

Motivos de consulta de Traumatología frecuentes en la consulta del Pediatra de Atención Primaria

Dra. Itziar Martín
Dr. Albert Alier
Sesión Pediatría
Hospital del Mar

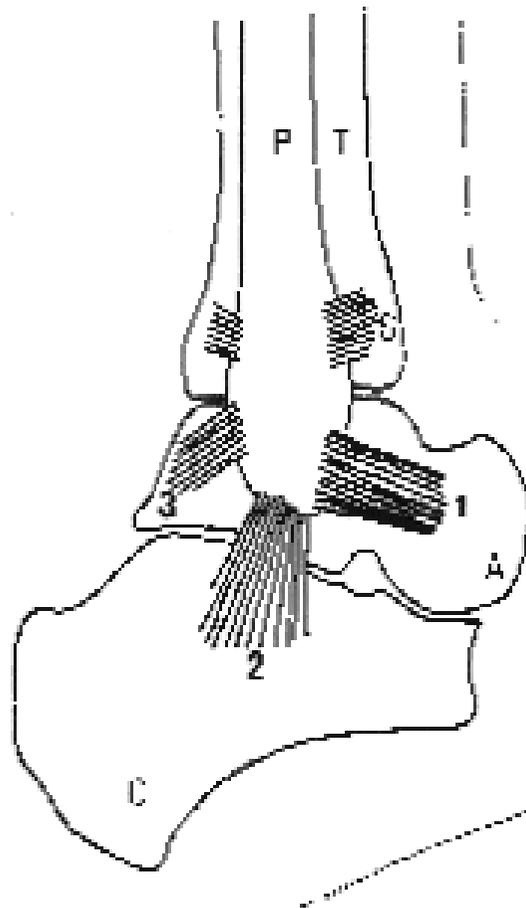
6. Esguince de tobillo

- ¿Cómo valoramos su gravedad?
- ¿Hay que hacer siempre Rx?
- ¿Cuál es el mejor tratamiento?
- ¿Cuándo derivamos al especialista?

6. Esguince de tobillo

- En el lado medial está el maléolo tibial, unido mediante el ligamento deltoideo al astrágalo
- En el lado lateral está el maléolo peroneal y el ligamento lateral externo del tobillo. Este ligamento está formado por tres fascículos independientes

6. Esguince de tobillo



- 1: ligamento peroneo-astragalino anterior
- 2: ligamento peroneo-calcáneo
- 3: ligamento peroneo-astragalino posterior

6. Esguince de tobillo

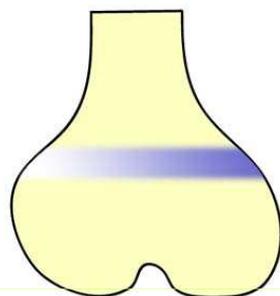
- Lesión muy frecuente, sobre todo en la práctica deportiva o de juegos infantiles
- Las lesiones más frecuentes (85%) son por inversión del tobillo (flexión plantar y aducción)
- Se estima que 2/3 son lesiones del LPAA, y, de ellos, 3/4 son lesiones completas del mismo

6. Esguince de tobillo

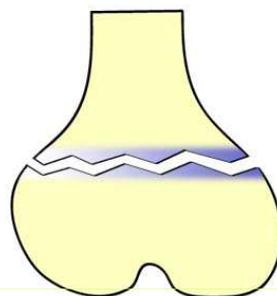
- A causa de la laxitud ligamentosa y la flexibilidad del cartílago, la mayor parte de los esguinces de tobillo ocurren en niños mayores
- En niños menores son más frecuentes las epifisiolisis (fracturas del cartílago de crecimiento)

