

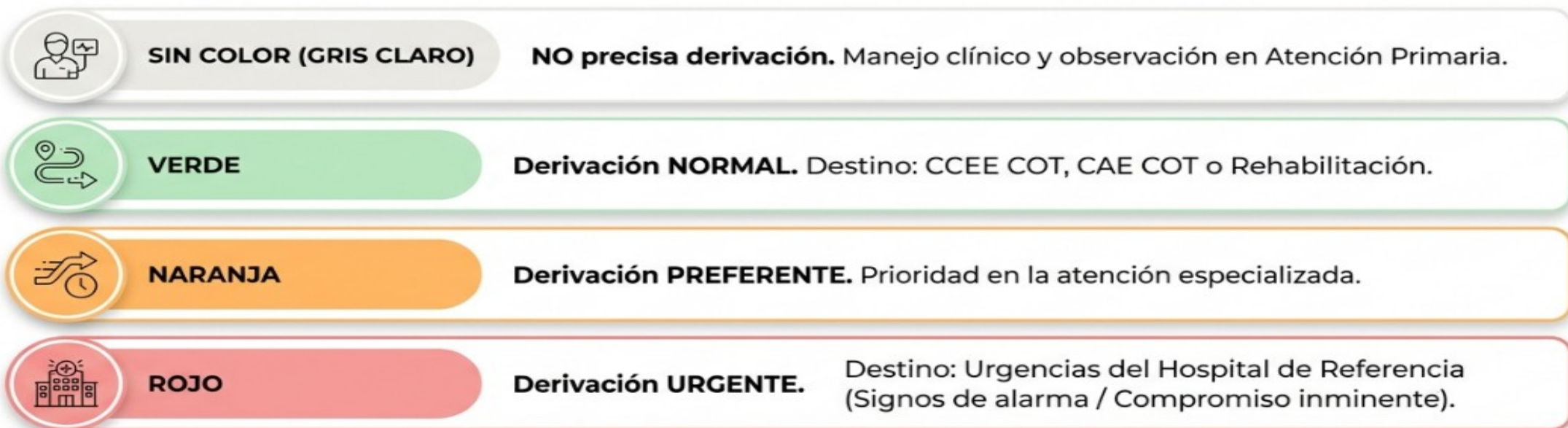
GUÍA DE DERIVACIÓN DE PATOLOGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



Iballa Reyes Azpeitia. Pediatra de Atención Primaria
Centro de Salud Santa Brígida

Introducción y Objetivos

- La mayoría de los motivos de consulta (67-95%) son variantes de la normalidad o problemas leves que pueden ser resueltos en Atención Primaria
- Objetivos:
 - Orientar a profesionales sobre el manejo de la patología ortopédica y traumatológica más frecuente
 - Establecer los criterios de derivación
- Esta Guía publicó su primera versión en 2021, hoy presentamos la actualización de 2026



Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC)



DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Exploración patológica: <3 meses: Ortolani, Barlow. >3 meses: Limitación abducción, Galeazzi	Derivación a CCEE COT hospital referencia	Derivar con ECO solicitada	PREFERENTE
Si factor de riesgo (FR) solicitar prueba imagen (PI) • Presentación podálica. • Antecedentes Familiares 1^{er} grado. • Historia arropamiento incorrecto	P. imagen negativa: seguimiento clínico		
	P. imagen positivas: Derivación a CCEE COT hospital de referencia	Prueba imagen (PI): Ecografía 4^a sem-6 m Rx simple > 6 m	PREFERENTE

Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC)



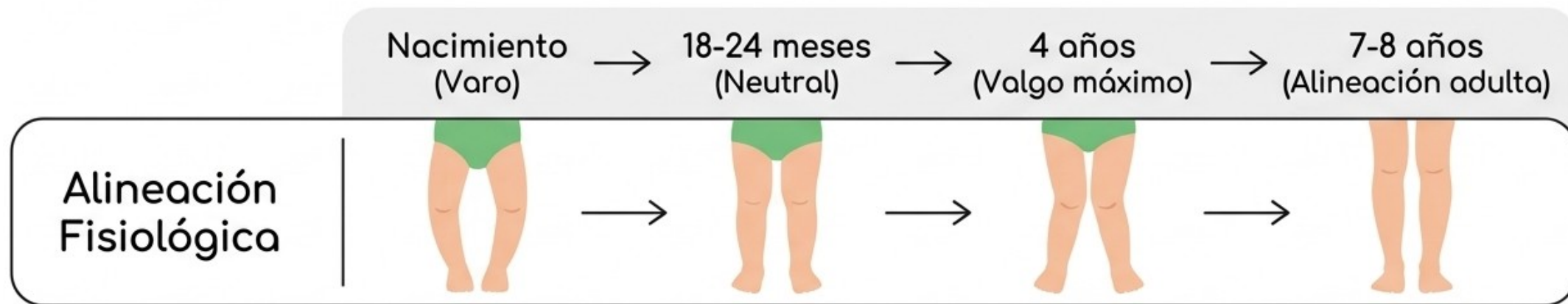
- La prueba de imagen:
 - Ecografía desde la 4ª semana de vida hasta los 6 meses
 - Rx simple a partir de los 6 meses
- La asimetría de pliegues y los clicks no valor diagnóstico
- El sexo femenino no es un FR por sí solo

