



Viernes 3 de marzo de 2023

**Seminario:
Manual de supervivencia
en ortopedia infantil**

Moderador:

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce
*Pediatra AP. CS Juan de la Cierva. Getafe.
Madrid. Coordinador del Grupo de Docencia
de la AEPap. Coordinador de la Guía de
Algoritmos AEPap. Comité científico del
Congreso de Actualización en Pediatría AEPap.*

Ponente/monitor:

■ **Sergio Martínez Álvarez**
*Servicio de Cirugía Ortopédica y
Traumatología. Hospital Infantil
Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Martínez Álvarez S. Manual de supervivencia en ortopedia infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 97-105.



Manual de supervivencia en ortopedia infantil

Sergio Martínez Álvarez

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.
sermaral.hnjs@gmail.com*

RESUMEN

Denominamos cojera a una alteración del patrón de marcha normal esperado para la edad del niño. Es importante conocer que el patrón de marcha normal del adulto se adquiere alrededor de los 8-10 años de vida, pudiendo hasta entonces existir un patrón de marcha “adaptativo” fisiológico.

La cojera supone un reto para el profesional por la gran variabilidad de causas y localizaciones, por lo que una adecuada metodología en la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, nos ayudara a orientar el diagnóstico.

Suele deberse, en la mayoría de casos, a causas banales (rozaduras en el pie, molestias con el calzado, traumatismos...), pero ocasionalmente son debidas a patologías que requieren un tratamiento urgente (artritis séptica) o procesos oncológicos (leucemias, neoplasias...). Por este motivo, es fundamental que los profesionales conozcan sus causas y manejo, pues un error y/o retraso en el diagnóstico, puede acabar en situaciones graves con secuelas funcionales. El diagnóstico debe estar enfocado inicialmente a descartar una patología urgente o potencialmente grave, basándolo en la historia clínica y la exploración física.

El diagnóstico diferencial se puede establecer en base al tipo de cojera, la edad del paciente, la forma de presentación y la localización anatómica.

MARCHA NORMAL Y TIPOS DE COJERA

En primer lugar, hay que tratar de definir el tipo de marcha. Esto no siempre es fácil, y más aún en niños pequeños. El tipo de cojera más habitual es la cojera antiálgica, en el que hay una disminución del tiempo de apoyo del miembro afectado.

La marcha normal es un proceso cíclico que comprende dos fases bien diferenciadas: la fase de apoyo (60%) y la fase de balanceo (40%). La fase de apoyo se inicia con el golpeo de talón, prosigue a medida que el resto del pie comienza a plantar y finaliza con el despegue de los dedos. La fase de balanceo comienza con el despegue de los dedos y termina con el golpeo del talón. En el momento del impulso, la marcha coordinada exige la rotación de avance e inclinación de la pelvis, así como la estabilidad de la columna lumbar y abdomen.

La marcha normal se desarrolla en los primeros años de vida, hasta alcanzar los diferentes hitos de desarrollo psicomotor. Para realizar una marcha adecuada, se necesita un correcto desarrollo musculoesquelético (columna lumbar, pelvis y extremidades inferiores), así como una adecuada maduración neurológica (coordinación y equilibrio). En los primeros años, los niños realizan una marcha "adaptativa" con menor longitud de paso, con los pies más separados, sin braceo acompañado y menor flexión de rodilla, siendo completamente normal.

El patrón normal de la marcha puede alterarse por numerosas causas: dolor, debilidad muscular, lesiones articulares, discrepancia de longitud de miembros inferiores, lesiones neurológicas..., manifestándose en forma de cojera.

Marcha antiálgica

Se trata de una marcha en la cual disminuye el tiempo de apoyo del miembro afectado para disminuir la carga de peso sobre dicho miembro. Puede ser causada por la presencia de dolor en los miembros inferiores y/o la columna vertebral (espondilodiscitis, tumores...).

Marcha en Trendelenburg

Se debe a una imposibilidad de mantener la pelvis en una posición neutra, observándose el descenso del glúteo del lado cuyo pie se eleva del suelo cuando el paciente mantiene el equilibrio. Está provocada por una debilidad de la musculatura abductora (glúteo medio), que dificulta el soporte del peso corporal en el lado débil. Se observa en procesos como la luxación congénita de cadera, la coxa vara, secuelas de Legg-Calvé-Perthes, necrosis avasculares de la cabeza femoral o artritis sépticas.

