

[anabuenosanchez@hotmail.com](mailto:anabuenosanchez@hotmail.com)

Ana María Bueno Sánchez



congreso  
actualización

pediatría

AEPPap 2020



 **fPS**  
Fundación Pediatría y Salud



Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria

 **AEPPap**  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

# Los temas...

*1. La columna vertebral*

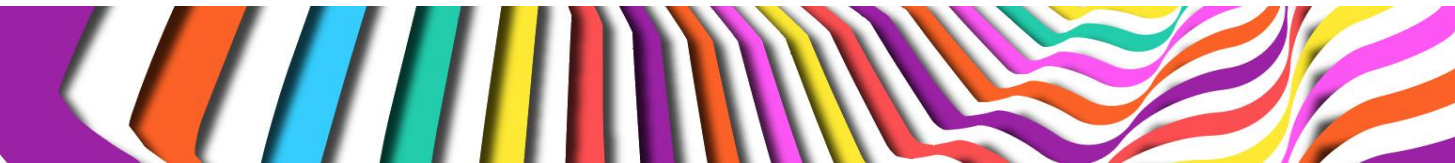
*2. Eje de miembros inferiores*

*3. El pie infantil*



**El taller...**

***Es un curso de ortopedia***



# Sus objetivos...

1. *Identificar*

2. *Ayudar en la decisión de la derivación*

3. *Evitar la alarma social infundada*



1º

# CONSULTAS SOBRE LA COLUMNA VERTEBRAL



congreso  
actualización  
*pediatría*



Fundación Pediatría y Salud



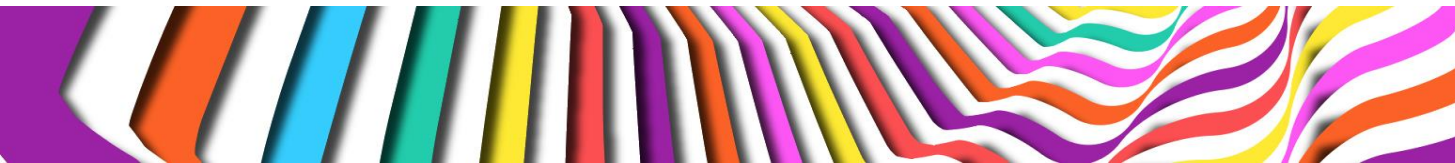
Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria



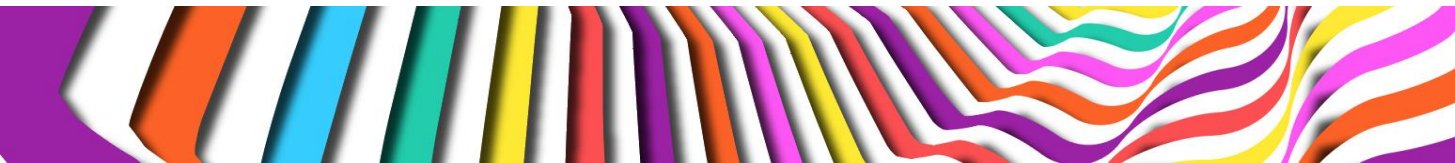
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

2020

# Caso Clínico Nº 1



- Paciente mujer
- En la actualidad de 13 años
- AP sin interés
- En seguimiento por escoliosis: No se sabe porqué, se lo descubrieron a los 6 años

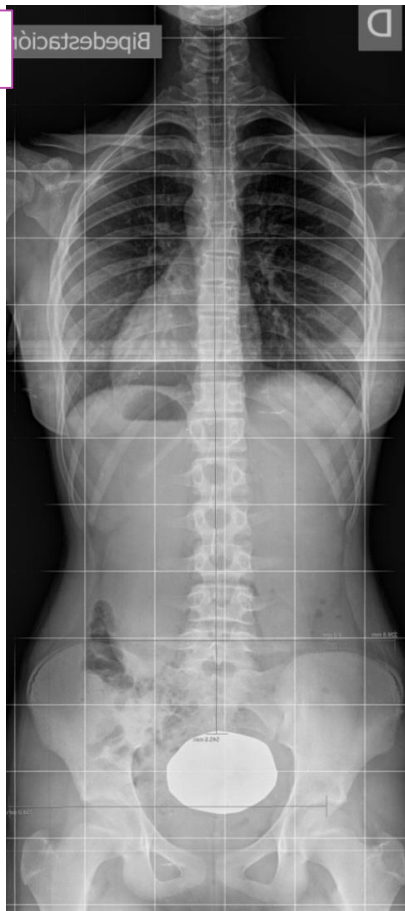


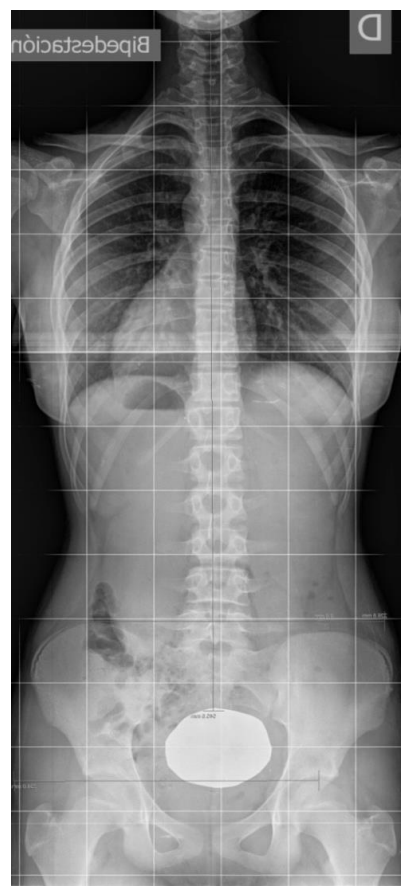
- Paciente mujer
- En la actualidad de 13 años
- AP sin interés
- En seguimiento por escoliosis: No se sabe porqué, se lo descubrieron a los 6 años
- Seguimiento clínico y **radiográfico casi anual**





# Estudio radiológico a los 13 años





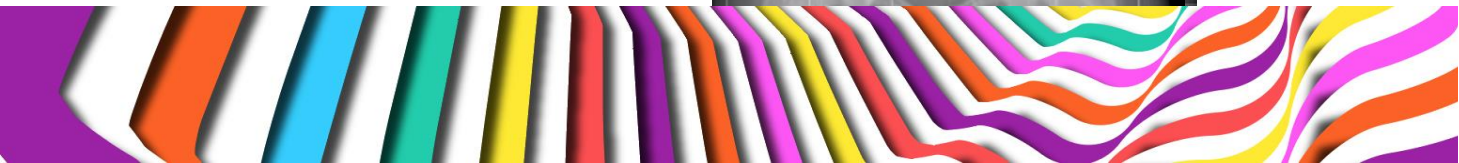
Evolución radiográfica



¿



?





ALTURA DE LOS HOMBROS,  
PELVIS Y CADERAS





ROTACION DEL TRONCO  
DE LA PELVIS





GRADO DE OSIFICACION



# ¿Cuál es la posición correcta?



## En bipedestación

**Pies** en línea mirando simétricamente al frente o en leve rotación externa, separados entre sí el espacio de la anchura del pie del explorador,

**Erguido**, rodillas extendidas, bien apoyado, tronco erecto, sacando pecho creciendo, como en posición de inspiración, con la cabeza alta, mirando en línea a la altura de sus ojos

**Y el pelo**, largo a veces, repartido en dos mitades hacia los dos hombros cayendo por delante

**Los brazos**, en un primer momento a lo largo del tronco a ambos lados, ni tensos ni flácidos y en otro, a 90º de antepulsión, con las manos a la altura de sus hombros y paralelos al suelo manteniendo el tronco en la posición previa





# Inspección en la posición correcta en bipedestación

## Fijémonos en cualquier asimetría

**De espaldas**, en la línea de los hombros, la prominencia de las escapulas, la altura de la pelvis, el espacio triangular que queda entre los brazos y los flancos.

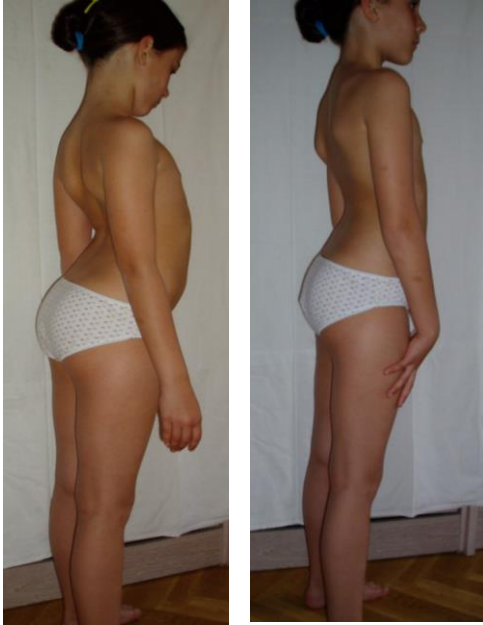
## Nos fijamos y marcamos digitalmente

Ahora ya, la línea de **las espinosas**, todas las dorsales y todas las lumbares: notaremos y veremos dibujado el trayecto de las mismas



# Inspección en la posición correcta en lateral

En visión lateral:

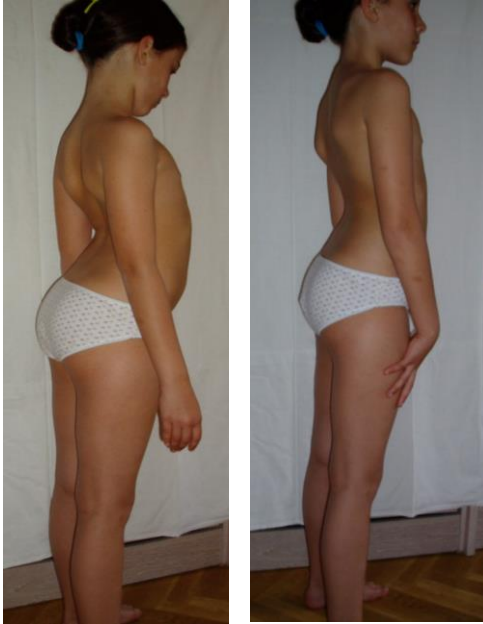


Curva dorsal cifótica y lumbar lordótica



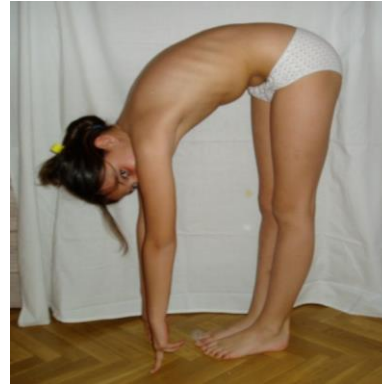
# Inspección en la posición correcta en lateral

En visión lateral:



Curva dorsal cifótica y lumbar lordótica

Rigidez de los músculos isquiotibiales:

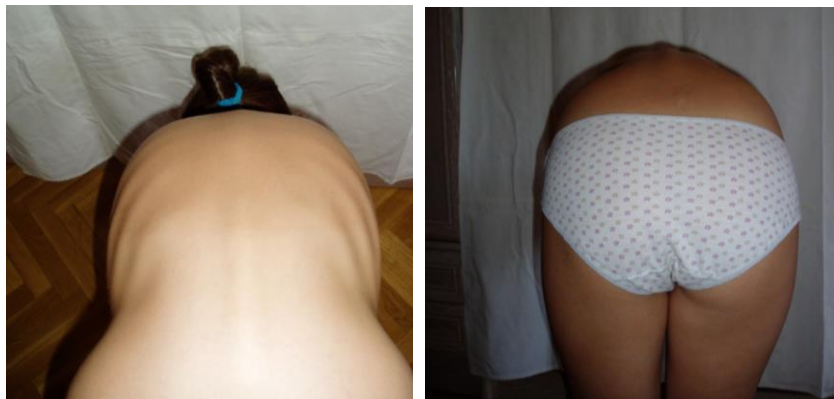


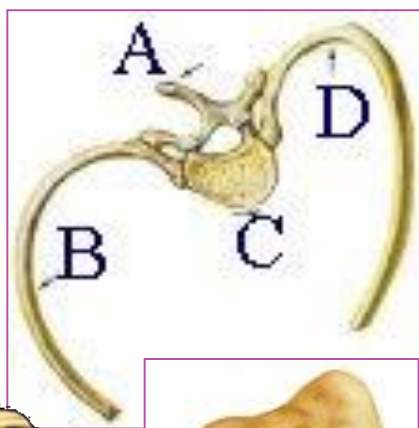
## Inspección en la posición correcta en flexión ventral

Sin forzar el tocar el suelo, cómodo, en flexión pero flojo, con los brazos flácidos apuntando al suelo, simétricos en la altura

Seguimos viendo el trayecto de la línea de la espinosas en esta proyección

Valoramos la presencia o no de gibas: Test de Adams positivo o negativo





# Comprobar la disimetría en decúbito correcto

## En decúbito supino

**En eje.** Cada hemicuerpo simétrico al eje que divide al paciente en dos mitades.

Pies apuntando al techo

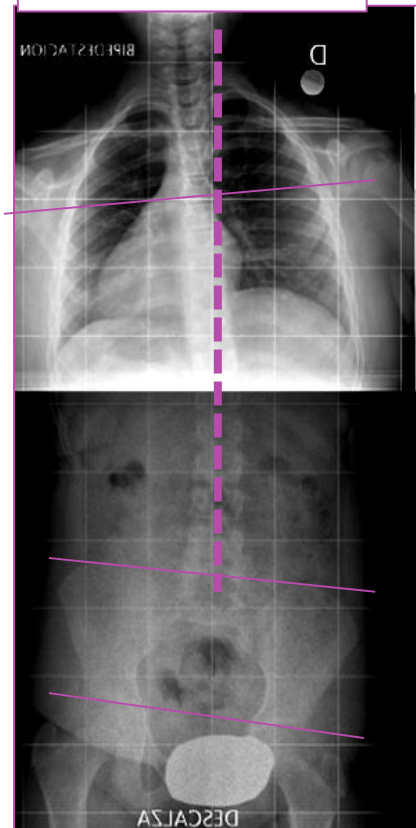
Tobillos a 90º es decir en neutro

**Marcamos lo maléolos tibiales** en la prominente:

- 1.- El decalaje entre ambas nos dirá la disimetrías.
- 2.- Medir del ombligo a ambos maléolos
- 3.- Desde la espina ilíaca antero-supeior de ambas crestas ilíacas

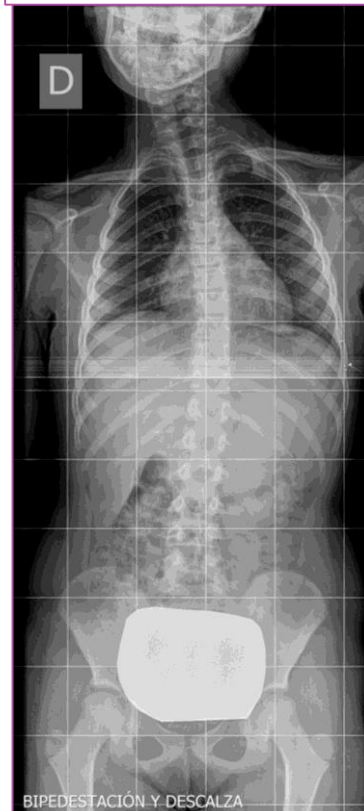


## ACTITUD ESCOLIOTICA

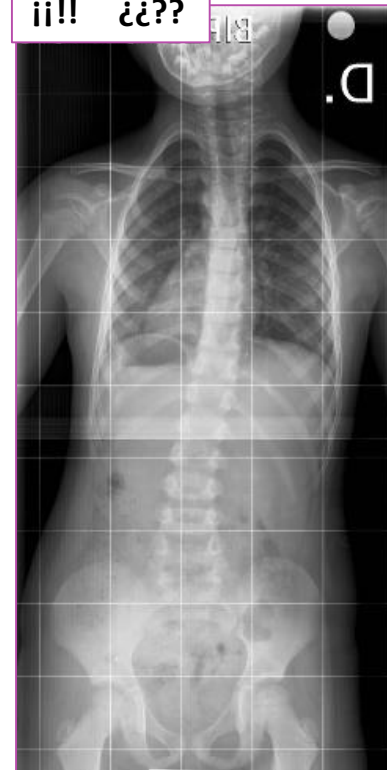


## ESCOLIOSIS ESTRUCTURADA

## TORTÍCOLIS CONGÉNITA



ii!! ¿???