El Pie Pediátrico: Plano vs. Cavo



DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Pie plano Maniobra de Jack Test de Fonseca	Derivación CAE COT si: • Rígido • Doloroso • Asimétrico	Flexible: no precisa derivación	NORMAL
Pie cavo	Derivación CAE COT	Derivar siempre. Descartar enfermedad neuromuscular	NORMAL

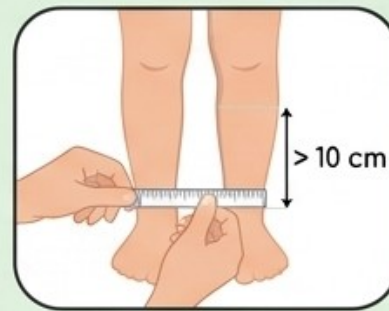
Alteraciones de Alineación: Genu Valgo y Varo



Genu Valgo Patológico

Derivación a CAE COT si:

- < 2 años
- > 8 años con distancia intermaleolar > 10 cm
- Unilateral
- asociado a talla baja/sospecha sistémica.



Genu Varo Patológico



Derivación a CAE COT si:

- > 2 años
- Unilateral
- Distancia intercondílea > 6 cm
- asociado a talla baja.

No precisa derivación

- Genu valgo fisiológico: entre los 2-8 años
- Genu varo fisiológico: en menores de 2 años



Patrón de Marcha Alterado



Marcha en Rotación Interna
(Pies hacia dentro)



Marcha en Rotación Externa
(Pies hacia fuera)

DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Marcha en rotación interna	Derivación a CAE COT si: - Dolor - Patología asociada	Asintomático no precisa derivación	NORMAL
Marcha en rotación externa	Derivación a CAE COT si: <u>>8 años</u> y se acompaña de alteraciones funcionales o psicológicas		NORMAL

Sinovitis transitoria de caderas (STC)



Sinovitis Transitoria de Cadera

- **Clínica:** Causa más frecuente de cojera aguda (3-8 años).

Acción: Observación y reposo.

ALARMA URGENTE: Si hay dolor agudo severo, rechazo a deambulación, fiebre >38°C, o VSG/PCR elevadas.



Descartar artritis séptica

DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
STC autolimitada (1 o 2 semanas)	No precisa derivación	Diagnóstico clínico No precisa prueba de imagen	
STC > 3 semanas evolución	Derivación a CCEE COT del hospital de referencia		PREFERENTE

↓

Sospechar E. Perthes

Epifisiolisis de cadera



- Adolescentes varones con sobrepeso
- Cojera con limitación a la rotación interna y acortamiento del miembro afecto
- Formas estables o crónicas (rx caderas AP y axial, signos en la exploración)
- Formas inestables o agudas (urgencia médica)

DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Epifisiolisis cabeza femoral (agudas y crónicas)	Derivación Servicio de Urgencias Hospitalarias		URGENTE

Epifisiolisis de cadera



Signo de Drehmann

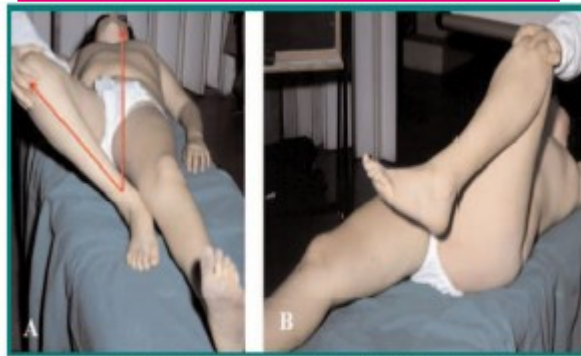
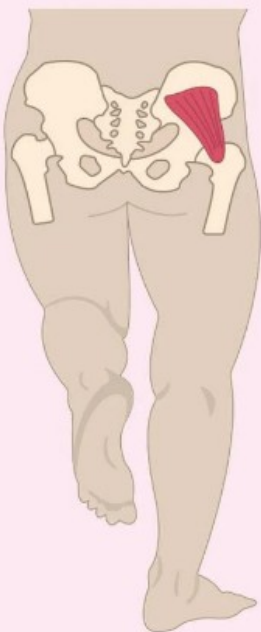


