

Curso de Traumatología y Ortopedia para
Pediatras. 1ª edición

Exploración básica del MMS/ Exploración básica de MMI. Patologías no traumáticas pediátricas



Autores: Drs. López Palacios/ Martínez Limón
Hospital: Hospital Universitario Infanta Elena



OBJETIVOS

Diferenciar lo fisiológico de lo patológico o conocer la historia natural de una enfermedad

Buscar asimetría en forma, movilidad y estabilidad

Ante una deformidad, describirla, localizarla, comprobar la flexibilidad y documentarla

Descartar posibles patologías asociadas

Distintas edades pueden asociarse a diferentes patologías

Pensar en lo común sin olvidar lo menos frecuente

Correlación clínica, pruebas de imagen y laboratorio

Aliviar dolor, corregir disfunción

Formar e informar a los padres

Controlar la evolución durante el crecimiento



INSPECCION Y EXAMEN FISICO

- **Examen completo** que incluya columna y 4 extremidades.
- **Facies:** signos de enfermedades con hiperlaxitud (escleroticas azules, Sd. Down, alteraciones dentarias ...)
- **Talla y laxitud ligamentosa.** Talla baja signo de displasia epifisaria, Perthes....
- **Examen de piel.** Manchas : neurofibromatosis, hemangiomas, contusiones por maltrato, aumento de temperatura como signos de inflamacion o infeccion.
- **Fuerza muscular (escala de Lovett) y ROT**

Escala de Lovett

| Daniels | Lovett | Descripción |
|---------|-----------|---|
| 0 | Nula | No se observa ni se siente contracción. |
| 1 | Vestigios | Contracción visible o palpable sin movimiento muscular significativo. |
| 2 | Pobre | Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos) |
| 3 | Regular | Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia. |
| 4 | Buena | Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil |
| 5 | Normal | Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia. |

Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición

-EL examen físico deberá seguir la secuencia habitual de INSPECCION, PALPACION, RANGO DE MOVILIDAD y una EXPLORACION NEUROLOGICA.

-Con la inspección de los miembros superiores podemos detectar multiples patologías congénitas atraumáticas.

Miembro superior

- 1.1. Agenesias y defectos transversos
- 1.2. Deficiencia longitudinal radial. Hipoplasias y Agenesias del pulgar
- 1.3. Deficiencia longitudinal cubital. Sinostosis radiocubital proximal
- 1.4. Polidactilia preaxial, central o postaxial (radial, central, 5 dedo)
- 1.5. Sindactilia. Macroductilia. Clinodactilia. Camptodactilia. Deformidad de Kirner
- 1.6. Síndrome de constricción de bridas amnióticas.
- 1.7. Deformidad de Madelung
- 1.8. Artrogriposis
- 1.9. Parálisis Braquial Obstétrica
- 1.10. Tumores que afectan a la mano pediátrica: osteocondromatosis, encondromatosis y tumores de partes blandas



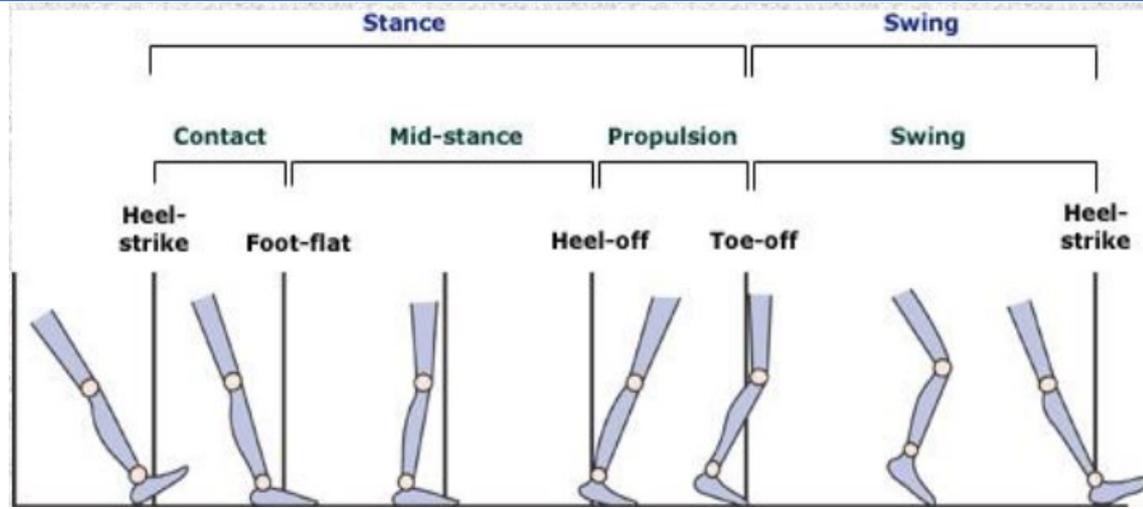
Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición

Tabla V. Significado clínico de diferentes hallazgos en el miembro superior del niño

| <i>Signo</i> | <i>Sospecha diagnóstica</i> |
|--|--|
| Movimiento activo asimétrico | Parálisis braquial neonatal Fractura de clavícula Artritis Sífilis congénita Parálisis cerebral de tipo hemi/monopléjico |
| Limitación dolorosa de la movilidad | Artritis Pronación dolorosa |
| Limitación de la extensión/ supinación del codo | Artrogriposis Osteocondrodisplasias Sinóstosis radio-cubital |
| Acortamiento simétrico | Osteocondrodisplasias |
| Pulgar alojado | Retraso madurativo Parálisis cerebral Artrogriposis distal |
| Flexo de la interfalángica del pulgar | Dedo en resorte |
| Rigidez de los dedos | Artrogriposis distal Mucopolisacaridosis |



Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición



Cuando existen alteraciones de la marcha se altera la duración, es decir, la cadencia de los parámetros que forman la marcha:

1. **longitud del paso:** distancia entre los dos pies durante la fase en que ambos están apoyados.
2. **longitud de la zancada:** distancia que recorre un pie sumando la fase de apoyo y balanceo.
3. **Tiempo empleado** en completar un paso.
4. **cadencia:** número de pasos por minuto.
5. **velocidad de la marcha** (m/ segundo).



Adquisición de la marcha: etapas

- 10-12 meses: marcha asistida
- 12-14 meses: marcha autónoma
- 17-21 meses: sube escaleras
- 2,5-3 años: monopdestación...
- 3 años: patrón normal marcha

Menor de 3 años:

- Mayor cadencia
- Menor velocidad
- Mayor base de sustentación
- Musculatura abductora más débil
- Anomalías fisiológicas del apoyo (equinismo transitorio)



Alteraciones de la marcha

Causas entre los 0 y 5 años

| <i>Pie / tobillo</i> | <i>Rodilla / tibia</i> | <i>Cadera / fémur</i> | <i>Pelvis</i> | <i>Otras</i> |
|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|
| Pie zambo | Artritis cóccica | Lux. cong. cadera | Espondilodiscitis | Parálisis cerebral |
| Osteomielitis | Fractura "Toddler" | Sinovitis | Osteomielitis subaguda | Leucemia aguda |
| Artritis reumatoidea | Menisco discoideo | Artritis reumatoidea | | Dismetria miembros |
| | Luxación rótula | Osteomielitis | | |
| | Tibia vara | | | |

Causas entre los 5 y 10 años

| <i>Pie / tobillo</i> | <i>Rodilla / tibia</i> | <i>Cadera / fémur</i> | <i>Pelvis / raquis</i> | <i>Otras</i> |
|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|
| Sever, Köhler | Osgood-Schlatter | Sinovitis | Espondilodiscitis | Distrofia muscular |
| Coalición tarsiana | Osteocondritis | Perthes | Osteomielitis subaguda | Neuropatías |
| Traumatismos | disecante | Artritis | Artritis | hereditarias |
| ARJ, osteomielitis | Dolores de crecimiento | Tumores | | Dismetria miembros |
| Pie cavo | Traumatismos | | | |
| | Tumores | | | |

Causas entre los 10 y 15 años

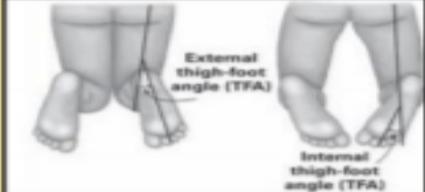
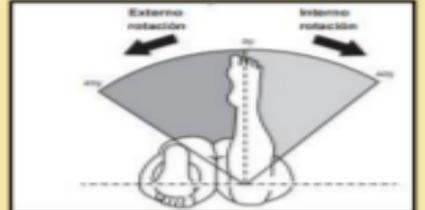
| <i>Pie / tobillo</i> | <i>Rodilla / tibia</i> | <i>Cadera / fémur</i> | <i>Pelvis / raquis</i> | <i>Otras</i> |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------|
| Coalición tarsiana | Osgood-Schlatter | Epifisiolisis | Avulsiones apofisarias | Neuropatías |
| Enf. de Sever | Sinding-Larsen | Perthes | Osteitis pubis | hereditarias |
| Escafoides accesorio | Sdr. patelares y luxación | Secuela displasia cadera | Espondilolistesis | |
| Frac. de estrés | Osteocondritis | Tumores | Scheuerman | |
| Traumatismo | disecante | | Diastomielia | |
| | Tumores | | | |



