

<<CLAUDICACIÓN AGUDA EN LA MARCHA DEL NIÑO>>

DR. MARIANO DE PRADO SERRANO

La claudicación aguda en la infancia es motivo frecuente de consulta en la práctica diaria del Pediatra. Suele acompañarse de un cierto grado de alarma por parte de los padres, sobre todo en aquellas circunstancias en las que no puede encontrarse un origen claro de la misma.

Ante esta situación es necesario realizar un diagnóstico precoz, para por un lado establecer de modo inmediato el tratamiento si procede, y por otro tranquilizar a los padres si la patología causante no reviste gravedad como sucede en la mayoría de las ocasiones.

La dificultad de encuadrar el origen del dolor, comienza al realizar la Historia Clínica donde nos encontramos con la lógica falta de colaboración del niño y debemos interrogar a los padres que en muchas ocasiones más que facilitarnos una descripción subjetiva del proceso patológico, hecho al que nos debemos sustraer, iniciando la Historia Clínica con un interrogatorio bien dirigido, continuaremos con la exploración del Aparato Locomotor que será realizada con el niño totalmente desnudo, en decúbito supino y en marcha, debiendo ser sistemática y completa, no limitándonos a explorar la zona donde pensamos está el origen de la sintomatología. Simultáneamente practicaremos la exploración básica de otros sistemas.

En Patología Osteoarticular el dolor y la impotencia funcional *son* los síntomas de mayor interés, del análisis exhaustivo de sus características podremos obtener por lo general los datos suficientes para orientarnos en el origen del mismo, que unido a otros síntomas como tumefacción articular, derrame sinovial, percepción de crujidos, etc. así como la valoración de las pruebas complementarias, Radiología, Hemograma, Velocidad de Sedimentación Globular, Tomografías, T.A.C., etc. nos darán el diagnóstico definitivo.

Centrándonos en el análisis del dolor, debemos precisar en el interrogatorio todas sus características:

I.- **INTENSIDAD:** Esta dependerá tanto del estímulo patógeno como de la sensibilidad individual del niño.

En Pediatría es particularmente difícil cuantificar la intensidad del dolor, por lo que nos basaremos para ello en datos indirectos como: Si el niño se ve obligado a dejar el juego, si disminuye su actividad física o incluso si se ve obligado a guardar cama.

II.- **LOCALIZACIÓN:** Existen tres tipos de manifestaciones dolorosas con respecto a la localización:

a) **Dolor local:** Reside donde la causa, aumenta con la presión directa y en los intentos de movilizar la zona afectada. No se irradia.

b) **Dolor irradiado:** Es un dolor superficial, consecuencia de la irritación de una raíz o tronco nervioso, ya sea por proceso inflamatorio

o comprensivo, se irradia a lo largo del trayecto nervioso, se limita a algún dermatoma y se acompaña casi siempre de trastornos sensitivos, c) **Dolor referido:** Se origina en una estructura somática irritada y se percibe en puntos distintos y a veces distante de aquél en que se produce. Es un dolor profundo y difuso. No existen trastornos motores ni atrofas por cuanto los nervios actúan simplemente como transportadores de los estímulos dolorosos, no estando afectado como sucede en el **dolor irradiado**.

Cuando se valora en los niños el dolor debemos destacar que el **Referido** se puede considerar la regla y no la excepción, por lo que la patología real debe ubicarse proximal a la zona álgica.

III.- **DURACIÓN:** Atendiendo al tiempo de percepción del dolor encontramos dos tipos fundamentales. Agudo: Presenta un curso reducido, si es intenso y penetrante dará sensación de gravedad. Crónico; Cuando la duración es prolongada, suele ser sordo y constante.

IV.- **COMPORTAMIENTO - CASUALIDAD:** Tendremos en cuenta la evolución del dolor a lo largo del día y las circunstancias que lo modifican, pudiendo encontrar tres tipos fundamentales. Dolores que calman con la inmovilización y el reposo, habitualmente de origen traumático. Dolores constantes, punzantes y que afectan tanto en reposo, como en actividad, suelen ser de origen infeccioso. Dolores que aumentan a lo largo de la noche y con el reposo, por lo general de origen reumático-inflamatorio.

