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

1. Dolor de espalda

- ¿Cuándo debemos profundizar en el diagnóstico etiológico del dolor de espalda?

- ¿Cuáles son los datos de alarma en el diagnóstico diferencial?

- ¿Tiene la culpa la mochila?

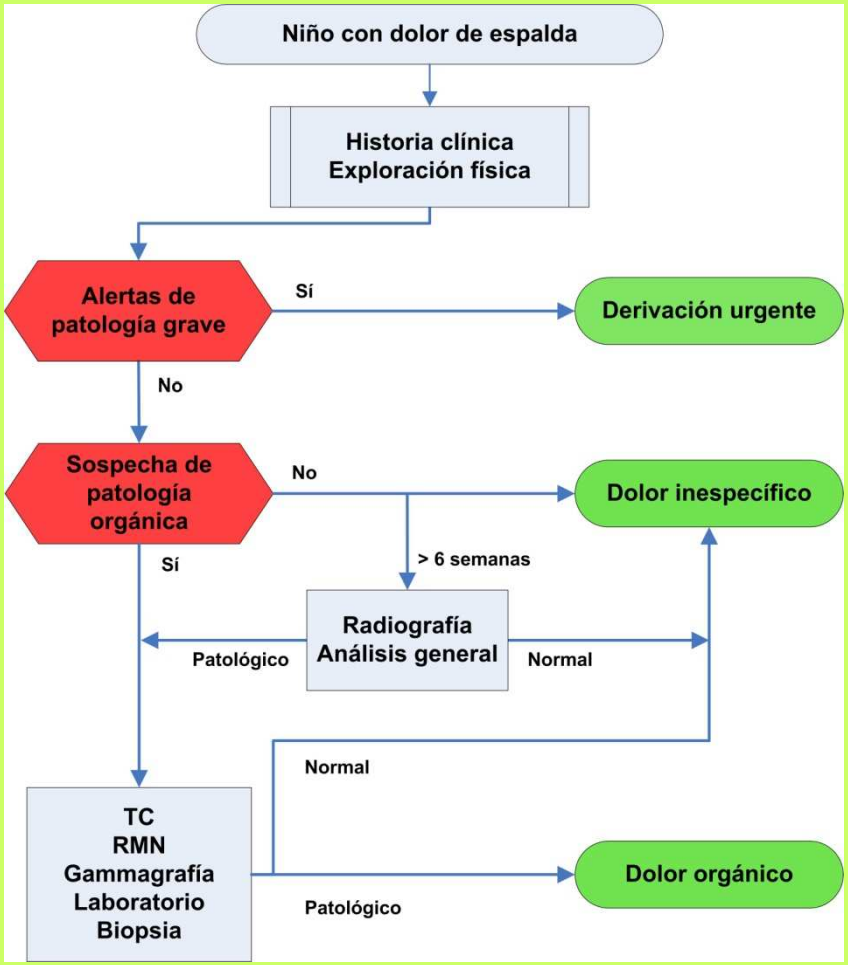
1. Dolor de espalda

- Desarrollo curvas fisiológicas
- Sobrecarga: mochilas, posturas
- Su frecuencia aumenta con la edad: lo presentan un 10% de niños de 10 años

1. Dolor de espalda

Traumatismo grave
Cuadro tóxico
Escalofríos - Fiebre
Alteración neurológica

Dolor nocturno
Rigidez articular matutina
Inmunosupresión
Edad < 4 años
Duración > 6 semanas
Dolor progresivo
Cifosis en test de Adams
Contractura grave



1. Dolor de espalda

- Exploración física:

  - Inspección: dismetría de extremidades inferiores, alteración de curvas fisiológicas de la columna
  - Palpación: apófisis espinosas y musculatura paravertebral
  - Valorar movilidad de la columna y la marcha
  - Exploración neurológica

1. Dolor de espalda

- **<u>Dolor muscular inespecífico</u>**

  - no atribuible a patología reconocible
  - 95-99% del dolor de espalda en el niño
  - diagnóstico de exclusión
  - esguinces músculo-ligamentosos
  - factores predisponentes: sedentarismo, deporte excesivo, obesidad, mochilas, posturas, depresión, baja autoestima

1. Dolor de espalda

- En algunos casos dolor orgánico
- La causa más frecuente en este grupo es la espondilolistesis
- La segunda es la cifosis de Scheuermann
- Otras causas son infecciones, tumores, hernia discal, escoliosis, trastornos reumáticos o traumatismos