En la exploración de los miembros inferiores nos basaremos en 4 puntos principales:

- perfil rotacional.
- perfil angular.
- longitud de miembros inferiores.
- balance articular y fuerza muscular.
- puntos dolorosos.



| Parámetros de exploración | ¿Qué valoramos? | Imagen |
|---|--|---|
| <p align="center"><u>ÁNGULO DE PROGRESIÓN DEL PIE (FPA)</u></p> | <p>Ángulo que forma el pie con respecto a una línea imaginaria en la dirección de la marcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ángulo negativo cuando las puntas de los pies apuntan hacia adentro → In-toeing. • ángulo positivo, cuando apuntan hacia afuera → Out-toeing. <p>-Lactantes: 0-6°. -De 3 a 4 años se estabiliza en 10°.</p> |  |
| <p align="center"><u>ÁNGULO MUSLO-PIE</u></p> | <p>Ángulo formado por el eje longitudinal del muslo y del pie que mide el grado de rotación de la tibia.</p> <p>-Lactantes y niños menores tienen un ángulo de -5° normalmente (5° de rotación interna) (-30° a +20°), y llega a 10° (de rotación externa) (-5° a +30°) a la edad de 8 años.</p> |  |
| <p align="center"><u>ROTACIÓN CADERA EN ROTACIÓN INTERNA-EXTERNA</u></p> | <p>Mide la rotación interna y externa de cadera y nos da información respecto al grado de torsión femoral.</p> <p>-Lactantes: rotación interna es de 40° (10°-60°) y la rotación externa es de 70° (45°-90°). -10 años: rotación interna es de 50° (25°-65°) y la rotación externa es de 45° (25°-65°). -Las mujeres suelen tener un leve aumento en la rotación interna respecto a los hombres.</p> |  |
| <p align="center"><u>FORMA DEL PIE Y LÍNEA BISECTRIZ DEL TALÓN</u></p> | <p>Se evalúa el eje de la planta del pie; observamos la variación entre el antepié y retropié trazando una línea imaginaria que divida al talón en una mitad interna y externa.</p> <p>-Esta línea, debería caer en el 2° espacio interdigital. -Si cae en los espacios interdigitales más externos podemos hablar de metatarso varo/aducto.</p> |  |

Con estos parámetros de exploración se definirá si hay alteración en el ángulo de progresión de la marcha y a qué nivel se encuentra la alteración: fémur, tibia o pie, y de estos, anteversión o retroversión femoral, torsión tibial interna o externa, aducto o abducto del antepié, y cuantificará el grado de alteración

Tabla 7. Parámetros de exploración del perfil torsional descritos por Staheli ^{14,15,16,17,18,19,20}.

■ Deformidad:

- Marcha con los pies hacia adentro: intoeing
- Marcha con los pies hacia fuera: outtoeing



■ Situación al nacimiento

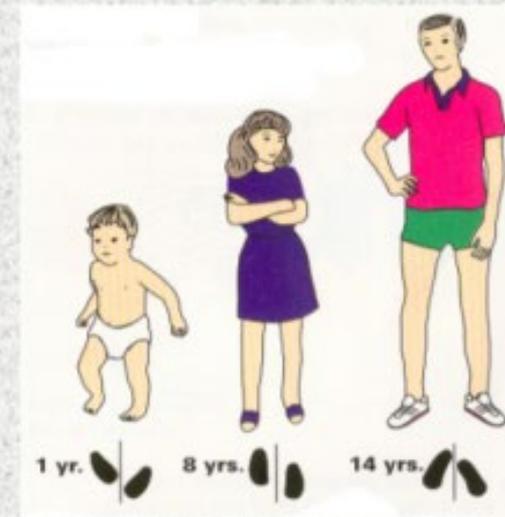
- Gran anteversión femoral (30-40°)
- Escasa rotación tibial externa (5°).
- Actitud en rotación externa de las extremidades inferiores



Valoración: perfil torsional

■ Evolución:

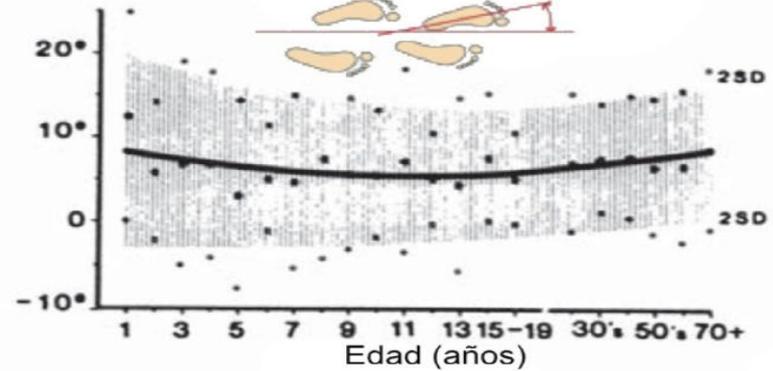
- ❑ Desaparece la actitud en rotación externa de las caderas
- ❑ Inicio marcha: extremidades inferiores en rotación interna.
- ❑ Las fuerzas musculares actúan sobre el crecimiento óseo provocando una rotación externa progresiva de la extremidad.
- ❑ Madurez ósea: anteversión femoral 15° y la torsión tibial externa 15° .



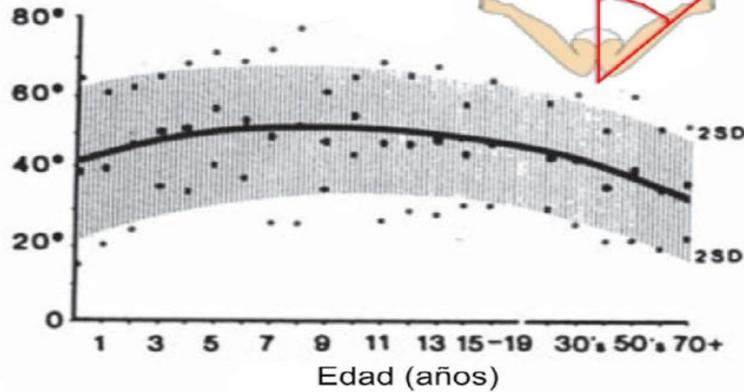
PERFIL ROTACIONAL

Staheli L., Corbett M., Wyss C., King H.:
 Lower extremity rotational problems in children.
 J Bone Joint Surg Am 1985;67(1):39-47