Marcha de pato

Consiste en una marcha con balanceo bilateral oscilante, con movimientos laterales de tronco exagerados y los pies separados. Se observa en la luxación congénita de caderas bilateral y en otras entidades neurológicas.

Marcha en circunducción

Se trata de un movimiento de circunducción o separación del miembro afecto durante la fase de balanceo para evitar el choque de los dedos contra el suelo, y está en relación con una rigidez en extensión de la rodilla al final de la fase de apoyo. Se observa en algunas enfermedades neuromusculares asociadas a rigidez de rodilla y/o tobillo.

Marcha en estepaje

Se caracteriza por un aumento de la flexión de cadera y rodilla durante la fase de balanceo para evitar que el pie choque con el suelo, debido a la dificultad para la flexión dorsal del pie durante la fase de apoyo. Generalmente está asociada a neuropatías del nervio peroneal.

Marcha en equino

También denominada marcha de puntillas. Se caracteriza por una marcha en la cual no se produce apoyo del talón. Puede ser idiopática (habitualmente bilateral), por retracción del tendón de Aquiles y/o sóleo, por discrepancia de longitud de miembros inferiores o simplemente por un hábito adquirido.

DIAGNÓSTICO

Ante una cojera en un niño es importante realizar una adecuada historia clínica y una exploración sistemática, para no atribuir a la cadera todo proceso de cojera no traumática. En algunas ocasiones, nos debemos ayudar de analíticas y/o pruebas de imagen para llegar al diagnóstico.

Historia clínica

Debemos preguntar cómo y cuándo comenzó la cojera, duración de los síntomas, evolución en el tiempo, relación con algún antecedente...

Debemos indagar sobre la asociación con dolor, así como las características de este (localización, intensidad, inicio, respuesta a analgésicos, etc.). Si la cojera se ha percibido desde los primeros pasos, puede estar relacionada con problemas congénitos o neurológicos.

La presencia de fiebre, astenia, deterioro del estado general y/o pérdida de peso, nos pone sobre la pista de infecciones, tumores o procesos reumatológicos.

La edad es el dato clínico de la anamnesis que más nos puede ayudar a orientarlo, ya que nos permite sospechar el diagnóstico según la patología más probable y descartar otras muy poco frecuentes.

Los **niños menores de 3 años** son más vulnerables a procesos infecciosos como las artritis sépticas. La sinovitis transitoria de cadera es rara a esta edad, y solo debe diagnosticarse cuando se excluyan otros procesos más graves. La displasia de cadera y la fractura de primeros pasos también aparecen en esta franja de edad. En niños entre los 3 y los 9 años es frecuente la sinovitis transitoria de cadera y los procesos traumáticos, aunque no debemos olvidarnos de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. En adolescentes es necesario investigar sobre una posible causa grave de cojera, la epifisiolisis femoral proximal.

Exploración física

Para orientar el diagnóstico es fundamental “ver, tocar y mover”. En primer lugar, hay que **inspeccionar** al paciente buscando signos de flogosis, tumefacción, presencia de heridas, eritema, atrofia muscular... Posteriormente es importante **palpar** todo el miembro afectado en busca de derrame articular, puntos dolorosos (sobre todo en las metáfisis de huesos largos), zonas tumefactas o tumoraciones.

Y por último explorar el **rango de movilidad** articular en cadera, rodilla y tobillo. La limitación de la movilidad articular, asociada a tumefacción local, suele corresponder a derrame articular. Esto es fácilmente valorable en articulaciones superficiales como rodilla y tobillo. Cuando la articulación es más profunda, como la cadera, las pruebas complementarias ayudan a orientar el diagnóstico.

No existe una maniobra exploratoria específica de la cojera, pero sí es aconsejable realizar tres que nos pueden orientar el diagnóstico:

- **Limitación del rango de movilidad: una actitud en flexoabducción** de la cadera y flexión de la rodilla puede ser secundaria a procesos infecciosos-inflamatorios, por la presencia de líquido intraarticular.
- El **signo de Galeazzi**, que consiste en flexionar ambas caderas y ambas rodillas 90°, y ver la altura de las rodillas. Si existe un desnivel estamos ante un signo de Galeazzi patológico y nos orienta hacia una discrepancia de longitud o una displasia de cadera.
- El **signo de Drehmann** consiste en flexionar la cadera y ver si el niño necesita rotar la cadera hacia afuera para llegar a máxima flexión. Es muy sugestivo de epifisiolisis femoral proximal.

