

Fracturas que no pueden pasar desapercibidas



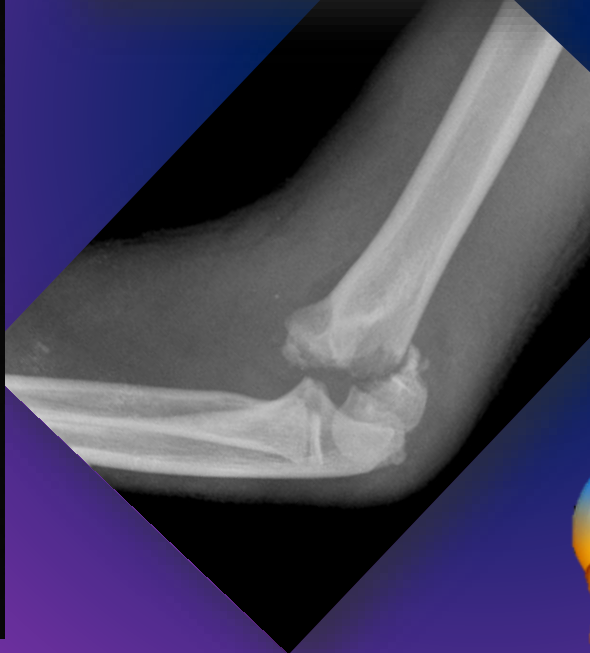
SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Lorena Vázquez Gómez
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
GT Patología Traumática

TRIVIAL PURSUIT

T R A U M A E D I T I O N





Caso clínico 1

Paciente de 3 años que acude por traumatismo de miembro superior.

Niño de 3 años, sano. Refiere traumatismo en miembro superior derecho hace 4h. Estaba en un columpio cuando cae de forma accidental apoyándose sobre la mano derecha.

Presenta dolor a nivel del codo derecho. No recibió analgesia en domicilio.



Aspecto

Trabajo

Exploración del MSD:

Tumefacción posterior en húmero distal y dolor a la palpación.

Movilidad limitada a la extensión.
Exploración neurovascular OK.

Temperatura	36.5°C axilar
Escala EVA	3-4

Radiografía de codo: AP y lateral

Caso
clínico 1

Radiografía de codo: AP y lateral.





¿Qué puedes ver en la imagen?

- A. Fractura de olécranon.
- B. Radiografía normal.
- C. Fractura no desplazada de cabeza de radio.
- D. Almohadilla grasa posterior sugestiva de fractura supracondílea.



¿Qué puedes ver en la imagen?

- A. Fractura de olécranon.
- B. Radiografía normal.
- C. Fractura no desplazada de cabeza de radio.
- D. **Almohadilla grasa posterior sugestiva de fractura supracondilea.**

¿Cómo debemos interpretar una radiografía pediátrica de codo?





Asegurarnos de que nuestra Rx lateral sea realmente LATERAL



Revisar la ALINEACIÓN de las estructuras óseas



Buscar signos de derrame: ALMOHADILLAS GRASAS

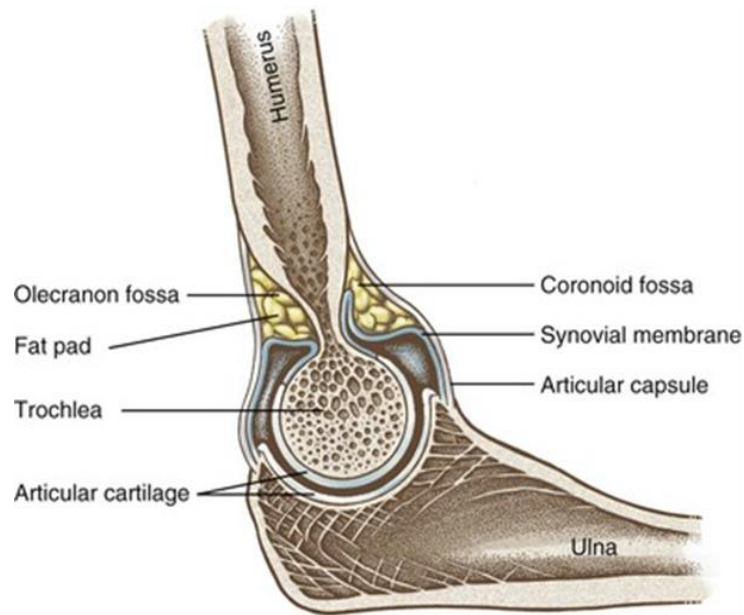
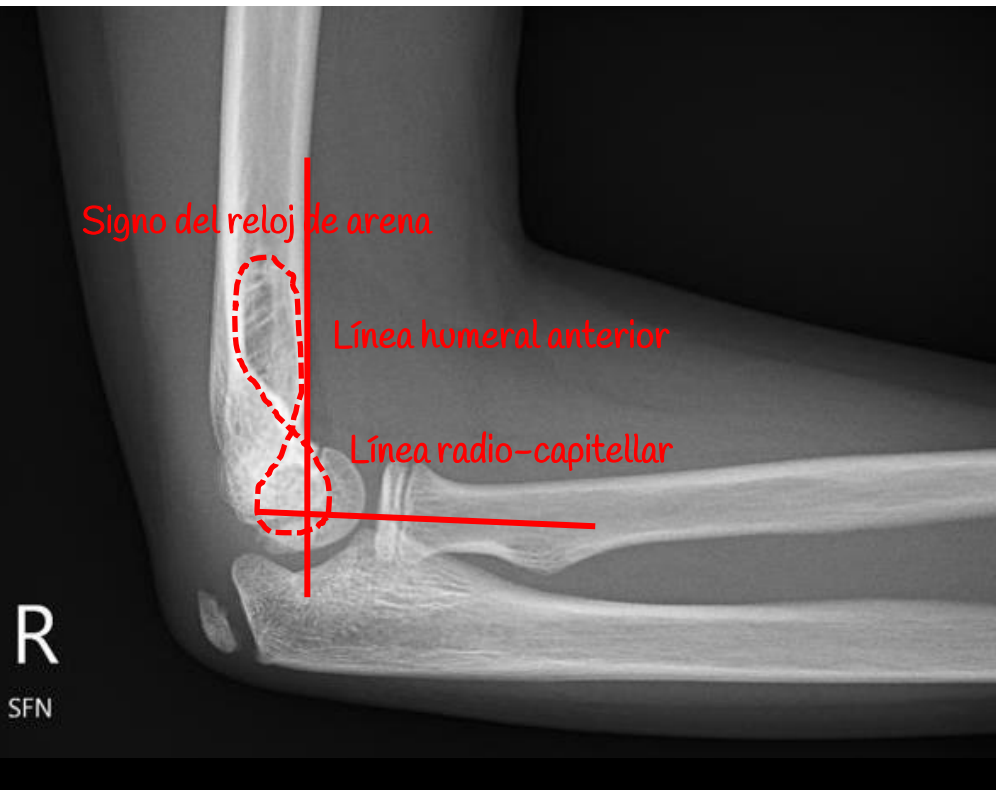


