



Viernes 15 de febrero de 2019

**Escuela monográfica:
Exploración y patología
del aparato locomotor**

Moderadores:

Guillermo Martín Carballo

Pediatra. CS Fuentelarreina. Madrid. Presidente de la AMPap

Mireya Orio Hernández

Pediatra. CS Alcalde Bartolomé González. Móstoles. Madrid. Vicepresidenta de la AMPap

Ponentes/monitores:

■ **Ortopedia y Traumatología:
casos clínicos**

Ana M.ª Bueno Sánchez

Jefa de Sección de Traumatología y Ortopedia Infantil. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid.

■ **Cojera**

Jaime de Inocencio Arocena

Facultativo Especialista de Área. Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

■ **Patología traumática: manejo inicial y seguimiento**

Jorge Ruiz Sanz

Facultativo Especialista de Área en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Ortopedia y Traumatología Infantil. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

■ **Reumatología: signos de alerta a través de casos clínicos**

Agustín Remesal Camba

Pediatra. Coordinador de la Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Bueno Sánchez AM. Casos clínicos de Traumatología y Ortopedia Infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 43-45.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Casos clínicos de Traumatología y Ortopedia Infantil

Ana M.ª Bueno Sánchez

Jefa de Sección de Traumatología y Ortopedia Infantil.

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid.

anabuenosanchez@hotmail.com; anamaria.bueno@salud.madrid.org

RESUMEN

Es complicado hablar de algo cuando ese algo debe ser un enigma que resolvamos juntos durante el curso. Hablar de los casos que iremos planteando a lo largo de la sesión de traumatología y ortopedia infantil, antes de haberla realizado, es difícil.

Solo puedo adelantar que como avanza el enunciado de la sesión, debatiremos sobre casos clínicos que afectan al raquis, a los miembros inferiores y a los pies.

Presentaremos casos de la consulta diaria con diagnóstico patológico, pero también presentaremos otros casos sin patología, pero que igualmente nos obligan a hacer un diagnóstico diferencial con otras situaciones que sí podrían ser patológicas, graves o incluso muy graves, desde el punto de vista locomotor.

Aprovechando la explicación ordenada de cada caso, que realizaremos siempre de la forma que lo hacemos en la consulta, es decir, desde el inicio de nuestro interrogatorio, preguntando la edad, considerando el sexo, el motivo de consulta, si se asocia a dolor, desde cuándo, características de este (mecánico, inflamatorio, nocturno, invalidante...), de cómo fue la exploración física y finalmente de cuál es nuestro diagnóstico de presunción. Aprovechando, digo, la exposición de cada caso, hablaremos de cómo explorar, de qué hacer tras el diagnóstico de presunción o comentaremos otras situaciones más graves que

deberemos considerar y cuya presentación puede ser similar. Las características del dolor o la corrección de la deformidad durante la exploración física, por ejemplo, son aspectos muy importantes para llegar al diagnóstico correcto.

DESARROLLO DE LA EXPOSICIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS DE ORTOPEDIA INFANTIL

Es complicado como he dicho en el resumen previo, hablar de algo cuando ese algo debe ser un enigma que resolvamos juntos en función de los datos que vayamos recogiendo. Hablar de los casos que iremos planteando a lo largo de la sesión de traumatología y ortopedia infantil, antes de haberla realizado, es difícil, aunque en esta ocasión solo hablemos de ortopedia.

Realmente, si lo pensamos bien, esto es, al fin y al cabo, lo que hacemos diariamente en el ejercicio de nuestra profesión: el diagnóstico diferencial, sobre todo cuando la consulta no es sobre traumatología, es decir, el niño no se ha caído, no se ha golpeado. Vamos elaborando un diagnóstico en función de los síntomas que nos refiere el paciente y de los signos que descubrimos a medida que le vamos explorando, así como de sus circunstancias epidemiológicas. Todos estos datos confluyen en el paciente y nos permiten hacer un diagnóstico de presunción que complementaremos o no, con alguna prueba diagnóstica. Y eso ocurre, como digo, al final de todo el proceso de la entrevista con el paciente.

Entonces, ¿cómo hablar de algo, si aún no hemos realizado tan siquiera ese acto médico?, ¿a qué patología nos referiremos si aún desconocemos qué es lo que le ocurre al paciente, si no hemos llegado al diagnóstico, si aún no hemos discutido el caso?

Solo puedo adelantar que como avanza el enunciado de la sesión, que es un curso de ortopedia, en el que debatiremos sobre casos clínicos que afectan al raquis, a los miembros inferiores y a los pies.