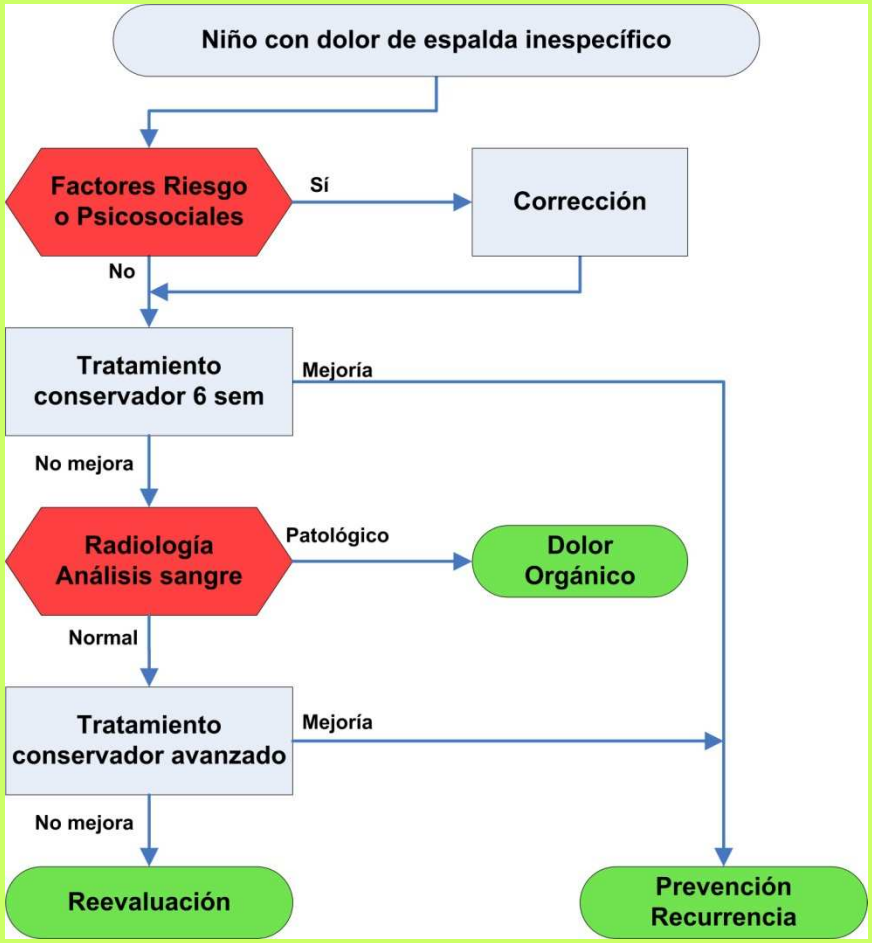
1. Dolor de espalda

1. Dolor de espalda

Sedentarismo, ergonomía, depresión, ansiedad

Información
Mantener actividad
Medicación

Fisioterapia
Programas personalizados



Mal d'esquena- la motxilla

Mitjana de pes motxilla en nens entre 12-14 anys és de 8kg.

Pes recomenat 10-15% del pes corporal

Tipus de motxilla

Carrets- tracció assimètrica

No s'ha demostrat causa-efecte

2. Dolor de cadera

- ¿Qué diagnóstico diferencial debemos plantearnos?
- ¿Qué pruebas son las más útiles?
- Si la Rx es normal, pero persiste la cojera, ¿qué hacemos?

2. Dolor de cadera-cojera

Edat
Clínica
Exploracions complementàries
Analítica

Sinovitis transitòria del maluc

Edat- 3-8 anys. Artritis reactiva
Diagnòstic clínic: dolor + coixesa + actitud en Flexió + febre
Analítica- PCR-VSG
ECO – vessament articular
Bon pronòstic:resolució espontània 7-15d
Alerta sinovitis de repetició
Tractament simptomàtic

DD- artritis sèptica i malaltia de Perthes

Malaltia de Perthes

Entre 3-8 anys. Nens. Necrosi. Evolució en fases. Sospita clínica. RX convencional.

Epifisiolisi femoral proximal

Adolescents-11-13 anys .Nens.coixesa i dolor. Asíncrona. RX +/- RM. Cirurgia

3. Genu valgum

- ¿Cuándo se considera patológico?
- ¿Precisa tratamiento?
- ¿Justifica los tropiezos de los niños?