Repasar la CORTICAL ósea



Osificación: CRITOE

Radiografía normal



C

Capitellum

± 1 año



R

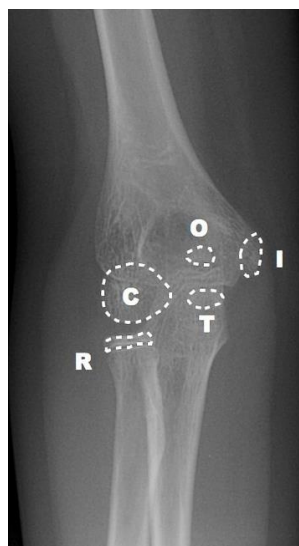
cabeza **R**adio

± 3 años



epicóndilo **I**nterno

± 5 años



Tróclea

± 7 años

O

Olecranon

± 9 años



E

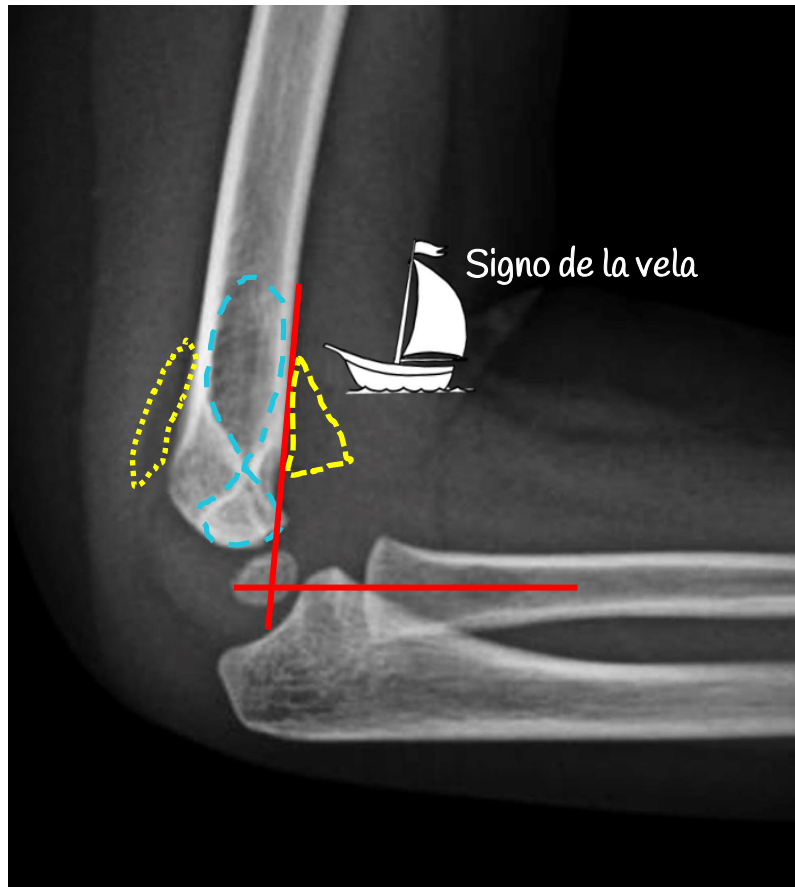
epicóndilo **E**xterno

± 11 años

Caso clínico 1

Radiografía de codo: AP y lateral.

Fractura supracondílea



Caso clínico 1

Tratamiento

- Fractura con mínimo desplazamiento: inmovilización con férula de yeso braquio-palmar (1 mes).
- Analgesia.
- Signos y síntomas de alarma.

