



5° curso actualización
www.aepap.org **Pediatría**^{en}

Viernes 8 de febrero de 2008

**Seminario:
Síndromes dolorosos
de la rodilla y el pie en el niño**

Moderadora:

Elia Acitores Suz

*Pediatra, CS Villanueva de la Cañada.
Área 6. Madrid.*

Ponente/monitor:

■ **Ignacio Martínez Caballero**

*Especialista en Traumatología y Cirugía
Ortopédica. Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús. Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Acitores Suz E. Síndromes dolorosos de la rodilla y el pie en el niño. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 239-40.

Síndromes dolorosos de la rodilla y el pie en el niño. Introducción

Elia Acitores Suz

*Pediatra, CS Villanueva de la Cañada. Área 6. Madrid.
eliacitores@telefonica.net*

Las consultas por dolor musculoesquelético en niños de 3-15 años suponen entre un 3,6 y un 6,1% de las consultas de pediatría de Atención Primaria en España, según diversos estudios, y un 7% en Estados Unidos. A medida que aumenta la edad del niño la incidencia de trastornos musculoesqueléticos es mayor¹. El dolor de rodilla o pie es uno de los motivos frecuentes de consulta.

Tanto la rodilla como el pie son estructuras muy complejas. La rodilla es la articulación más grande del esqueleto. Está formada a su vez por tres articulaciones: la femoropatelar y dos articulaciones femorotibiales. Requiere de una serie de ligamentos para estabilizarla y de los meniscos para compensar la incongruencia existente entre el fémur y la tibia. Además, la rodilla está rodeada por varias bolsas tendinosas: prerrotuliana, infrarrotuliana, suprarrotuliana y profunda, que se comunican con la cavidad sinovial de la rodilla. A su vez, el pie coordina 107 ligamentos, 19 músculos intrínsecos y 26 huesos². Por tanto, el dolor en estas zonas puede deberse a lesión de partes blandas, a lesión ósea o articular.

En el adolescente hay que tener en cuenta que existen patologías asociadas al desequilibrio entre el crecimiento óseo y el de partes blandas (tendones y músculos), de modo que, al ser más rápido el primero, se producen patologías asociadas a esta edad.

El dolor en rodilla y pie en el niño puede obedecer a diversas etiologías³⁻⁵:

- Traumatismo, torcedura o movimientos de giro bruscos: fracturas, esguinces, lesiones de ligamentos.

- Infecciosa (artritis séptica).
- Inflamatoria (artritis idiopática juvenil).
- Tumoral (ostecondroma, osteoma osteoide).
- Por sobrecarga y microtraumatismos crónicos sobre el cartílago en crecimiento, debido a la práctica deportiva (enfermedad de Osgood-Schlatter).
- Osteonecrosis (enfermedad de Köhler).
- Anomalías congénitas (menisco discoide).

Cuando el paciente acude con dolor se hace necesaria una buena anamnesis dirigida a buscar un posible antecedente de traumatismo, torcedura o movimiento brusco y la presencia de fiebre por si se tratara de una artritis séptica. Habrá que interrogar sobre las características del dolor y que el paciente localice el punto de máximo dolor (PMD). Éste último nos dará la clave del diagnóstico en muchas ocasiones.

En la exploración es importante observar la bipedestación para descartar desviaciones del eje, hacer caminar al paciente y observar la marcha, palpar las estruc-

turas que conforman la rodilla o el pie, buscar puntos dolorosos, signos inflamatorios, derrame intraarticular, presencia de masas o atrofas musculares y valorar la movilidad activa y pasiva.

No debemos olvidar explorar otras articulaciones, porque en el caso de la rodilla, el dolor en esa zona puede ser referido y no originado en la misma, sino en la cadera⁴.

Con una buena historia clínica, una exploración selectiva y ayudados de la radiología convencional podremos encaminar el diagnóstico diferencial en la mayoría de las ocasiones.

En este seminario se van a repasar las patologías más frecuentes de la rodilla y el pie que producen dolor en el niño, desde un punto de vista práctico. Se hará hincapié en las pruebas complementarias más útiles para su diagnóstico, principalmente pruebas de imagen, así como en las medidas terapéuticas que se deben emplear.

Muchas de estas patologías son benignas y no requieren un tratamiento muy complicado por nuestra parte. También se analizará cuándo es oportuna la derivación al traumatólogo.

Bibliografía

1. De Inocencio J. Dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación diagnóstica. Arch Argent Pediatr. 2006;104(3):275-83.
2. Hernández Ortega E. Patología de la rodilla en el niño y adolescente. Pediatr Integral. 2002;6:417-26.
3. Ebrí JR. El pie infantil: crecimiento y desarrollo. Deformidades más frecuentes: pie doloroso. Pediatr Integral. 2002;6:431-52.
4. Dimeglio A. Rodilla. En: Ortopedia infantil cotidiana. Barcelona: Masson; 1995. p. 332-55.
5. Del Castillo Codes M, Delgado Martínez AD. Síndromes dolorosos del pie en el niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:67-83.