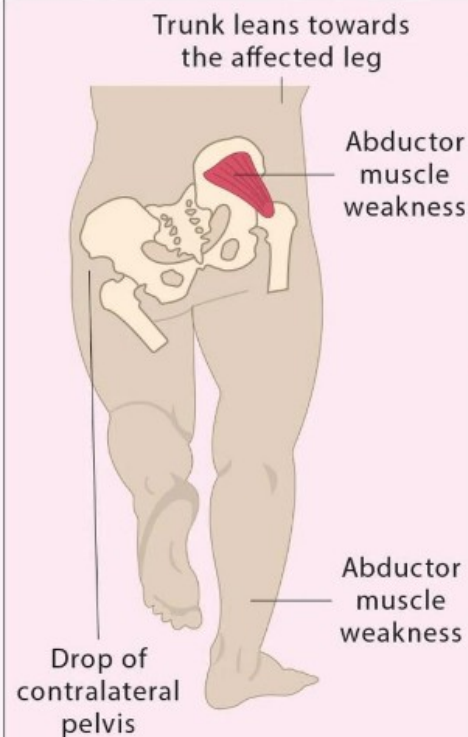
Fig. 5. Signo de Drehmann en una epifisiolisis bilateral de caderas. En la cadera derecha (A) el desplazamiento es moderado lo que hace que la flexión de cadera se haga con el miembro en actitud de rotación externa (B), mientras en la izquierda (C) dicha actitud es mucho menor al ser una epifisiolisis inicial leve.

Understanding the Trendelenburg Sign

Normal



Positive Sign



Epifisiolisis de la cabeza femoral Signos radiológicos precoces (3 más importantes)

1 Línea de Klein (o de Trethowan)

En la cadera normal, la línea trazada sobre el borde superior del cuello femoral atraviesa la epífisis. En la epifisiolisis precoz no la intersecciona (o lo hace solo parcialmente).



Clave: La línea de Klein es muy útil, sobre todo en fases iniciales, cuando otros signos pueden ser sutiles.

2 Ensanchamiento e irregularidad de la fisis

La fisis aparece más ancha e irregular en la cadera afectada en comparación con la contralateral.



Clave: La comparación con la cadera contralateral es fundamental. El ensanchamiento e irregularidad de la fisis es uno de los signos más sensibles en fases tempranas.

3 Signo de Steel (o blanqueamiento metafisario)

Aumento de densidad (imagen en media luna) en la metáfisis proximal femoral, debido a la superposición de la epífisis desplazada posteriormente.



Clave: Es un signo muy característico, aunque puede ser discreto en fases iniciales y requerir una buena calidad de la radiografía.



En resumen: en la epifisiolisis de la cabeza femoral, la combinación de estos tres signos (línea de Klein, ensanchamiento/irregularidad de la fisis y signo de Steel) aumenta la sospecha diagnóstica, especialmente en fases precoces.

Dismetría de miembros inferiores

- En bipedestación: asimetría pélvica, altura de las rodillas
- En decúbito supino: medición de MMII
- En decúbito prono: con rodillas a 90°



Nota Clínica: Descartar siempre escoliosis asociada y contracturas musculares pélvicas.

DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
< 1 cm	No precisa derivación		
≥ 1 cm	Derivación a CAE/CCEE RHB con TeleRx PA en bipedestación y descalzo		PREFERENTE



Osteocondritis autorresolutivas



Derivación a CCEE COT hospital de referencia

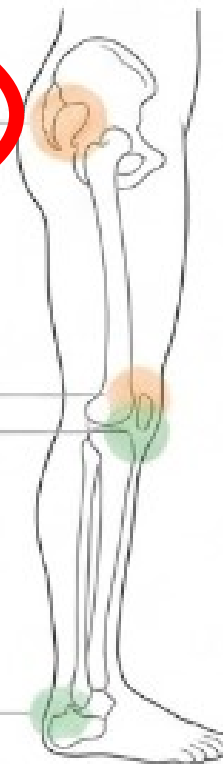


Cadera: Enfermedad de Perthes.
(● Preferente si hay radiología patológica;
● Normal clínica sin hallazgos).