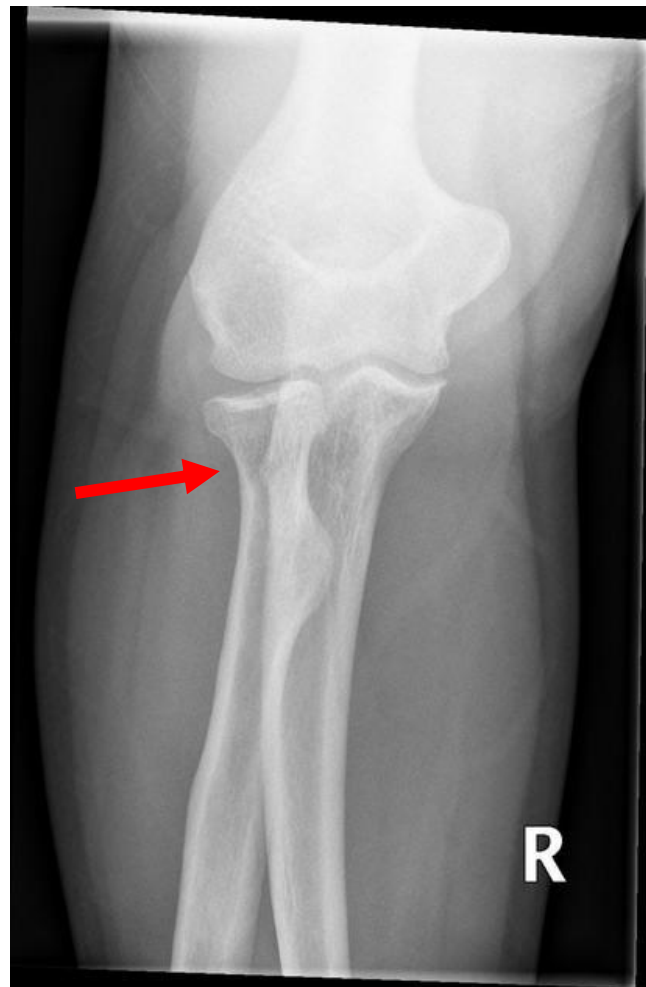
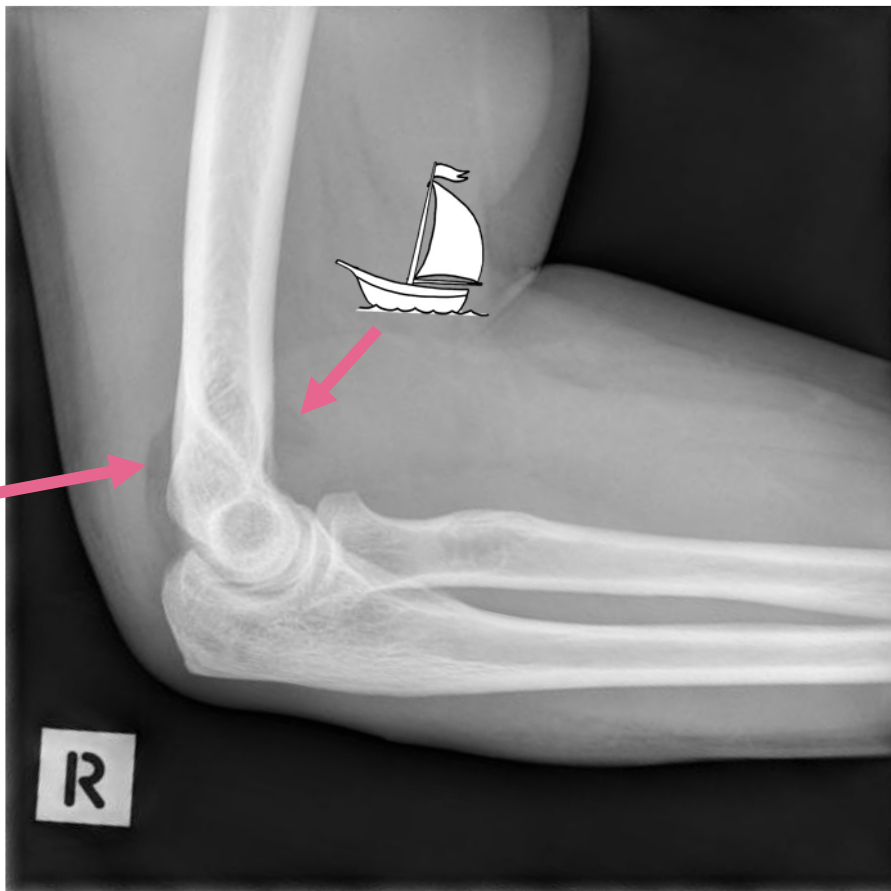




Fractura ¿sí o no?