Pruebas complementarias

La inmensa mayoría de las veces no es necesaria pedir ninguna prueba complementaria. Si tras una buena

anamnesis y una completa exploración no objetivamos ningún síntoma ni signo de alarma (**Tabla 1**), no es necesario pedir más pruebas. Es razonable explicar a los padres que deben observar al niño, evitar el apoyo durante 48-72 horas y administrar un AINE.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de cojera con afectación del estado general

Artritis séptica
Osteomielitis
Piomiositis
Absceso psoas
Espondilodiscitis
Tumores (LLA)

Si, por el contrario, esa cojera persiste o hemos objetivado alguna alteración en la exploración, la **primera prueba complementaria** debe ser una **radiografía simple**. La radiografía simple siempre debe ser en **dos proyecciones**: anteroposterior y lateral o axial. En muchos casos nos proporciona el diagnóstico (fracturas, enfermedad de Köhler, epifisiolisis femoral proximal, osteocondritis disecante). Hay que tener en cuenta que inicialmente pueden ser normales, como ocurre en la fractura de los primeros pasos (fractura metafisaria distal, que se pone de manifiesto a las dos semanas mediante una reacción perióstica de la tibia), o la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes (imagen inicialmente normal, que evoluciona con el paso del tiempo).

La ecografía es especialmente útil para detectar la presencia de derrame articular, así como su contenido (purulento, hemorrágico, etc.). En muchas ocasiones también sirve para facilitar el drenaje y la toma de muestras (artrocentesis).

El estudio de tomografía computerizada (TC) sirve cuando sospechamos patología con afectación ósea (osteoma osteoide, etc.).

La resonancia magnética (RM) permite valorar articulaciones, tejidos blandos, cartílago y hueso esponjoso. Tiene mucha sensibilidad y especificidad, permitiendo diagnosticar de forma precoz numerosos procesos (osteomielitis, miositis, fracturas de estrés, epifisiolisis femoral proximal, etc.). Cuando valora una lesión tumoral, nos aporta información sobre la afectación de partes blandas y la extensión del tumor.

La analítica se debe solicitar ante la sospecha de un cuadro de infección osteoarticular, artritis inflamatoria o proceso neoplásico. La **artritis séptica** es una **emergencia** ortopédica, porque el retraso en su diagnóstico y tratamiento va a comprometer seriamente la articulación. Ante un paciente con fiebre, irritabilidad, malestar general y limitación de la movilidad articular hay que solicitar hemograma, VSG, PCR, procalcitonina (sobre todo si presenta aspecto séptico) y hemocultivos. Ante la sospecha de una artritis séptica, debe realizarse una artrocentesis guiada por ecografía y análisis del líquido articular (recuento celular, bioquímica, gram y cultivo).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante una cojera lo primero es valorar si existen signos o síntomas de alarma (**Tabla 1**). En caso de fiebre, mal estado general... deberemos descartar una serie de patologías que pueden aparecer en cualquier grupo de edad.

Artritis séptica

Es más frecuente en la primera infancia, pero puede observarse en cualquier grupo de edad. Debe sospecharse en casos de cojera asociada a fiebre y/o afectación del estado general. Normalmente el paciente rechaza del apoyo del miembro con una posición antiálgica de la articulación. En lactantes puede aparecer como un cuadro de irritabilidad e impotencia funcional (pseudoparálisis) sin fiebre. La analítica (leucocitosis mayor de 12 000 cel/mm³ y aumento de reactantes de fase aguda con VSG mayor de 40 mm/h) y la ecografía ayudan al diagnóstico, siendo este definitivo con la artrocentesis y obtención de líquido purulento. El tratamiento es urgente mediante la artro-

tomía en caso de articulaciones profundas, y artrocentesis si es una articulación superficial. Posteriormente se realiza antibioterapia empírica hasta obtener los resultados de cultivo y el antibiograma.

Osteomielitis

El origen más frecuente es la diseminación hematológica. Debe sospecharse en niños con signos de infección sin presencia de derrame articular. El diagnóstico suele ser por RM, ya que las lesiones óseas aparecen de forma tardía en la radiología simple. Actualmente el tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa hasta la normalización de los reactantes de fase aguda (PCR normal y VSG en descenso), habitualmente siete días, seguido de tratamiento por vía oral (durante aproximadamente seis semanas). La cirugía se reserva para casos asociados a abscesos, sequestros óseos o inadecuada respuesta al tratamiento.