Una vez recogidos los datos de la Historia Clínica, la exploración y muy especialmente las características del dolor, estamos en condiciones de catalogar su origen, encuadrándolo en uno de estos grandes grupos:

- A - TRAUMATISMOS
- B - INFECCIONES
- C - REUMATISMOS
- D - LESIONES ORTOPÉDICAS
- E - TUMORES
- F - OTROS

A.- TRAUMATISMOS

Son sin duda la causa más frecuente de claudicación, no suelen ofrecer dificultades diagnósticas ya que en la mayoría de los casos el origen es claro. Una clasificación simple los encuadraría en:

110

- 1.- Contusiones
- 2.- Distensiones.
- 3.- Fracturas (Epifisiolisis).
- 4.- Lesiones musculares y ligamentosas.
- 5.- Otras.

No queremos dejar aquí sin mención dos situaciones de escasa frecuencia pero sí de cierta entidad y que ofrecen mayores dificultades diagnósticas:

Fracturas de Stress: De difícil diagnóstico diferencial con los tumores óseos, se localizan sobre todo en metatarsianos, un tercio proximal de la tibia y un tercio distal del peroné. Incluso la biopsia puede ofrecer problemas diagnósticos al especialista en Anatomía Patológica.

El estudio xerográfico, gammagráfico y la evolución del proceso serán los datos fundamentales del diagnóstico definitivo.

Espondilolisis lumbar: Aparecen en la adolescencia con un dolor lumbar, sordo, constante y relacionado con el ejercicio. En el estudio radiológico de rutina en proyecciones antero-posterior y lateral no se evidencia lesión alguna, tendremos que realizar radiografías oblicuas de columna lumbar que nos demostrarán la lesión del pedículo vertebral.

B.- INFECCIONES

Existen dos formas de presentación:

- 1.- Infección articular (Artritis séptica).
- 2.- Infección ósea (Osteomielitis).

Los signos locales de infección: Calor, Dolores, Tumor y Rubor, nos acercarán al diagnóstico acompañándose habitualmente de afectación del estado general con fiebre alta y estado tóxico.

La práctica de exploraciones complementarias: Radiología, Hemograma, V.G.S., Cultivos, etc. nos darán el origen etiológico y la pauta terapéutica a seguir.

C- REUMATISMOS

Son numerosas las enfermedades reumáticas que podemos encontrar en la patología infantil, pudiendo destacar por su frecuencia:

- 1.- Artritis reumatoidea.
- 2.- Fiebre reumática.
- 3.- Lupus eritematoso disseminado.
- 4.- Dermatomielosis juvenil.

El diagnóstico de las enfermedades reumáticas, sobre todo en los estadios iniciales, puede ofrecer dificultades, ya que se presentan síntomas muy inespecíficos, como dolores erráticos, difusos, poliarticulares, malestar general, etc... Una vez ya instaurada la enfermedad, los sínto-

mas serán más específicos y unido a las exploraciones complementarias: Radiología, Hemograma, V.S.G. Látex, Proteica C, H.L.A. 27, etc. podremos obtener el diagnóstico definitivo con mayor facilidad.

D.- LESIONES ORTOPÉDICAS

Destacaremos en este apartado dos grupos fundamentales:

1 - DOLORES DE CRECIMIENTO

2- OSTEOCONDRIITIS

1.- DOLORES DE CRECIMIENTO: Es este un capítulo no admitido por todos los autores.

Pero no es menos evidente que en la consulta de un Pediatra se ven niños con dolores de mayor o menor intensidad, que afectan sobre todo a extremidades inferiores y en los que tanto el examen físico como las exploraciones complementarias son normales: Si continuamos estudiando su evolución no se desarrollará en el futuro enfermedad orgánica alguna.

¿Son los dolores de crecimiento una entidad nosológica definida?

¿Son la manifestación de nuestra incapacidad para encontrar la patología causante del dolor?

Nos parece evidente que estructuras con diferentes características biomecánicas como son: La trama ósea normal y los cartilagos de crecimiento, puedan manifestarse con una sintomatología dolorosa como respuesta a las sollicitaciones mecánicas de las mismas en la actividad normal del niño. Pero de una forma u otra lo cierto es que los Dolores de Crecimiento serán más bien un diagnóstico por exclusión.

2.- OSTEOCONDRIITIS: Son estas un grupo de enfermedades que se caracterizan por afectar a los núcleos de crecimiento, que se manifiestan con dolor y apariciones a Rayos X de esclerosis y fragmentación de los mismos.