Rodilla (Tuberosidad anterior):
Osgood-Schlatter.

Rodilla (Polo inferior rótula):
Sinding-Larsen-Johansson.

Talón (Tuberosidad calcáneo):
Enfermedad de Sever.



TRATAMIENTO

El diagnóstico es clínico.

Tratamiento: AINEs, frío local, plantillas de silicona, restricción estricta de actividad deportiva.

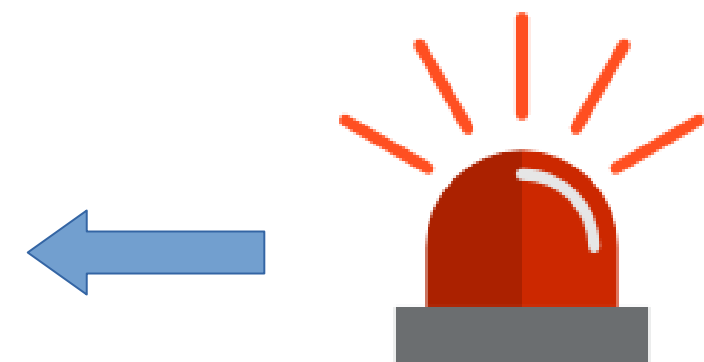
🕒 **La Regla de los 6 Meses:** Derivar a Rehabilitación SOLO SI la clínica persiste > 6 meses sin periodos libres de síntomas, pese al cumplimiento Estricto del tratamiento conservador. La recidiva no es criterio de derivación.

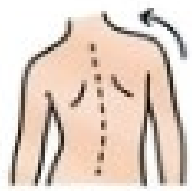
Enfermedad de Legg-Calvé Perthes



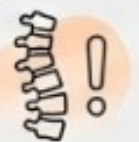
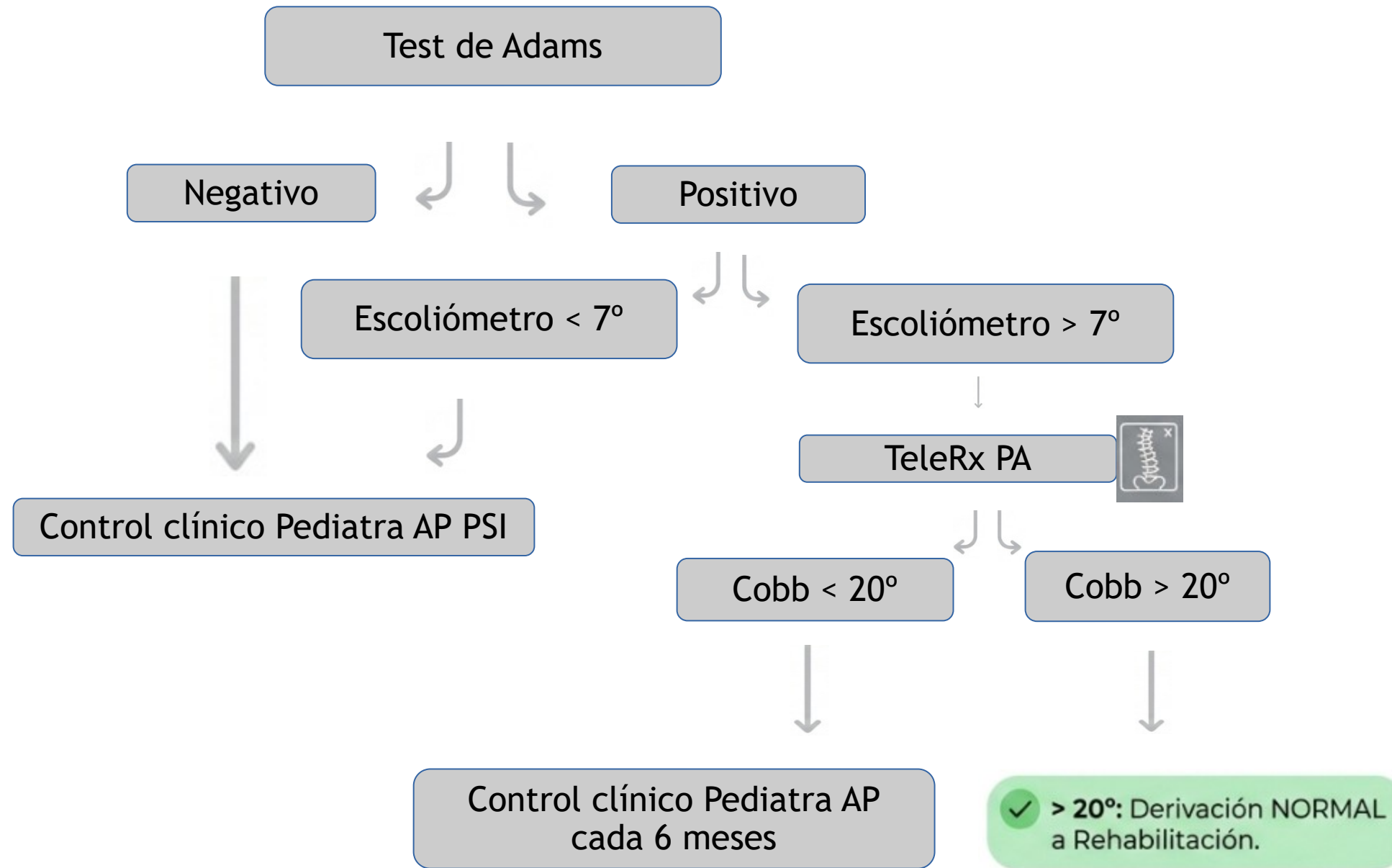
- Más frecuente en niños
- 4-8 años
- Generalmente unilateral
- Claudicación de la marcha, dolor inguinal, marcha antiálgica, imposibilidad funcional
- Rx suele ser suficiente para el diagnóstico