Piomiositis

Se trata de una infección a nivel muscular. Aunque puede afectarse cualquier músculo, es algo más frecuente a nivel del psoas, provocando en este caso una limitación de la flexión de la cadera, pero no de la abducción. En ocasiones es difícil clínicamente diferenciarla de una artritis séptica, por lo que nos ayudaremos de una ecografía en la observaremos la ausencia de derrame articular. El diagnóstico se realiza mediante RM.

Espondilodiscitis

Es una infección a nivel del disco intervertebral. Suele presentarse como un niño con cojera y que rechaza gatear, e incluso la sedestación. Presentan rigidez del tronco, dolor en la zona lumbar y, en ocasiones, fiebre e irritabilidad. Un signo característico que ayuda al diagnóstico es la presencia de dolor con los cambios de pañal. La analítica generalmente es anodina. La radiología en fases precoces puede ser normal, por lo que el diagnóstico precoz es mediante RM. La evolución suele ser favorable con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

Neoplasias

La leucemia linfática aguda debuta, hasta en un 20% de las ocasiones, con dolores articulares u óseos que pueden producir una cojera. La presencia de síntomas musculoesqueléticos inexplicables, con marcha patológica, acompañado de otras manifestaciones clínicas (hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, fiebre, anemia, trombopenia, leucopenia, deterior del estado general, aumento de la VSG y PCR), nos debe poner sobre la pista de un proceso oncológico.

En el caso de que no haya afectación del estado general, la **edad** nos orienta en el diagnóstico diferencial (**Tabla 2**). Según la misma podemos hacer tres grandes grupos:

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de cojera sin afectación del estado general

De 1 a 3 años	De 4 a 9 años	Mayores de 10 años
■ Sinovitis transitoria	■ Sinovitis transitoria	■ Lesiones deportivas
■ Fractura (Toddler)	■ Enfermedad de Perthes	■ S. Osgood-Schlatter
■ PCI	■ Osteocondrosis	■ Epifisiolisis cadera
■ DDC	■ Discrepancia longitud	■ Osteocondritis disecante
■ Artritis inflamatoria	■ Menisco discoide	■ Coalición tarsal
■ Neoplasia (LLA)		■ Condrolisis

Menores de 3 años

El diagnóstico etiológico en este rango de edad es especialmente complicado por la dificultad para la obtención de datos en la historia clínica, el patrón de marcha inmaduro y la falta de colaboración con la exploración.

Fractura de Toddler o de los primeros pasos

Se trata de una fractura no desplazada de la tibia. Suele presentarse con cojera antiálgica brusca y dolor a la palpación, sobre todo a nivel distal de tibia. En muchas ocasiones no existe un antecedente traumático claro. Inicialmente la radiología suele ser normal y, si la sospecha es clara, se debe inmovilizar con una férula y repetir la radiología a los 7-10 días para confirmar el diagnóstico. El tratamiento definitivo se realizará manteniendo la férula 3 semanas más.

Luxación congénita de cadera

Es muy poco frecuente en niños deambulantes por el despistaje neonatal, pero se deberá sospechar ante un niño con cojera, limitación de la flexoabducción de la cadera y signo de Galeazzi positivo. En los niños mayores no se objetivan los signos de Barlow y Ortolani. El diagnóstico se realiza con radiología simple, y el tratamiento es quirúrgico, mediante una reducción abierta asociada, o no, a osteotomías (pélvicas y/o acetabulares). El pronóstico es peor a medida que aumenta la edad del paciente.

Artritis idiopática juvenil

La más frecuente es la forma pauciarticular, en niñas de aproximadamente dos años, y en muchas ocasiones de predominio en miembros inferiores. Puede ser difícil de diagnosticar porque se trata una cojera de larga evolución, asociada a derrame articular. El diagnóstico se realizará mediante la analítica (aumento de VSG, PCR, factor reumatoide, ANAs, etc.), y el análisis del líquido articular, que es de características inflamatorias.

Parálisis cerebral infantil

Existen cuadros de parálisis cerebral infantil en los que la afectación es leve, pasando desapercibidos los primeros meses o años de vida, pudiendo acudir a consulta por presentar una cojera. La historia de complicaciones durante el parto, la prematuridad, el bajo peso al nacer y la necesidad de maniobras de reanimación nos deben hacer sospechar la posibilidad de un cuadro neurológico. En la exploración física se puede objetivar un aumento del tono muscular (espasticidad), deformidad articular (flexos de cadera-rodilla, equinismo), así como la asimetría postural en casos de hemiplejía.