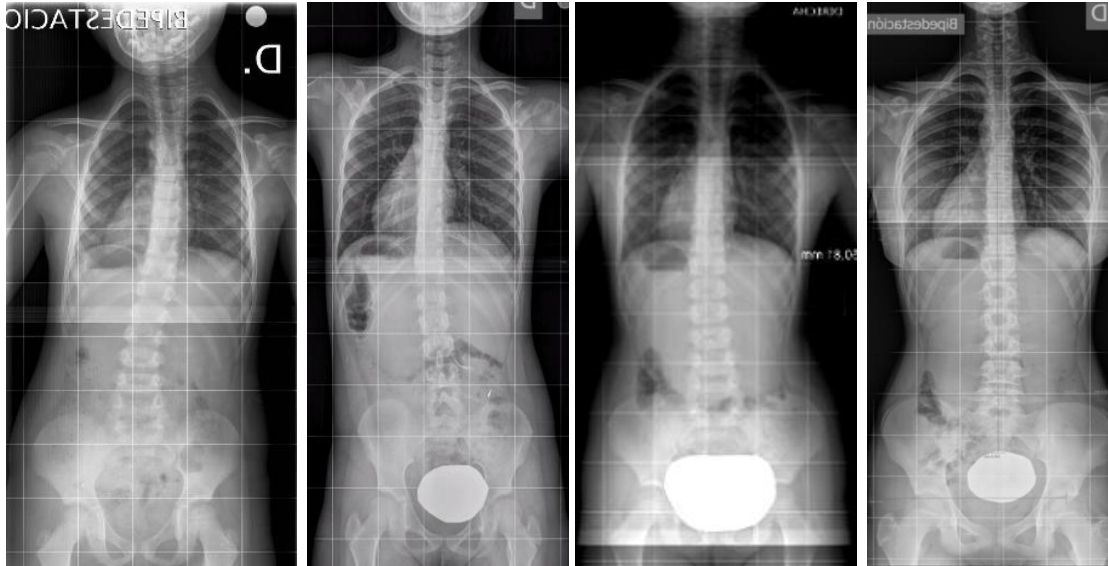


*Volviendo al caso...*





# *Volviendo al caso...*

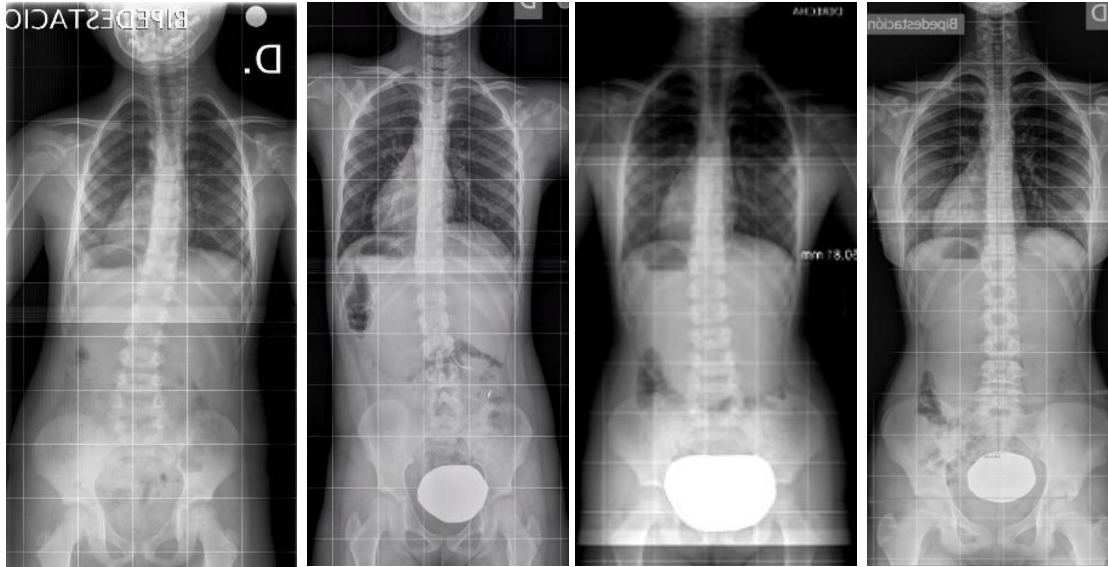


## *Volviendo al caso...*

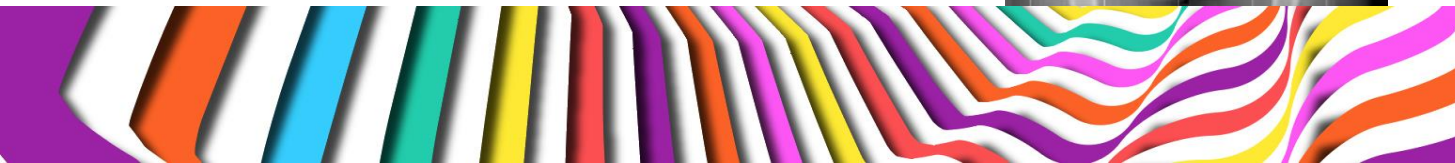
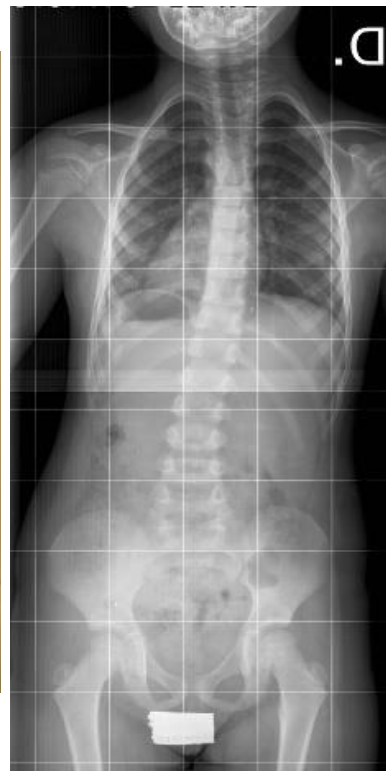
¿Qué ha pasado en este caso?

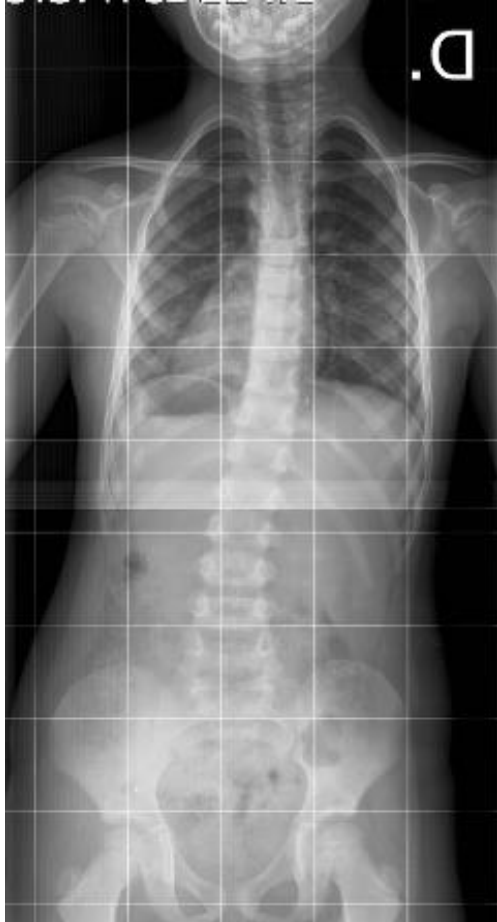
¿Qué tratamiento ha realizado?

¿Qué tipo de escoliosis tenía?



# No tenía escoliosis

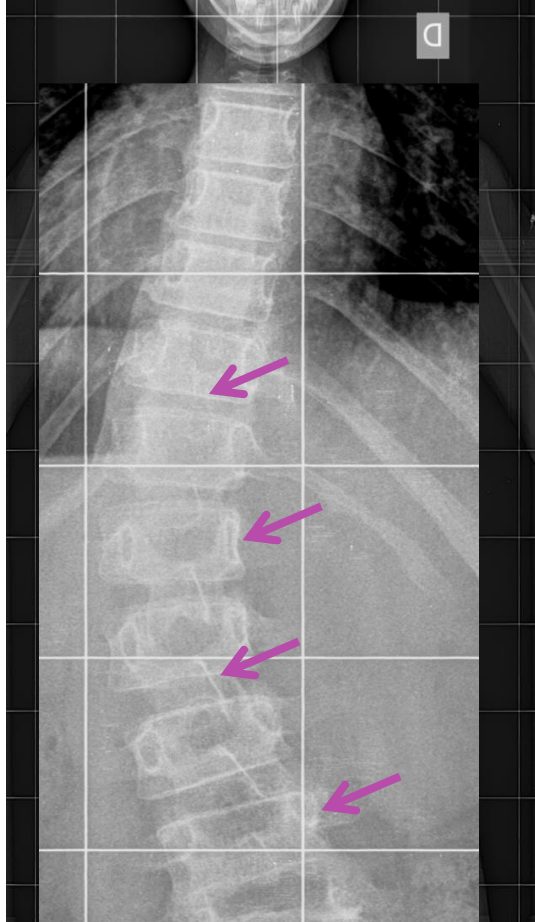
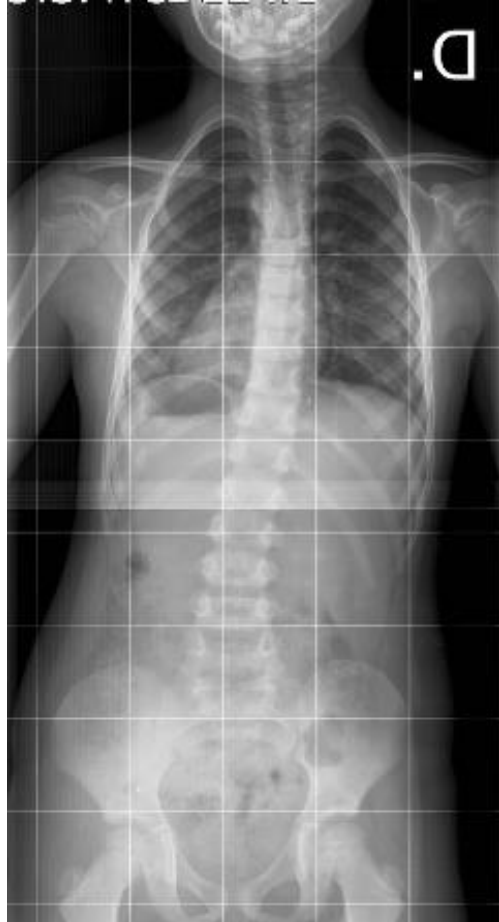




# La Escoliosis Y La Actitud Escoliótica



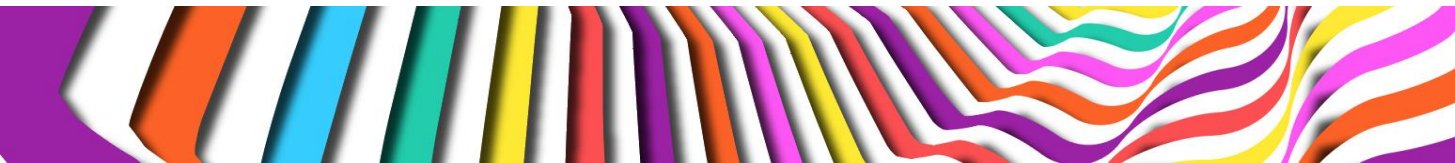
# La Escoliosis Y La Actitud Escoliótica



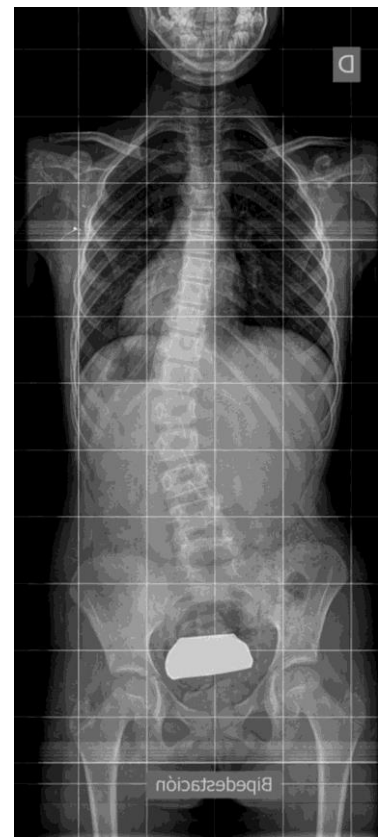
- La escoliosis no mejora con el crecimiento
- Con y sin tratamiento
- El tratamiento conservador (fisioterapia, corsé) contiene la evolución
- El tratamiento quirúrgico corrige la deformidad



*Sin embargo...*

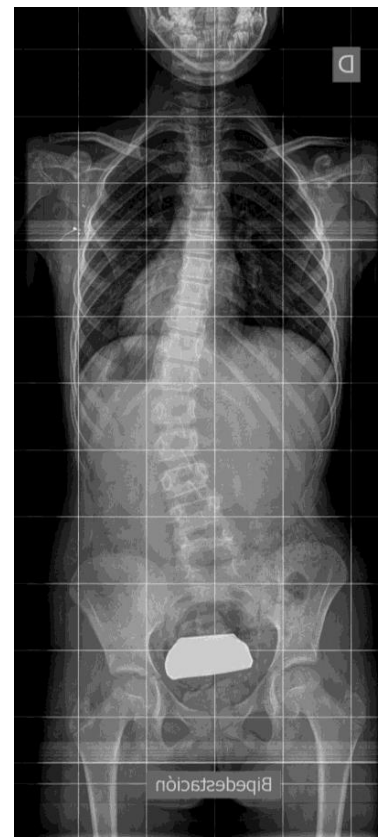


- Mujer. FN: 16/03/2009
- En la actualidad de 11años
- AP sin interés
- Consulta por asimetría de hombros
- Exploración: asimetría de hombros escapulas y Adams (+) lumbar I
- Estudio radiográfico:





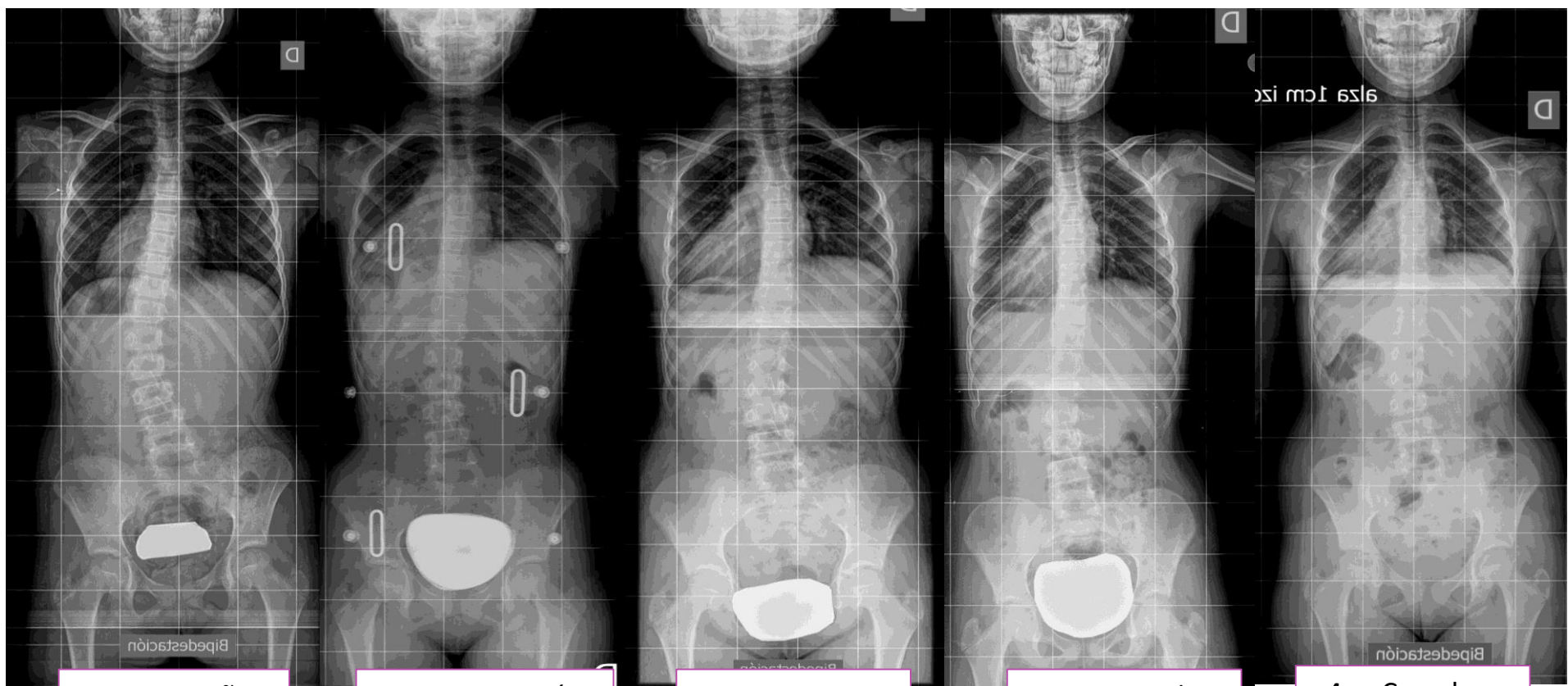
- Mujer. FN: 16/03/2009
- En la actualidad de 11años
- AP sin interés
- Consulta por asimetría de hombros
- Exploración: asimetría de hombros escapulas y Adams (+) lumbar I
- Estudio radiográfico
- Descartar proceso neurológico. RM:





RM: “E scoliosis lumbar de convexidad izquierda, con ápex L1. Sin otros hallazgos. Los cuerpos vertebrales presentan adecuada altura y morfología. Altura e intensidad de señal de espacios discales conservados. No evidencia de malformaciones congénitas que justifique la curva esoliotica. Médula de intensidad de señal y morfología normal, con cono medular que acaba a nivel de L1-L2, normal. Unión craneocervical sin alteraciones, foramen magno de calibre normal, sin descenso de amígdalas cerebelosas ni otros hallazgos patológicos”





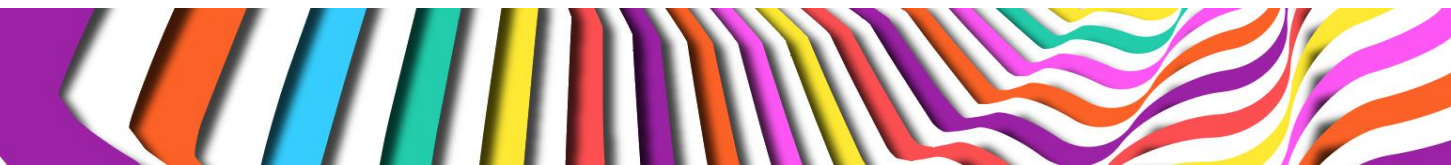
Dco. 11+6 años

+3m. con corsé

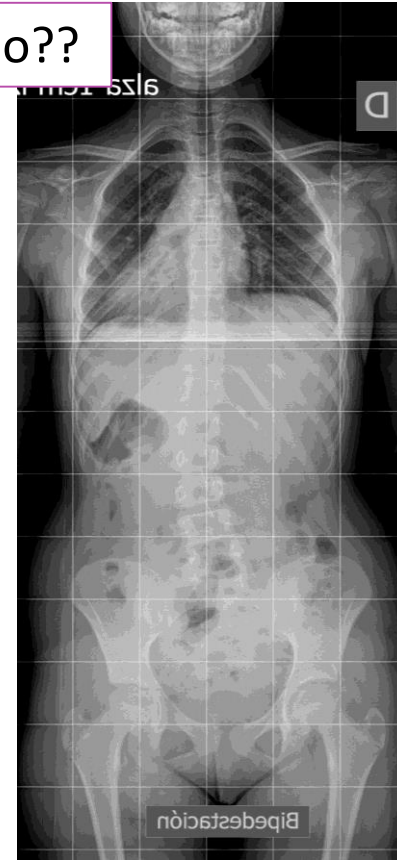
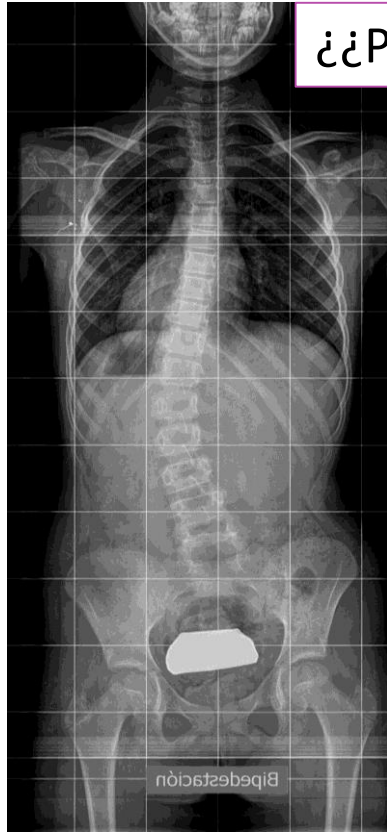
+7m. Se retira

+6m. Control

+4m. Con alza



¿Por qué ha mejorado??



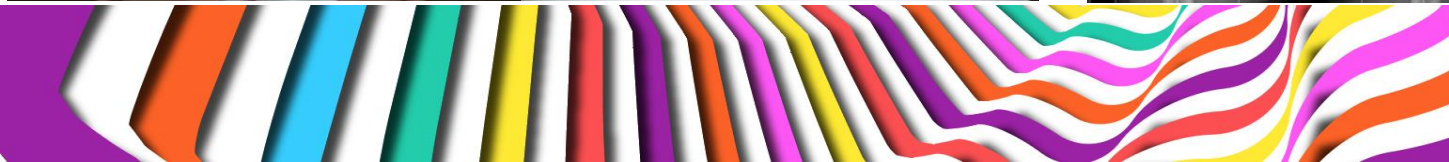
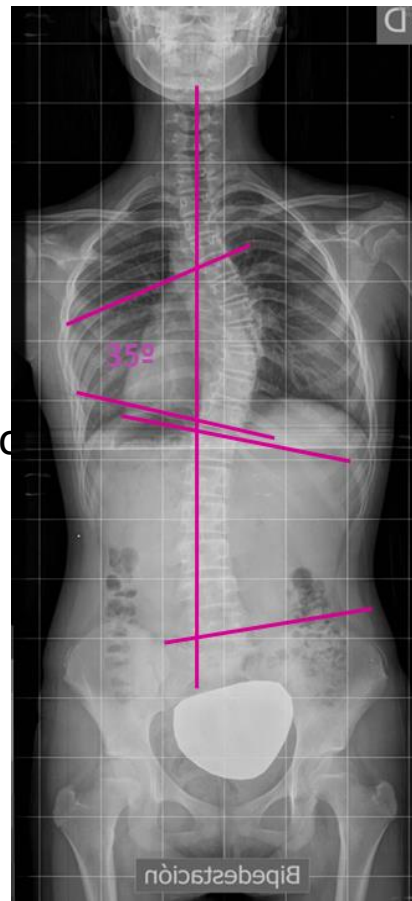
¿iiiiiiii!!!!!!??



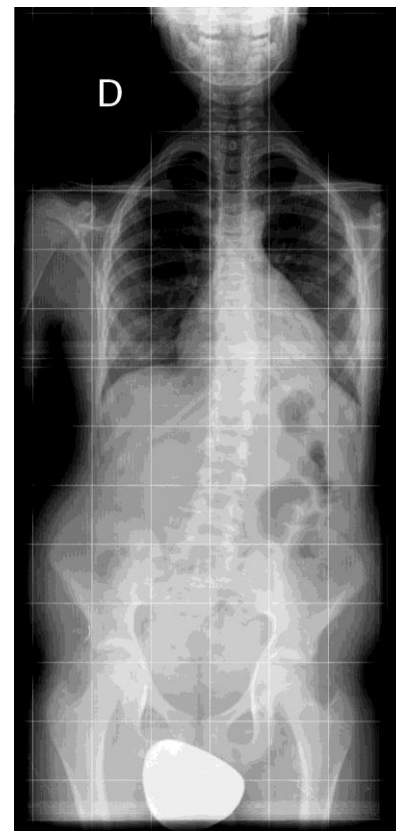
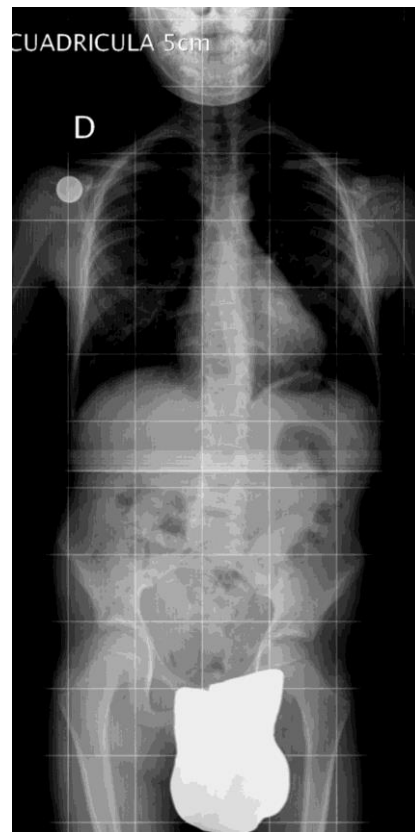
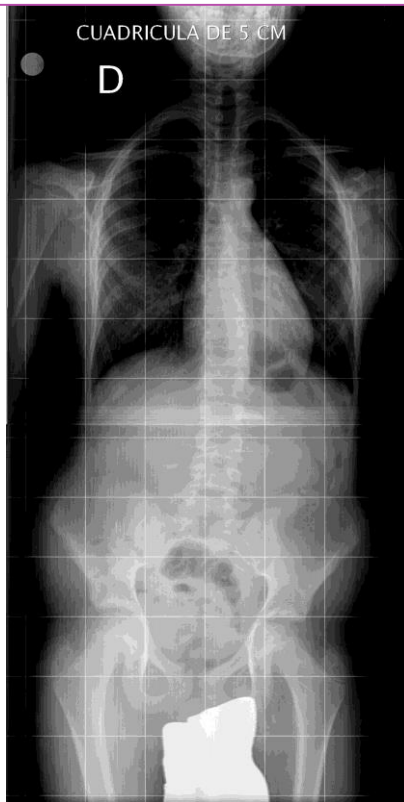
# ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA



tro



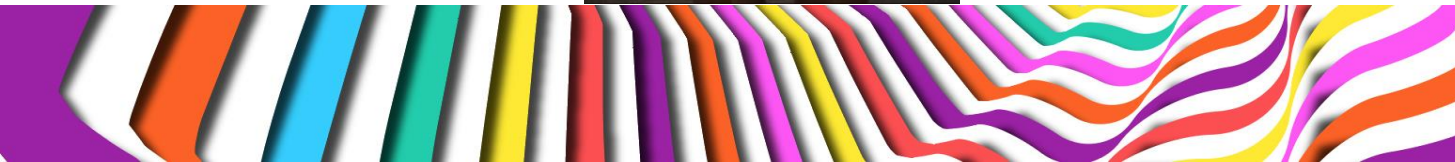
# SÍNDROME DE MARFAN



# SÍNDROME DE MARFAN

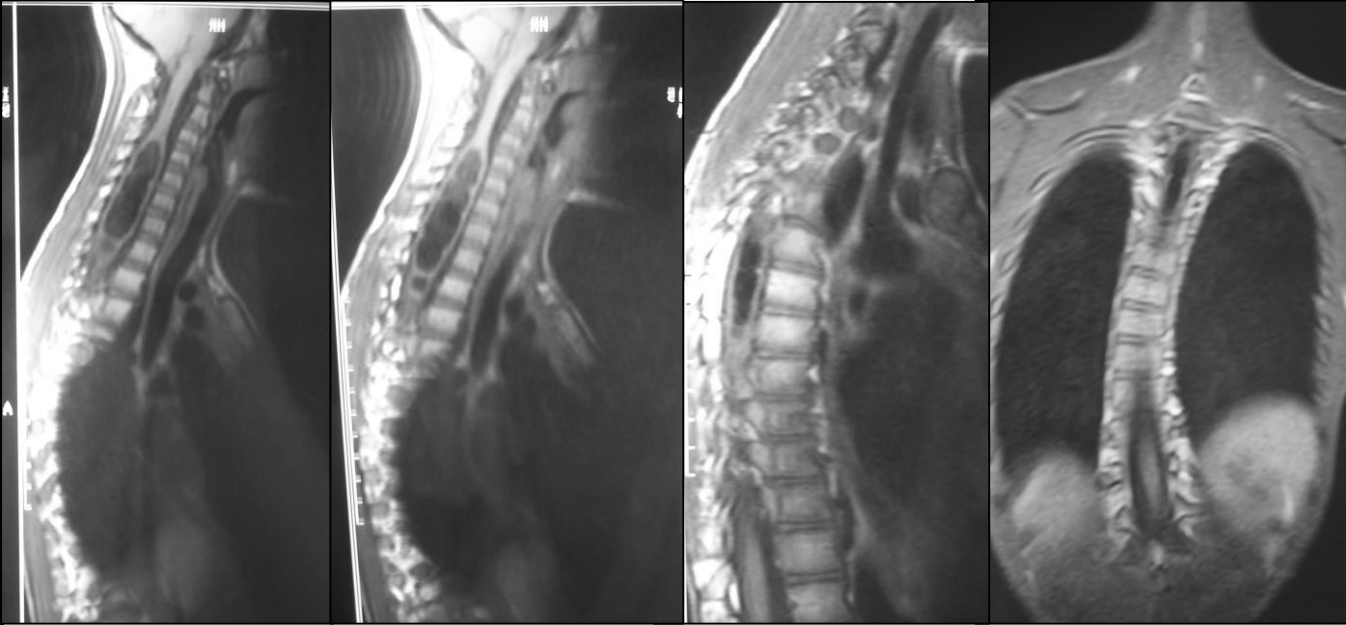
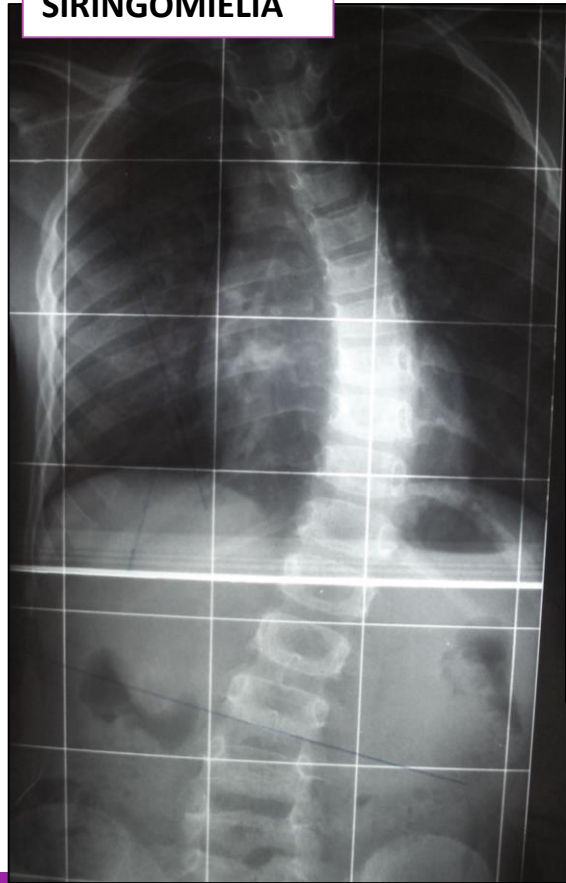