6. Esguince de tobillo

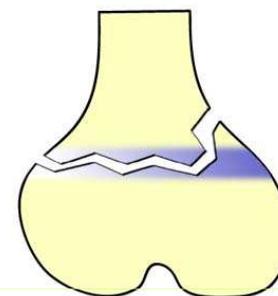
Clasificación Salter-Harris



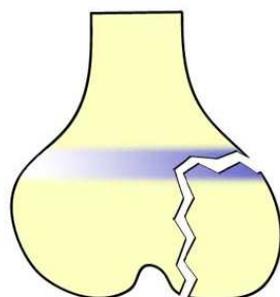
Normal



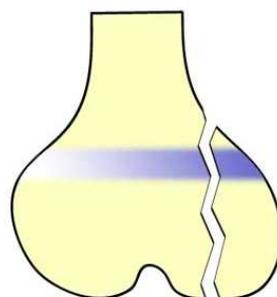
Tipo 1 - 5%



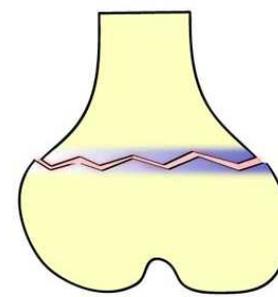
Tipo 2 - 75%



Tipo 3 - 10%



Tipo 4 - 10%



Tipo 5 - infrecuente

F. Gaillard
2008

6. Esguince de tobillo

- Clásicamente, se ha clasificado en tres grados:

I: distensión de fibras sin rotura ni inestabilidad

II: rotura parcial con discreta inestabilidad

III: rotura completa con inestabilidad franca

6. Esguince de tobillo

- Grado I:



Esguince tipo I

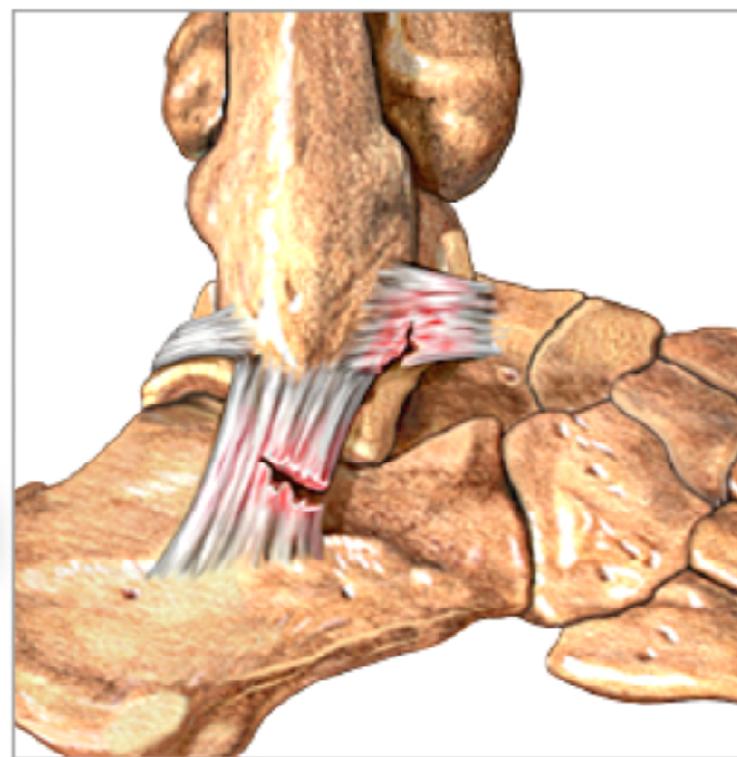
- Ligamentos estirados



ADAM

6. Esguince de tobillo

- Grado II:



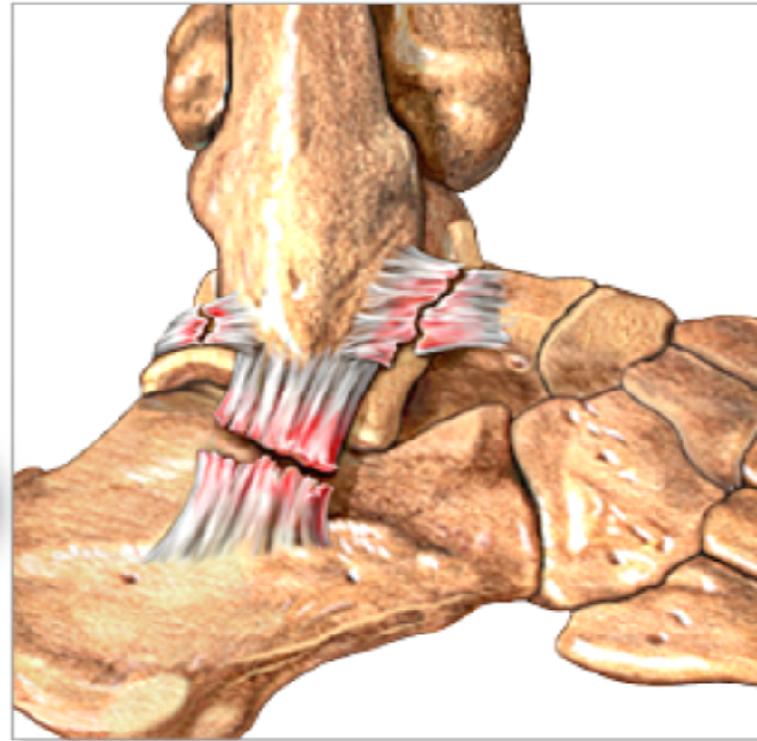
Esguince tipo II

- Ligamentos
ligeramente rotos

ADAM

6. Esguince de tobillo

- Grado III:



Esguince tipo III

- Ligamentos completamente rotos

ADAM

6. Esguince de tobillo

- Desde el punto de vista práctico, interesa más clasificarlo según el grado de inflamación: leve, moderada o grave
- La exploración física es lo más importante. Hay que palpar a punta de dedo los lugares dolorosos y valorar la estabilidad del tobillo

6. Esguince de tobillo

- No siempre el grado de dolor es proporcional a la importancia de la lesión. En los esguinces de grado III es frecuente encontrar una fase de relativa analgesia tras el traumatismo que ocasiona la lesión

6. Esguince de tobillo

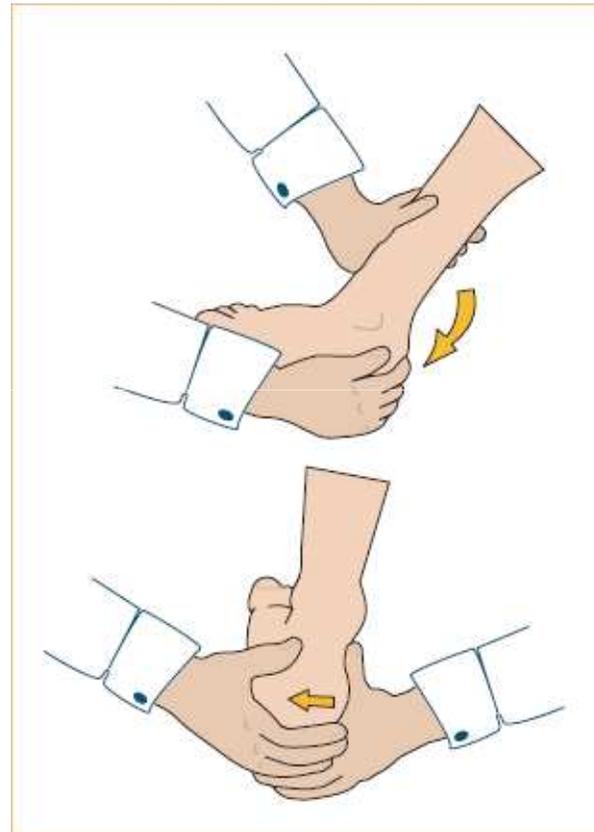


Figura 3. Pruebas para la inestabilidad anterior y lateral del tobillo.

6. Esguince de tobillo

A) Diferenciar entre epifisiolisis y lesiones ligamentosas:

- Una buena exploración hace en muchos casos innecesarias las radiografías
- El dolor selectivo a punta de dedo en la zona de las fisis debe orientar hacia una epifisiolisis, sobre todo en niños pequeños
- Si no duele a la presión en el hueso, es poco probable la lesión ósea

6. Esguince de tobillo

B) Valorar la inflamación (edema, equímosis): es indicativa de la gravedad

- Leve, si no está hinchado
- Moderado, si está hinchado, pero puede apoyar el pie
- Grave, si está completamente hinchado, y no puede apoyar el pie bajo ningún concepto por el dolor

6. Esguince de tobillo

C) Radiología:

- Permite descartar epifisiolisis, fracturas, lesiones osteocondrales de astrágalo, o la avulsión (fractura) de la cola del 5º MMT
- Las epifisiolisis tipo I leves (en las que hay una pequeña separación de la fisis) pueden pasar desapercibidas

6. Esguince de tobillo



6. Esguince de tobillo

- ¿Cuándo es necesario el reposo absoluto?
- ¿Son útiles las muletas?
- ¿Cuándo se puede volver a la actividad física o deportiva?
- ¿Qué papel juega la fisioterapia o la rehabilitación?