Alineació de les cames

Simetria – unilateral - bilateral

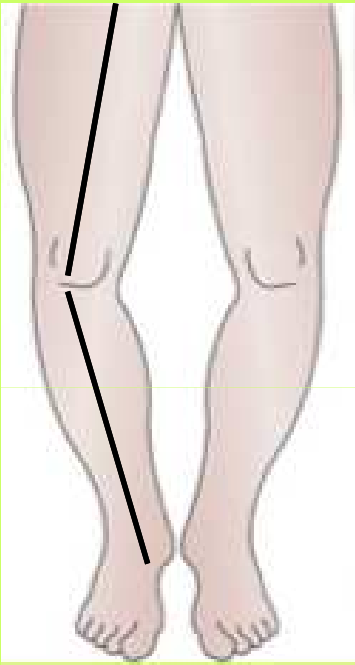
Cronologia – edat

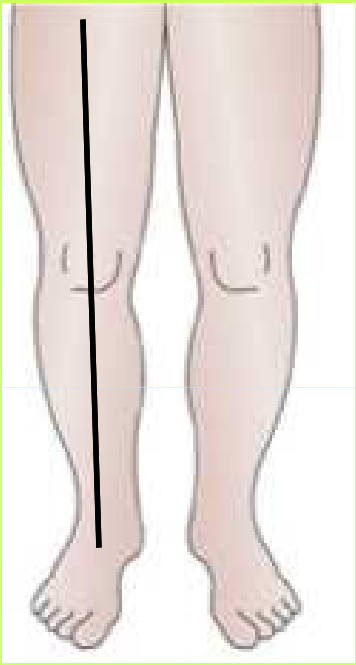
Simptomatologia – dolor o indolor

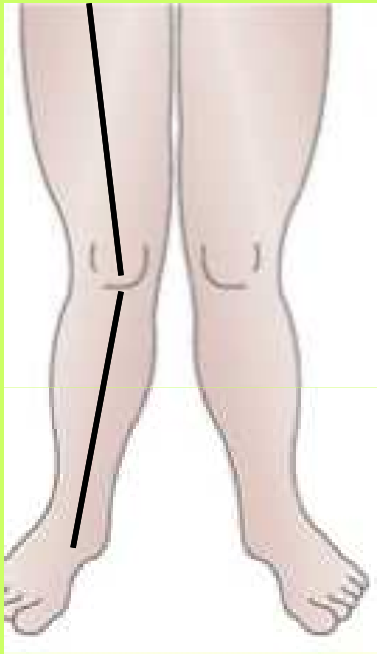
Mobilitat – normal – flexe – recurvatum

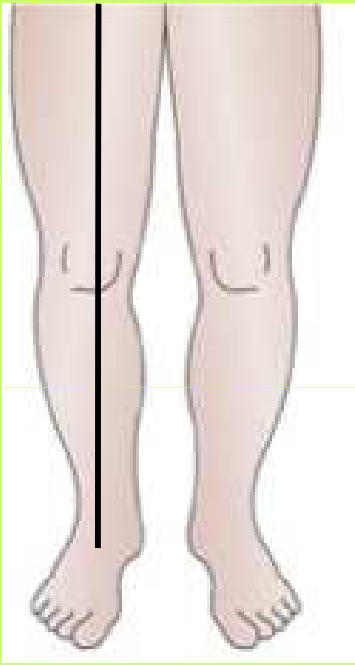
Vida diària – activitat lúdica i esportiva

Alineació de les cames





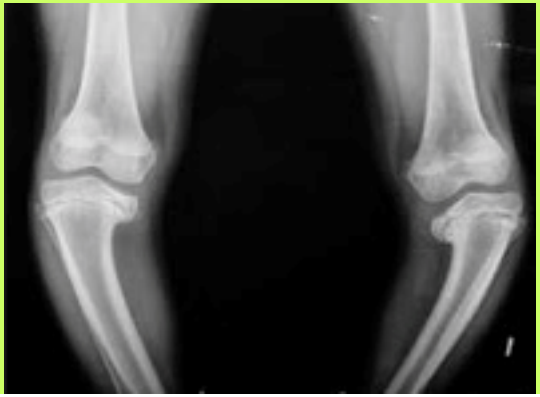




0 – 18 m.	normo	3 – 8 anys	normo

Genu var

raquitisme



Malaltia de Blount