# SIRINGOMIELIA

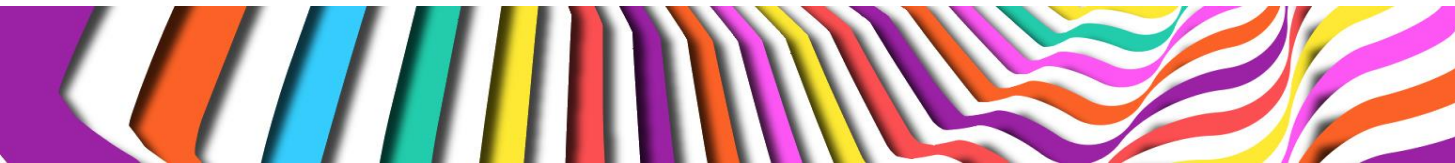




# SIRINGOMIELIA



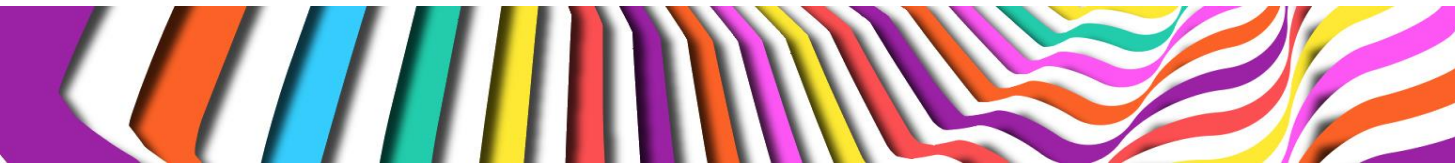
# Caso Clínico Nº 2



- Mujer
- 12 años
- Menarquia reciente
- AP sin interés
- Dolor en la región lumbar



## Descartar causas del dolor



## Descartar causas del dolor

- Tumores



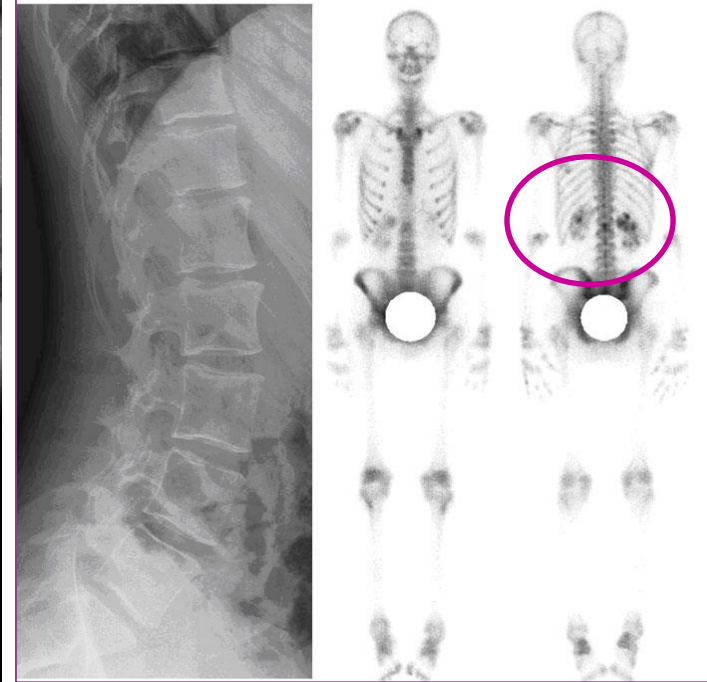
## Descartar causas del dolor

- Tumores
- Infecciones



## Descartar causas del dolor

- Tumores
- Infecciones
- Traumatismos



## Descartar causas del dolor

- Tumores
- Infecciones
- Traumatismos
- Procesos reumáticos
- Enfermedades específicas óseas y del aparato locomotor: Enfermedad de Schewerman.





## Descartar causas del dolor

- Tumores
- Infecciones
- Traumatismos
- Procesos reumáticos
- Enfermedades específicas óseas y del aparato locomotor: Enfermedad de Schewerman.



## Descartar causas del dolor

- Tumores
- Infecciones
- Traumatismos
- Procesos reumáticos
- Enfermedades específicas óseas y del aparato locomotor
- Sobrecarga muscular y articular



- ✓ **Características del dolor:** Nocturno
- ✓ **Intensidad del dolor:** Invalidante o no. Limita su actividad y relación con el entorno. Necesita analgesia o no
- ✓ **Respuesta del dolor** a medidas analgésicas
- ✓ **Evolución del dolor**

## EXPLORACIÓN:

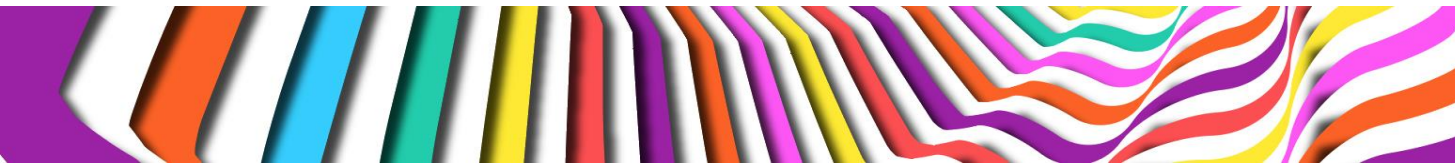
- Buscar puntos óseos de dolor: apofisalgias
- Dolor a la contrapresión
- Limitación de la movilidad
- Actitud o escoliosis no corregibles
- Rigidez severa de los isquiotibiales
- Compromiso neurológico
- Pérdida de fuerza muscular
- Otras alteraciones en la piel
- Afectación general



- Rx
- Telerx
- Gammagrafia
- CT, RM
- Si analítica... Mejor interconsulta urgente o no, a pediatría



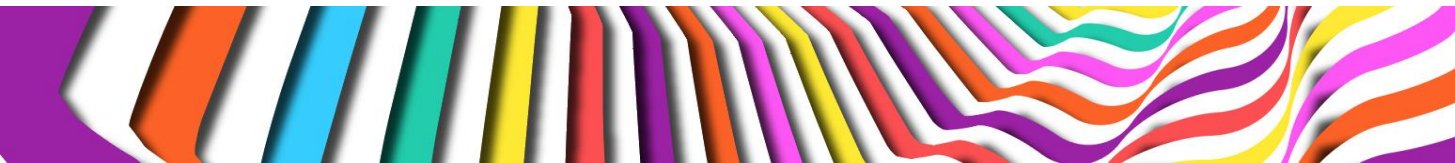
*Volviendo al caso...*



- Mujer
- 12 años
- Menarquia reciente
- AP sin interés
- Dolor en la región lumbar... **Dolor tras el deporte o con él. No se irradia. No es continuo. No le impide su actividad normal. No dolor en reposo, ni nocturno**



- Mujer
- 12 años
- Menarquia reciente
- AP sin interés
- Dolor en la región lumbar... Dolor tras el deporte o con él. No se irradia. No es continuo. No le impide su actividad normal. No dolor en reposo, ni nocturno
- Exploración...
  - Normoposicionada, no escoliosis ni otras alteraciones de la estática.
  - **Hiperlordosis lumbar.**
  - No puntos óseos dolorosos.
  - **Retracción moderada de los isquiotibiales** (como el padre).
  - Fuerza y sensibilidad normal



## ✓ Radiografía

:

1. ¿Es necesaria?
2. ¿AP y L? ¿Sólo AP? ¿Sólo lateral? ¿AP y no PA?
3. ¿En decúbito o en bipedestación?
4. ¿CV completa o sólo en la zona álgida?



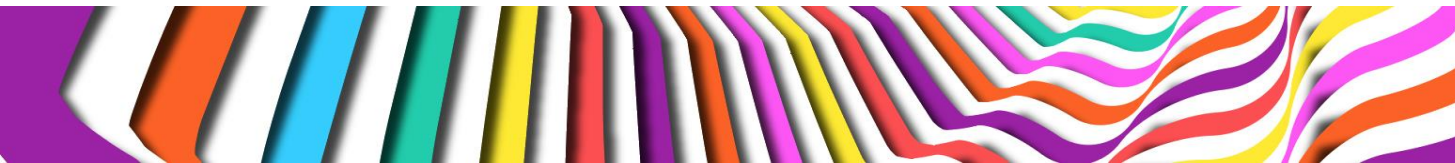


## ✓ Radiografía

:

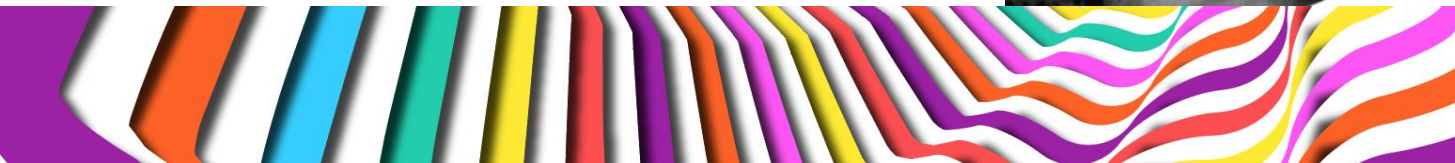
1. ¿Es necesaria?
2. ¿AP y L? ¿Sólo AP? ¿Sólo lateral? ¿AP y no PA?
3. ¿En decúbito o en bipedestación?
4. ¿CV completa o sólo en la zona álgida?

1. Quizás no. Sólo inquieta **la rigidez de isquiotibiales** como el padre
2. Las dos proyecciones en general
3. **Mejor en bipedestación**
4. Sólo la zona álgida



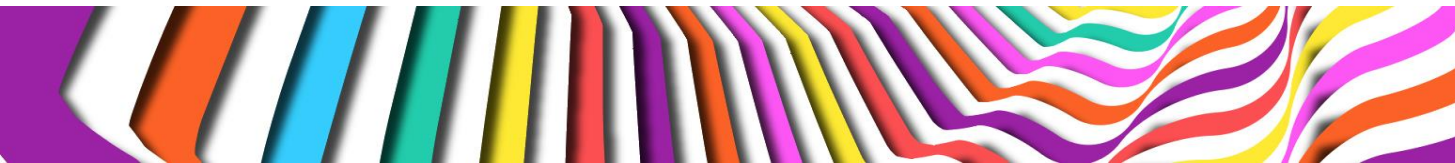






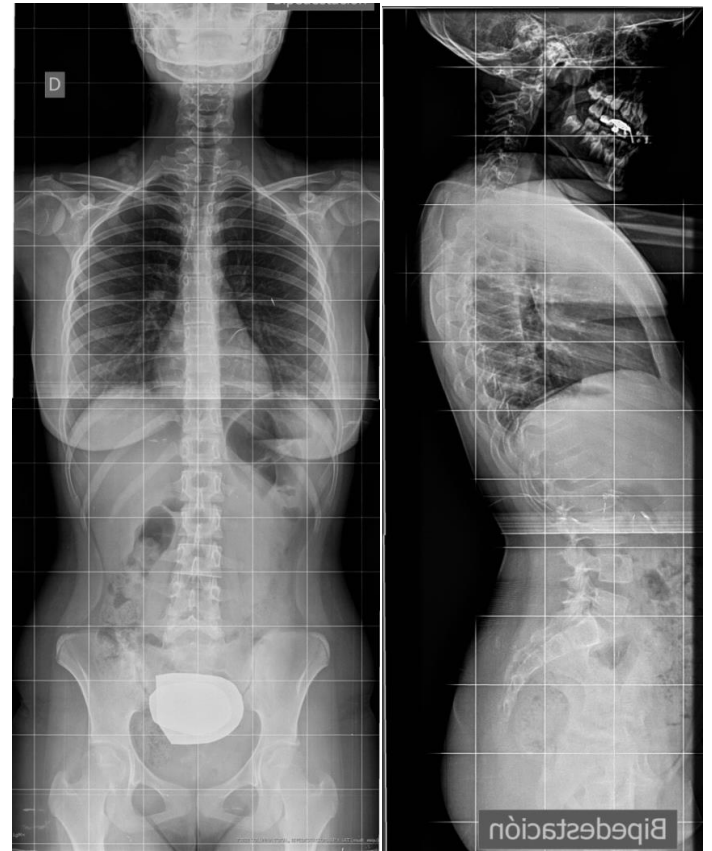


*Volviendo al caso...*



- Mujer
- 12 años
- Dolor en la región dorsal... lumbar...
- Exploración... Sin patología
- Rx, telerx

**No se objetiva nada patológico**



“...Pero entonces ¿por qué le duele la espalda?...”

15% sin diagnóstico



Lumbalgias /Dorsalgias del adolescente

## TRATAMIENTO:

- EL EJERCICIO FÍSICO
- LA AUTOCORRECCIÓN
- LA POSICIÓN CORRECTA
- LA PACIENCIA





2º

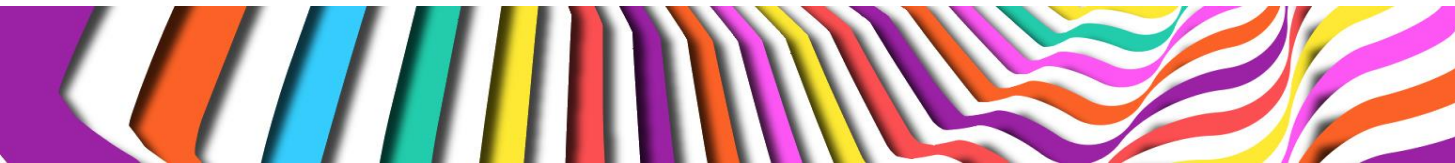
# CONSULTAS SOBRE MIEMBROS INFERIORES



congreso  
actualización  
*pediatría*



# Caso Clínico Nº 1

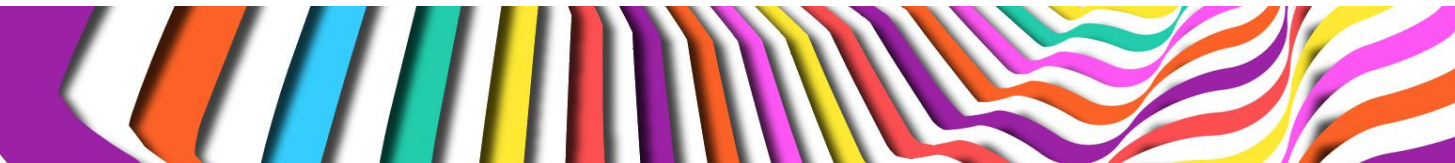


- Paciente mujer de 4 años
- AP sin interés
- Consulta por marcha anómala: mete los pies al caminar y se cae mucho



## Lo importante es determinar la causa:

- ✓ de la marcha en RI y
- ✓ de las caídas frecuentes



## Lo importante es determinar la causa:

- ✓ de la marcha en RI y
- ✓ de las caídas frecuentes

- **Patológica**

- Neurológico
- Miopático
- Antepie adductus

- **Fisiológica**

- Aumento del ángulo de anteversion femoral
- Disminución de la torsión tibial
- Desequilibrio muscular mal aprendizaje

- **Constitucional**

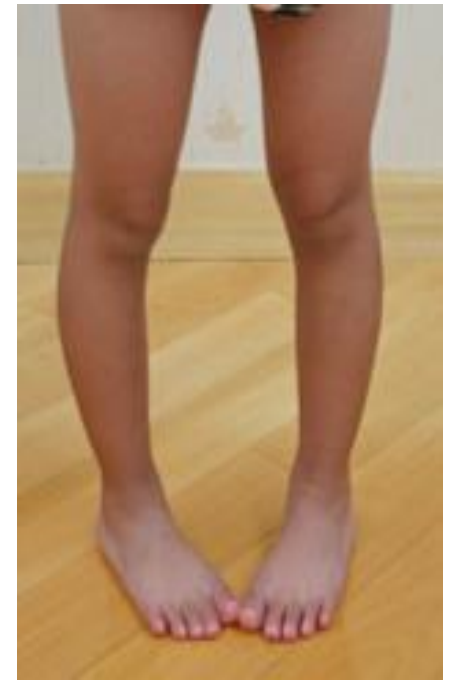


## Explorar el perfil rotacional:

- Decúbito prono: Perfil rotacional de las caderas: RI y RE
- Angulo de progresión de la marcha



**1.- El ángulo de anteversión femoral:** Es la anatomía normal de la cadera. Fisiológico. Mide unos 15°. En el niño, puede llegar a más de 40 °