Su localización es muy variable, la etiología desconocida y los podemos clasificar en dos grupos:

1.- Osteocondritis por aplastamiento:

- a) Enfermedad de Perthes.
- b) Enfermedad de Frieberg
- c) Enfermedad de Köhler
- d) Etc.

2.- Osteocondritis por tracción:

- a) Enfermedad de Osood-schlatter
- b) Enfermedad de Sever.
- c) Etc.

E.- TUMORES

En la patología más preocupante de todas las causas de claudicación, en el caso de los malignos de desenlace suele ser fatal. Su diagnóstico es habitualmente simple, asociándose a la aparición del dolor la presencia de una tumoración más o menos voluminosa. Es de gran importancia el determinar la malignidad o no de los mismos, siendo para ello de gran ayuda al estudio radiológico, encontrando las siguientes características fundamentales de diagnóstico diferencial:

Tumores benignos. Lesión con límites regulares, bordes escleróticos y corticales respetadas.

Tumores malignos. Lesión con límites difusos, borde esclerótico discontinuo y pérdida de la cortical.

Analizaremos a continuación algunos de los procesos que con mayor frecuencia son motivo de consulta como causa de claudicación, y que hemos clasificado desde un punto de vista morfológico atendiendo al lugar de asentamiento de la lesión:

A.- CLAUDICACIÓN EN LA INFANCIA SECUNDARIA A PATOLOGÍA DE LA CADERA:

- 1.- Sinovitis inespecífica de la cadera.
- 2.- Enfermedad de Legg-Calve Perthes.
- 3.- Epifisiolisis de la extremidad superior del fémur.
- 4.- Artritis séptica de la cadera.
- 5.- Traumatismo de cadera.
- 6.- Otros.

1.- Sinovitis inespecífica de la cadera.

Lesión muy frecuente, de aparición brusca y en pocas ocasiones de modo progresivo que afecta sobre todo a edades comprendidas entre los 3 y 8 años y de etiología a pesar de haber sido propuestas diversas teorías para explicar su apariencia destacando las infecciones, traumáticas y alérgicas.

Clínica

El niño acude a la consulta por la aparición de un dolor a nivel inguinal o localizado en muslo de apariencia generalmente brusca y sin causa que lo justifique, a la exploración presenta un buen estado general con una evidente limitación a la movilidad de la cadera afectada que al intentarla es muy dolorosa, en ocasiones hay antecedentes de un proceso faringoamigdalario en los días previos a la aparición de la claudicación. Su estudio radiológico, analítico, etc. es siempre normal, solo en ocasiones se puede apreciar un ligero aumento del A.S.T.O..

Tratamiento

Será el reposo absoluto en cama durante 2-3 días con anti-inflamatorios lo que hará desaparecer en todos los casos la patología existente, en aquellos en los que no es así, debemos realizar nuevas exploraciones complementarias que nos lleven al diagnóstico de la enfermedad causante de la claudicación ya que no se tratará de una sinovitis inespecífica de cadera.

2.— Enfermedad de Legg-Calve Perthes.

Es una de las llamadas osteocondritis por comprensión, afecta al núcleo epifisario de la extremidad superior del fémur de forma unilateral y excepcionalmente bilateral. Su edad de aparición oscila entre los 3 y los 10 años y su etiología es desconocida, como en todas las osteocondritis.

Clínica

Encontramos un paciente con estado general normal, que comienza con claudicación de presentación brusca y en muchas ocasiones de modo progresivo, acompañada o no de dolor que cuando esta presente puede presentarse en la región inguinal, muslo o rodilla. Por ello es fundamental la exploración del paciente con objeto de intentar localizar la sede de la patología sustrayéndonos de las indicaciones del paciente, que en ocasiones nos inducen a error.

El estudio radiológico de la articulación coxo-femoral en proyección anteroposterior y axial nos dará el diagnóstico de la enfermedad, pudiendo clasificar las imágenes radiológicas en cuatro estadios atendiendo al grado de evolución del proceso patológico:

- a) Primera fase: Caracterizada por la presencia de:
 - ligero aplanamiento del núcleo cefálico.
 - Condensaciones en borde superior del mismo (signo de la uña).
- b) Segunda fase: Es la llamada fase de ESTADO y presenta:
 - Aplanamiento y fragmentación del núcleo cefálico con zonas de necrosis (banquedinas) y de resorción ósea (desaparición de tramas óseas).