acondroplàsia

Genu var

Posició bipedestació
Distància intercondilar amb cames juntes
Posició dels peus
Porta o no bolquers

Genu valg

Posició bipedestació
Distància intermal.leolar amb cames juntes
Posició dels peus
Obesitat

Genu valg

4. Pies planos

- ¿Hasta qué edad son normales?
- ¿Sirven de algo las plantillas?
- ¿Por qué preocupan tanto a los padres?
- ¿Nos preocupan a los pediatras?
- ¿Se operan?

Peus plans- tipus

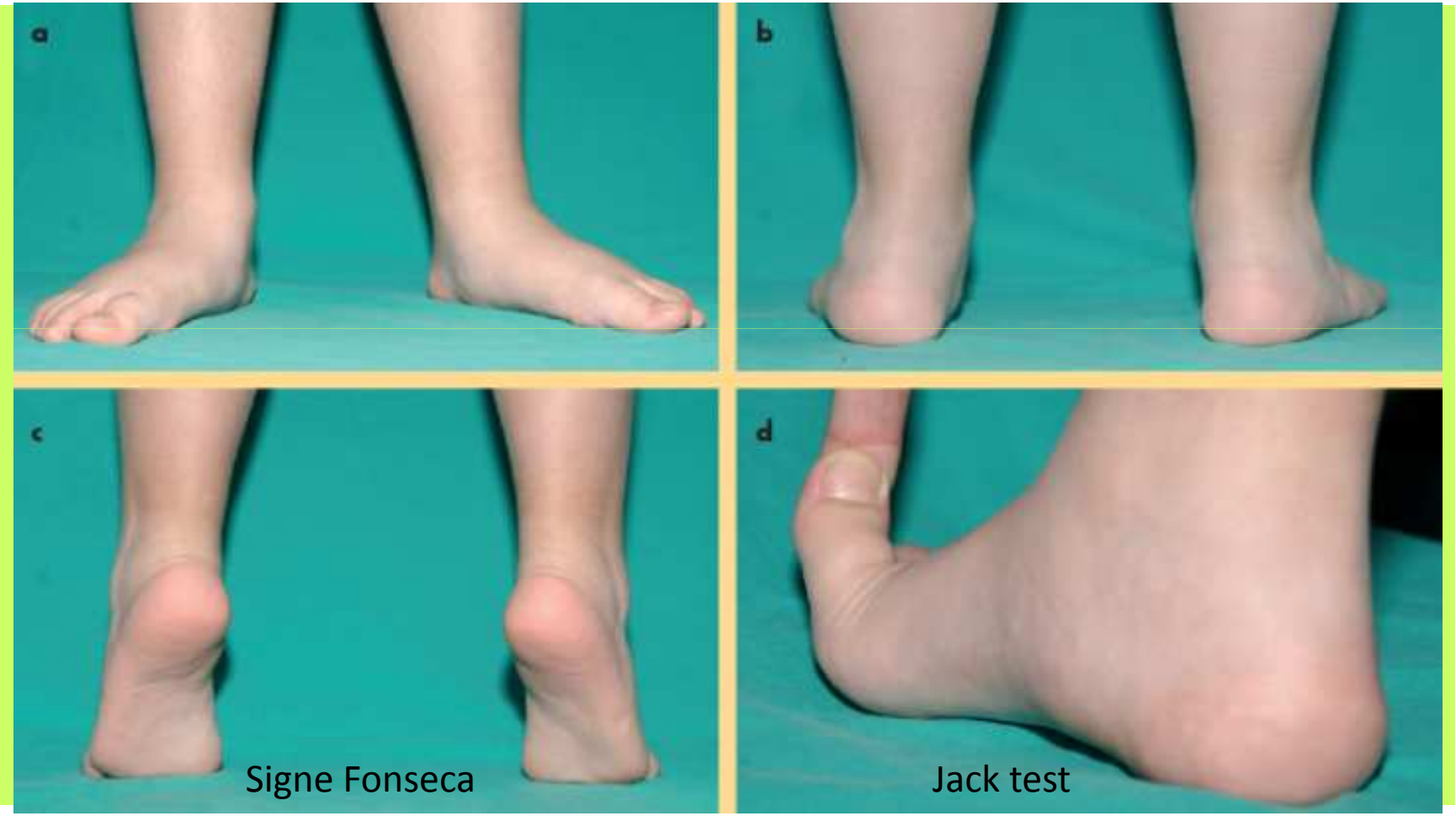
PEUS PLANS FLEXIBLES (95%)