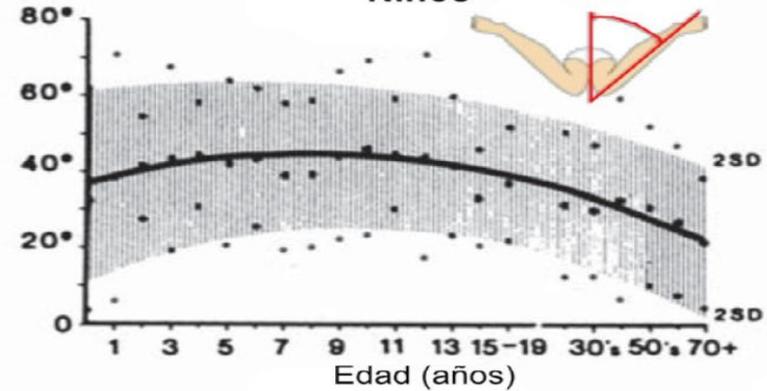
Ángulo de progresión del paso



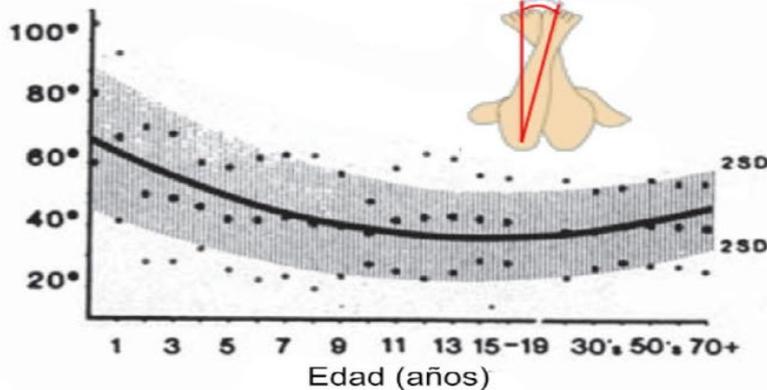
Rotación interna caderas Niñas



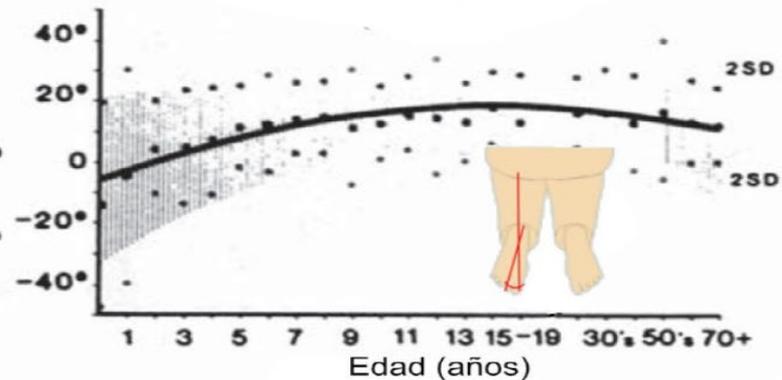
Rotación interna caderas Niños



Rotación externa caderas



Ángulo Muslo-Pie

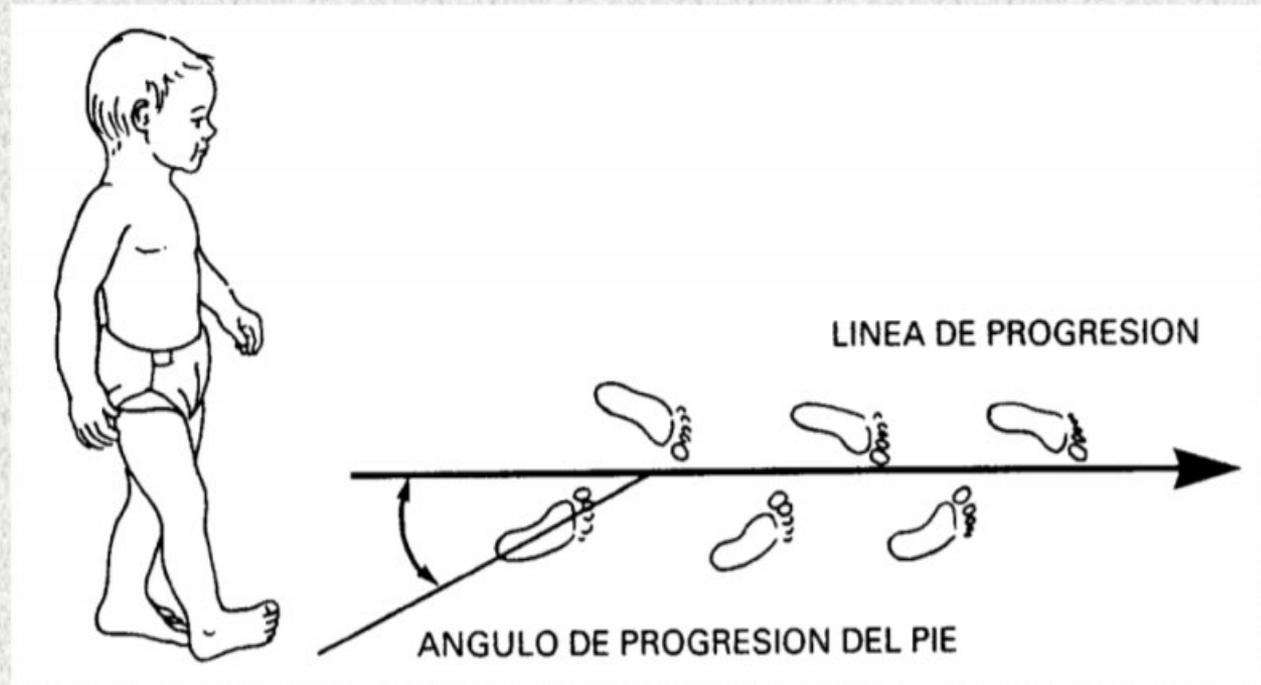


Comunidad de Madrid

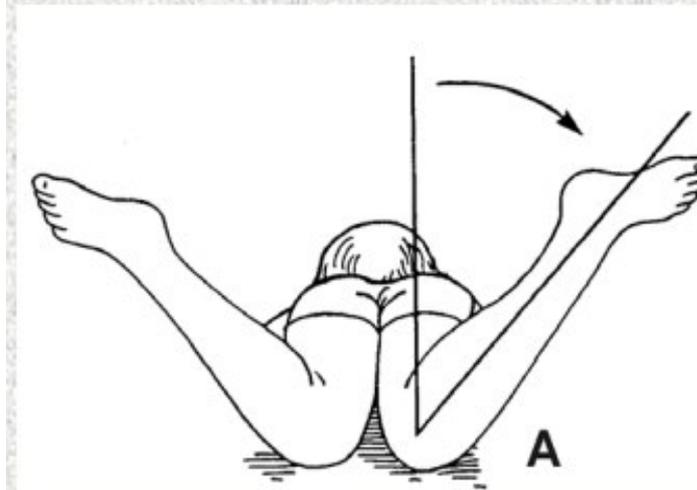
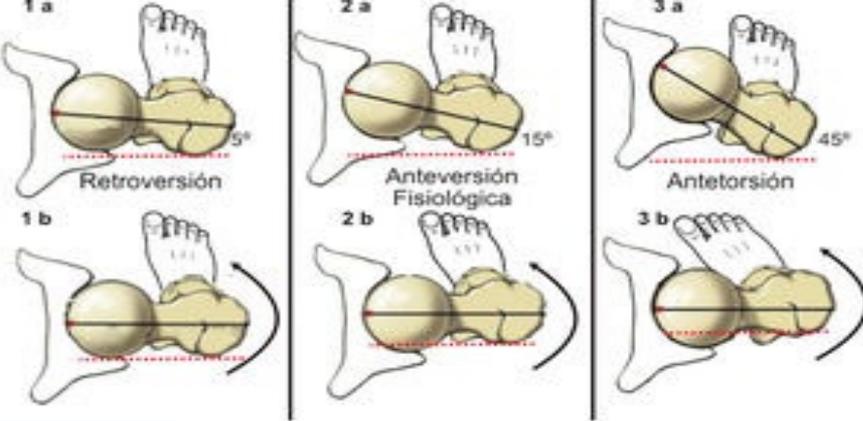
Gerencia Asister de Atención Prim
 CONSEJERÍA D

Valoración: perfil torsional

- 1. Ángulo de progresión del pie:
 - Intoeing y outoeing



Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición

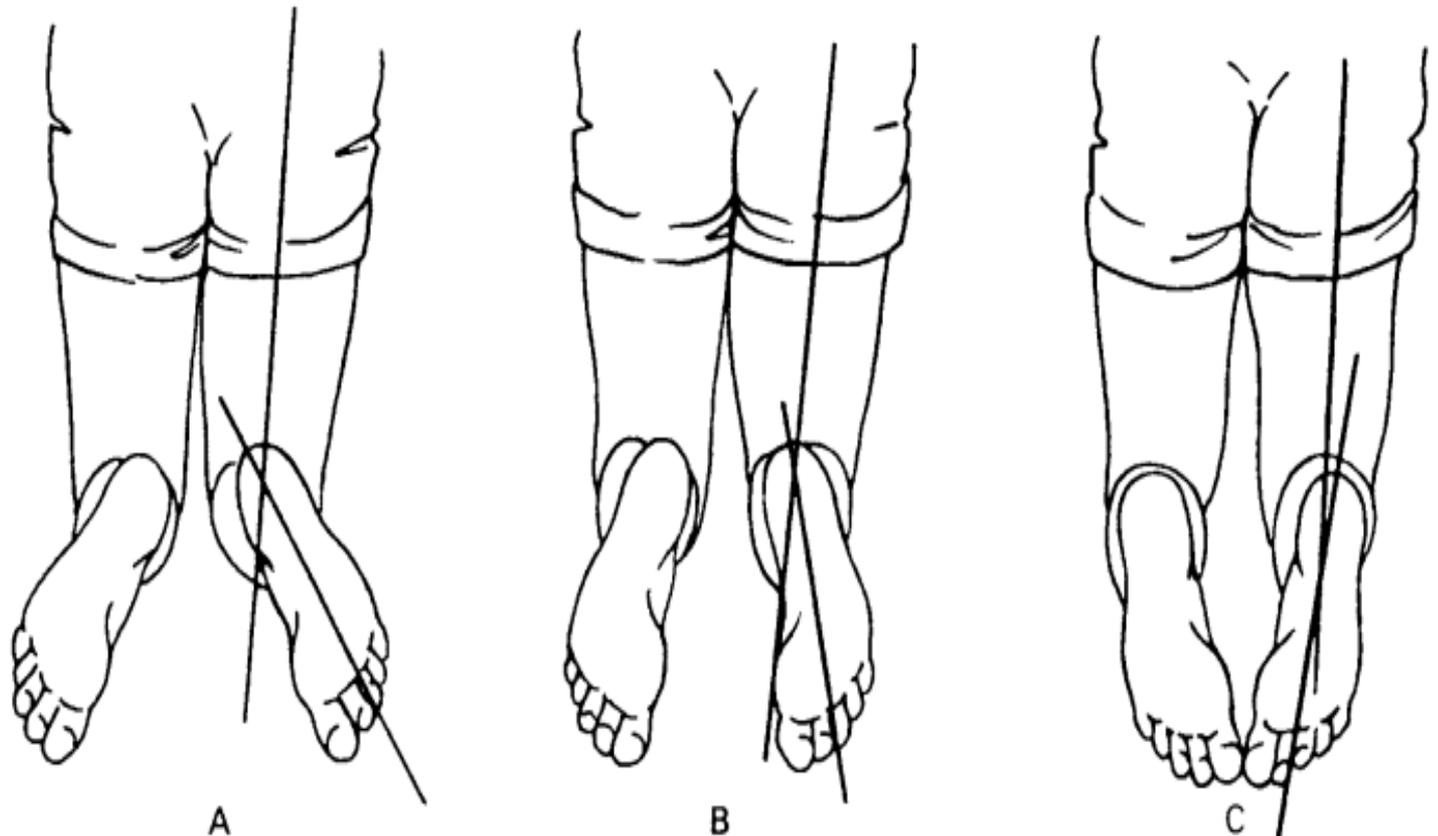


Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

- Rotación tibial externa → outoeing
- Rotación tibial interna → intoeing

VERSION TIBIAL: ANGULO MUSLO PIE (10-20 GRADOS)



Torsión tibial interna



Presente y común en los dos primeros años de vida.