Ensanchamiento del cuello femoral con presencia o no de geodas.

- c) Tercera fase: Fase de RESTAURACIÓN.

Caracterizada por la aparición de:

- Estabilización inicial de las imágenes de la fase anterior.
- Aparición de un ribete periférico de hueso neoformado que invade el núcleo progresivamente.
- Ensanchamiento del cuello más evidente y desaparición de las geodas,

- d) Cuarta fase o de SECUELAS:

La restauración ad integrum de la cabeza femoral se podrá obtener dependiendo de la agresividad intrínseca del proceso patológico así como de la efectividad de las medidas terapéuticas establecidas, podría obtener los siguientes resultados:

- Restauración total de la cabeza femoral, concéntricas y sin secuelas por lo tanto.
- Cabeza redondeada pero con un solo sector de esfera.
- Cabeza aplastada, ovoide e inadaptada al cotilo. El mal resultado femoral a medio

y largo plazo en estos dos últimos grupos será la misma.

Tratamiento

Diferenciamos en la terapéutica a seguir dos fases fundamentales:

- **Primera fase:** Fase de descarga absoluta, donde buscamos la pérdida de la contractura muscular y la recuperación de la movilidad de la cadera, incluso podemos recurrir a la tracción continua para ello. Su duración oscila de las 3 a las 6 semanas.
- **Segunda fase:** Una vez recuperada, al menos en gran parte la movilidad de la cadera, y desaparecida la contractura muscular el objetivo primordial es conseguir situar la cadera en Abducción con el objeto de mantener centrado el núcleo cefálico en la cavidad cotiloidea y así favorecer la remodelación del mismo, este centrado lo obtendremos mediante métodos ortopédicos (férulas de abducción y descarga) o bien por métodos quirúrgicos haciendo osteotomías femorales o pelvianas, siendo el grado de subluxación y de necrosis del núcleo, los parámetros que nos darán la pauta a seguir.

3.- Epifisiolisis de la extremidad superior del fémur.

Es una enfermedad caracterizada por la presencia de un desplazamiento del núcleo epifisario de la extremidad superior del fémur sobre el cuello femoral, que aparecen generalmente de forma aguda tras un mínimo traumatismo o bien de modo progresivo. Su edad de aparición oscila entre los 10 y 15 años, siendo su etiología desconocida.

Clínica

Son pacientes de estado general normal con morfología adiposogenital en la mayor parte de los casos y que consultan por aparición de claudicación en la marcha de presentación aguda o progresiva que se suele acompañar de dolor localizado preferentemente en la rodilla y muslo con limitación evidente a la movilidad de la articulación coxo-femoral.

El estudio radiológico en proyección anteroposterior y axial de la cadera nos dará el diagnóstico, debemos insistir en la proyección axial en ambas caderas ya que en la anteroposterior pueden pasar desapercibida la lesión, incluso a los ojos del más experto, ya que el desplazamiento en fases iniciales es mínimo y al ser postero-inferior sólo se hace visible en la proyección axial.

Tratamiento

El tratamiento de esta enfermedad es fundamentalmente quirúrgico y perseguirá dos objetivos fundamentales:

- 1.- Reducción del núcleo cefálico restableciendo la anatomía normal de la extremidad superior del fémur. Debe estar exenta de maniobras violentas ya que pueden conducir a la necrosis de núcleo cefálico por lesión vascular.
- 2.- Estabilización del núcleo una vez, reducido, mediante diversos métodos de osteosíntesis.

En general en aquellos casos en que existe un desplazamiento en el momento del diagnóstico los resultados a largo plazo son poco satisfactorios.

4.- Artritis séptica de la cadera.

Enfermedad caracterizada por la presencia de un proceso séptico localizado en el interior de la articulación coxo-femoral.

La frecuencia es muy baja sobre todo en los últimos años, la vía de contaminación articular es en la mayor parte de los casos la hematogena y la edad de aparición puede ser cualquiera.

Clínica

El paciente acude a la consulta por aparición de un dolor localizado a nivel inguinal, unilateral, que se irradia a cara anterior del muslo, constantemente, sin que el reposo lo calme. Gran limitación de la movilidad de la cadera y con el mismo en una clara posición antialgica (cadera en ligera flexión, educción y rotación interna).