vs

PEUS PLANS RIGIDS

0-3 anys	3-6 anys	> 6 anys
Peu pla	formació bòveda plantar	passa madura

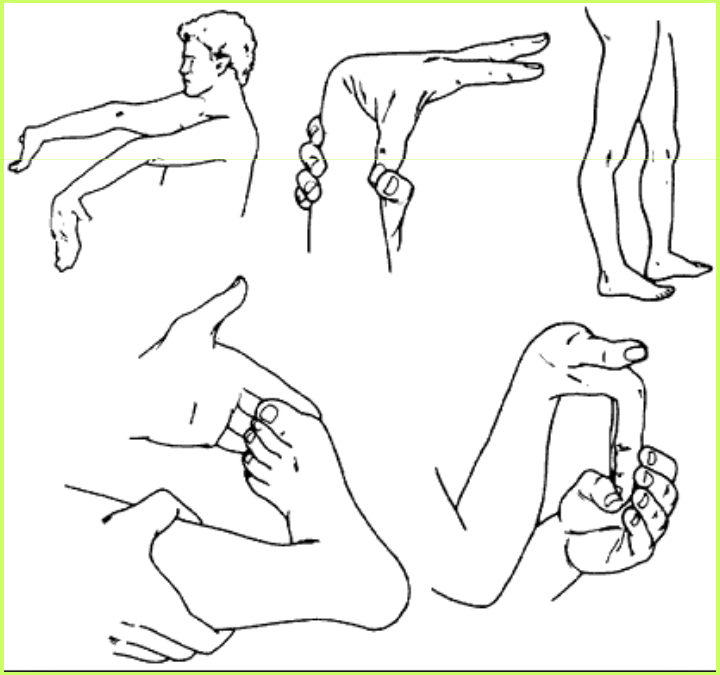
Peus plans- exploració



Peus plans- exploració

Valorar simetria – rigidesa – hipermobilitat

Flexió- extensió turmell
Inversió – eversió
Abducció - adducció

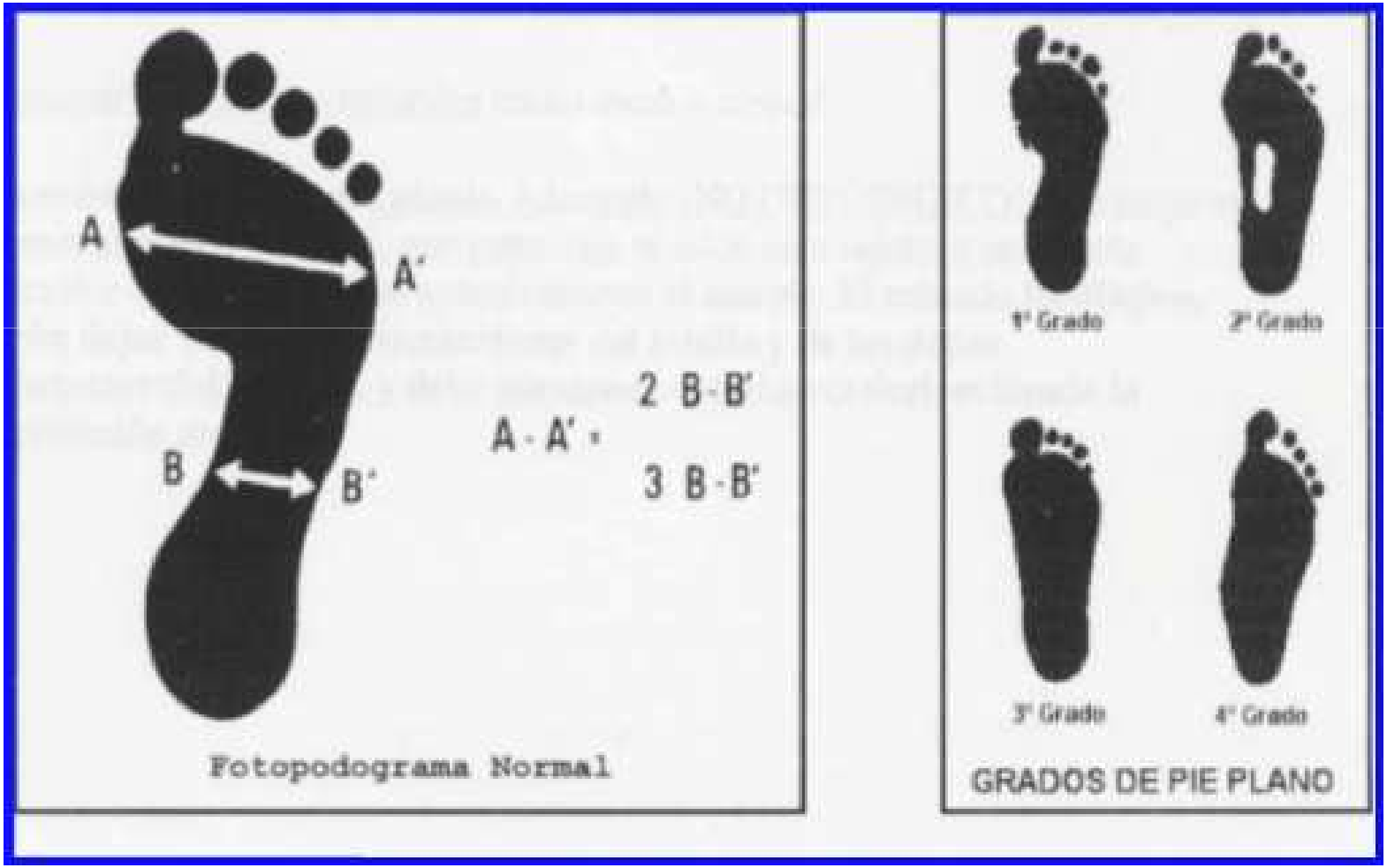


Peus plans

Edat
Antecedents
Obesitat
Valguisme
Hiperlaxitud
Mobilitat
Dolor
Activitat

Peus plans- plantilles

Peus plans- podograma



5. Camina con los pies hacia dentro

- ¿Cuándo debemos preocuparnos?
- ¿Mejora de forma espontánea?
- ¿Existe tratamiento?

5. Camina con los pies hacia dentro

- Anteversión femoral
- Torsión tibial interna: marcha a lo pato
- Pies: metarso aducto o metatarso varo

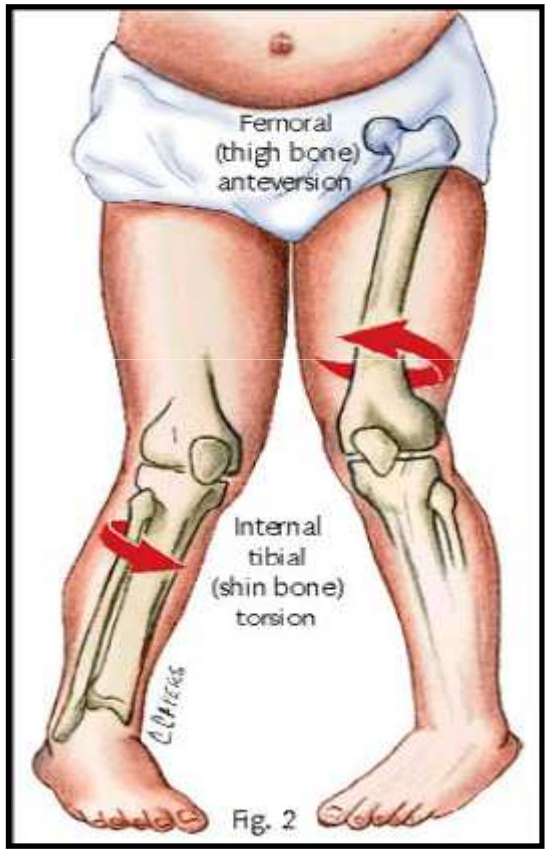
5. Camina con los pies hacia dentro

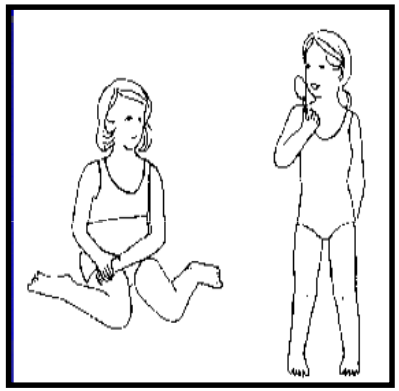
- **Anteversión femoral:**

  - los niños, para centrar la cadera cuando caminan, rotan todo el miembro inferior hacia interno, la punta del pie va hacia adentro