Se invierte con el crecimiento.

El ángulo muslo pie permite identificar la alteración postural a partir de los dos años de vida.

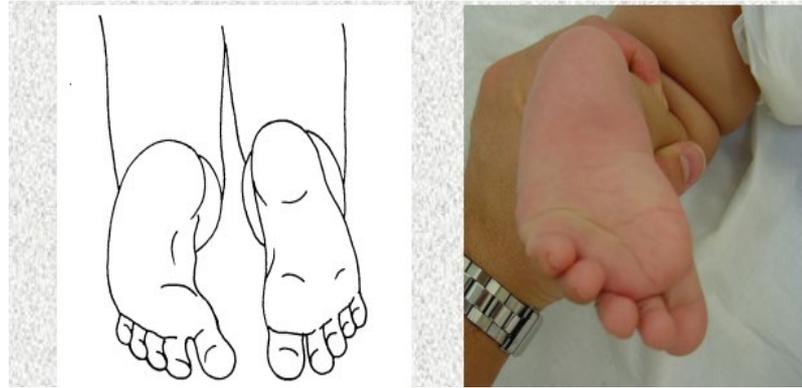
Valor normal a los 3 años: $5^\circ - 10^\circ$ (-10° a 20°)

Valor normal a los 5 años: 12° a 18° (-5° a 30°)

Valor normal en adulto: 10° a 30°



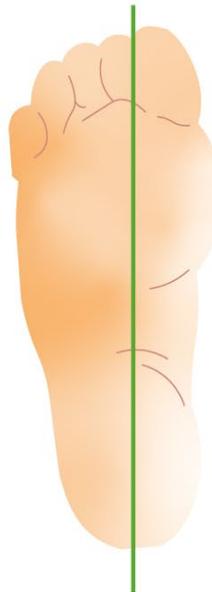
FORMA DEL PIE: **METATARSO ADDUCTO = in toeing**



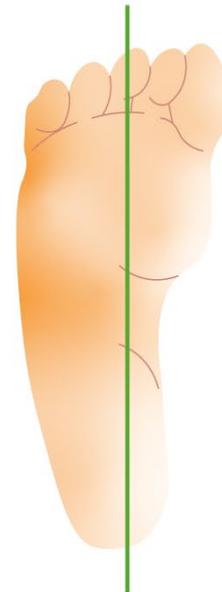
Normal



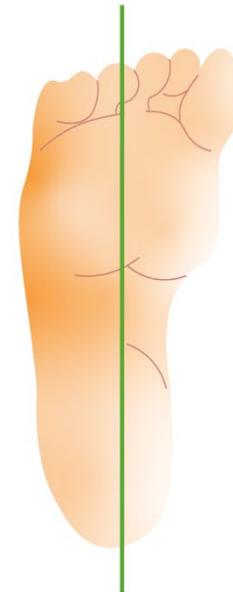
Valgus



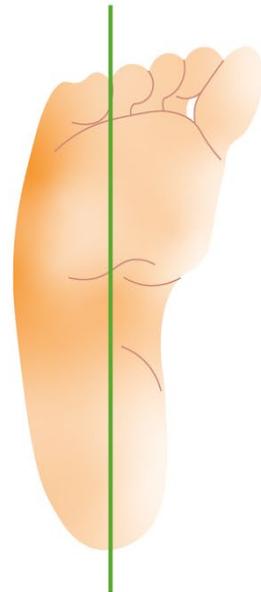
Mild



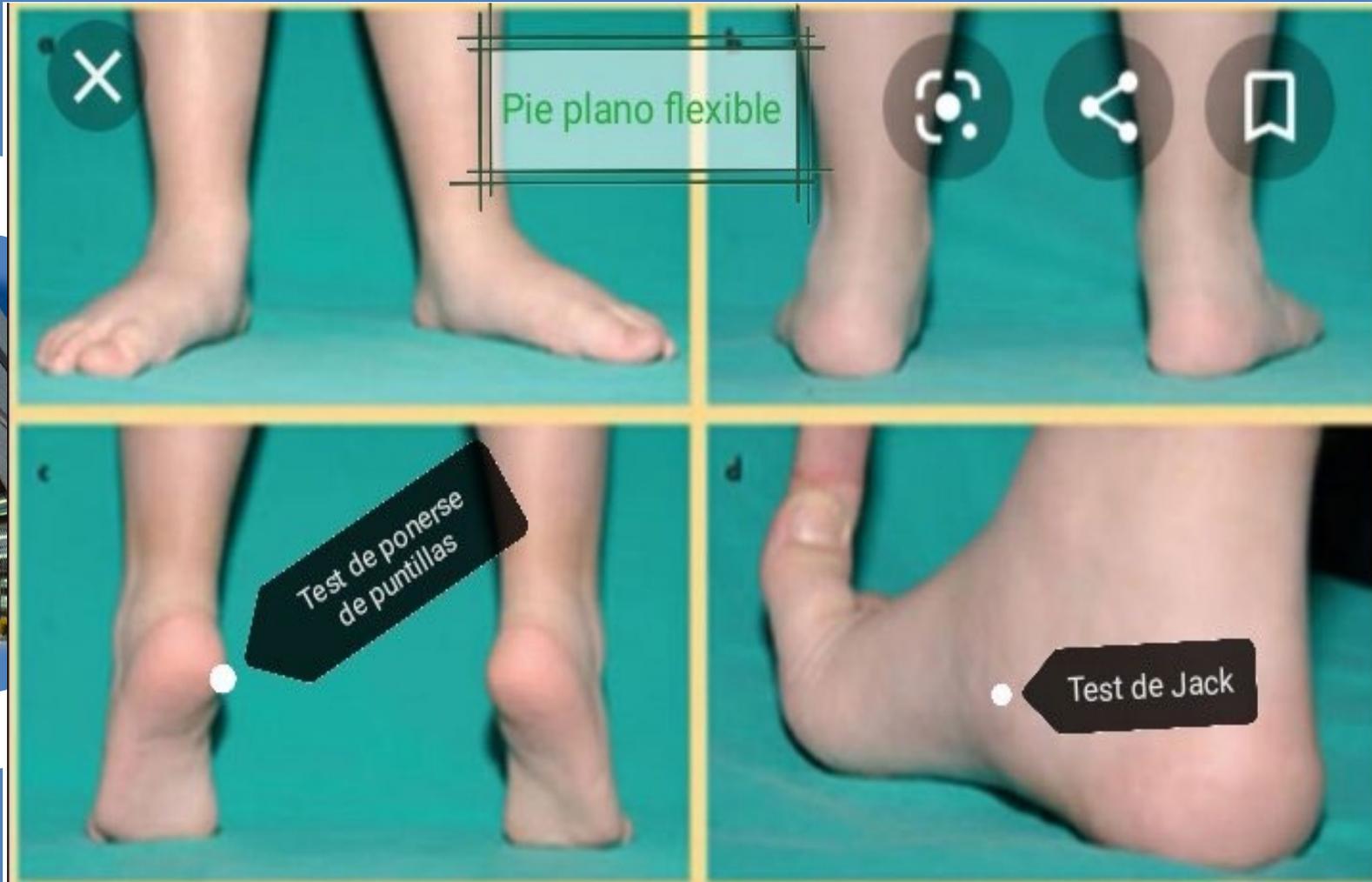
Moderate



Severe



Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

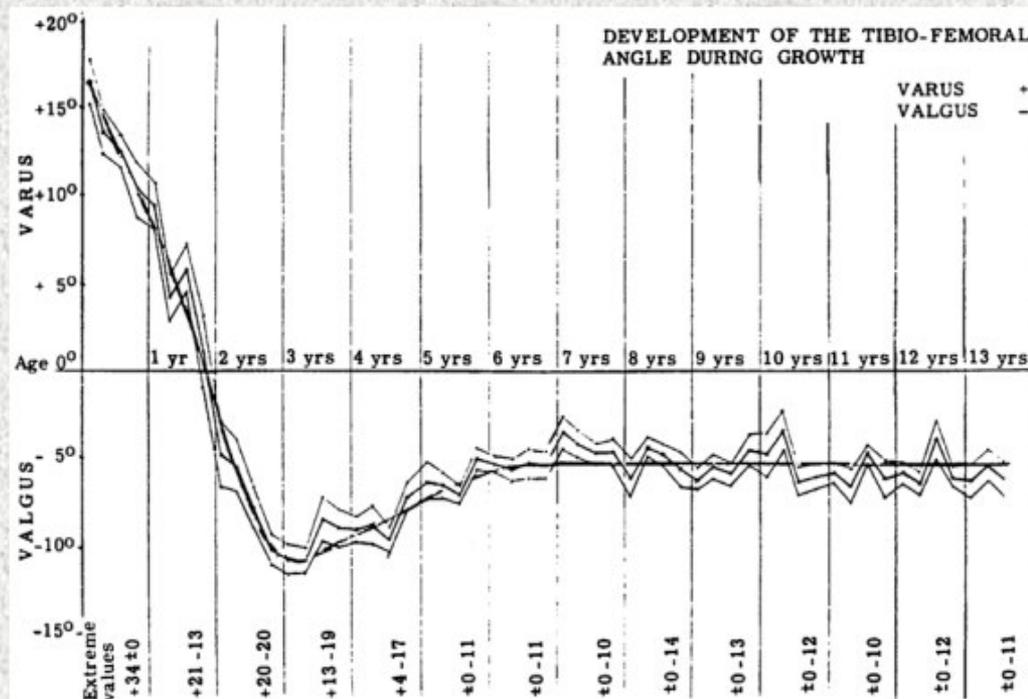


Hospital Universitario
General de Villalba

Valoración: perfil angular

■ Desarrollo normal:

- Nacimiento: genu varo fisiológico de 15 grados
- Hasta los 2 años: pérdida del varo hasta 0 grados
- Hasta 3-4 años: valgo progresivo hasta 11 grados
- Hasta 7 años: realineación hasta los 7 grados de valgo $\pm 10^\circ$



Valoración: perfil angular

- Desarrollo normal

Caídas frecuentes



GENU VARO/ GENU VALGO

1. Bipedestacion.
 1. Simetria/Asimetria / Rafaga.
 2. Distancia intermaleolar > 8-10 cm
2. Decúbito supino:
 1. Angulo Femorotibial > 15-20 grados.
 2. Eje EIAS-tobillo: fuera de rodilla.

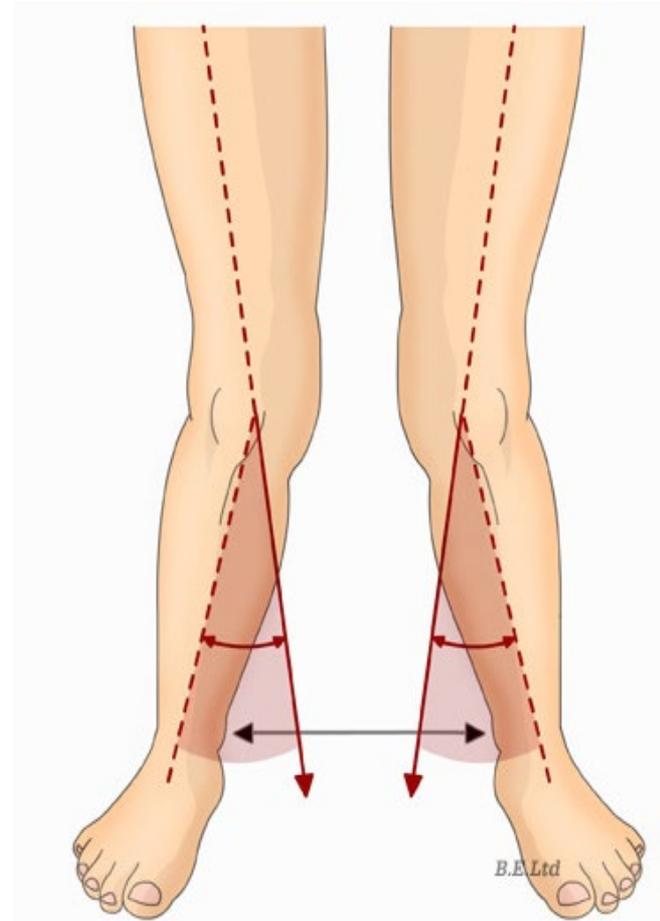
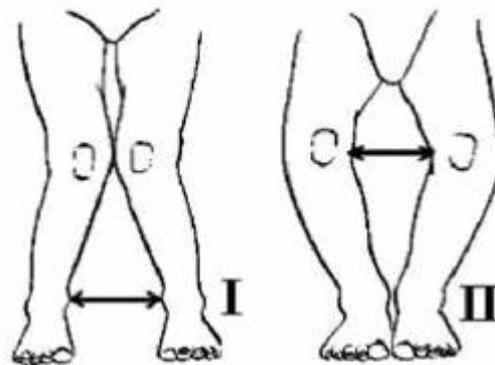


Figure II intercondylar distance



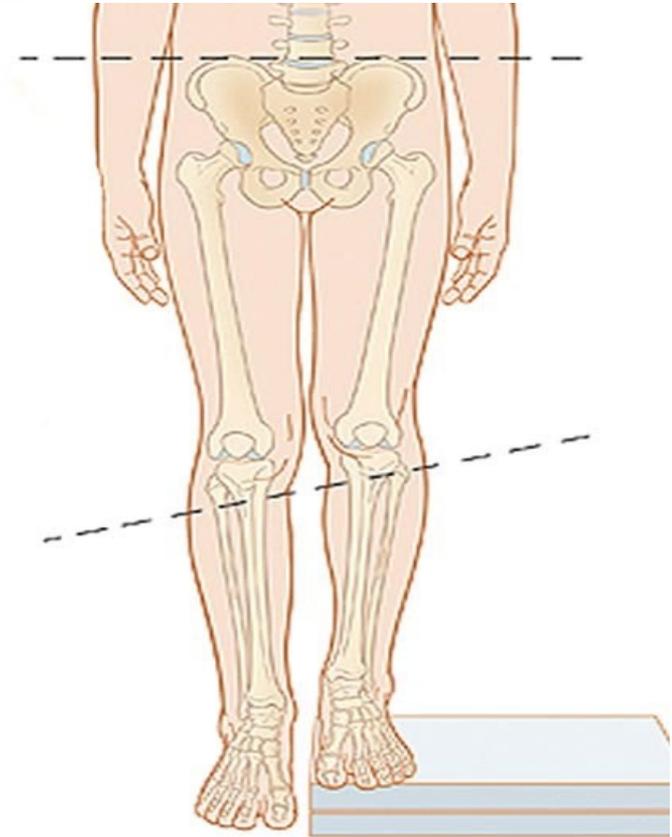
Valoración: perfil angular

■ Patología

- Genu valgo patológico
- Genu varo patológico
- Ráfaga
- Asimetrías

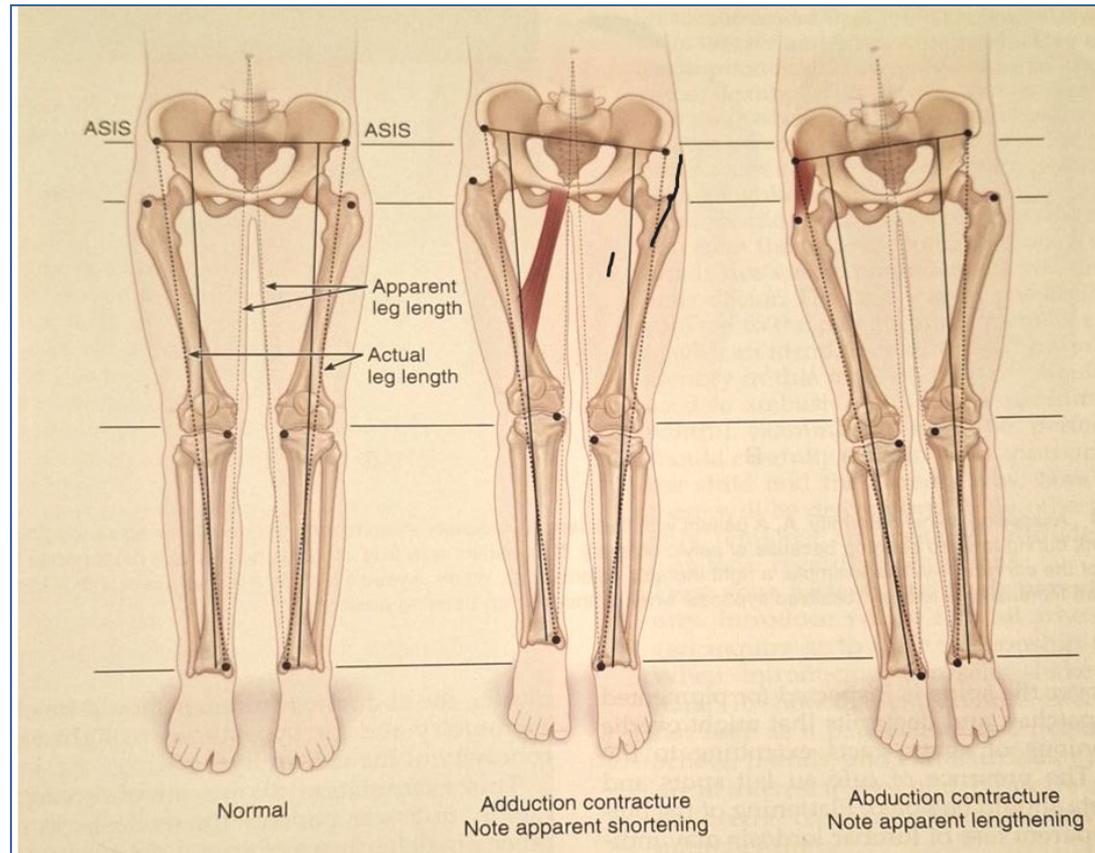


Valoración de dismetrias/ oblicuidad pelvica



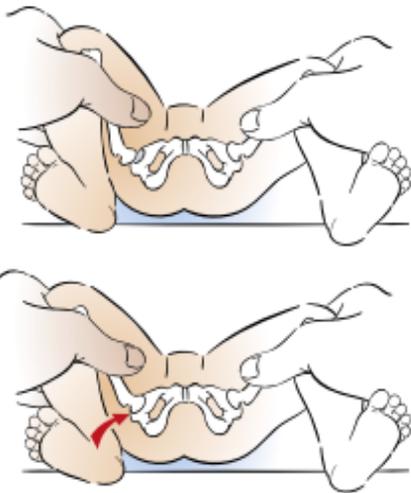
Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición

Distinguir entre discrepancia real y aparente de miembros inferiores.
Las anomalías en flexión de cadera y rodilla producen una disimetría aparente.