Aunque cada una de estas zonas anatómicas pueden presentar patologías muy diversas y muy graves, la

mayoría de las situaciones en las que el paciente consulta al pediatra e incluso posteriormente al traumatólogo, no asientan sobre enfermedad, es decir, son dolores sin causa patológica o son deformidades no estructuradas, corregibles o posicionales, es decir, “el niño se pone torcido, no está torcido” y se pone así porque la movilidad de su columna o de sus caderas, afortunadamente, se lo permiten.

Hablaremos de las lumbalgias o dorsalgias del adolescente, cuya causa fundamental es la insuficiencia muscular y la tensión de unos músculos que se ven obligados a adquirir una brusca longitud tras el espectacular crecimiento de nuestros pacientes entre los 12 y los 15 años, en una edad en la que, además, se añade la actitud lánguida del adolescente (“se dejan caer, mantienen la bipedestación con el mínimo esfuerzo”).

También en muchas ocasiones la actitud escoliótica, es por el mismo motivo. Por eso, anticipo, es fundamental colocar, descolocar y recolocar al paciente al que queremos explorar la columna vertebral, siguiendo las indicaciones de la posición correcta de exploración en distinto orden. ¿La posición correcta? ¿Cuál es la posición correcta? De abajo hacia arriba la siguiente: 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 máxima, 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 y los brazos, en un primer momento, a lo largo del tronco a ambos lados del mismo, ni tensos ni flácidos y en otro, en una antepulsión de 90°, esto es, a la altura de sus hombros y paralelos al suelo manteniendo el tronco en la posición que le hemos indicado antes cuando los brazos estaban en vertical. Ahí el adolescente lánguido o el pudor de la adolescente precoz corrigen la actitud cifótica y la posición escoliótica, que no son patológicas.

Hablaremos de los pies planos y valgo flexibles y fisiológicos. Del genu valgo y del genu varo armónico fisio-

lógico según la edad. Y de otras situaciones patológicas en relación con los pies y a los miembros inferiores.

Hablaremos de los pies que se tuercen al andar, los cuales en la mayoría de los casos no son responsables de ese ángulo de progresión de la marcha. De cómo debemos explorar los pies de los niños: en camilla, en bipedestación y caminando, mejor que colocándole directa y exclusivamente encima del podoscopio.

Pero también podremos hablar de la “cifosis lumbar” en la enfermedad de Scheuermann. O del diagnóstico de una escoliosis dorsolumbar con la curva dorsal de 30° en una niña con 14 años descubierta en la última revisión de salud, quizás tarde. Quizás por estos casos os plantearé la posibilidad de pasar otra revisión de salud a los 12 años.

Hablaremos de otras situaciones patológicas. De los erróneos diagnósticos de “esguinces de repetición” en un niño de 13 años causa de su dolor en el pie pero que realmente tiene una coalición tarsiana y cuya exploración se centró en la observación estática del pie sobre el podoscopio. Como anécdota os comentaré que yo, personalmente, no tengo podoscopio en la consulta del hospital. La huella la observo en el suelo a medida que camina. En la consulta del ambulatorio tengo uno y solo lo utilizo para enseñarle a la familia la huella plantar del niño en el espejo de carga.

Hablaremos de casos muy banales y de otros tantos que lo son menos. Y de algunos otros, pocos, graves o muy graves, desde el punto de vista locomotor.

Por eso, el objetivo fundamental del análisis de estos casos es identificar en medio de tantas consultas sin

patología importante e incluso sin patología, los casos que requieren un diagnóstico precoz para que la evolución y el crecimiento de nuestros niños lleguen a la edad adulta con las menores secuelas posibles. En muchos casos el diagnóstico precoz puede ser clave en el desarrollo correcto del niño. En otras ocasiones, a pesar del ojo avizor, hábil en la sospecha clínica y el diagnóstico rápido, no podrá modificar la historia natural de la enfermedad mediante métodos conservadores.

Es importante intuir el diagnóstico de una patología seria.

Para saber que se trata de algo grave, debemos conocer muchas más situaciones que no lo son para descartarlas y no crear una alarma social innecesaria. El desconocimiento, crea esa alarma social y después de la duda sembrada o la alerta creada es difícil retornar al punto de partida y posiblemente se deberán consumir muchos recursos sociales y sanitarios para conseguirlo y en mi opinión, esto de consumir recursos, no es ningún inconveniente si el paciente lo necesita, ¡faltaría más!, pero si no fueron necesarios me parece un desperdicio no solo de recursos económicos y de tiempo, sino también de recursos sociales y anímicos.

Quiero contribuir con este curso a que decidáis enviar al paciente a la consulta del traumatólogo infantil porque lo consideráis necesario, porque intuíis que al paciente le acontece una patología de revisión y tratamiento por el traumatólogo.

De este modo, intuyendo el diagnóstico correcto, sin inquietar con “lo grave que esto puede ser...” o el “por si acaso”, estaremos contribuyendo al desarrollo de una población sana anímica y físicamente.