Los intentos de movilización de la cadera son muy dolorosos, siendo prácticamente imposible el realizar una excursión articular total.

A esta sintomatología local le acompaña una afectación evidente del estado general, con fiebre e impresión de patología importante.

Su diagnóstico se realizará por la impresión clínica, las alteraciones analíticas características de los procesos sépticos: aumento de V.S.G., leucocitosis, desviación izquierda, etc.

La radiología nos será útil pero en fases más avanzadas de su evolución, presentando los siguientes signos:

- 1.- Aumento del espacio articular.
- 2.- Pérdida de la nitidez de las extremidades.
- 3.- Osteoporosis de la extremidad superior del fémur y cotilo.
- 4.- Destrucción ósea.

Tratamiento

La rapidez en la instauración del tratamiento será fundamental para el buen resultado ya que el mantenimiento del proceso séptico intraarticular lleva a la destrucción de la superficie articular en un período de tiempo corto.

El paciente deberá ser ingresado en un centro hospitalario, se coloca en tracción continua con lo que eliminamos la contractura muscular y el dolor, se procederá a la punción-evacuación de la articulación, iniciando antibioticoterapia en espera del cultivo y antibiograma obtenido del análisis del exudado purulento extraído de la articulación.

Si el tratamiento es precoz los resultados favorables son frecuentes.

5.- Cadera traumática

Son los traumatismos de la cadera poco frecuentes en la infancia, los podemos clasificar de un modo general en:

- a) Contusiones
- b) Esguinces

- c) Luxaciones
- d) Fracturas

Su diagnóstico suele ser muy simple dado el claro antecedente traumático al que suelen hacer referencia los padres del niño.

El estudio radiológico, nos dará la magnitud definitiva del problema, siguiendo las pautas generales del tratamiento de los traumatismos para su terapia:

- 1.- Reducción si existe desplazamiento de los extremos de la fractura.
- 2.- Inmovilización.
- 3.- Antiinflamatorios.

En los casos de fractura desplazada el tratamiento quirúrgico será la norma.

B.- Claudicación de la infancia secundaria a patología de la rodilla.

- 1.- Enfermedad de OSGOOD - SCHLATER
- 2.- OSTEOCONDritis DISECANTE CÓNDILO FEMORAL
- 3.- LUXACIÓN RECIDIVANTE DE ROTULA
- 4.- ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA
- 5.- RODILLA TRAUMÁTICA
- 6.- OTROS

1.- Enfermedad de OSGOOD-SCHLATER

Es uno de los llamados Osteocondritis por tracción, afecta al núcleo epifisario de la tuberosidad anterior de la tibia, se presenta de forma unilateral o bilateral y casi siempre secundaria a la realización de actividad física más o menos intensa. Su edad de aparición oscila entre los 8 y los 12 años y su etiología como en todas las osteocondritis es desconocida, aunque parece evidente en este caso que el origen sea un mecanismo de tracción.

Clínica

El signo princeps de esta enfermedad es el dolor en la tuberosidad anterior de la tibia, que se presenta de modo unilateral o bilateral y siempre secundario a la realización de alguna actividad física, el estado general del paciente es normal.

La radiología nos dará el diagnóstico definitivo al encontrarnos en la proyección lateral de la rodilla una apófisis de la tuberosidad anterior de la tibia desplazada anteriormente, en ocasiones fragmentada y con un aumento de la condensación.

Tratamiento

La limitación en la actividad física eliminará la sintomatología al menos de aquellos deportes que exijan una gran tracción del tendón rotuliano sobre su inserción, pudiendo permitirse la actividad física de modo progresivo y lento en deportes que no exija salto o golpear con el pie.

2.- Osteocondritis disecante cóndilo femoral.

Es una lesión caracterizada por la aparición de una zona de secuestro óseo (aséptico) en los cóndilos femorales de etiología desconocida y que afecta a edades de los 8 a los 21 años.

Clínica

La sintomatología puede presentarse de forma solapada con dolor leve y sensación de «fallo» en la rodilla o bien de forma aguda con «bloqueo articular» en caso de desprendimiento al interior de la articulación de la zona de secuestro por lo que se comporta como un cuerpo libre intraarticular.