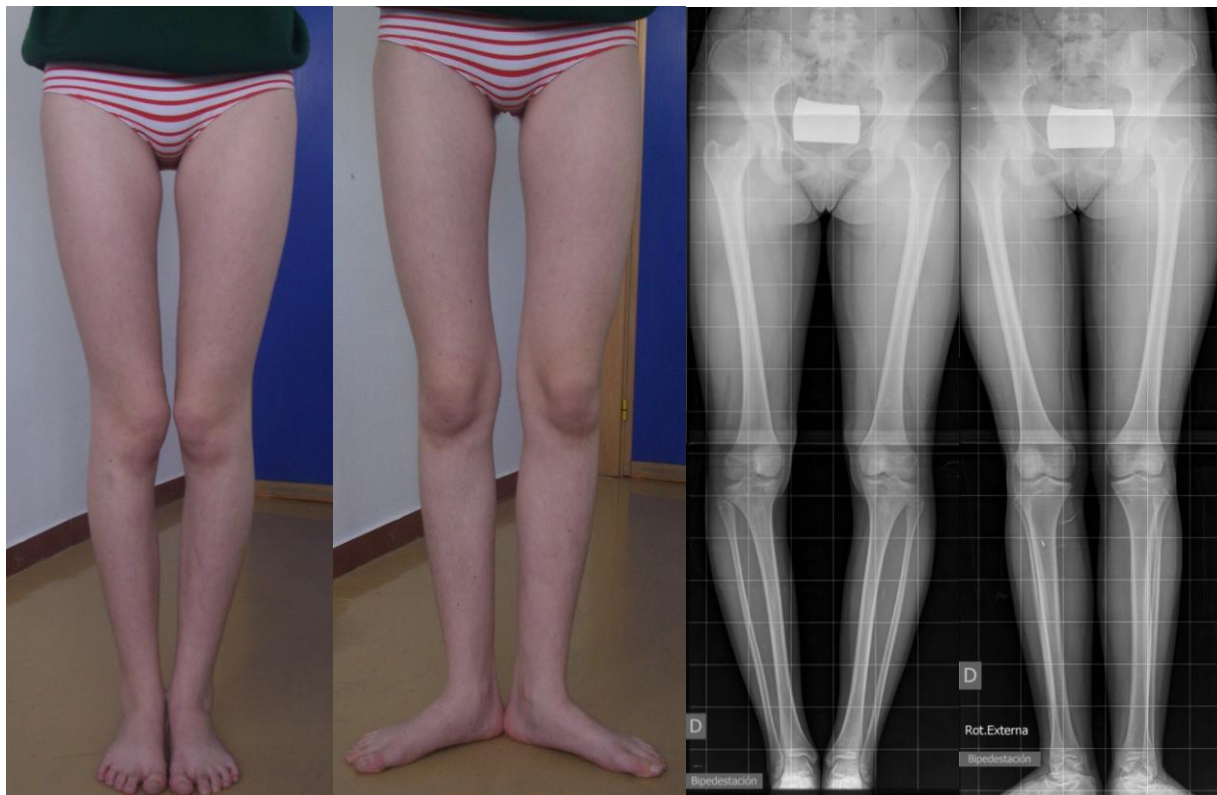
Este ángulo aumentado obliga a llevar el eje del miembro inferior y al pie en rotación interna



Con el tiempo este ángulo se va reduciendo.

Pero constitucionalmente:

- una torsión femoral interna que mantiene la marcha en RI
- aumento de la torsión tibial externa compensadora

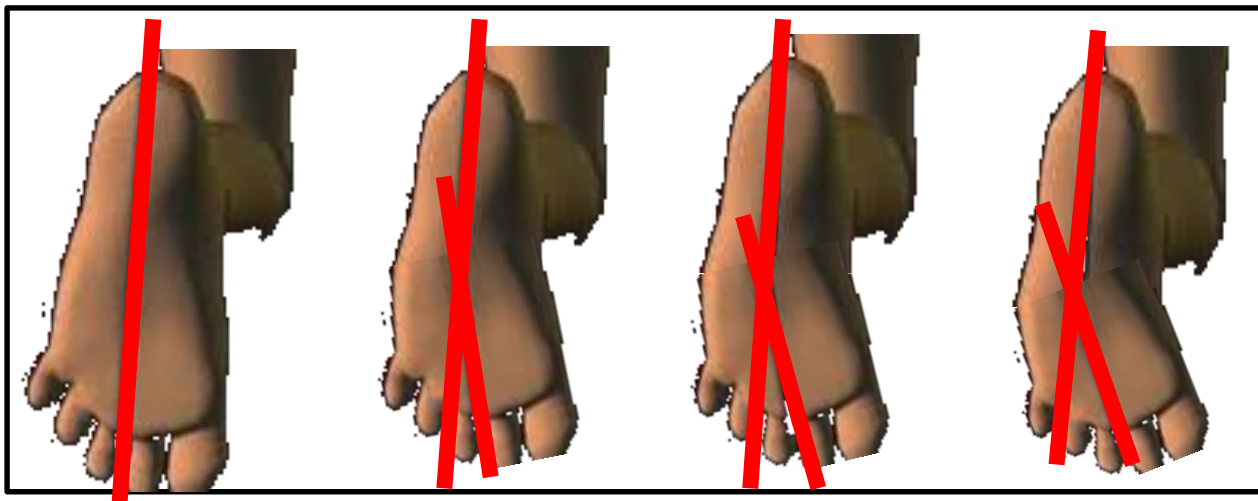




**2.- La torsión tibial**, anatómicamente es externa, unos 20º en el adulto, en los niños puede variar a interno más grados, y a externo, provocando una marcha en RI o en RE.



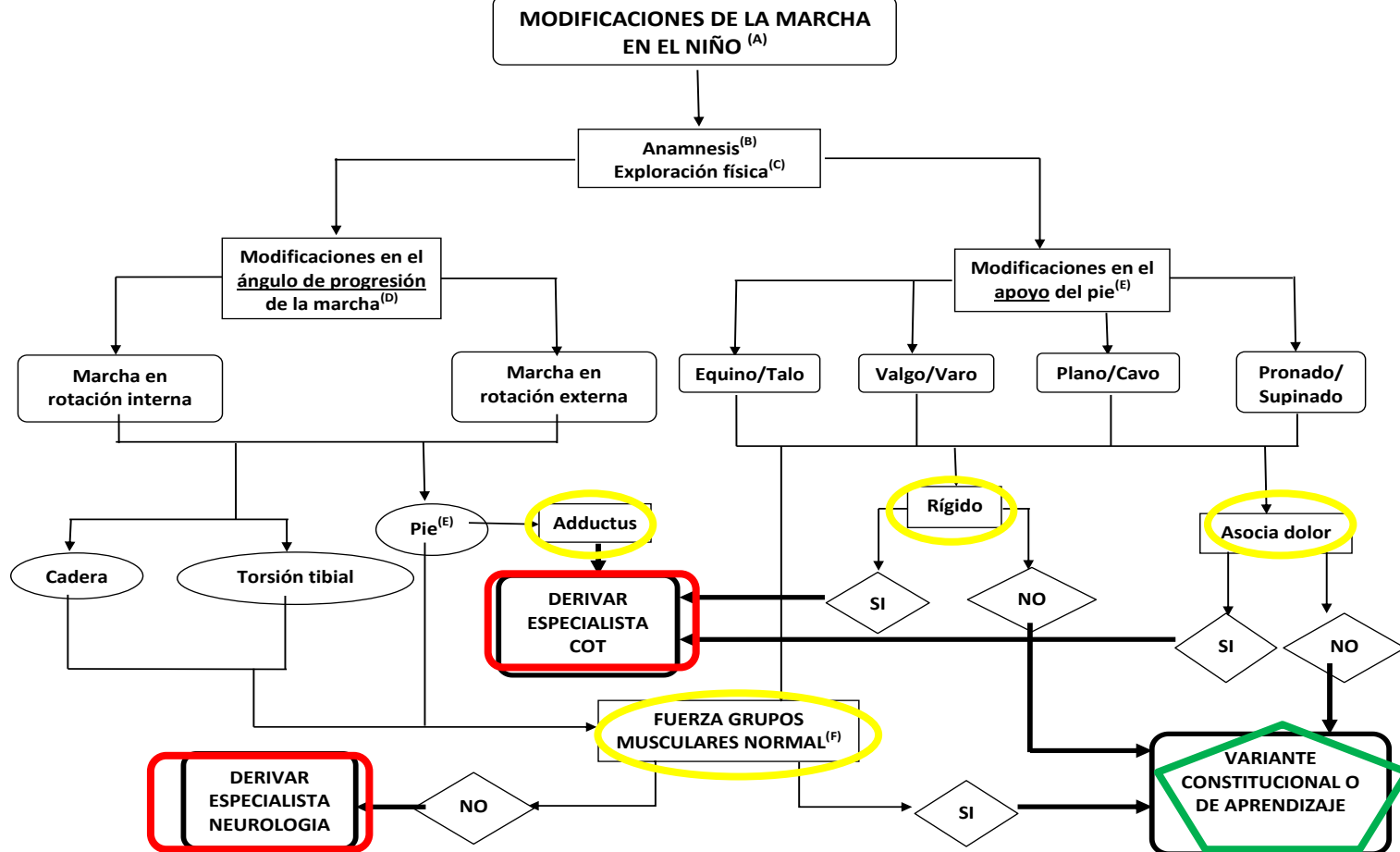
**3.- Antepie adductus.** El eje del pie debe ser neutro y pasar por el primer espacio interdigital o segundo dedo. Si pasa más a externo el pie es patológicamente adductus y también haría una marcha en RI.



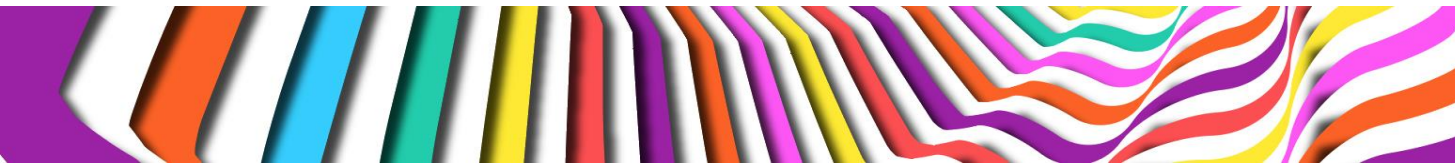
**4.- Adductus dinámico.** A veces, a pesar de presentar un eje normal, el niño al caminar activa asimétricamente los músculos tirando más del tibial posterior que de los peroneos. En esta situación simula una marcha en RI.

Se evidencia cuando se le invita a caminar involucrando los peroneos, es decir caminando de talones





***Volviendo al caso...***



- Paciente mujer de 4 años
- AP sin interés
- Consulta por marcha anómala: mete los pies al caminar y se tropieza con frecuencia
- **Exploración:**

Perfil rotacional de la cadera:

RI :85/85

RE: 40/40

Angulo muslo pie:+15/+15

Angulo de progresión de la marcha: -30/-30

Eje tarso-metatarsiano: al segundo dedo

Buen eje de MMII y de la movilidad

Buena fuerza en grupos musculares de MMII



- Paciente mujer de 4 años
- AP sin interés
- Consulta por marcha anómala: mete los pies al caminar y se tropieza con frecuencia
- **Exploración:**

Perfil rotacional de la cadera:

**RI :85/85**

**RE: 40/40**

Angulo muslo pie:+15/+15

Angulo de progresión de la marcha: **-30/-30**

Eje tarso-metatarsiano: al segundo dedo

Buen eje de MMII y de la movilidad

Buena fuerza en grupos musculares de MMII

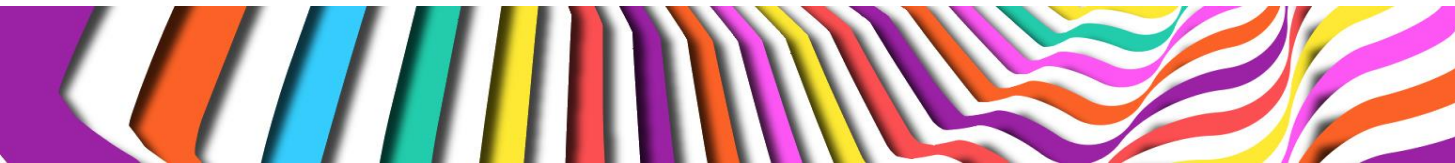


## MARCHA EN RI POR ANTEVERSION FEMORAL FISIOLÓGICA

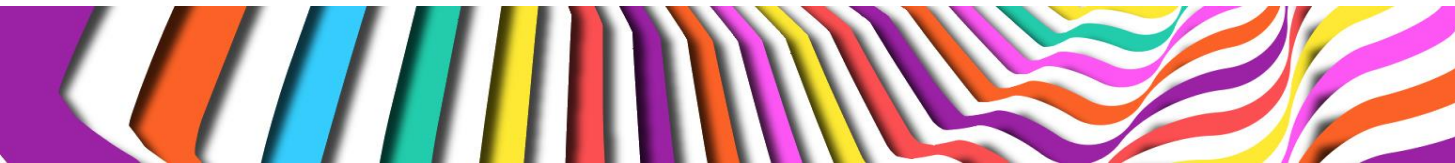




# Caso Clínico Nº 2

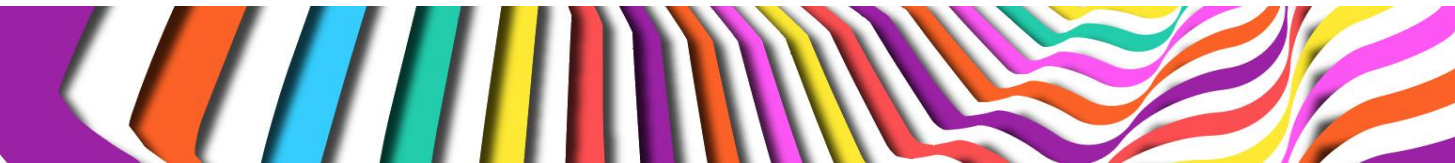


- Paciente varón
- 3 años
- AP sin interés
- Desarrollo motor normal. Caminó a los 16 meses
- Vacunación normal.
- Escolarización normal.
- Tranquilo, tímido, colaborador
- **MMII en varo**



## Exploración:

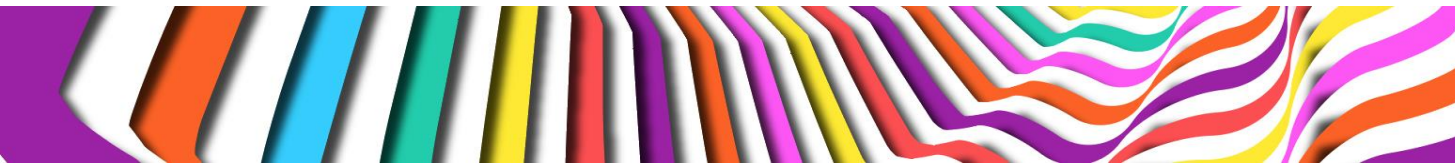
- Percentil en la talla justo (P5)
- CV, caderas y MMSS normales
- MMII en varo:
  - DIM en descarga 8 cm
  - Bipedestación 10 cm
  - Sin límite articular
- Camina sin dificultad, en leve RI



**Lo importante es determinar la causa**



# ✓ Fisiológico: EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO



# ✓ Fisiológico: EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO

**Nacimiento:** genu varo

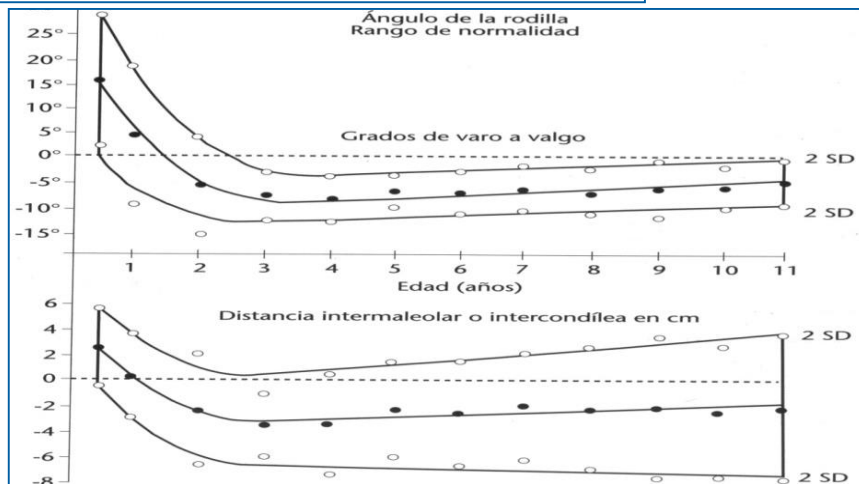
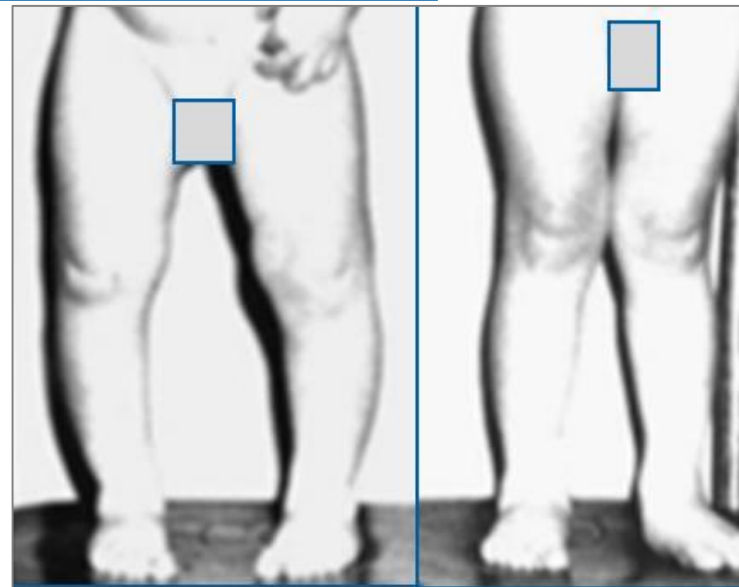
(hasta 15°, hasta 2 años)