  - la rotación interna de la cadera está aumentada y se sientan en “W”, televisión o sastre invertido

5. Camina con los pies hacia dentro





5. Camina con los pies hacia dentro

- Anteversión femoral:

  - lo más frecuente es la corrección espontánea, hasta los 10-11 años
  - finalmente, llegados a la edad adulta, caminamos en ligera rotación externa

5. Camina con los pies hacia dentro

- Anteversión femoral:

  - en ocasiones, la rotación interna compensatoria del fémur para centrar la cadera, se mantiene

  - estos niños en la edad adulta, mantienen la marcha en rotación interna

5. Camina con los pies hacia dentro

- Anteversión femoral:

  - otras veces, la rotación interna del fémur se compensa con una torsión externa de la tibia; en esta situación se produce una desalineación del aparato extensor

  - situación estéticamente mejor aceptada, pero puede ser causa de gonalgia en el adulto

5. Camina con los pies hacia dentro

- Anteversión femoral:

  - no se puede modificar la evolución natural de esta alteración en cada individuo, ni con ortesis ni con fisioterapia
  - tratamiento quirúrgico: osteotomía desrotadora femoral, tibial o ambas
  - sólo está indicado en ocasiones excepcionales

5. Camina con los pies hacia dentro

- **Torsión tibial interna:**

  - intraútero la tibia se encuentra desviada hacia la línea media en -40°
  - al nacer este ángulo es menor
  - a medida que el niño crece, dicho ángulo va disminuyendo 5°/año hasta alcanzar la cifra del adulto de 15°

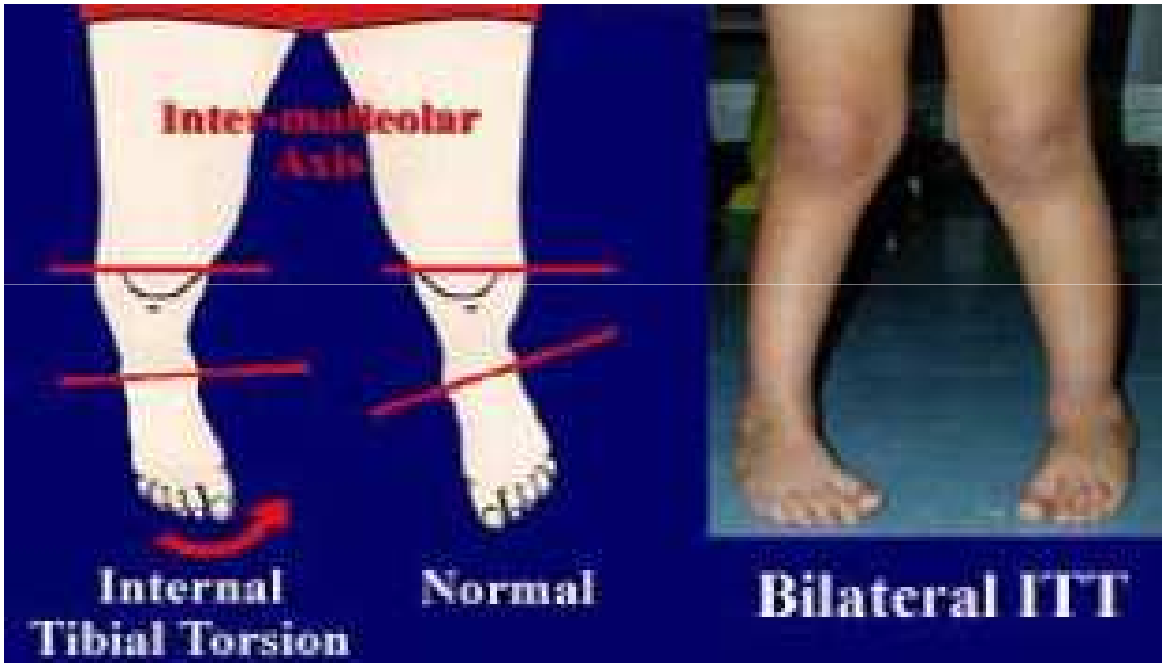
5. Camina con los pies hacia dentro

- Torsión tibial interna:

  - se detecta cuando el niño empieza a caminar

  - cuando se examina al niño se aprecia que al caminar los pies están desviados hacia la línea media y las rótulas ven al frente

5. Camina con los pies hacia dentro



Examen clínic

0 – 3 anys	3 – 10 anys	>10 anys
metatars adducte rotació tibial	anteversió femoral	