El estado general del paciente es normal.

La radiología nos dará el diagnóstico siendo determinante la proyección, ya que en ocasiones no es posible en anteroposterior y axial localizar el nicho de osteocondritis siendo preciso hacer proyecciones anteroposteriores en flexión del fémur sobre la tibia para visualizar el espacio entercodileo donde se encuentra frecuentemente la lesión osteocondral.

Las imágenes se caracterizan por la presencia de una zona del tamaño de una aceituna pequeña de mayor condensación rodeada de un halo de osteolisis, localizado sobre todo en la cara intercodilea del cóndilo femoral interno, en ocasiones el fragmento óseo necrosado puede verse libre en la articulación y su nicho en la zona condilea.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico de la lesión será la norma, bien dirigido a la extracción del fragmento óseo que está libre a la articulación y la revitalización del nicho mediante perforaciones a la Pridie, o bien mediante la misma perforación y síntesis del fragmento si existe alguna posibilidad de que se vitalice.

3.- Luxación recidivante de rótula

Caracterizada por la pérdida de relación fisiológica de las superficies articulares de la rótula y los cóndilos femorales, se presenta a cualquier edad y su origen suele ser como consecuencia de hipoplasia del cóndilo externo en su cara anterior.

Clínica

El paciente acude al servicio de urgencias por haber sufrido tras la realización de un movimiento más o menos brusco, la sensación en la rodilla de que «algo se ha salido de su sitio» y que inmediatamente ha vuelto a su posición. Si este proceso se ha producido en pocas ocasiones puede acompañarse de gran inflamación articular (hemartros) por rotura del alerón rotuliano interno, pero si han sido numerosos los episodios de luxación no existe otro síntoma acompañante a la sensación de luxación.

El diagnóstico lo obtendremos por la historia clínica y al realizar la exploración en extensión de la rodilla ya que podremos reproducir con facilidad la luxación de la rótula, deberemos destacar la posibilidad de fractura osteocondral de la rótula o cóndilo femoral que a pesar de la no existencia de imágenes radiológicas se puede hacer centrifugando la sangre de la articulación y evidenciando la presencia de grasa en el mismo.

Tratamiento

El tratamiento de urgencia consiste en reducir la luxación si no se ha reducido espontáneamente y colocación de un vendaje compresivo en extensión.

El tratamiento definitivo de la luxación recidivante de rótula será quirúrgico recentrando la rótula, liberando las estructuras externas de la rótula y reforzando las internas, en ocasiones es preciso hacer transposiciones de la tuberosidad anterior de la tibia hacia abajo y adentro.

4.- Artritis séptica de la rodilla

Patología muy poco frecuente, que no presenta diferencias significativas como la de cadera salvo la distinta localización y donde en ocasiones la vía de entrada del germen es directa, es decir por herida articular, hecho improbable en la cadera.

5.- Rodilla traumática

La rodilla es asiento muy frecuente de la patología traumática, tanto en la infancia como en el adulto.

Una clasificación simple agruparía los traumatismos en:

- a) Contusiones.
- B) Esguinces. Lesiones ligamentosas.
- c) Lesiones meniscales.
- d) Luxaciones - Fracturas.

Su diagnóstico, al menos el origen traumático de la lesión suele ser simple dado el conocido antecedente, mayores dificultades encierra el poder establecer la magnitud del mismo, para ello no siempre, las exploraciones complementarias, son de utilidad sobre todo en las lesiones de partes blandas.

Como pauta general se realizará un estudio radiológico en proyecciones anteroposterior y axial de la rodilla, exploración clínica evaluando la integridad de los ligamentos y meniscos y estableciendo el tratamiento general ajustándonos a la siguiente pauta:

A.- Contusiones

Se procederá a guardar reposo, tratamiento: antiinflamatorios y vendaje compresivo blando. Tras unos días la recuperación total será la norma.

B.- Esguinces. Rotura ligamentosa.

Si la rotura es parcial o solamente existe distensión ligamentosa, lo que diagnosticaremos por el estudio clínico del paciente, el tratamiento consistirá en inmovilización enyesando durante tres semanas y posterior rehabilitación.

Si por el contrario existe rotura completa de algún ligamento el tratamiento quirúrgico para su restitución ad integru.

C.- Lesiones meniscales.