6. Esguince de tobillo

- El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, proteger al ligamento lesionado mientras cicatriza y comenzar la movilización y la marcha lo antes posible (tratamiento funcional)

6. Esguince de tobillo

1.- Leve:

- vendaje compresivo con algodón o venda elástica, elevación, hielo (durante unos 20 minutos, cada 4-6 horas), analgesia y descarga 2-3 días
- evaluación a las 48-72 horas

6. Esguince de tobillo

2.- Moderado:

- vendaje compresivo, elevación, antiinflamatorios (ibuprofeno). No apoyar varios días (5-7 días)
- posteriormente, cuando ha cedido la inflamación, se pueden realizar vendajes funcionales

6. Esguince de tobillo

3.- Grave:

- férula de escayola los primeros días, que se puede cambiar posteriormente a yeso completo. El tiempo de inmovilización varía según cada caso
- seguimiento por traumatólogo

6. Esguince de tobillo

- Lo más importante es que el tratamiento sea individualizado. No se pueden dar márgenes de tiempo estrictos, y siempre se debe comenzar a caminar sin dolor
- Si hay epifisiolisis o fracturas, su tratamiento y seguimiento corresponden al traumatólogo

6. Esguince de tobillo

- Se aconseja realizar fisioterapia propioceptiva para prevenir la aparición de nuevos esguinces en el futuro
- Errores frecuentes: colocación de vendaje compresivo en primeras horas; infra/sobreutilización de férulas de escayola y vendajes funcionales; apoyo precoz sin valoración funcional previa

Traumatología en Atención Primaria



7. Escoliosis

- ¿Cómo valoramos su gravedad?
- ¿Hay que hacer siempre Rx?
- ¿Cuál es el mejor tratamiento?
- ¿Cuándo derivamos al especialista?

7. Escoliosis

- Desviación tridimensional de la columna
- Incluye rotación vertebral
- Escoliosis idiopática del adolescente: entre los 10 años y la madurez esquelética, sin causa aparente
- En niños de menor edad, o si hay una causa subyacente, derivar a Traumatología