A

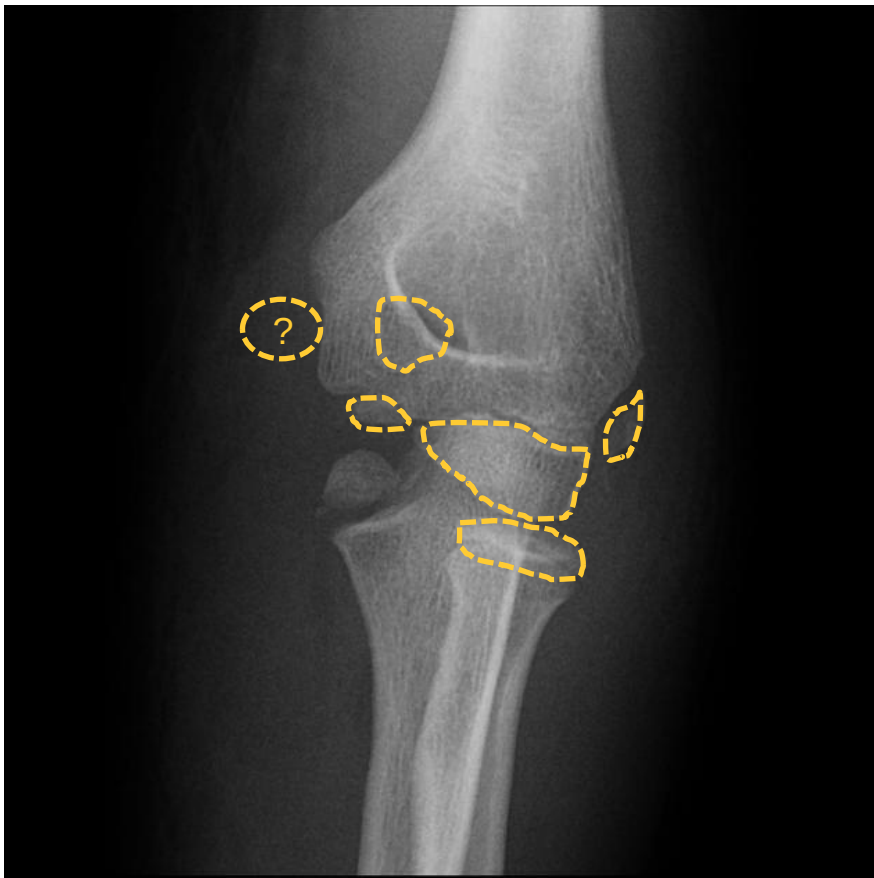
Fractura **sí** o **no** de cabeza de radio



B

Fractura y avulsión del epicóndilo interno

C R I T O E



Caso clínico 2

Paciente de 13 años que acude por traumatismo de miembro inferior.



Chica de 13 años que presenta traumatismo en miembro inferior izquierdo hace 3 horas. Estaba jugando al balonmano y refiere dolor en la rodilla izquierda tras lanzar el balón y caer sobre la pierna estirada y rotada.

Evita caminar por dolor y presenta hematoma y edema en la parte anterior de la rodilla.

Fue valorada en el PAC, se le administró morfina SC. y se deriva para valoración.



Exploración del MII:

Tumefacción generalizada en rodilla, hematoma anterior. Tibia inestable en cajón anterior. Peloteo de rótula.

Movilidad limitada a la extensión, flexión incompleta. Exploración neurovascular OK.

Escala EVA 1-2

Radiografía de rodilla: AP y lateral



Caso
clínico 2

Radiografía de rodilla: AP y lateral.





¿Qué observas en la imagen?

- A. Radiografía normal.
- B. Avulsión de espina tibial.
- C. Fractura de meseta tibial.
- D. Fractura de cabeza de peroné.



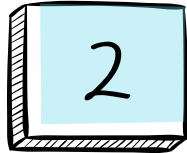
¿Qué observas en la imagen?

- A. Radiografía normal.
- B. Avulsión de espina tibial.**
- C. Fractura de meseta tibial.
- D. Fractura de cabeza de peroné.

¿Cómo interpretamos una radiografía pediátrica de rodilla?



Conocer la
anatomía de
la rodilla



Revisar la
alineación de
estructuras óseas



Buscar signos
de derrame.



Repasar la
CORTICAL ósea



Revisar la
RÓTULA



Conocer la anatomía de la rodilla



Revisar la alineación de estructuras óseas



Buscar signos de derrame.

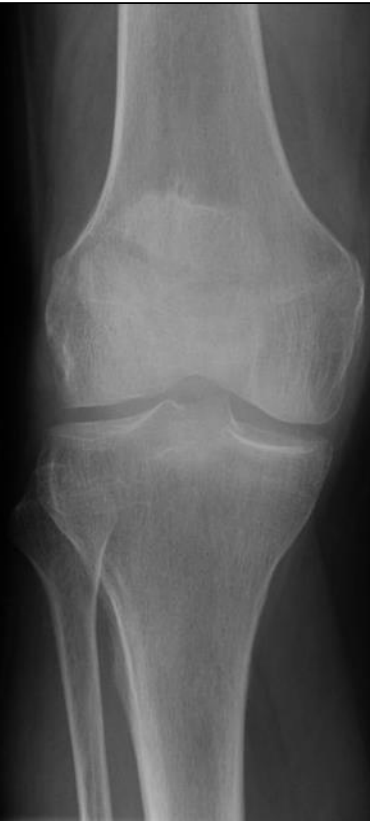
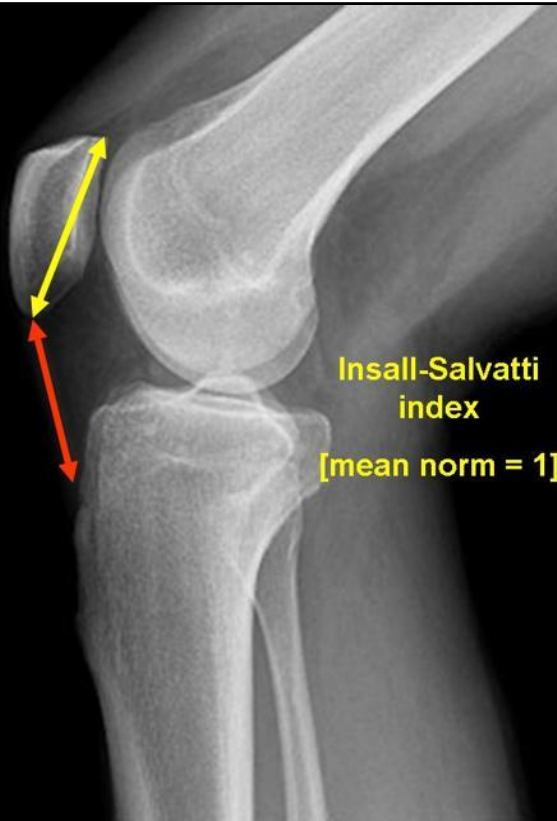