**A los 3-4 años:** genu valgo progresivo

(hasta 11, hasta 6 años)

**Adulto:** discreto genu valgo

(7° en la M y 5° en el H; +/-5°)

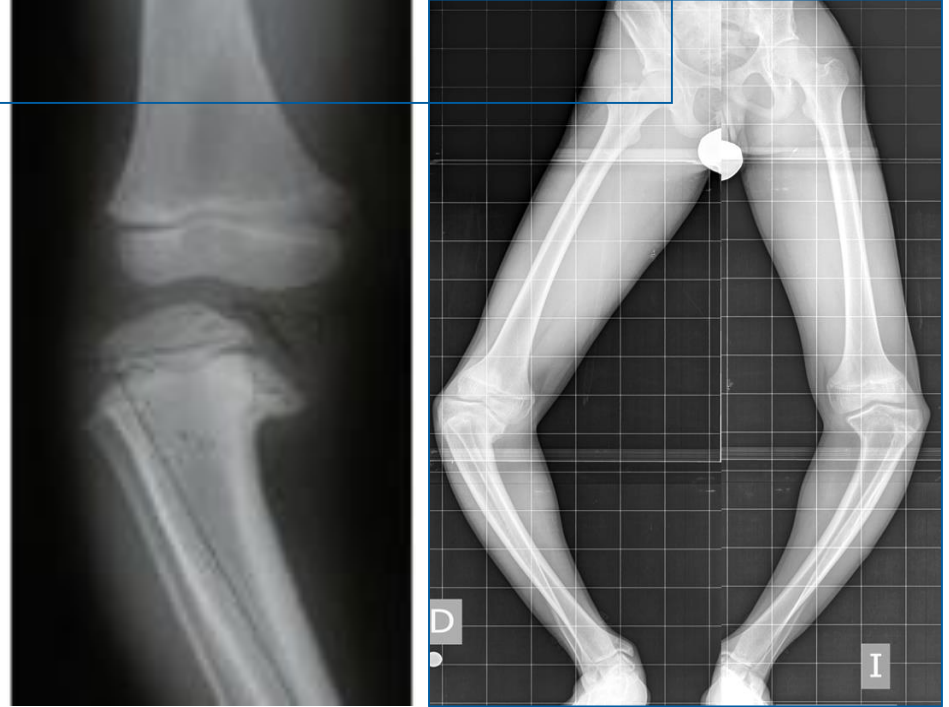




✓ **Fisiológico:** EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO

✓ **Patológico:**

✓ Enf. De Blount



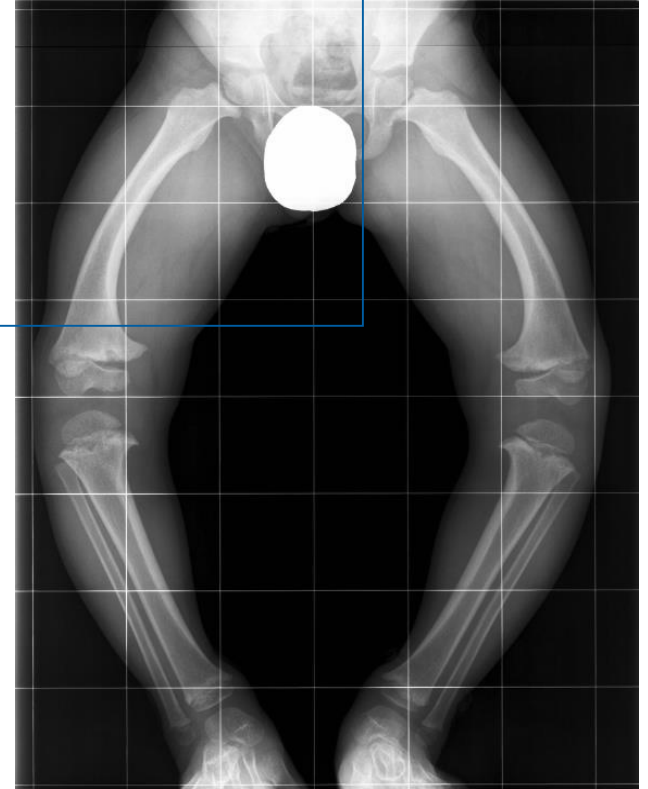


✓ **Fisiológico:** EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO

✓ **Patológico:**

- ✓ Enf. De Blount
- ✓ Raquitismo
- ✓ Otras metabolopatías

**Enfermedades metabólicas:** raquitismo nutricional, raquitismo hipofosfatémico, insuficiencia renal



✓ **Fisiológico:** EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO

✓ **Patológico:**

- ✓ Enf. De Blount
- ✓ Raquitismo
- ✓ Otras metabolopatías
- ✓ Displasias óseas



✓ **Fisiológico:** EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO

✓ **Patológico:**

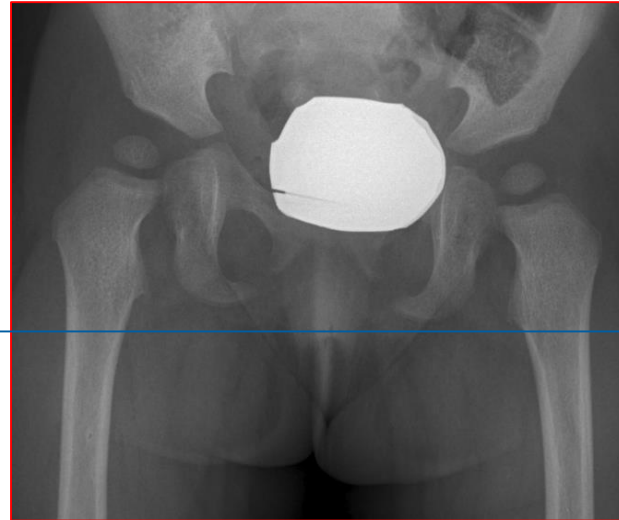
- ✓ Enf. De Blount
- ✓ Raquitismo
- ✓ Otras metabolopatías
- ✓ Displasias óseas
- ✓ Traumática-Infeciosa, etc.



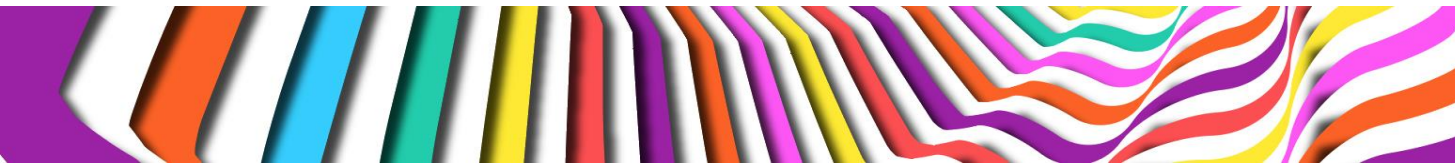
✓ **Fisiológico:** EVOLUCIÓN PATRÓN ANGULAR FISIOLÓGICO

✓ **Patológico:**

- ✓ Enf. De Blount
- ✓ Raquitismo
- ✓ Otras metabolopatías
- ✓ Displasias óseas
- ✓ Traumática-Infeciosa, etc.
- ✓ Leucemia



***Volviendo al caso...***



## *Volviendo al caso...*

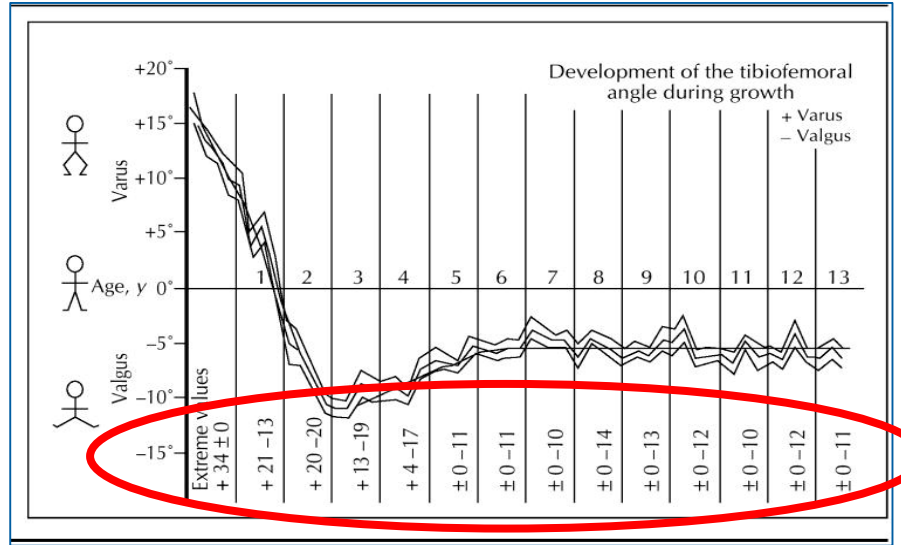
- Paciente varón
- 3 años
- AP sin interés
- Desarrollo motor normal. Caminó a los 16 m.
- Vacunación normal.
- Escolarización normal.
- **“Tranquilo, tímido, pero colaborador”**

### **Exploración:**

- Percentil en la talla justo (P5)
- CV, caderas y MMSS normales
- **MMII en varo simétrico:**
  - DIC en descarga 8 cm
  - Bipedestación 10 cm
  - Sin límite articular
- Camina sin dificultad, en leve RI
- **Camina como con desgana...**



Supera la edad fisiológica



No es asimétrico







Enfermedad de Blount puede se unilateral o bilateral





**El varo patológico En la evolución no mejora...**



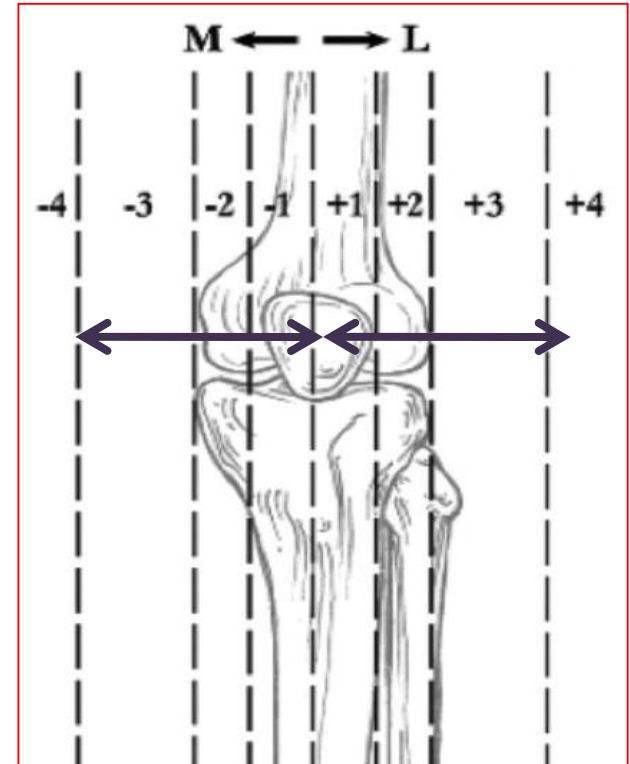
## Telerradiografías:

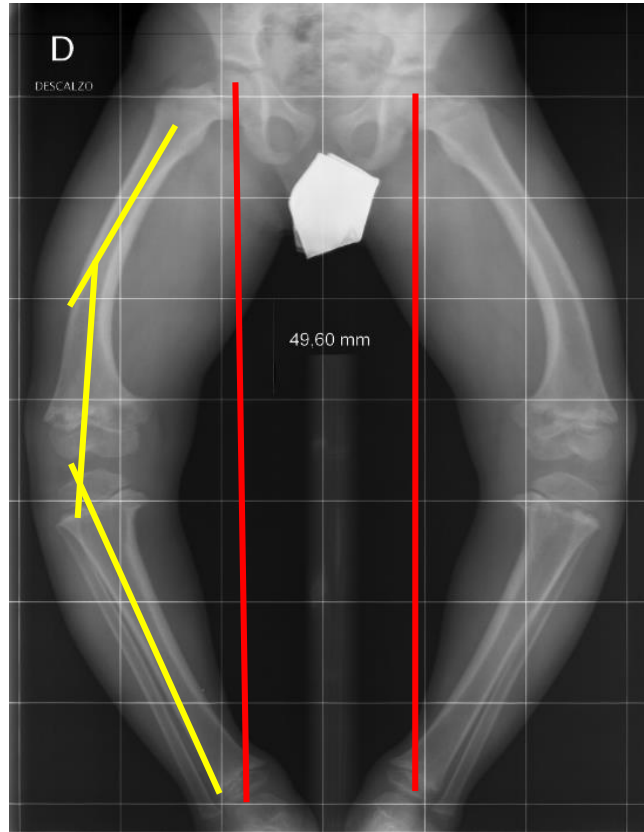
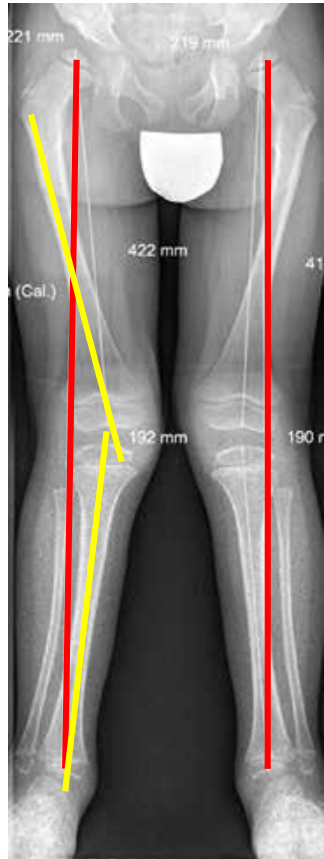
Eje de carga (**Sistema zonal de Stevens**):

- Varas: -1/-2/-3: EM medial a EA
- Valgas: +1/+2/+3 EM lateral.