7. Escoliosis

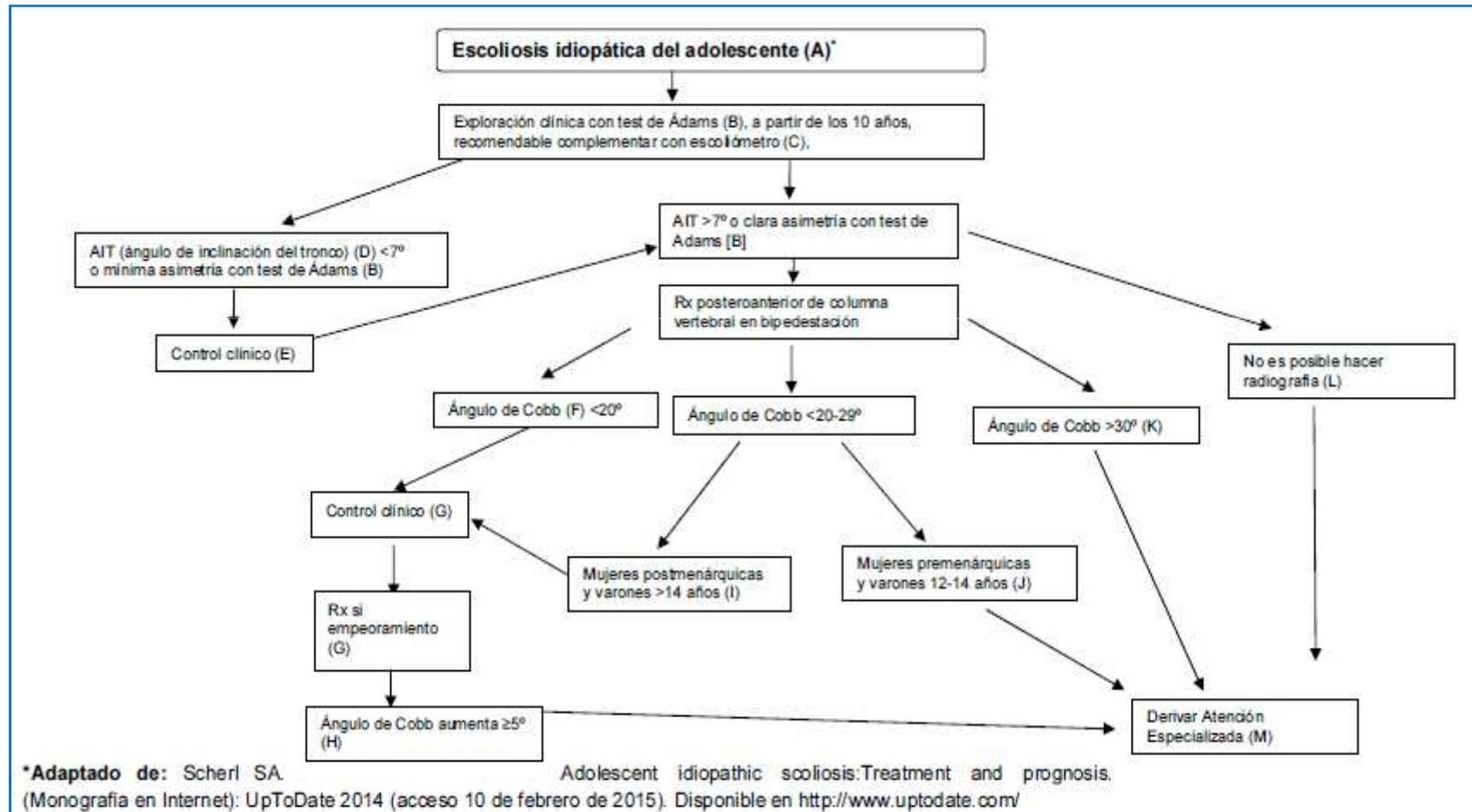
Tabla 1. Tipos de escoliosis.

Idiopática	Infantil: inicio 0-3 años
	Juvenil: inicio 4-9 años
	Del adolescente: inicio 10 años-madurez esquelética
Congénita	Defectos de formación (hemivértebra)
	Defectos de segmentación (bloqueo vertebral, barra unilateral)
Neuromuscular	Neuropáticas
	Miopáticas
Sindrómica o secundaria	Defectos del tubo neural
	Neurofibromatosis
	Mesenquimal (Sd. Marfan)
	Traumática
	Contracturas tejidos blandos (quemaduras)
	Osteocondrodistrofias
	Tumores
	Problemas lumbosacros (espondilolistesis)
Toracogénica (postoracotomía)	

7. Escoliosis idiopática adolescente

- La prevalencia varía entre 0,35 y 13% dependiendo de sexo, edad y definición considerada
- Para curvas $> 30^\circ$ la prevalencia es mayor en niñas (10:1)

7. Escoliosis idiopática adolescente



7. Escoliosis idiopática adolescente

- Test de Adams:
 - test de cribado más empleado en AP
 - valora asimetría del tronco desde detrás, con el niño flexionado
 - es + cuando aparece una giba a nivel dorsal o lumbar

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Escoliómetro:
 - mide la inclinación del tronco
 - un ángulo de inclinación de 5-7° es aceptado como límite para estudio Rx
 - un ángulo > 10° equivale a una curva con ángulo de Cobb de 15 a 20°