Revisar la CORTICAL ósea



Revisar la ROTULA

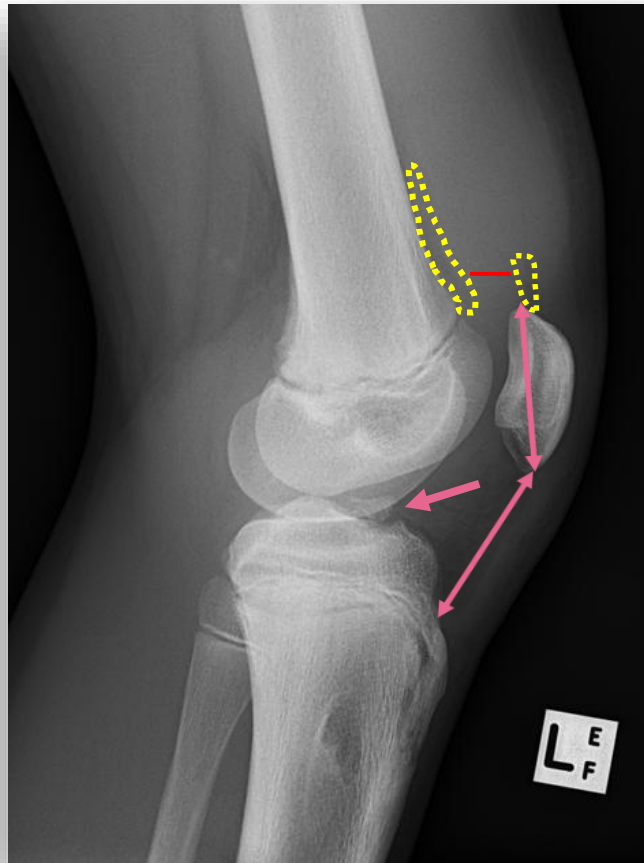
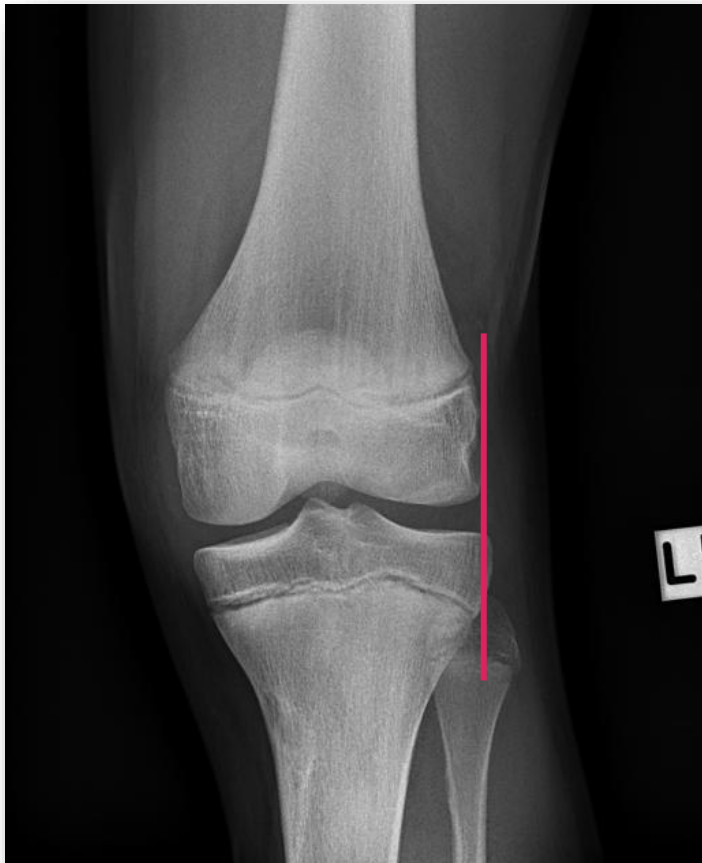
Radiografía normal



Caso clínico 2

Radiografía de rodilla: AP y lateral.

Fractura
avulsión de
espina tibial



Caso clínico 2

Tratamiento

- El tratamiento inicial generalmente consiste en inmovilización en extensión completa.
- Evitar soporte de peso sobre la extremidad afectada.
- Las avulsiones de la columna tibial anterior con desplazamiento significativo requieren una derivación para una reducción cerrada o abierta con fijación interna.