	Sinovitis Transitoria	Enf. Perthes
Edad de presentación	3-6 años	4 – 8 años (7 años) ⁶
Duración promedio	< 1 semana	6 semanas
Radiología	siempre negativa	hallazgos específicos

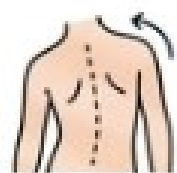




Columna vertebral I: Escoliosis en ≥ 10 años



Especial atención a curvas torácicas izquierdas, curvas severas de radio corto, o asociadas a cifosis.



Columna vertebral II: Escoliosis en < 10 años

DIAGNÓSTICO		DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Escoliosis Infantil (< 3 años) con Adams positivo		Derivar a CAE/CCEE REHABILITACIÓN siempre	Remitir sin radiografía	NORMAL
Escoliosis Juvenil (3-10 años) con Adams positivo . Escoliómetro > 7°. Realizar TeleRx PA	Ángulo de Cobb <10°	No precisa	Control clínico Pediatra AP cada 6 meses	
	Ángulo de Cobb >10°	Derivar a CAE/CCEE REHABILITACIÓN siempre		NORMAL

Cifosis dorsal $>50^\circ$

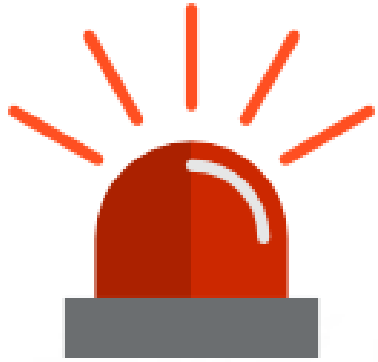
Cifosis (Aumento curvatura torácica)



- Cuándo derivar: Curvas de aparición progresiva, dolorosas, o con antecedentes familiares (Ej. Enfermedad de Scheuermann).

✓ Derivación NORMAL a CCEE
Rehabilitación con TeleRx PA y lateral.

Columna vertebral III: Raquialgia y Signos de Alarma



✓ Criterio Base de Derivación:

- ✓ Derivar a Rehabilitación si hay persistencia de dolor a pesar de tratamiento analgésico tras 6-8 semanas.

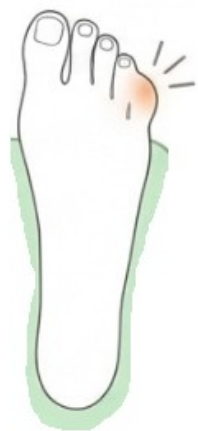
Signos de Alarma (Obligan a derivación rápida):

- ▶ Dolor de predominio nocturno.
- ▶ Dolor que empeora con tos y/o estornudos.
- ▶ Debilidad o entumecimiento en miembros inferiores.
- ▶ Pérdida de control de esfínteres.
- ▶ Traumatismo reciente.