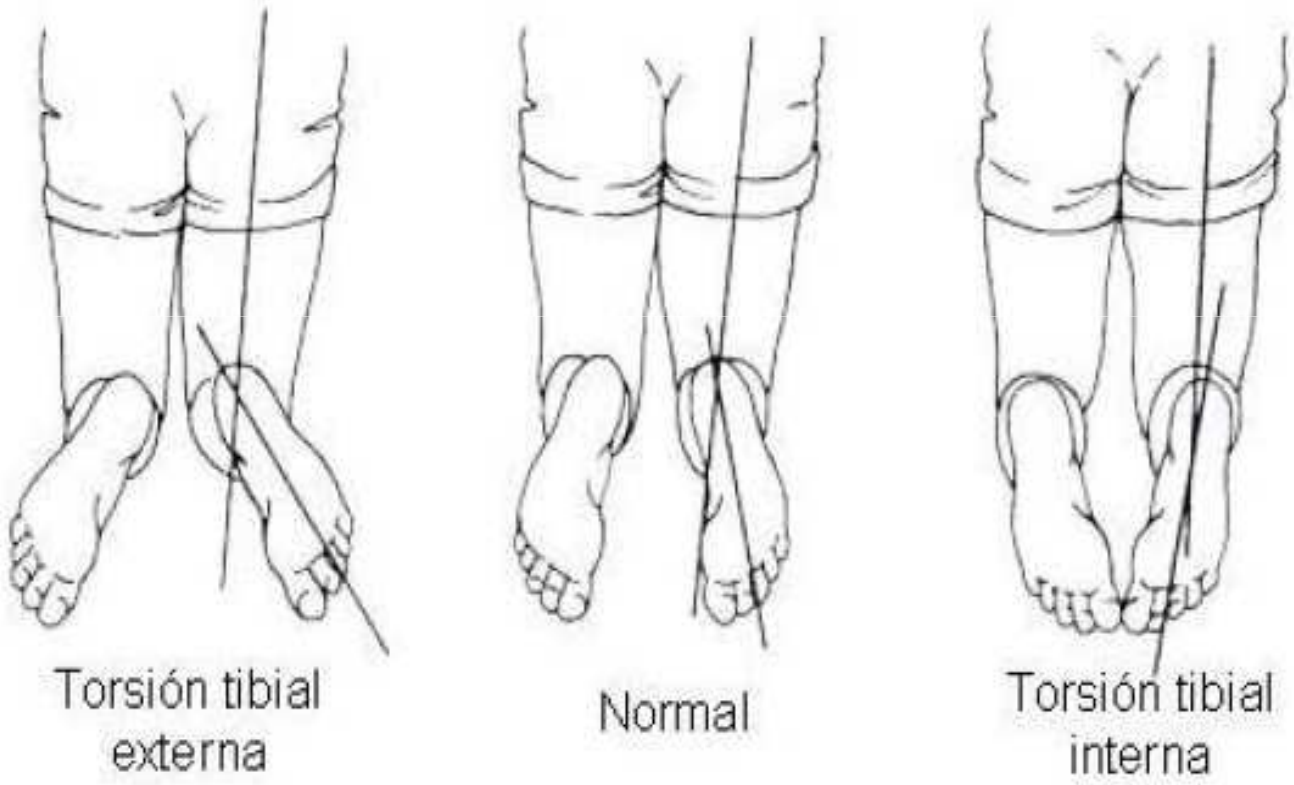
		>15 a.
Angle anteversió femoral	40º →	15º
Rotació tibial externa	5º →	15º
Rotació femoral interna	75º →	45º
Rotació femoral externa	90º →	45º

Amb l'edat es guanya la rotació externa de tota l'extremitat

5. Camina con los pies hacia dentro

ANGULO MUSLO PIE – LA PUNTA DEL PIE ESTA ORIENTADA A LA LINEA MEDIA

5. Camina con los pies hacia dentro



Examen clínic-anteversió femoral

Rotació interna maluc

Rotació externa maluc

5. Camina con los pies hacia dentro

- Torsión tibial interna:

  - si las tibias de los padres y/o hermanos mayores tienen alineación normal, es muy probable que se corrija entre los 7 y 8 años de forma espontánea

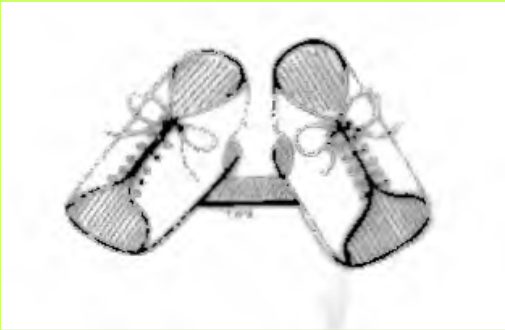
5. Camina con los pies hacia dentro

- Torsión tibial interna:

  - derivar a Traumatología si alteración unilateral, trastorno importante de la marcha, antecedentes familiares significativos

5. Camina con los pies hacia dentro

- Torsión tibial interna:



- el tratamiento varía desde ejercicios de manipulación y estiramiento (sesiones de 20-30’, cada vez que se cambia el pañal), hasta el uso de aparatos correctores tipo férula de Denis Browne

5. Camina con los pies hacia dentro

- Torsión tibial interna:

  - si después de los 8 años persiste la torsión tibial interna anormal y existe incapacidad funcional, estaría indicada la corrección quirúrgica

5. Camina con los pies hacia dentro

- Metatarso aducto:

  - desviación medial del antepié
  - deformación posicional
  - asocia displasia de cadera en 2%
  - flexible; resolución espontánea

5. Camina con los pies hacia dentro

5. Camina con los pies hacia dentro

5. Camina con los pies hacia dentro

- Metatarso varo:

  - deformación rígida medial del antepié
  - no alteraciones funcionales, pero sí estéticas
  - a menudo precisa tto con yesos/calzado corrector
  - cirugía excepcional (niños mayores)

6. Esguince de tobillo

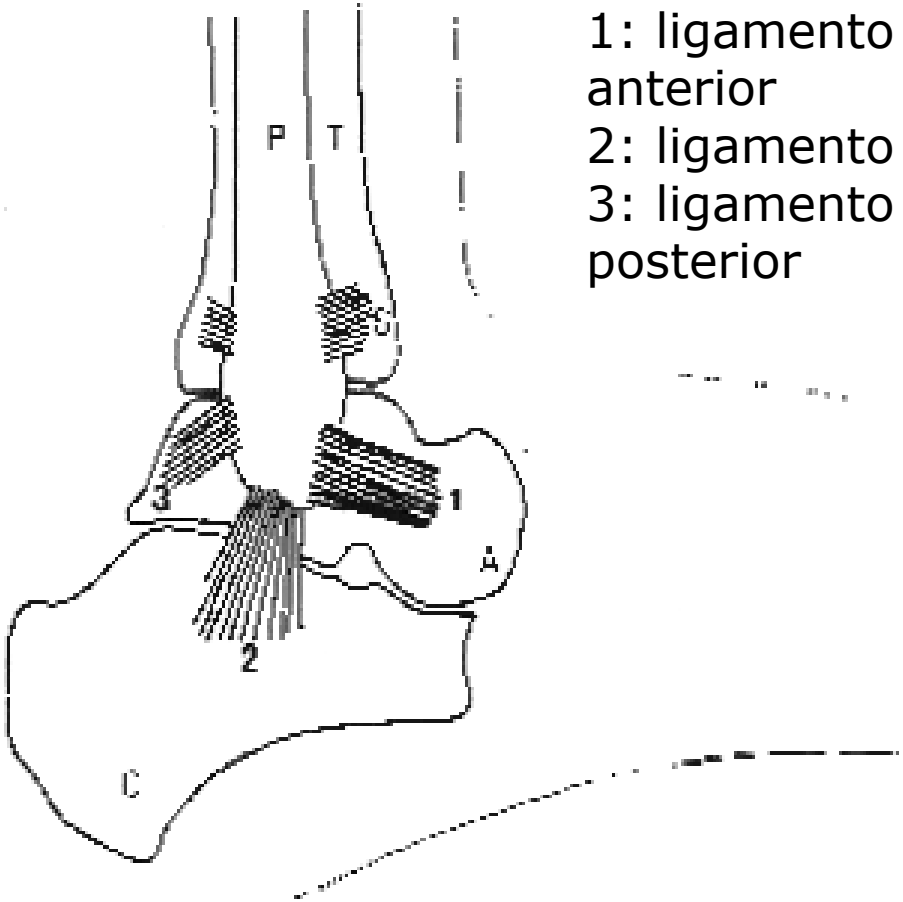
- ¿Cómo valoramos su gravedad?
- ¿Hay que hacer siempre Rx?
- ¿Cuál es el mejor tratamiento?
- ¿Cuándo derivamos al especialista?

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

- 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

- 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

- 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

- 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

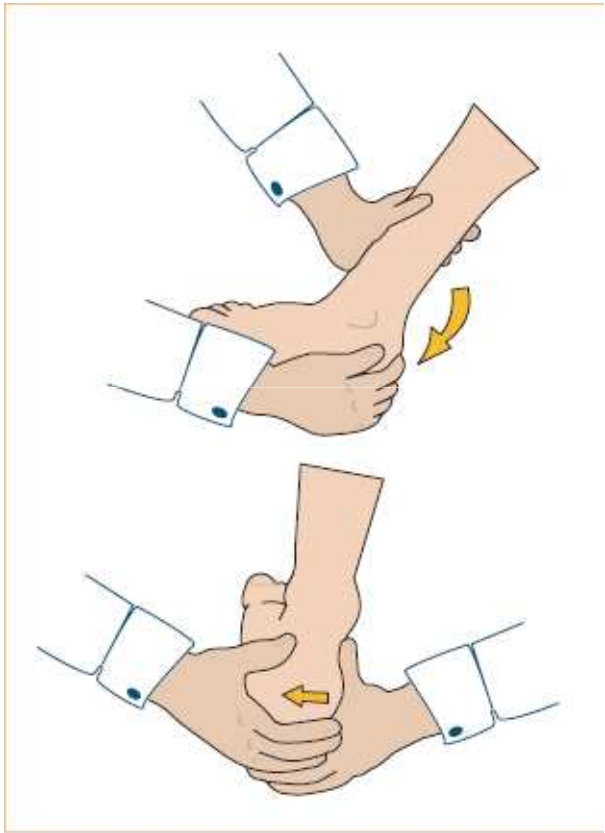


Figura 3. Pruebas para la inestabilidad anterior y lateral del tobillo.

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

- ¿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 y venda elástica o Tensoplast, 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, hielo (durante unos 20 minutos, cada 2 horas), 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.- Graves:

– férula de escayola los primeros días, que se puede cambiar posteriormente a yeso completo. El tiempo de inmovilización varía entre 3 y 6 semanas

– 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