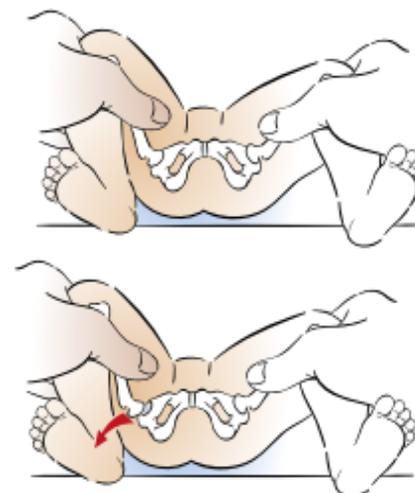
Screening for Developmental Dysplasia of the Hip (DDH) in Newborn and Infant

Presented by Randall Children's Orthopedics



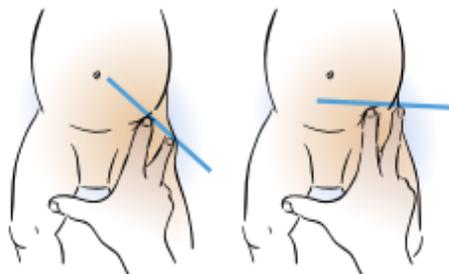
Ortolani test for a neonate's hip developmental dislocation

- Hold knees and gently abduct one hip at a time while lifting greater trochanter with two fingers.
- When test is positive, dislocated femoral head will fall back into acetabulum with a gentle clunk as hip is abducted.



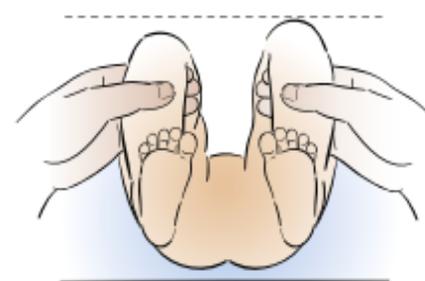
Barlow test for a neonate's hip developmental dislocation

- Place infant on back. Hold both knees. Gently adduct one hip at a time and push posteriorly.
- Upon positive examination, feel the femoral head make a small jump out of the acetabulum.



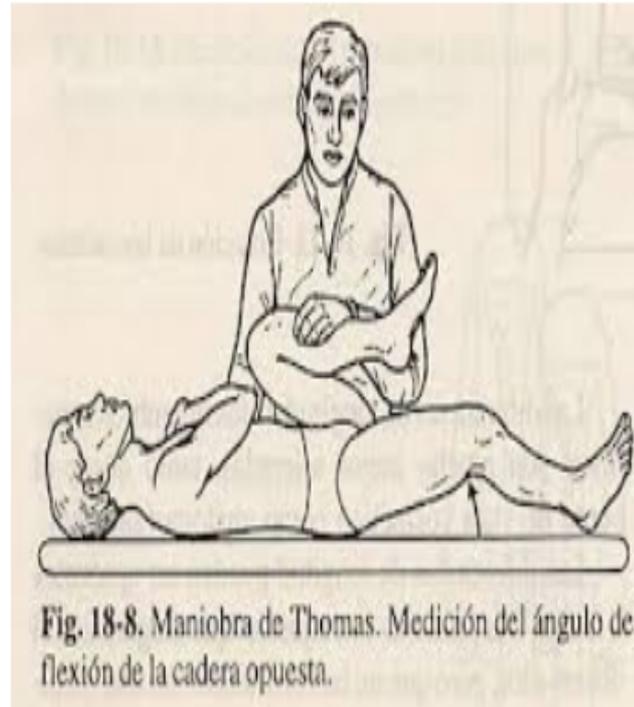
The **Klisic test** for hip developmental dysplasia: Place middle finger over greater trochanter. Place index finger on anterior superior iliac spine.

- On the normal hip, imaginary line between the two fingers points at or proximal to the umbilicus.
- On a dislocated hip, trochanter is elevated and the line projects distal to the umbilicus.



Galeazzi sign: Apparent shortening of femur due to dislocated femoral head. See difference in knee levels of child with hips and knees at right angles.

Maniobra de Thomas normal.



Maniobra de Thomas Anormal, al flexionar la cadera contralateral, se flexiona la cadera que descansa sobre la mesa.



Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición

Balance articular: limitación de cadera en abducción / rotación interna (sinovitis / contractura refleja de cadera/ Perthes)



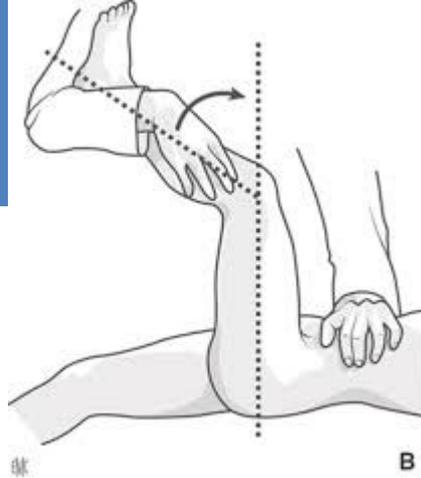
Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



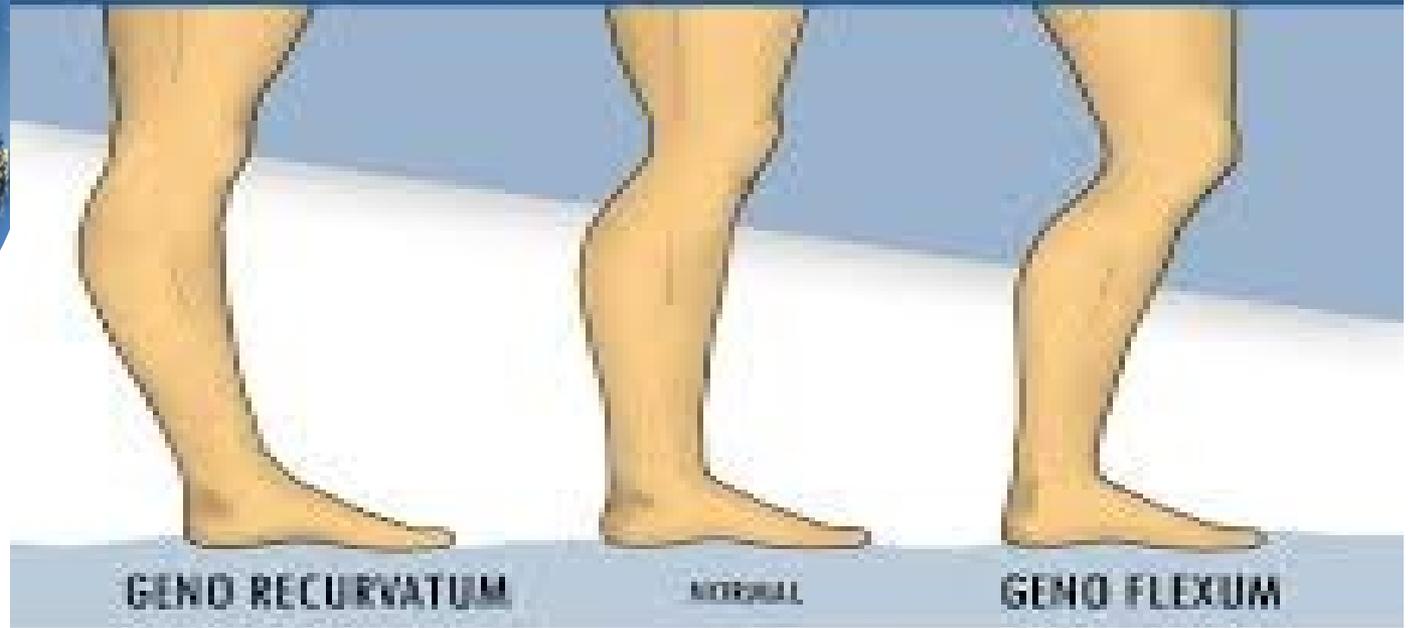
Hospital Universitario
General de Villalba

Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición



- Balance articular: rodilla.
- flexo: siempre patológico.
- recurvatum > 20 grados.