Entre 4 y 10 años

En este grupo de edad, es más sencillo obtener una historia clínica por su mayor capacidad para comunicar, y una correcta exploración física por su mejor cooperación. Asimismo, se trata de pacientes con un patrón de marcha más maduro y parecido al de un adulto. Son comunes los denominados "dolores de crecimiento", caracterizados por ser difusos en los miembros inferiores, de predominio vespertino (al final del día o por la noche), que ceden de forma espontánea en un periodo breve de tiempo. Estos "dolores de crecimiento" no suelen acompañarse de cojera, por lo que no son incluidos en el diagnóstico diferencial.

Sinovitis transitoria de cadera

Es la causa más frecuente de cojera aguda en este grupo de edad. En la mayoría de las ocasiones existe un antecedente de infección respiratoria o gastrointestinal. A menudo se confunde con la artritis séptica, pero las sinovitis característicamente no presentan fiebre ni deterioro del estado general, y suelen ser autolimitadas (duran menos de dos semanas). No suele precisar ninguna prueba adicional, y si se realiza analítica esta es generalmente normal. La ecografía rara vez es necesaria, encontrándonos normalmente ausencia o escaso derrame sinovial de características inespecíficas. La evolución es favorable con reposo y antiinflamatorios.

Enfermedad de Perthes

Es la necrosis avascular idiopática de la cabeza femoral que ocurre en niños entre 4 y 8 años, evolucionando en diferentes fases. Se presenta como un cuadro de cojera de semanas o meses de evolución con dolor asociado normalmente con el ejercicio. En la exploración se observa una limitación de la flexo-abducción de la cadera afecta, contractura de los aductores y limitación de las rotaciones de la cadera. Al inicio, el cuadro es parecido a una sinovitis transitoria de cadera con radiología normal. Ante la sospecha clínica es preciso realizar radiografía de ambas caderas en dos proyecciones, anteroposterior y axial. En la anteroposterior podemos observar una imagen de esclerosis ósea, mientras que en la axial se observa la típica imagen de fractura subcondral. El tratamiento, la mayoría de las veces, puede ser conservador mediante reposo deportivo, pero en ocasiones requiere tratamiento quirúrgico.

Menisco discoideo

Consiste en una alteración congénita de la forma del menisco, normalmente del externo, en el que presenta una forma de disco o pastilla. Se presenta como un chasquido por resalte en la flexo-extensión de la rodilla, habitualmente no doloroso, en niños de 6-7 años. Cuando aparece dolor suele estar en relación con roturas del menisco que precisan tratamiento quirúrgico mediante artroscopia. En las radiografías simples (anteroposterior y lateral de rodilla) se pueden observar signos indirectos: aumento del espacio articular lateral asociado a hipoplasia del cóndilo femoral externo. El diagnóstico definitivo puede establecerse con la RM.

Enfermedad de Köhler

Necrosis avascular del escafoides tarsiano. Más frecuente en niños de 4-5 años. Puede ser un hallazgo casual al realizar una radiología, o presentarse como dolor localizado y cojera antiálgica, apoyando el borde externo del pie. La radiología muestra esclerosis, aplanamiento y rarefacción del escafoides. Responden al tratamiento con reposo, AINEs y plantillas de descarga.

Enfermedad de Sever

Es la apofisititis de la tuberosidad posterior del calcáneo por sobreuso, que provoca un dolor en el talón tras la actividad deportiva. Es bilateral en el 60% de los casos. Radiológicamente se puede apreciar la presencia de esclerosis y fragmentación sobre la apófisis posterior del calcáneo. Se trata de un dolor recurrente y autolimitado. El tratamiento es conservador mediante reposo funcional, evitar saltos y traumatismos, ejercicios de estiramiento de tríceps sural, taloneras de descarga y antiinflamatorios.

Tumores vertebrales

Tumores benignos como el osteoma osteoide o el granuloma eosinófilo, pueden presentarse en forma de dolor, cojera y escoliosis reactiva secundaria. Asimismo, tumores primarios de la médula espinal, alteraciones de esta (médula anclada) o enfermedades neurológicas (Charcot-Marie-Tooth) pueden manifestarse como cojera o deformidad progresiva de los pies.

Entre los 11 y 15 años

Los adolescentes aportarán datos más fiables en la historia clínica, aunque existen casos en los que podrán minimizar la sintomatología, para comenzar de forma precoz la actividad deportiva, o incluso exagerarla para conseguir con ello un rédito o simplemente reclamar atención.