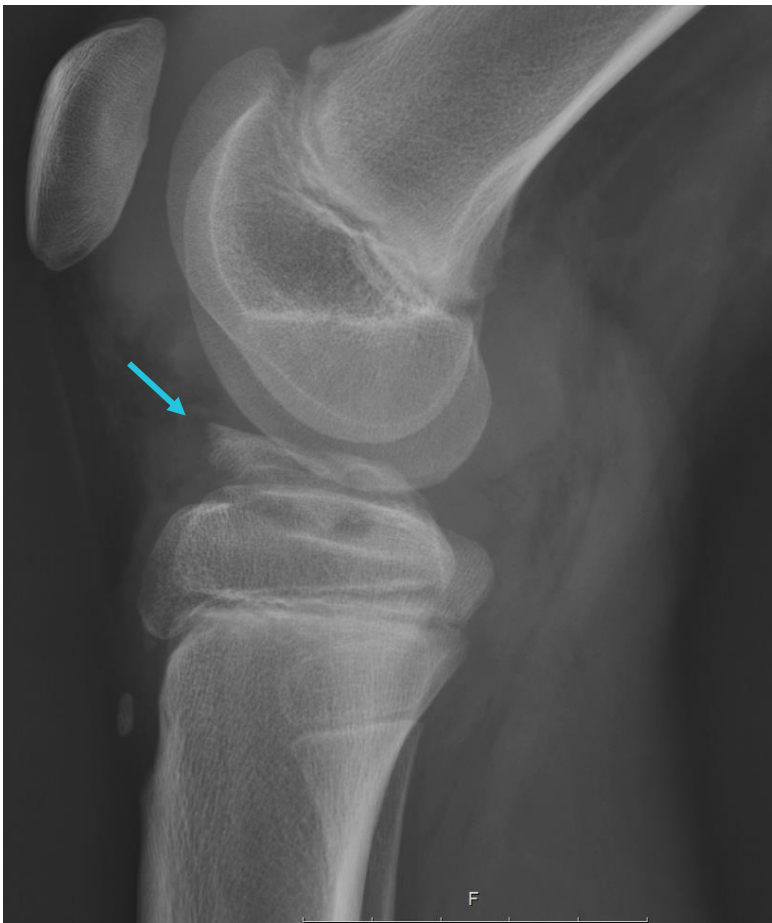
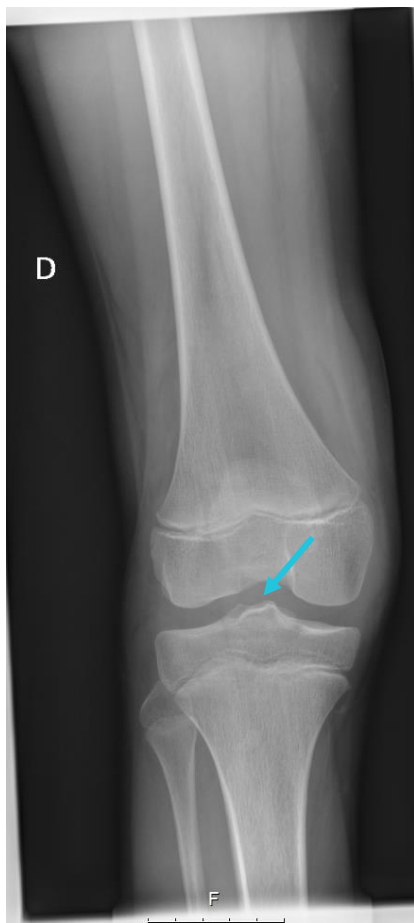




¿Qué paciente te preocupa?

A

Artroscopia de espina tibial



B

Encefalopatia: variante anatómica.



Caso clínico 3

Lactante de 15 meses que acude por cojera derecha.



Lactante de 15 meses que acude por cojera desde hace 4 días. Los padres no observaron ningún traumatismo previo, hace 2 meses que inició la deambulación.

El dolor mejora con ibuprofeno pero el paciente no apoya la pierna derecha.

Aspecto

Trabajo

Exploración del MID:

No tumefacción ni hematoma. Dolor a la palpación en la pierna derecha.

Cojera derecha, no apoya el pie.

Exploración neurovascular OK.

Temperatura

36.5°C axilar

Escala EVA

Radiografía de tibia y peroné: AP y lateral

Caso
clínico 3

Radiografía de tibia y peroné: AP y lateral.





¿Qué le sucede al paciente?

- A. Fractura espiroidea de peroné.
- B. Fractura de Toddler.
- C. Nada, radiografía normal.
- D. Fractura de maléolo peroneo.



¿Qué le sucede al paciente?

- A. Fractura espiroidea de peroné.
- B. Fractura de Toddler.**
- C. Nada, radiografía normal.
- D. Fractura de maléolo peroneo.

Caso
clínico 3

Radiografía de tibia y peroné: AP y lateral.

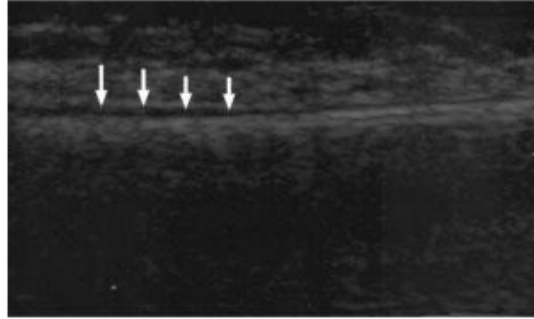


Fractura de los primeros pasos, fractura oculta o fractura de Toddler



Día 1

Día 3: hematoma subperióstico



Día 14: tras inmovilización

Caso clínico 3

Tratamiento

- Inmovilización con yeso inguino-pédico con rodilla flexionada.
- Evitar soporte de peso sobre la extremidad afectada.
- Analgesia.

Caso clínico 4

Varón de 12 años que acude al SUP por dolor en MII.



Paciente de 12 años que acude a Urgencias por dolor en muslo y rodilla izquierda desde hace 8 días. No refiere traumatismos previos.

No presenta hematoma ni tumefacción en el MII. Recibe analgesia en domicilio con persistencia del dolor.

Aspecto
general

Trabajo
respiratorio

Exploración del MII:

No tumefacción ni hematoma. No dolor a la palpación. Limitación de la abducción y dolor con la rotación del MII. Cojera izquierda. Exploración neurovascular OK.

Escala EVA

1-2

Radiografía pelvis bilateral: AP y axial

Caso
clínico 4

Radiografía de pelvis bilateral: AP.