Excepcionales en la infancia, solo se suelen presentar si existen anomalía congénitas previas como en el caso del «menisco discoideo» pudiendo encontrar rotura del mismo, el tratamiento quirúrgico mediante Artroscopia será la pauta a seguir.

D.- Fracturas desplazadas

Reducirán bajo anestesia general y posterior inmovilización mediante yeso cruro-pedico o pelvi-pedico. Si no es estable o es imposible la reducción se procede a la reducción a cielo abierto y a su osteosíntesis.

E.- Fracturas no desplazadas.

El tratamiento: Antiinflamatorios y la inmovilización enyesada hasta la consolidación será la norma.

F.- Luxaciones

Excepcionales en la rodilla debido a los potentes ligamentos de esta articulación, el tratamiento quirúrgico es necesario con el fin de restablecer las estructuras capsulo-ligamentosas lesionadas tras la luxación.

C- Claudicación secundaria a patología del pie

- 1.- Osteocondritis del calcáneo.
Enfermedad de SEVER.
- 2.- Osteocondritis escafoides tarsiano.
Enfermedad de KOHLER II.
- 3.- Osteocondritis cabeza 2ª Metatarsiano.
Enfermedad de FRIEBERG.
- 4.- Artritis Séptica.
- 5.- Pie traumático.
- 6.- Otras.

1.- Osteocondritis del calcáneo

Es una osteocondritis de las llamadas por tracción, afecta al núcleo de crecimiento posterior del calcáneo en edades comprendidas entre los 6 y 12 años, a pesar de que su etiología es desconocida, parece evidente al igual que la enfermedad de OSGOOD-SCHALATER su origen traumático o micro-traumático, sumándose en este caso la tracción que sobre el núcleo de crecimiento ejerce el tendón de Aquiles, a la presión que sobre el ejerce el peso del cuerpo contra el suelo en la marcha, por ello es mucho más frecuente esta enfermedad en aquellos pacientes afectados de pies cavus.

Clínica

El niño acude a consulta por «dolor de los talones» de aparición aguda tras el ejercicio físico y en ocasiones de aparición crónica, es característico de esta patología que el dolor se presente unas horas después de hacer el ejercicio y no durante la realización del mismo, el resto de la exploración será normal así como los estudios analíticos; a Rayos X se aprecia aumento de condensación y en ocasiones fragmentación del núcleo posterior del calcáneo de forma bilateral a pesar de que la clínica sea unilateral.

Tratamiento.

El reposo relativo será la pauta general en su tratamiento, así como la suspensión de la utilización de zapatos excesivamente blandos y sin tacón, que favorecerá la hiperpresión del núcleo afectado en la marcha. Se recomienda zapatos con el contrafuerte resistente y alza de 1 cm. en los tacones que ya lleva el calzado habitualmente.

Solo en algunos casos excepcionales con aumento excesivo de la bóveda plantar puede estar indicado la fasciectomía plantar.

2.- Escafoides tarsiano o Enfermedad de Köhler II.

Es una osteocondritis que afecta al escafoide en edades comprendidas entre los 2 y los 6 años, de muy frecuente incidencia, en ocasiones presentan dificultades para su diagnóstico.

Clínica

El niño acude a consulta por claudicación y en muchas ocasiones dada la corta edad del paciente se evidencia la presencia o no de dolor. Una minuciosa exploración localizará la zona algica en la cara interna del pie donde al presionar el niño se defenderá.

El estudio radiológico en proyecciones anteroposterior y lateral de ambos pies suele dar el diagnóstico, aparece una disminución del tamaño del escafoide con mayor condensación y en ocasiones fragmentado, es característica la presencia del llamado «escafoides en pastilla».

Tratamiento

La evolución favorable del proceso es la norma, incluso sin realizar ningún tratamiento. Pero con el fin de mejorar la marcha del niño haciéndola indolora el único tratamiento consiste en colocar unas plantillas de descarga de la zona afectada (escafoides) con los que al paso de pocas jornadas el paciente reinicia su actividad totalmente normalizada, se mantendrán si persisten signos de afectación ósea en el escafoides.

3.- Osteocondritis metatarsiana. Enfermedad de Freiberg.

Lesión que afecta al núcleo epifisario de la cabeza del 2º metatarsiano de un modo unilateral y en edades comprendidas entre los 8 y los 13 años que como el resto de las osteocondritis tiene una etiología desconocida.