Epifisiolisis femoral proximal

Es un desplazamiento de la epífisis proximal del fémur en relación a la metafisis. Es más frecuente en adolescentes obesos o niños más pequeños con alteraciones endocrinas. Puede ser aguda (comportándose como una fractura) o crónica (más frecuente, con molestias o dolor a nivel inguinal, del muslo o de la rodilla), y es importante pensar en esta patología en todo adolescente con dolor en cadera o rodilla, porque no es raro el retraso en el diagnóstico. En la exploración observaremos deambulación en rotación externa, limitación de la rotación interna de la cadera afectada y un signo de Drehmann patológico. Es funda-

mental la radiografía simple en dos proyecciones (anteroposterior y axial de ambas caderas), ya que en estadios más iniciales pueden objetivarse grados de desplazamiento leves. La RM puede ayudar de forma precoz en caso de duda diagnóstica. El tratamiento es siempre quirúrgico y no debe demorarse para evitar secuelas.

Osteocondritis disecante

Se trata de una lesión del hueso subcondral sin afectación del cartílago articular, más frecuente en cóndilo femoral interno y la cúpula astragalina medial. Se presenta como derrame articular, dolor, inflamación, cojera y bloqueos. El diagnóstico puede realizarse mediante radiografía simple, mostrando una imagen lítica típica en semiluna, aunque a veces es precisa la RM. Niños por debajo de 12 años suelen evolucionar bien con tratamiento ortopédico, mientras que los más mayores y/o con presencia de esclerosis alrededor de la lesión suelen precisar tratamiento quirúrgico para su curación.

Coalición tarsal

Causa poco habitual de cojera, aunque debemos sospecharla en adolescentes con un pie plano rígido, doloroso, que provocará una cojera antiálgica, pudiendo asociarse a esguinces de repetición. Consiste en la unión anormal de dos o más huesos del tarso. En la infancia esta unión es fibrosa o cartilaginosa, mientras que en la adolescencia se osifica produciendo la sintomatología. En la exploración aparece una limitación en los movimientos de inversión y eversión del retropié, y contractura de peroneos. El diagnóstico se realiza mediante radiografía simple (anteroposterior, lateral y oblicuas del pie) o con TC. En casos leves está indicado el tratamiento conservador, precisando cirugía (reseción con artroplastia de interposición con grasa o músculo) en los casos sintomáticos.

Lesiones por sobrecarga

Producidas por la tracción excesiva de tendones en zonas aún no osificadas. Existen muchos síndromes descritos, siendo los más frecuentes la enfermedad de Osgood-Schlatter (dolor en la zona de la tuberosidad

anterior de la tibia), enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson (en el polo inferior de la rótula), y la enfermedad de Sever (en la tuberosidad posterior del calcáneo). La enfermedad de Osgood-Schlatter se caracteriza por la presencia de dolor y tumefacción en la tuberosidad tibial anterior tras la actividad deportiva. Es más frecuente en deportes de salto y/o paradas bruscas. Se incluyen dentro de las osteocondroses de causa mecánica (entensopatía por tracción). En la exploración se puede observar dolor localizado en la tuberosidad tibial anterior que aumenta con la extensión contrarresistencia de la rodilla. El estudio radiológico puede mostrar esclerosis, fragmentación y osificaciones alrededor de la tuberosidad tibial anterior. Es preciso reposo funcional, crioterapia, cincha rotuliana de descarga y antiinflamatorios.

A pesar de que, como hemos visto, las causas de una cojera pueden ser muy variadas, es importante recordar que la mayoría de las veces se trata de un proceso banal, que solo requiere reposo y observación, eso sí, explicando bien a los padres los signos y síntomas de alarma (**Tabla 3**) que les debe hacer volver a consultar de nuevo, y que no siempre podemos llegar a un diagnóstico definitivo de la causa de esa cojera.

Tabla 3. Síntomas y signos de alarma ante una cojera

Agudos	Crónicos
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fiebre ■ Mal estado general ■ Inestabilidad en aumento 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor nocturno ■ Constante ■ Cansancio ■ Falta de apetito

TRATAMIENTO

El tratamiento de inicio ante una cojera sin síntomas ni signos de alarma debe ser el reposo funcional, evitando apoyar el miembro afectado durante 2 o 3 días, antiinflamatorios y carga progresiva.