Caso
clínico 4

Radiografía de pelvis bilateral: axial.





¿Qué le dirías al paciente?

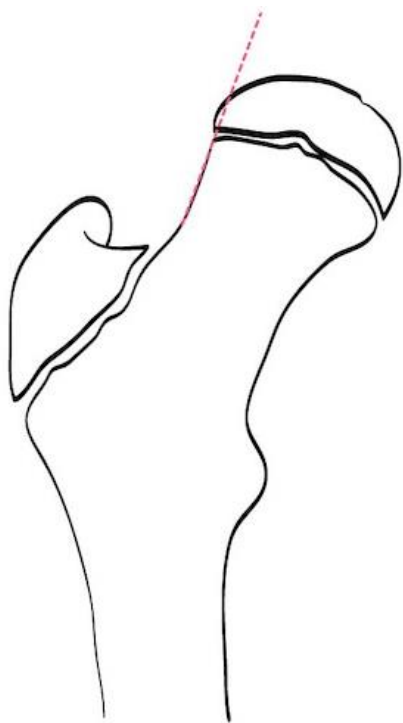
- A. Tranquilo, todo está bien.
- B. Fractura de cuello de fémur.
- C. Cambios en la fisis femoral izquierda.
- D. Fractura de trocánter izquierdo.



¿Qué le dirías al paciente?

- A. Tranquilo, todo está bien.
- B. Fractura de cuello de fémur.
- C. **Cambios en la fisis femoral izquierda.**
- D. Fractura de trocánter izquierdo.