PATOLOGÍAS DE LAS RODILLAS



GENO RECURVATUM

GENO VALGUM

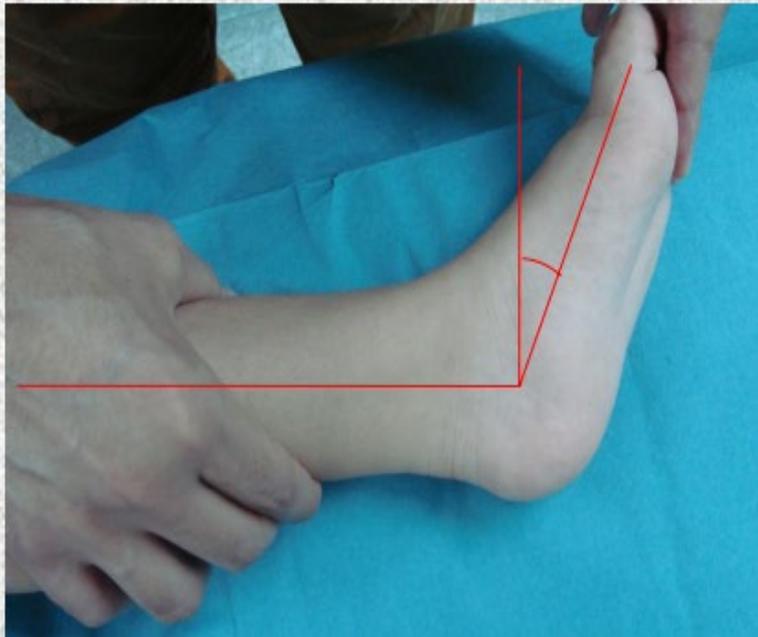
GENO FLEXUM



Valoración: balance articular

■ Limitación articular tobillo

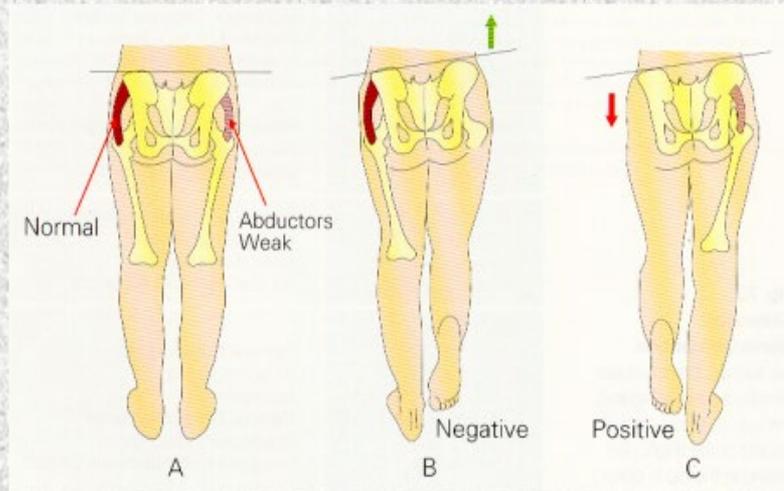
- Déficit de flexión dorsal: tendón (neurológico), astrágalo
- Marcha en puntillas por equino



Valoración: balance muscular

■ Trendelenburg: función del músculo glúteo medio

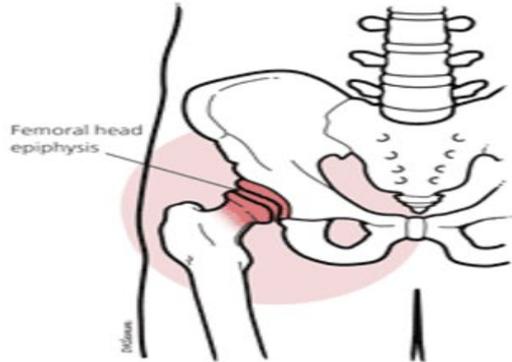
- Pérdida de fuerza: por dolor cadera, por desuso
- Pérdida de tensión: alteraciones anatómicas de la cadera (coxa vara, Perthes)



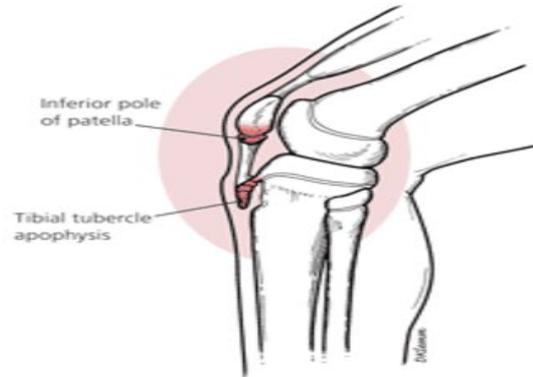
Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición



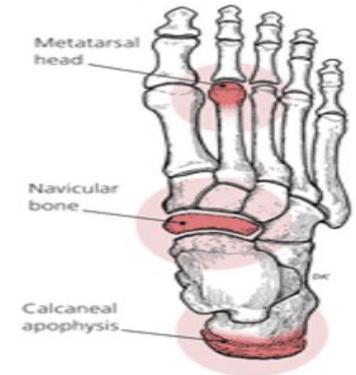
Hip
Femoral head epiphysis
Legg-Calvé-Perthes disease



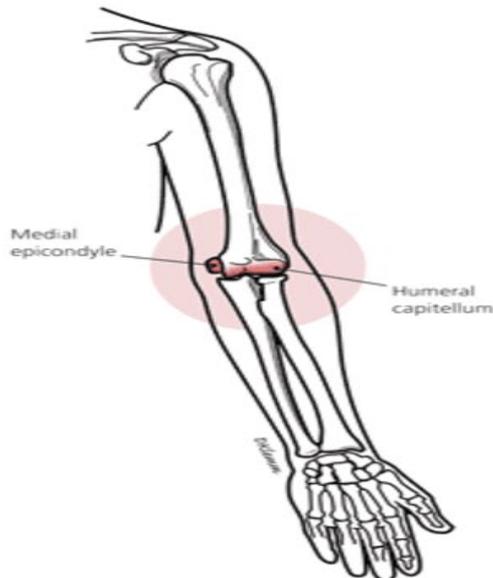
Knee
Tibial tubercle apophysis
Osgood-Schlatter disease
Inferior pole of patella
Sinding-Larsen-Johansson disease



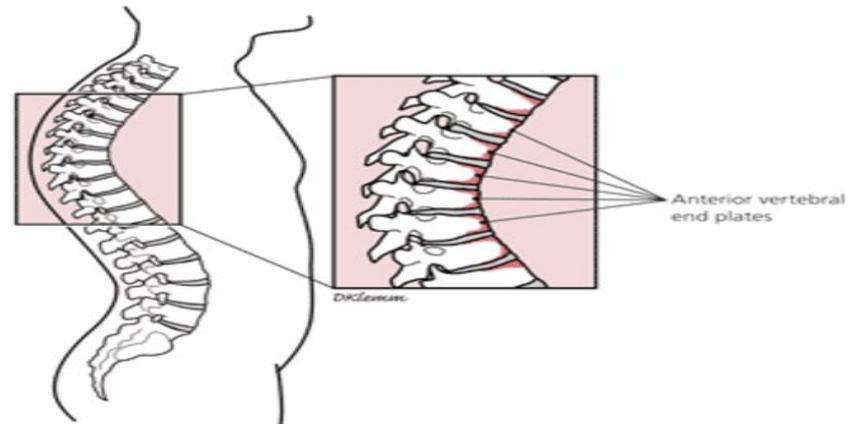
Foot
Calcaneal apophysis
Sever disease
Metatarsal head
Freiberg disease
Navicular bone
Köhler bone disease



Elbow
Medial epicondyle
Medial epicondyle apophysitis
Humeral capitellum
Panner disease



Back
Anterior vertebral end plates
Scheuermann disease



Comunidad de Madrid

Gerencia Asisten-
de Atención Prim
CONSEJERÍA D



Patologías no traumáticas pediátricas



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Patologías no traumáticas pediátricas



APOFISITIS



TRACCIÓN EXCESIVA

OSTEOCONDROSIS



TRAUMATISMOS REPETIDOS +/- ALTERACIÓN VASCULAR



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS



- Enfermedad de Iselin
- Enfermedad de Sever
- Enfermedad Osgood-Schlatter
- Síndrome de Sinding Larsen-Johansson
- Enfermedad de Dupas
- Enfermedad de Cuveland-Heuck
- Enfermedad de Kremser o Valtancoli
- Codo de Lanzador



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Iselin**



Apofisitis de la base 5MTS

DX CLÍNICO

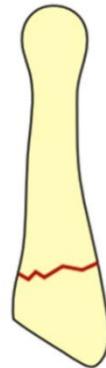
+ 10-14 años

Patologías no traumáticas pediátricas

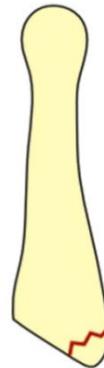
APOFISITIS: **Enfermedad de Iselin**

Apofisitis de la base 5MTS

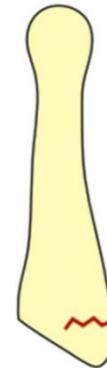
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