**Ángulo bidiafisario:**

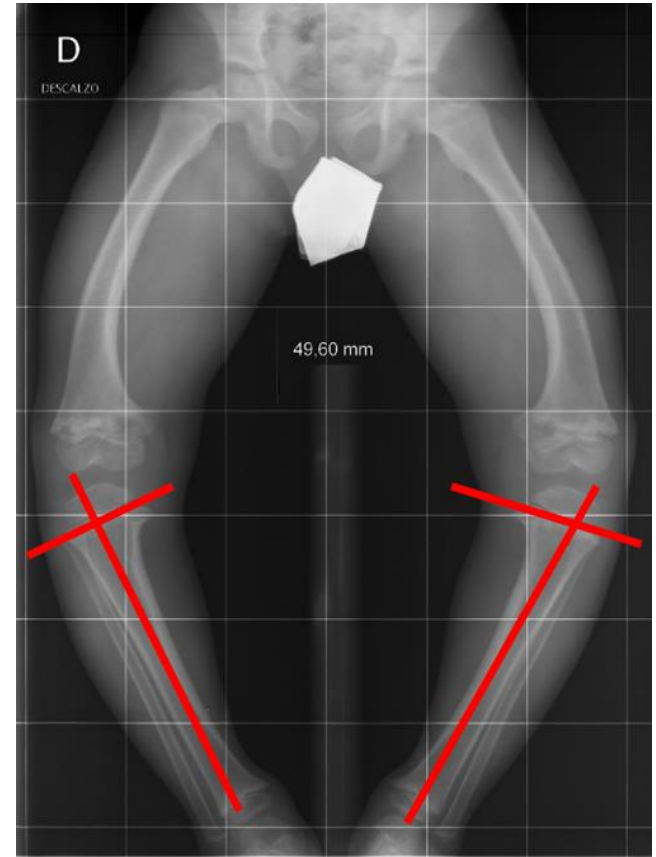
- Hasta 7º de valgo en las mujeres
- Hasta 5º en los hombre



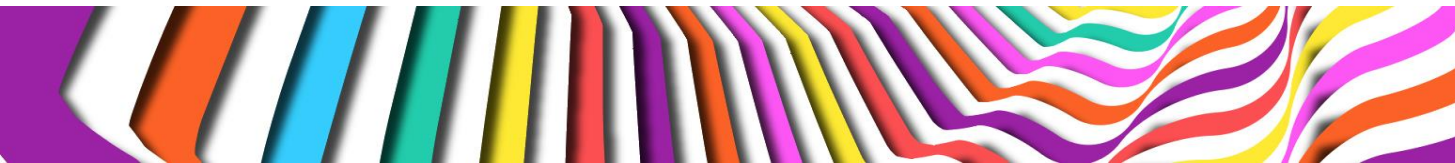


## TELERRADIOGRAFIAS: **Angulo de Levin-Drenan:**

- $<10^\circ$ ... 95% fisiológico
- $>16^\circ$ ... 95% patológico

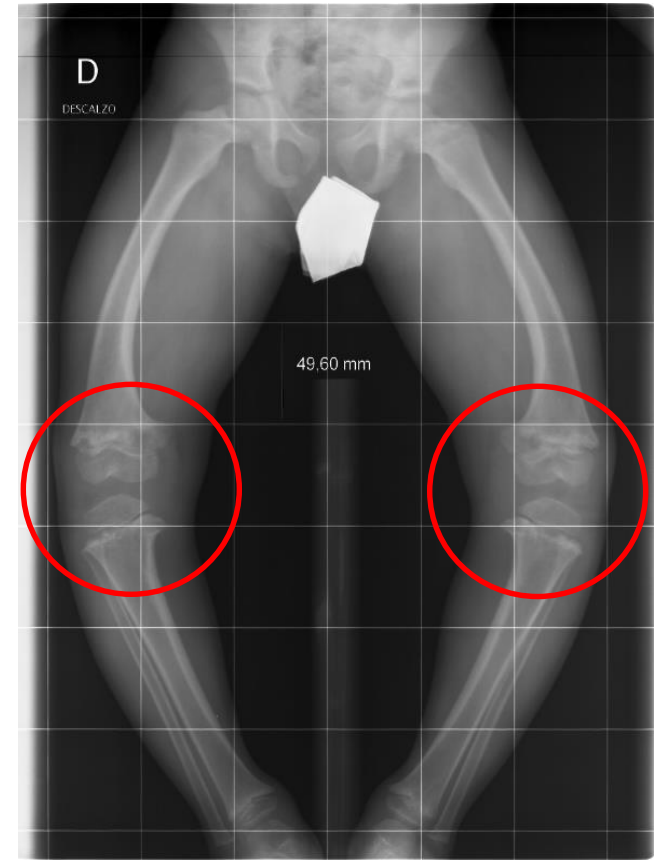
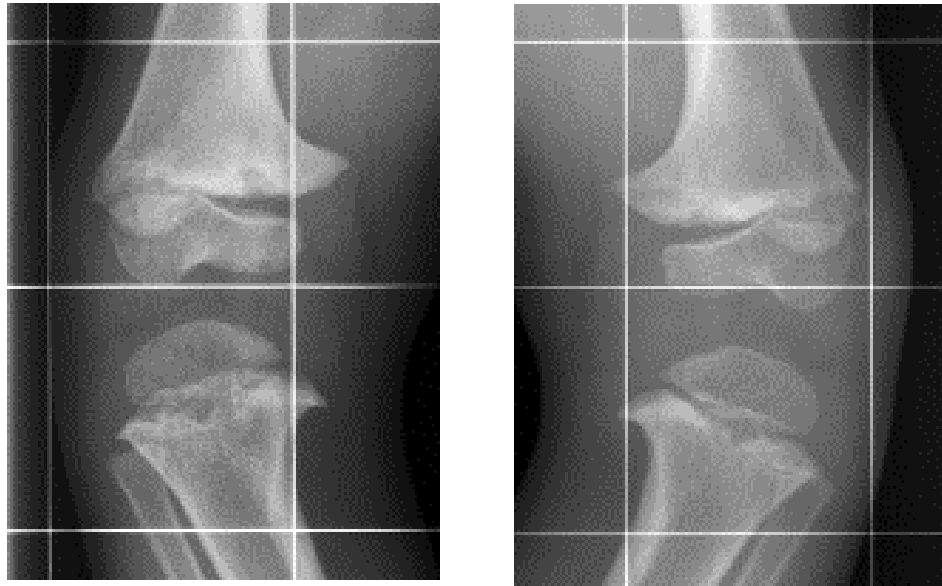


***Volviendo al caso...***



## TELERRADIOGRAFIAS: **Angulo de Levin-Drenan:**

- $<10^\circ$ ... 95% fisiológico
- $>16^\circ$ ... 95% patológico



La analítica demostró que se trataba de un **raquitismo hipofosfatémico ligado a X**

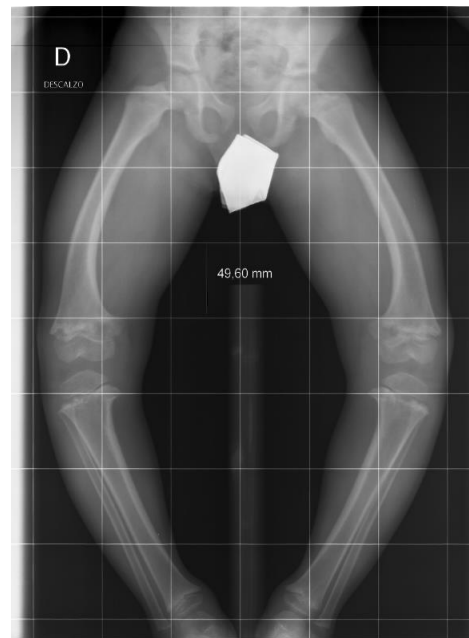
Pendiente del estudio genético sobre el gen PHEX



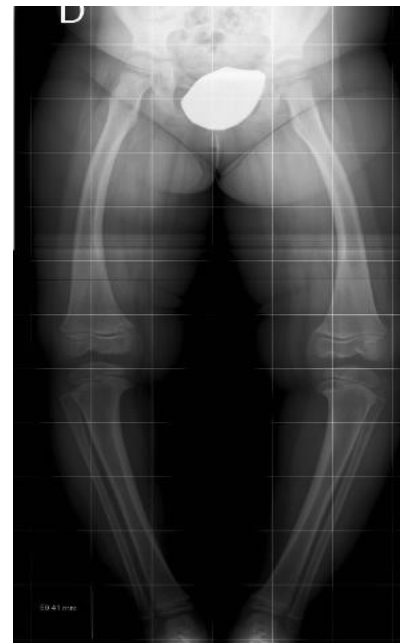




**GENU VALGO**



**GENU VARO**



## GENU VALGO DEL MORQUIO



## GENU VALGO EN LA AR JUVENIL



## GENU VALGO IDIOPATICO



## GENU VALGO SECUNDARIO A OI



3º

# CONSULTAS SOBRE LOS PIES Y LA MARCHA



11

congreso  
actualización  
*pediatría*



fPS  
Fundación Pediatría y Salud



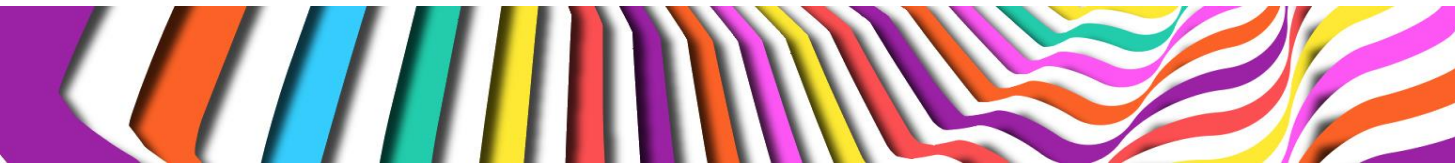
Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria



AEPAP 2020  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

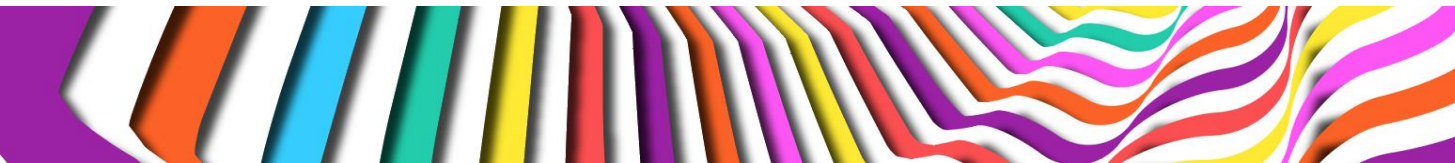
# El pie normal:







# Caso Clínico Nº 1

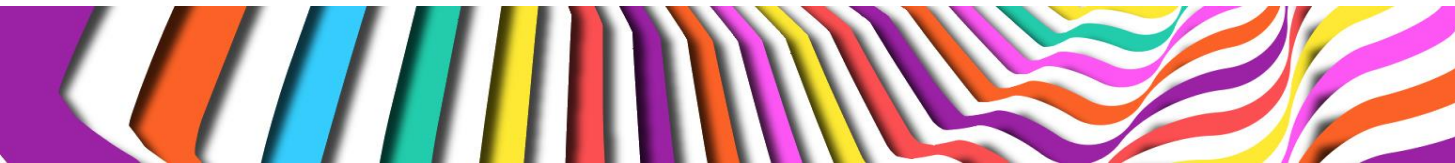




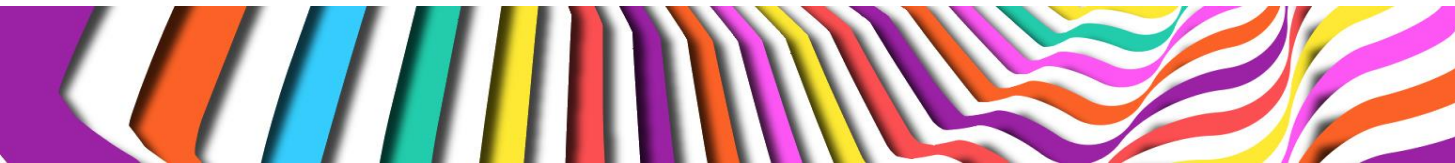
- Varón
- 13 años
- AF sin interés
- AP sin interés: Deportista. Esguinces de repetición tobillo D
- Consulta por dolor en el tobillo D
- Dolor con el deporte y la sobrecarga en la actividad
- No inflamación
- No dolor ni inflamación en otros puntos. No dolor nocturno



- Varón
- 13 años
- AF sin interés
- AP sin interés: Deportista. **Esguinces de repetición tobillo D**
- Consulta por dolor en el tobillo D
- Dolor con el deporte y la sobrecarga en la actividad
- No inflamación
- No dolor ni inflamación en otros puntos. No dolor nocturno



# ¿Cómo debemos explorar los pies de los niños?



# ¿Cómo debemos explorar los pies de los niños?

**1º En decúbito:** aspecto anatómico, lesiones, hiperqueratosis, movilidad pasiva y activa, fuerza contra-resistencia



# ¿Cómo debemos explorar los pies de los niños?

- 1º **En decúbito:** aspecto anatómico, lesiones, hiperqueratosis, movilidad pasiva y activa, fuerza contra-resistencia
- 2º **En bipedestación:** apoyo del pie, del retropié y del antepié



# ¿Cómo debemos explorar los pies de los niños?

- 1º En decúbito:** aspecto anatómico, lesiones, hiperqueratosis, movilidad pasiva y activa, fuerza contra-resistencia
- 2º En bipedestación:** apoyo del pie, del retropié y del antepié
- 3º Caminando:** características de la marcha, ángulo de progresión de la marcha, apoyo del pie y del retropié, fuerza, estabilidad



# ¿Cómo debemos explorar los pies de los niños?

**1º En decúbito:** aspecto anatómico, lesiones, hiperqueratosis, movilidad pasiva y activa, fuerza contra-resistencia

**2º En bipedestación:** apoyo del pie, del retropié y del antepié

**3º Caminando:** caracterización de la marcha, ángulo de progresión de la marcha, apoyo del pie, estabilidad

4º ¿



?

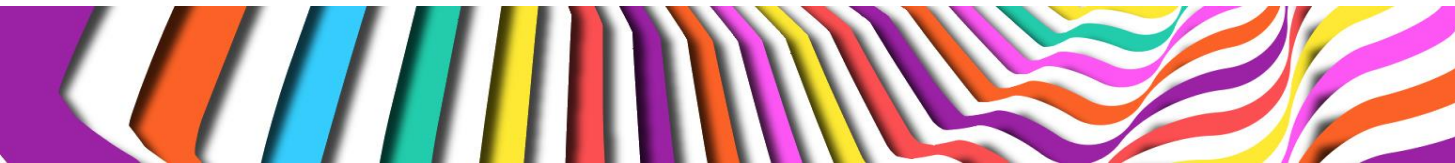


***Volviendo al caso...***





- **Exploración**
- Arco plantar plano grado I, leve



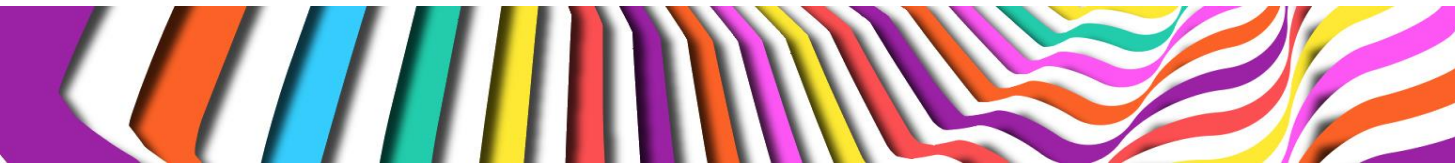
- Exploración
- Arco plantar plano grado I, leve



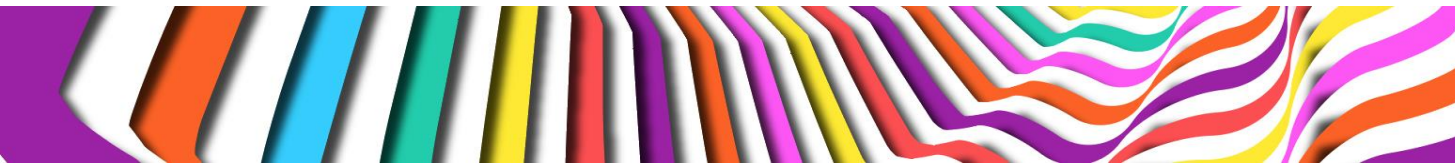
- **Exploración**
- Arco plantar plano grado I, leve
- La palpación de los ligamentos del tobillo no son dolorosos

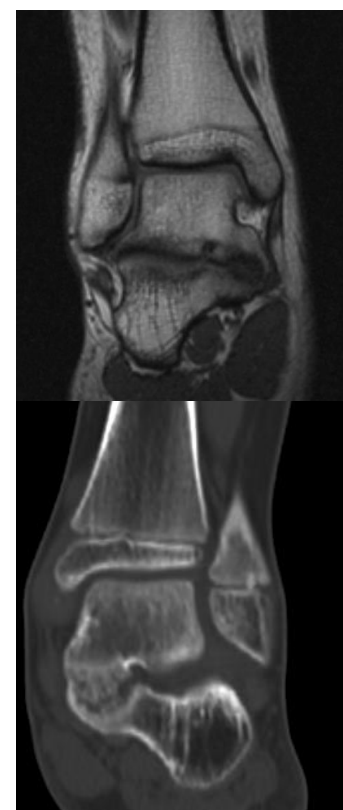


- **Exploración**
- Arco plantar plano grado I, leve
- La palpación de los ligamentos del tobillo no son dolorosos
- No dolor en la planta del pie o en el arco interno