Malformaciones pies

DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Metatarso aducto	- No reductible (grado 3): derivación a CCEE COT hospital de referencia. - Parcialmente reductible (grado 2): derivación CCEE RHB hospital de referencia	Reductible (grado 1): No derivar	NORMAL
Pie talo (talipes calcáneo valgus)	- No reductible: derivación a CCEE COT hospital de referencia. - Parcialmente reductible: derivación CCEE RHB hospital de referencia	Reductible: no derivar	NORMAL
Pie zambo (pie equino-varo congénito)	Derivación a CCEE COT hospital de referencia.	Remitir al diagnóstico	PREFERENTE
Pie en mecedora (astrágalo vertical congénito)	Derivación a CCEE COT hospital de referencia	Remitir al diagnóstico	PREFERENTE



Malformaciones dedos manos y pies

Sindactilia pie	No precisa derivación	Informar: Problema estético sin repercusiones funcionales	
Polidactilia pie	Derivación a CCEE COT hospital de referencia	Remitir al diagnóstico (no precisa pruebas de imagen). Se planifica la extirpación a partir del año de vida	NORMAL
Dedo en martillo, dedo en maza, dedo en garra, dedo "montado" (Curly toe)	Derivación a CAE COT si: Sintomáticos (dolor o sufrimiento cutáneo)	Asintomático: no derivar	NORMAL
Hallux valgus (juanete)	Derivación a CAE COT si: deformidad severa con limitación importante para el calzado	Recomendar calzado de horma ancha, <u>sin tacón alto</u>	NORMAL
Quintus varus (juanetillo de sastre)	Derivación a CAE COT si: sintomáticos (dolor o sufrimiento cutáneo)	Asintomático: no derivar	NORMAL



Malformaciones dedos manos y pies

Malformación congénita Miembro Superior, Sindactilia, Polidactilia mano	Derivación a CCEE COT hospital de referencia	Remitir al diagnóstico	PREFERENTE
Camptodactilia	Derivación a CCEE/ CAE Rehabilitación	El tratamiento INICIAL siempre es conservador	NORMAL
Clinodactilia	Derivación a CCEE COT hospital de referencia	Remitir al diagnóstico	NORMAL
Pulgar en resorte	Derivación a CCEE COT hospital de referencia	Remitir al diagnóstico. Puede presentarse como imposibilidad para extender el pulgar (pulgar en la palma)	PREFERENTE
Dedos centrales en resorte	Derivación a CAE/CCEE Rehabilitación	Remitir al diagnóstico	NORMAL

Tumores óseos

DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES	
Tumores óseos benignos de hallazgo casual	Derivación a CCEE COT hospital de referencia (Derivar con radiografía)	Características: – No dolor, no limitación funcional, no síntomas constitucionales – Crecimiento lento o en años – Imagen Rx < 2 cm, bordes regulares y/o escleróticos, no infiltra partes blandas	PREFERENTE
Tumores óseos con sospecha de malignidad	Derivación Servicio Urgencias Hospitalario (Derivar con radiografía)	Características: – Dolor (incluso en reposo) localizado, asimétrico, con alteración funcional y exacerbación nocturna que puede interrumpir el sueño – Síntomas constitucionales (fiebre nocturna, pérdida del apetito y/o de peso reciente, decaimiento, irritabilidad) – Crecimiento rápido – Imagen Rx: >2 cm, irregularidad y/o invasión de corticales	URGENTE



Miscelánea Clínica: Marcha y Quistes

Marcha Equina (Andar de puntillas)

Regla fundamental: Descartar siempre afectación neurológica previa.



✓ **Derivación NORMAL a CAE**

Rehabilitación SI: Persiste a los 2 años de edad, hay asimetría, acortamiento de gemelos/aquiles, afectación del neurodesarrollo, o antecedente de marcha normal previa.

Quistes Poplíteos / Ganglión

Regla fundamental: Tratamiento de elección =  Observación (mitad de casos regresan espontáneamente).



✓ **Derivación NORMAL a CAE COT**

SI: Es muy doloroso, aumenta progresivamente, hay compresión nerviosa o patología articular de base.

Síntomas atípicos no derivables

	DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
✓	Dolores de crecimiento inespecíficos	No precisa derivación	
✓	Chasquidos articulares	No precisa derivación	
✓	Caídas frecuentes	No precisa derivación	
✓	Desgaste excesivo o anómalo de zapatos	No precisa derivación	