturas de otros huesos del carpo	-Menos frecuentes			-Difíciles de identificar radiológicamente	-Ante sospecha derivar.	-No desplazadas: tto conservador. -Desplazadas: frecuente extirpación del fragmento desplazado.



FOTO 3. Fractura de Colles.



FOTO 4. Fractura de escafoides carpiano.

TABLA 3
Fracturas y luxaciones de la mano

	Generalidades	¿Cómo sospecharlas?	Exploración física	Pruebas complementarias	Manejo en el Centro de Salud	Tratamiento hospitalario
Fracturas de 4 y 5° metacarpianos	-La fractura del 5° metacarpiano es la más frecuente. -Localización habitual en cuello, las de cabeza son articulares y de mal pronóstico. -consecuencia de traumatismo directo sobre nudillos (fractura del boxeador).	-Dolor y tumefacción en nudillo con antecedentes de golpe con el puño.	Dolor y tumefacción en nudillo (angulación dorsal) y en ocasiones descenso del mismo al cerrar la mano	RX	Inmovilización 4-6 semanas con férula antebraquial palmar que englobe antebrazo, mano y dedos con interfalángicas proximales a 90° y distales en posición neutra.	Si angulación derivar para reducción (maniobra de Jahss) previa a inmovilización.
Fracturas de 2° y 3 metacarpianos	-Menos frecuentes -Secundarios a traumatismos directos o indirectos	-Dolor y tumefacción	-Valorar deformidad por posibles angulaciones o rotaciones sobre el eje del dedo	RX	Férula palmar abarcando las articulaciones metacarpofalángicas correspondientes X 3-4 semanas.	En caso de desplazamiento, rotaciones o angulaciones.
Fractura de 1 metacarpiano	-Más frecuente en la base. -Caída sobre el pulgar o golpe con puño. -Si afectan la base pueden ser intraarticulares y se asocian a luxación trapecio-metacarpiana.	-Dolor, tumefacción e impotencia funcional.		RX: -Fractura-luxación Bennet: fragmento cubital en la base. -Fractura de Rolando: Fractura intrarticular en Y o en T de la base.	Fracturas muy inestables: Inmovilización y derivación a hospital	Tratamiento quirúrgico.
Fracturas de falanges	-Elevada frecuencia. -Habitualmente secundarias a golpes, aplastamientos, torsiones. -Dedo en martillo: fx proximal de falange distal donde se inserta el tendón extensor. -Dedo en Boutoniere: Fx fragmento dorsal falange media con hiperflexión de dicha falange e hiperextensión de la distal.	-Dolor, tumefacción crepitación, hematoma.	-Valorar signos de fractura y deformidad que puede indicar desplazamiento, angulación o rotación. - Existencia de hematoma subungueal en fracturas de falange distal	- RX AP y L.	-Férula o sindactilia con dedo adyacente durante 3 semanas en fx de 2° a 4° dedos o 4-6 semanas en 1 dedo. -Dedo en martillo: Inmovilización en extensión completa con la Férula de Stack	-Cuando existen varios fragmentos, desplazamiento, rotación o angulación. -Dedo en Boutoniere: Puede requerir tratamiento quirúrgico.
Luxaciones articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas	-Por traumatismo intenso. -Dorsales las más frecuentes por hiperextensión forzada.	-Dolor intenso, deformidad con acortamiento del dedo, impotencia funcional.	-Valorar signos de fractura y deformidad.	RX: AP y L para confirmación y descartar fracturas.	-Reducción mediante tracción e inmovilización con férula durante 3- 4 semanas.	-En caso de fractura asociada o dificultad para la reducción.



FOTO 5. Fractura de cadera.



FOTO 6. Maniobra del valgo forzado de rodilla.



FOTO 7. Maniobra del varo forzado de rodilla.



FOTOS 8 y 9. Maniobra de Mc Murray.

Clasificación de los esguinces de rodilla

	Esguince grado I	Esguince grado II	Esguince grado III
Tipo de lesión	Estiramiento	Rotura parcial	Rotura total
Derrame	No	Escaso y seroso	Tardío y hemático
Varo-valgo 0°	Dolor	Dolor	Bostezo
Varo-valgo 30°	Dolor	Bostezo	Bostezo



FOTO 10. Fractura de rótula.



FOTO 11. Quiste de Baker.



FOTO 12. Fractura de la base del 5° Metatarsiano.