7. Escoliosis idiopática adolescente



7. Escoliosis idiopática adolescente

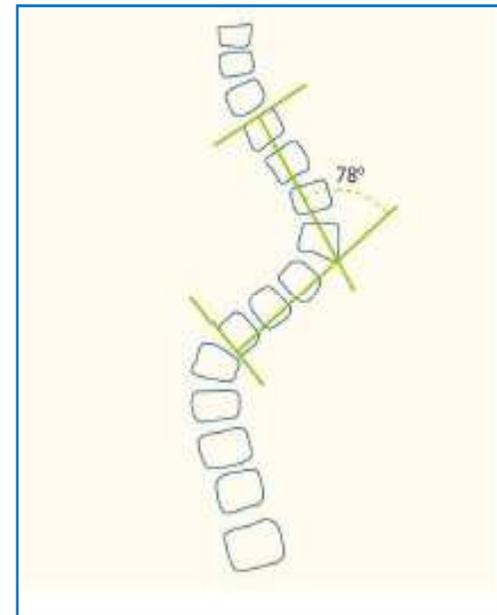
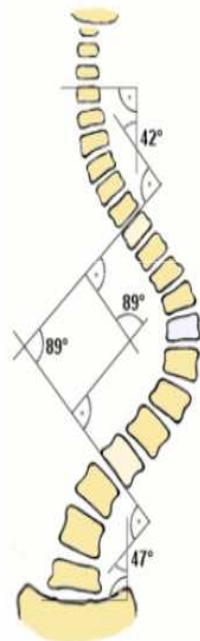
- El control clínico con un Adams + y un ángulo $< 7^{\circ}$ se recomienda cada 6-9 meses
- En niñas premenárquicas o en niños en brote puberal, mejor cada 6 meses

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Ángulo de Cobb:
 - sobre una Rx PA de columna (en bipedestación, incluyendo pelvis) es el ángulo que forman las vértebras más inclinadas en la parte superior e inferior de la curva
 - significativo si $> 10^\circ$

7. Escoliosis

Figura 1. Ángulo de Cobb.



7. Escoliosis idiopática adolescente

- El aumento de la curva $> 5^\circ$ indica que es progresiva
- El seguimiento debe realizarse hasta 1 año después de la madurez esquelética

7. Escoliosis idiopática adolescente

Tabla 2. Criterios de derivación*.

- Ángulo de inclinación del tronco (AIT) medido con escoliómetro $\geq 7^\circ$ e imposibilidad de hacer Rx para medir el ángulo de Cobb.
- Asimetría importante en el test de Adams, sin posibilidad de medir el AIT ni el ángulo de Cobb.
- Ángulo de Cobb entre 20 y 29° en mujeres premenárquicas o en varones de 12 a 14 años.
- Ángulo de Cobb $>30^\circ$ en cualquier paciente.
- Aumento del ángulo de Cobb $\geq 5^\circ$ en cualquier paciente.

*Adaptado de Scherl SA. Adolescent idiopathic scoliosis: Treatment and prognosis. UpToDate. 2014.

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Su evolución depende de la magnitud de la curvatura, la edad de presentación, la madurez esquelética, y, en niñas, de la presentación antes o después de la menarquia
- La progresión es mayor en el brote de crecimiento puberal

7. Escoliosis idiopática adolescente

- En niñas se ha observado baja autoestima, síntomas depresivos y más quejas físicas
- Controversia sobre su relación con el dolor de espalda
- El ejercicio físico debe recomendarse para mejorar el tono postural

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Los pacientes con ángulo 30-40° y en crecimiento suelen precisar corsé
- Si el ángulo es $> 40^\circ$ a veces puede proponerse cirugía
- Si al terminar el crecimiento la curva es $< 40^\circ$, puede darse de alta

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Si es $> 40^\circ$, el tratamiento será individualizado
- Las curvas $> 40^\circ$ después de la madurez esquelética siguen aumentando (20° en 33 años) y las de $50-75^\circ$ aumentan 30° en 40 años

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Los riesgos de la cirugía a corto y largo plazo son importantes
- Se reportan un 8% de complicaciones postoperatorias y un 6% de reintervenciones

7. Escoliosis idiopática adolescente

- La mayoría de curvas leves no progresan a graves
- El mayor riesgo de progresión corresponde a mujeres premenárquicas
- El tratamiento con corsé puede evitar la progresión en curvas evolutivas

7. Escoliosis idiopática adolescente

- Los programas de cribado detectan gran cantidad de curvas leves
- Los test de cribado tiene VPP bajos: alto número de derivaciones, de Rx innecesarias y de preocupación familiar
- No hay ensayos sobre el cribado. No está claro que mejore los resultados finales