Línea de Klein



Normal

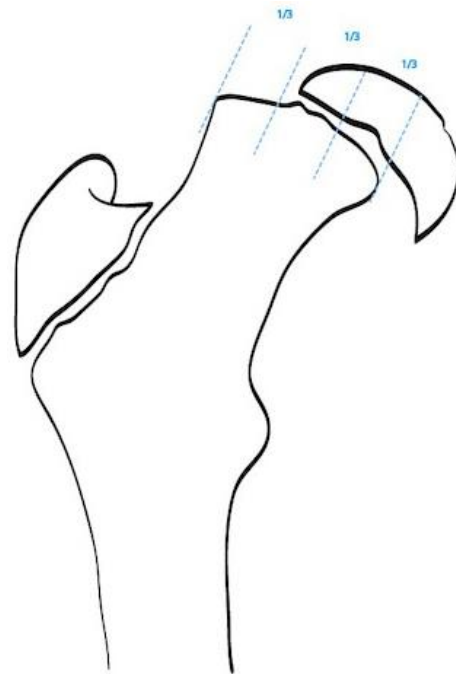


Pre-deslizamiento

signo de Trethowan



Deslizamiento leve:
Fase aguda

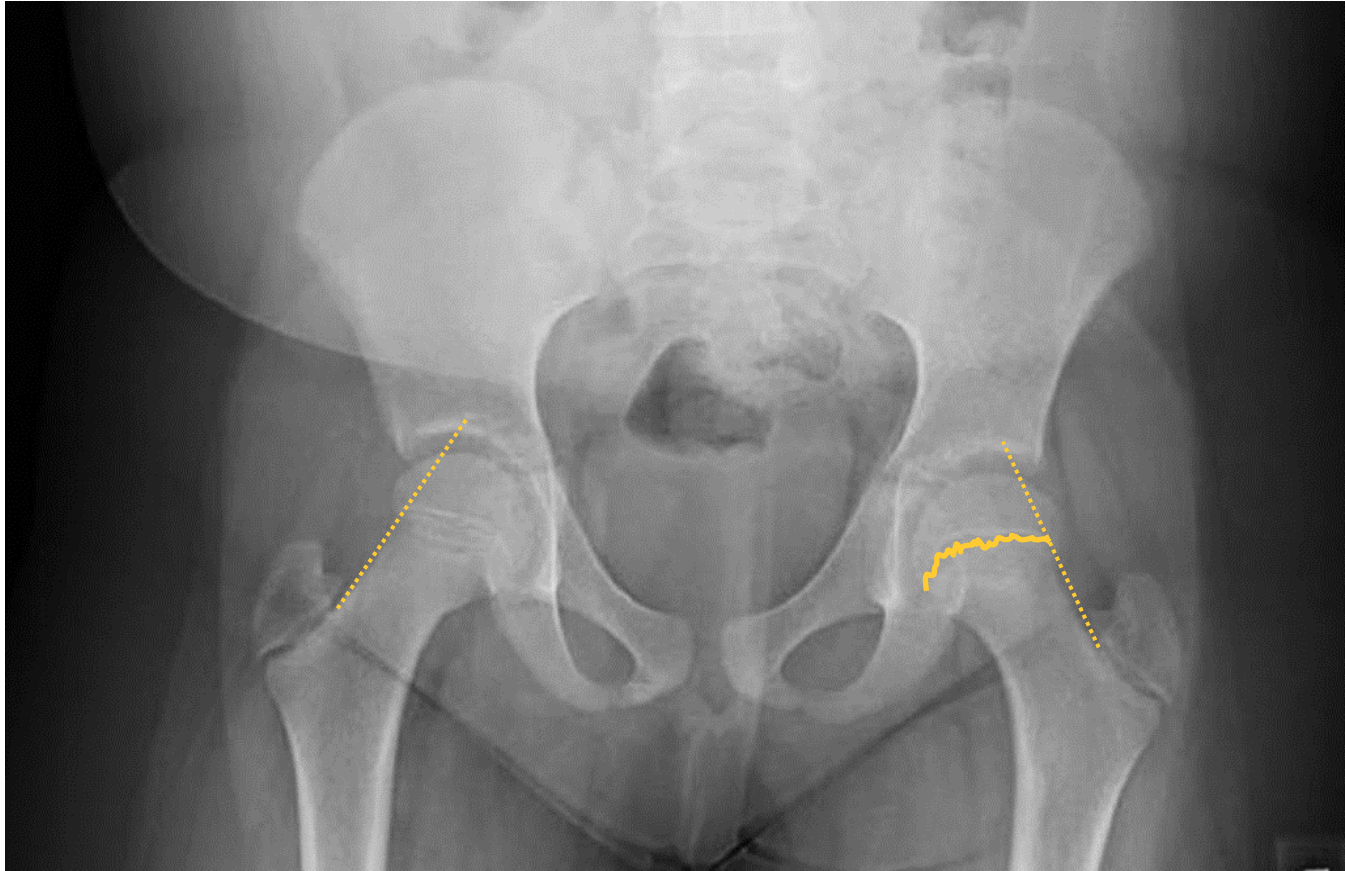


Deslizamiento moderado:
Fase subaguda

Caso
clínico 4

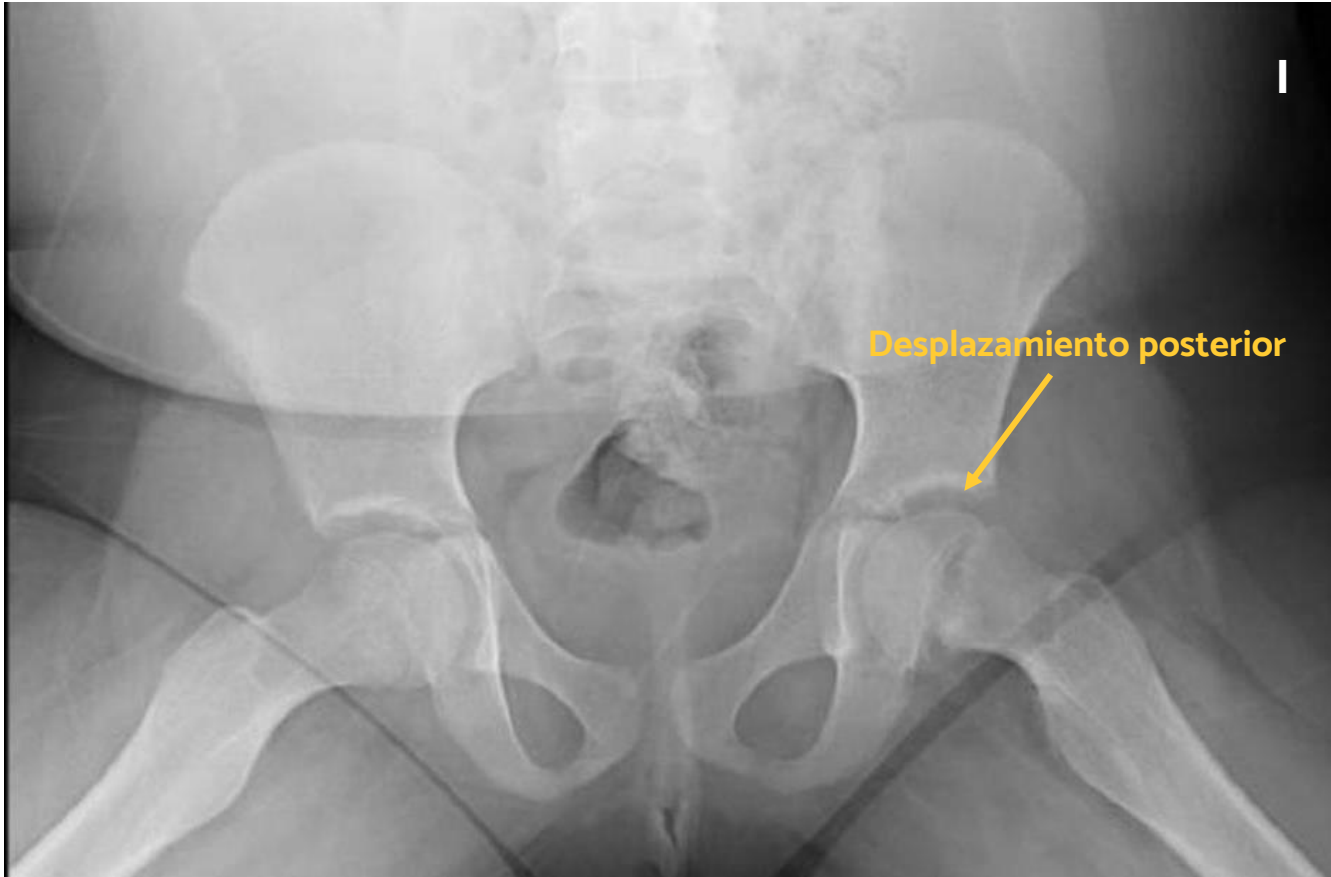
Radiografía de pelvis bilateral: AP.

Línea de Klein



Caso
clínico 4

Radiografía de pelvis bilateral: axial.





Tratamiento

- El tratamiento definitivo es quirúrgico.
- Mientras no se realiza el tratamiento definitivo se debe indicar reposo absoluto evitando cualquier carga sobre el miembro afectado (muletas, silla de ruedas).
- Analgesia.

TRIVIAL PURSUIT

T R A U M A E D I T I O N



Fracturas que no pueden pasar desapercibidas



SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Lorena Vázquez Gómez
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
GT Patología Traumática