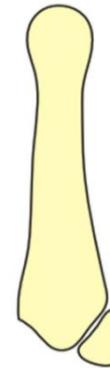
Fractura de Jones



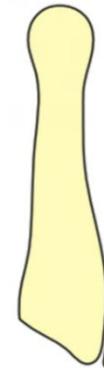
Fractura avulsión



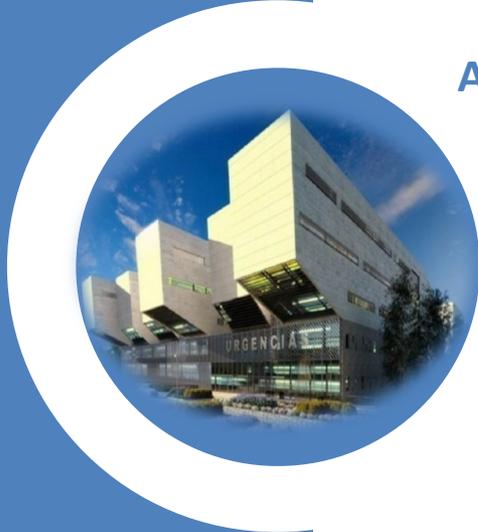
Fractura de estrés



OS Vesalianum



Enfermedad de Iselin



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Iselin**

Apofisitis de la base 5MTS

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Sever**

Apofisitis de la tuberosidad mayor del calcáneo

DX CLÍNICO

+ 7-13 años



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Sever**

Apofisitis de la tuberosidad mayor del calcáneo

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Osgood - Schlatter**

Apofisitis de la tuberosidad anterior de la tibia

DX CLÍNICO

- + Frecuente Patela Alta
- + 11-14 años



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Osgood- Schlatter**

TRATAMIENTO

↓
+ Frecuente FX-Avulsión TTA en adolescentes

SINTOMÁTICO
Vs
QUIRÚRGICO

Apofisitis de la tuberosidad anterior tibia

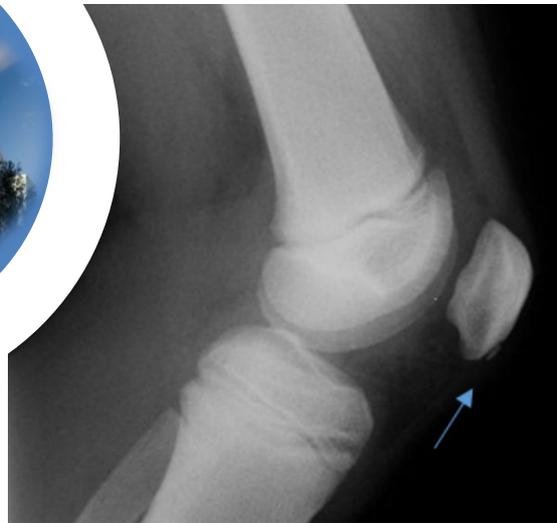


Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: SD. de Sinding Larsen-Johansson

Apofisitis del polo inferior de rótula

+ 10-12 años



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: SD. de Sinding-Larsen-Johansson

TRATAMIENTO

Apofisitis de polo inferior de rótula



Recuperación 1-2 meses

SINTOMÁTICO



Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS EN PELVIS



Comunidad
de Madrid

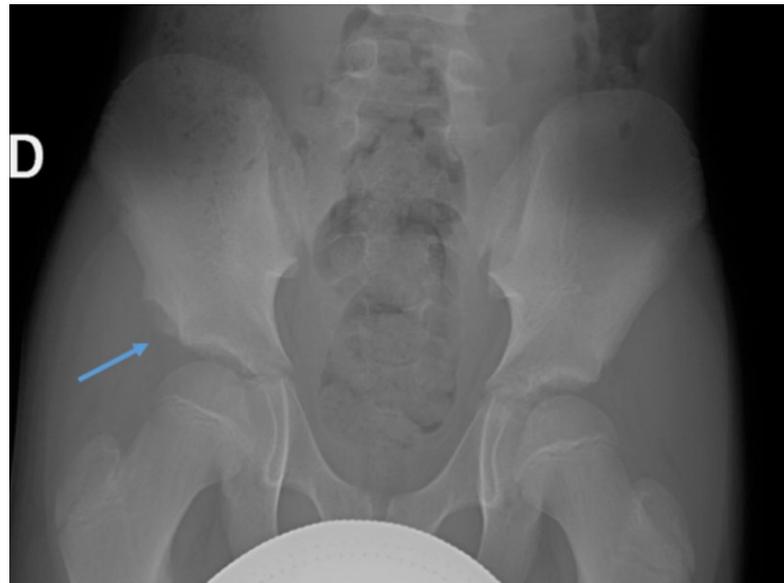
Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Hospital Universitario
General de Villalba

Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Cuveland-Heuck** (EIAI)



Tracción recto femoral anterior

+ 13-16 años

Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Enfermedad de Dupas** (EIAS)



Tracción sartorio y tensor fascia

+ 15-20 años



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Hospital Universitario
General de Villalba

Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: Codo del Lanzador



Apofisitis epicóndilo medial

+ 11-15 años

+ Frecuente Fractura -Avulsión

Patologías no traumáticas pediátricas

APOFISITIS: **Codo del Lanzador**

TRATAMIENTO

Apofisitis epicóndilo medial



**SINTOMÁTICO
Vs
QUIRÚRGICO**



Patologías no traumáticas pediátricas



OSTEOCONDROSIS



- Enfermedad de Freiberg
- Enfermedad de Köhler
- Enfermedad de Legg Calvé-Perthes
- Enfermedad de Panner
- Enfermedad de Van Neck-Odelberg

Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Freiberg

Osteocondrosis cabeza de los metatarsianos

- + Frecuente 2-3 MTS
- + Frecuente mujeres
- + 11-17 años



Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Freiberg

Osteocondrosis cabeza de los metatarsianos

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO
(fase aguda 6 meses-2 años
Vs
QUIRÚRGICO
(Extracción cuerpos libres,
curetaje, artroplastia,
osteotomía cuña dorsal..)



Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Köhler



Osteocondrosis escafoides tarsiano

Osificación tardío

+ <10 años



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Hospital Universitario General de Villalba

Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Köhler

Osteocondrosis cabeza de los metatarsianos

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Hospital Universitario
General de Villalba
SaludMadrid

Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes

Osteocondrosis epífisis femoral proximal

+ 4-8 años + Niños + Cojera+ ROM disminuida (ABD- RI + Atrofia muscular+ DDL)



Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes

Osteocondrosis epífisis femoral proximal

Estadios Waldenström

- Necrosis
- Fragmentación
- Reosificación
- Remodelación

Clasificación Herring

- A
- B
- C



Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes

Osteocondrosis epífisis femoral proximal



FACTORES RELACIONADOS CON MAL PRONÓSTICO

Inicio >6 años

Altura pilar externo

Stulberg

Femenino

ROM cadera limitado

Obesidad

Signos radiológicos:

- Signo de Gage
- Calcificación lateral epífisis
- Subluxación cabeza femoral
- Horizontalización fisis
- Quistes metafisarios

Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad Legg-Calvé-Perthesde

Osteocondrosis epífisis femoral proximal

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO



Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Panner



Osteocondrosis capitellum

+ <10 años

Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Panner

Osteocondrosis capitellum

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO

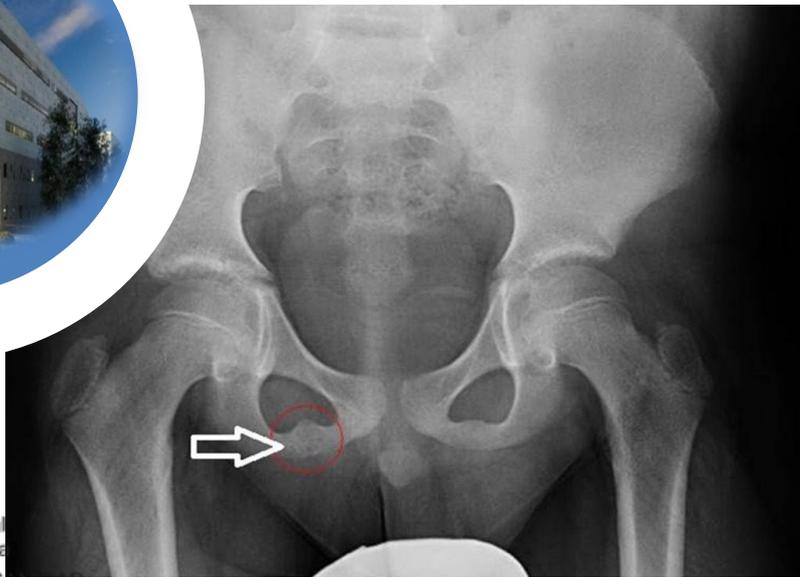


Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Van Neck-Odelberg

Osteocondrosis isquiopubiana

+ 4-16 años



Patologías no traumáticas pediátricas

OSTEOCONDROSIS: Enfermedad de Van Neck-Odelberg

TRATAMIENTO



SINTOMÁTICO

Osteocondrosis isquiopubiana

RX/RM



CONCLUSIONES

Diferenciar lo fisiológico de lo patológico o conocer la historia natural de una enfermedad

Buscar asimetría en forma, movilidad y estabilidad

Ante una deformidad, describirla, localizarla, comprobar la flexibilidad y documentarla

Descartar posibles patologías asociadas

Distintas edades pueden asociarse a diferentes patologías

Pensar en lo común sin olvidar lo menos frecuente

Correlación clínica, pruebas de imagen y laboratorio

Aliviar dolor, corregir disfunción

Formar e informar a los padres

Controlar la evolución durante el crecimiento





MUCHAS GRACIAS



**Comunidad
de Madrid**

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SaludMadrid

**Hospital Universitario
General de Villalba**

Curso de Traumatología y Ortopedia para Pediatras. 1ª edición



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SaludMadrid Hospital Universitario
General de Villalba