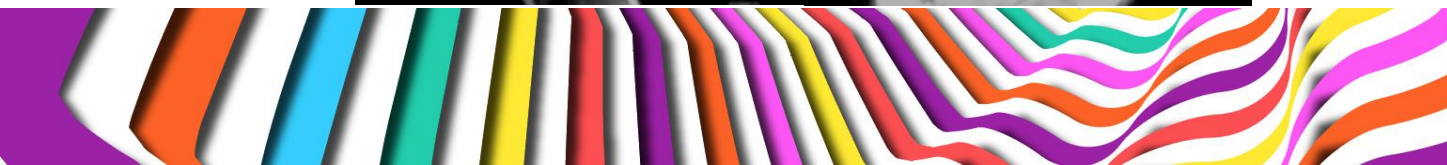
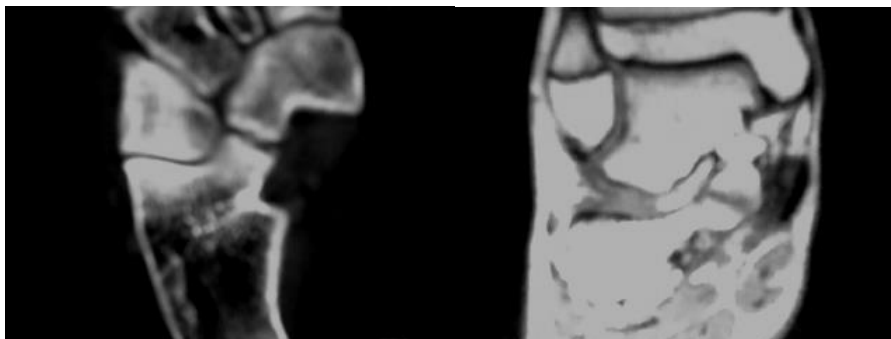


- **Exploración**
- Arco plantar plano grado I, leve
- La palpación de los ligamentos del tobillo no son dolorosos
- No dolor en la planta del pie o en el arco interno
- **Movilización pasiva de la art. Subastragalina: limitada y dolor**  
reflejo hacia parte póstero-lateral del tobillo y pierna





## CAUSAS DE RIGIDEZ





## CAUSAS DE DOLOR





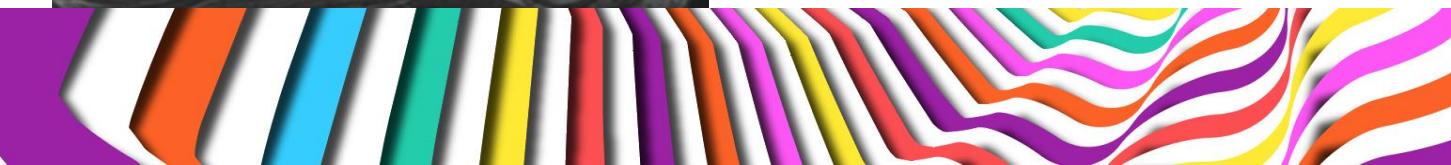
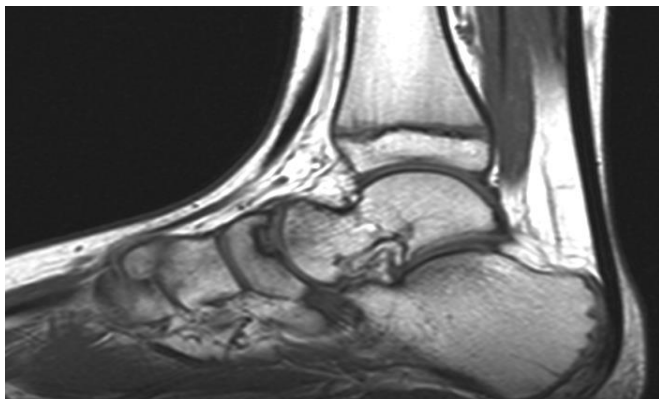
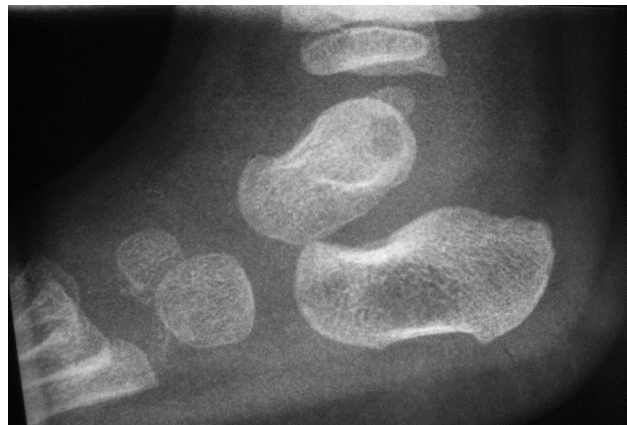
**CAUSAS DE DOLOR**







## CAUSAS DE DOLOR



## CAUSAS DE DOLOR



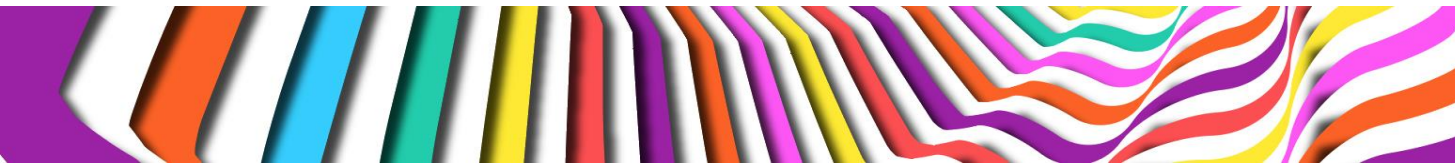
*Volviendo al caso...*



## COALICION CALCANEO- ESCAFOIDEA



# Caso Clínico Nº 2

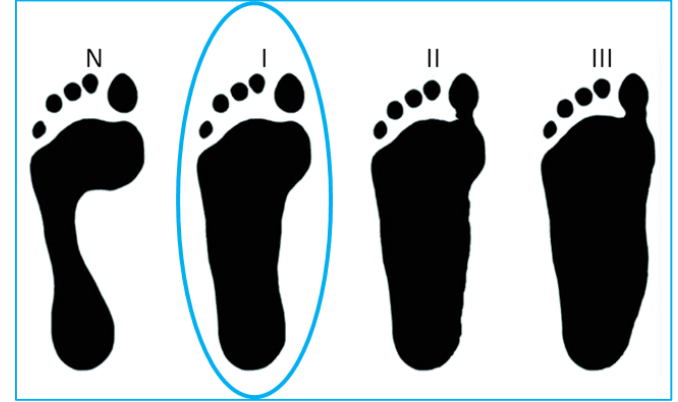


- Varón
- 9 años
- AF sin interés
- AP sin interés: **Deportista, justo.**
- Consulta por dolor en los pies: cuando camina mucho, con el deporte y la sobrecarga en la actividad
- No inflamación
- No dolor ni inflamación en otros puntos. No dolor nocturno



## Exploración

- Arco plantar normal plano leve

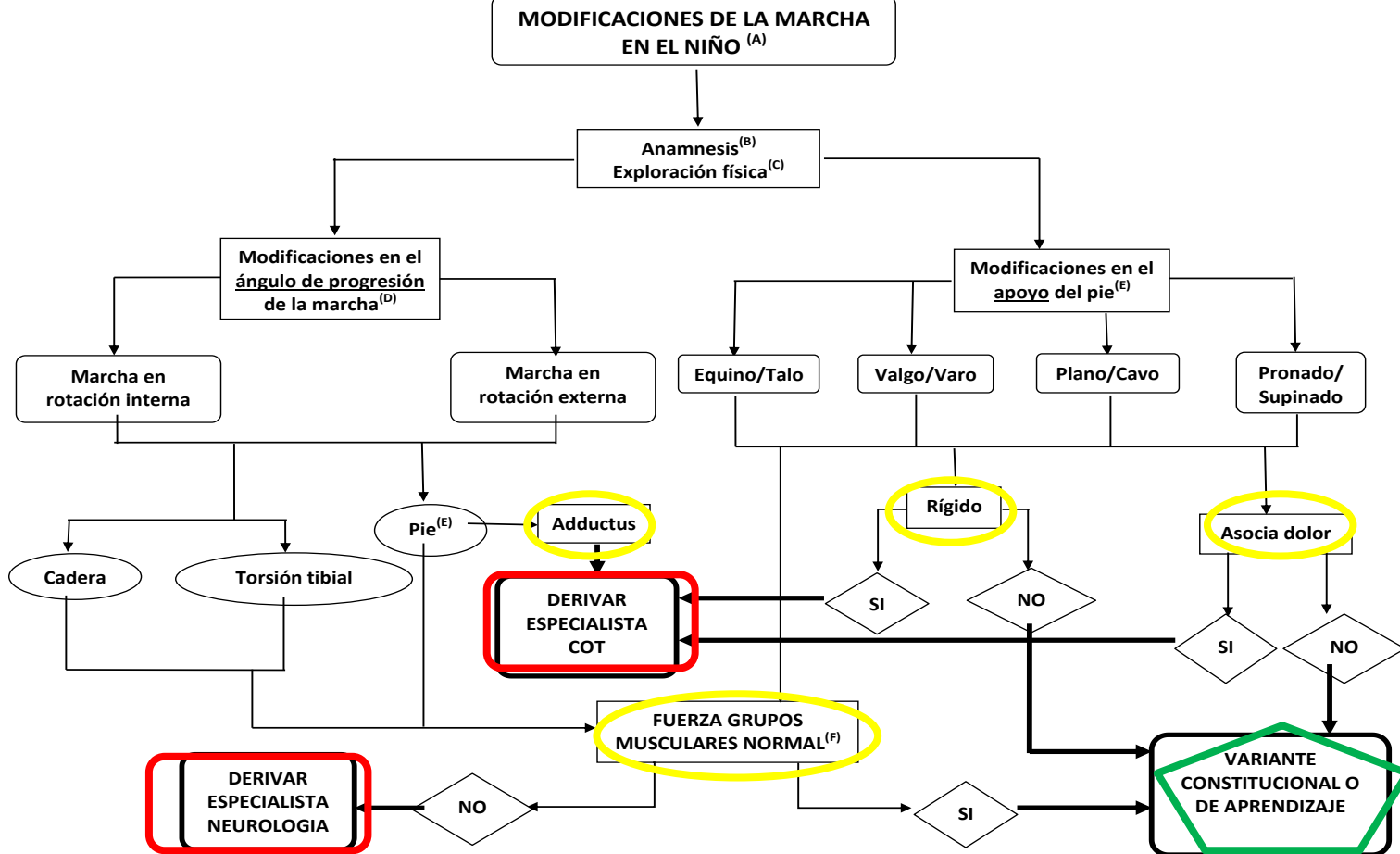


## Exploración

- Arco plantar normal plano leve
- Solamente señala el dolor en la planta del pie, en el arco interno, pero en el momento de la exploración no le duele
- Movilización pasiva de la art. subastragalina, tobillo y dedos no está limitada ni es dolorosa
- Buena fuerza en todos los grupos musculares de MMII
- Ángulo de progresión de la marcha y fases de la misma normales







*Volviendo al caso...*



Nada alarmante en la anamnesis...

Nada patológico en la exploración física...

Nada anormal en la radiografía...

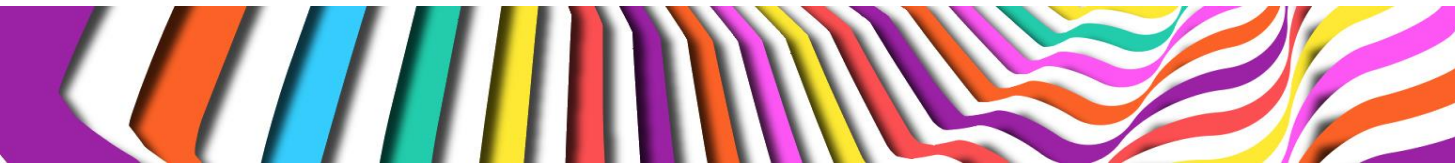
¿¿¿¿????



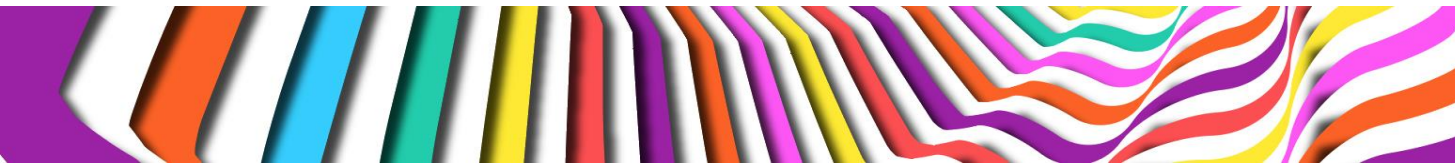
Plantillas anatómicas semirrígidas con apoyo en el arco interno



# Caso Clínico Nº 3



- Varón
- 17meses
- AP y AF sin interés
- Consulta por cojera, que en su evolución presenta signos flogóticos en el pie derecho



- Varón
- 17meses
- AP y AF sin interés
- Consulta por cojera, que en su evolución presenta signos flogóticos en el pie derecho
- **Rx con borramiento del borde anterior del núcleo de osificación del astrágalo**

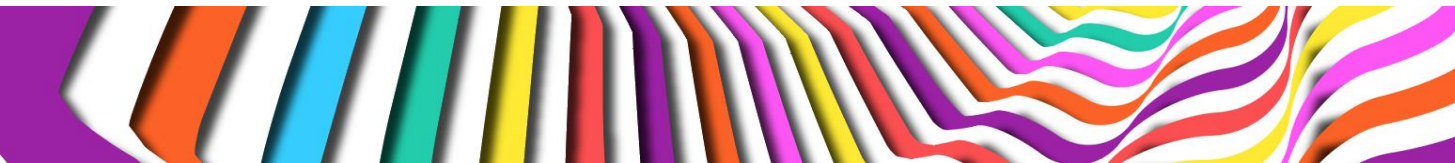


- Varón
- 17meses
- AP y AF sin interés
- Consulta por cojera, que en su evolución presentó signos flogóticos en el pie derecho
- Rx con borramiento del borde anterior del núcleo de osificación del astrágalo
- **Hipercaptación en la gamamagrafía ósea**



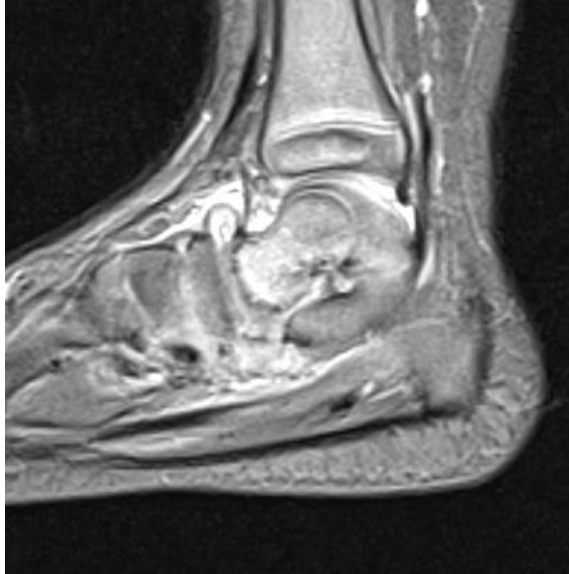
**OSTEOMIELITIS**

- Varón
- 17meses
- AP y AF sin interés
- Consulta por cojera, que en su evolución presenta signos flogóticos en el pie derecho
- Rx con borramiento del borde anterior del núcleo de osificación del astrágalo
- Hiper captación en la gamagrafía ósea
- **Analítica poco llamativa (VSG 24mm/h y PCR dentro de límites de la normalidad)**





- Mala evolución con tratamiento antibiótico empírico



“Posible osteomielitis del astrágalo con derrame articular y tenosinovitis del peroneo largo”





**SINOVITIS CRÓNICA GRANULOMATOSA CON NECROSIS COMPATIBLE CON TBC**