Clínica

El paciente acude a la consulta por la presencia de dolor a nivel de la mitad anterior de la región plantar y dorso del pie que obliga a claudicar en la marcha de aparición más o menos brusca. El diagnóstico definitivo lo dará la radiología anteroposterior y lateral del pie donde se evidencia la existencia de una cabeza del 2º metatarsiano con alteraciones anatómicas evidentes, aumento de condensación y en ocasiones fragmentación.

Tratamiento

Será necesario colocar plantillas de descarga para esa cabeza del metatarsiano y su evolución no suele ser favorable, dejando como secuelas un apoyo anómalo de las cabezas metatarsianas, lo que llevará casi con toda seguridad en el futuro a algún tipo de tratamiento quirúrgico.

4.- Artritis séptica.

El pie no suele ser asiento a alteraciones sépticas articulares, posiblemente por las reducidas dimensiones de las distintas articulaciones que en él se conjugan, existiendo poco tejido sinovial, casi todos los procesos sépticos del pie, serán producidos al existir heridas osteoarticulares que contaminan y producen la lesión séptica. Su diagnóstico y tratamiento será el habitual para las lesiones infecciosas del aparato locomotor careciendo de especificidad alguna.

5.- Pie traumático.

Es esta la patología más frecuente del pie que lleva al niño al servicio de urgencias con aparición de claudicación, seguiremos la misma clasificación que hemos utilizado para la cadera y el pie.

A.- Contusiones

Son las más frecuentes, existe siempre antecedente claro a pesar de que para la familia

sea desconocido, la presencia de algún punto doloroso con hematoma o no y la radiología negativa, nos darán el diagnóstico, el tratamiento se reducirá a la utilización de un vendaje blando y la administración de antiinflamatorios que harán ceder el cuadro en pocos días.

B.- Esguinces. Lesiones ligamentosas

Es la lesión más frecuente del tobillo y pie, su tratamiento pocas veces está claro para el pediatra, ya que existen posiciones encontradas sobre las ventajas de la inmovilización o por el contrario de movilidad precoz. Intentaremos exponer nuestro criterio ante tan compleja situación:

El principal problema con el que nos encontramos es el de la terminología, ya que bajo el nombre de «esguince de tobillo» se incluye lesiones que van desde una simple distensión, hasta una rotura parcial de ellos, por ello el tratamiento debe ser distinto según los casos.

En el momento de producirse la lesión nos será prácticamente imposible determinar el grado de la misma ya que el dolor es intenso por lo que la defensa ante los movimientos pasivos es grande y siempre la radiología es negativa.

Para ello actuaremos de la siguiente manera ante una «torcedura de tobillo»:

Colocación de una férula posterior de yeso durante 48 h., aplicación sobre esta de hielo, reposo absoluto y opcionalmente antiinflamatorios.

Pasadas las 48 h. se retira la férula posterior de escayola y:

- 1.- Vendaje adhesivo durante 10 días con movilidad permitida si la explotación es normal y los dolores escasos.
- 2.- Bota de yeso 21 días si se evidencia hematoma en la zona lesionada y dolor a la movilización pasiva.
- 3.- Tratamiento quirúrgico si se evidencia una gran inestabilidad del tobillo que demuestra rotura total de ligamentos.

C- Fracturas y Luxaciones.

Relativamente frecuentes, aplicaremos las pautas generales de su tratamiento atendiendo a que sean desplazadas o no, como hemos analizado para las lesiones de la rodilla.

Hemos analizado algunas de las numerosas causas que pueden ocasionar la claudicación en la infancia, es evidente que se podría ampliar sustancialmente las clasificaciones que hemos seguido pero perderían el sentido práctico con el que hemos intentado realizarlas.

En conclusión insistiremos aunque la claudicación en la infancia no debe minimizarse nunca y tiene que ser objeto de una historia clínica lo más precisa posible, una exploración minuciosa, acompañada de las exploraciones complementarias que estimen necesario.

El Pediatra dispondrá así, de los datos necesarios para tratar por sí mismo al enfermo, como sucede en la mayor parte de las ocasiones, u orientarlo hacia el cirujano ortopédico infantil, que puede prestar al paciente en cada situación la ayuda necesaria.

Servicio de Traumatología Policlínico San Carlos. Murcia