5° curso actualización
www.aepap.org **Pediatría**

Viernes 8 de febrero de 2008

**Seminario:
Síndromes dolorosos
de la rodilla y el pie en el niño**

Moderadora:

Elia Acitores Suz

Pediatra, CS Villanueva de la Cañada.

Área 6. Madrid.

Ponente/monitor:

■ **Ignacio Martínez Caballero**

Especialista en Traumatología y Cirugía
Ortopédica. Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús. Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Martínez Caballero I. Síndromes dolorosos de la rodilla y el pie en el niño. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 241-52.

Síndromes dolorosos de la rodilla y el pie en el niño

Ignacio Martínez Caballero

Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.
manatina@hotmail.com

RESUMEN

Durante el crecimiento la frecuente aparición de dolores de rodilla, tobillo y pie hacen necesarias la obtención de pautas, que ayuden al manejo clínico. El estudio y tratamiento inicial puede realizarse satisfactoriamente en Atención Primaria, sistematizando que el paciente señale sólo con un dedo el punto de mayor dolor. El segundo paso es el de habituarse a establecer una lista de diagnósticos posibles usando después el diagnóstico por imagen para confirmarlo. El tercer y último paso es del tratamiento y el de informar a los padres de las características de la evolución habitual de estos procesos.

La edad del paciente también puede ayudar a sospechar una patología, como la enfermedad de Köhler en el pie plano doloroso a los 5-7 años.

Por su localización el dolor puede ser extra-articular o intra-articular y de origen traumático o no. Dentro del no traumático las causas pueden ser tumorales, inflamatorias infecciosas, reactivas o reumatoideas y por último la causa del dolor puede ser una apofisitis de tracción. Con frecuencia el paciente escolar acude con molestias localizadas en las zonas de tracción tendinosa. La tuberosidad tibial anterior en la rodilla y la parte posterior del calcáneo en el pie son las localizaciones más frecuentes. Este grupo de apofisitis de tracción presenta brotes de dolor, que requieren reposo, frío y anti-inflamatorios, pero dejan de molestar al finalizar el crecimiento.

Si el dolor persiste crónicamente la R.M.N. o la derivación al especialista están justificadas.

El texto es un esquema para el Taller de Formación.

INTRODUCCIÓN

Los dolores localizados en rodilla, tobillo y pie constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en la Atención Primaria pediátrica. La cojera es otro síntoma asociado, al ser zonas de carga.

La anamnesis, la exploración del paciente y su edad nos permiten acercarnos a un buen diagnóstico, incluso antes de realizar pruebas de imagen, como la ecografía o las radiografías.

Tras saber con qué relacionan los padres el dolor: un golpe o torcedura, una infección reciente u otras causas a especificar, el signo de mayor valor para poder sistematizar nuestro trabajo es el "punto de mayor dolor" (PMD). Entendemos por punto de mayor dolor aquel que refiere el paciente, tras pedirle que nos señale sólo con un dedo el sitio de mayor molestia.

El objetivo de este capítulo es que sus lectores puedan:

- 1.º Sospechar patologías asociadas por cada PMD referido por los padres o el niño.
- 2.º Saber qué pruebas diagnósticas son las más recomendables y qué podemos encontrar en ellas para confirmar nuestra sospecha.
- 3.º Conocer el tratamiento inicial de cada proceso, que puede ser suficiente para no precisar de la atención especializada.

Y por último, ofrecer consejos sobre la información a los padres, que les orienten sobre la historia natural de estos procesos, su manejo tanto por el médico como por la familia y ofrecerles siempre, ante la falta de evolución favorable, la posibilidad de ser revisados por un ortopedista infantil.

Tanto en la rodilla como en el tobillo-pie, dividiremos las causas de dolor en las siguientes: traumáticas, inflamatorias, tumorales, entesitis-apofisitis de tracción, y las relacionadas con irregularidades en la osificación.

Las apofisitis mayoritariamente evolucionan con brotes de dolor, cuyo tratamiento será: reposo, descarga, frío y antiinflamatorios-analgésicos. Hay que decir a los padres que deja de doler al final del crecimiento del niño, pero que a veces los brotes aparecen durante uno o dos años, resultando muy molestos.

La localización de la patología puede ser articular o yuxtaarticular, siendo más frecuente la limitación de la movilidad en la primera.

No abordaremos el diagnóstico de "dolores de crecimiento", que es siempre un diagnóstico de exclusión y suele estar presente en las piernas, más que en la rodilla y el tobillo-pie. La aparición nocturna que obliga a levantarse a los padres, la frecuente bilateralidad y sobre todo la corta duración de los síntomas, suelen ser suficientes para suponer de manera fiable esta patología.

A. SÍNDROMES DOLOROSOS EN RODILLA

NO OLVIDAR DESCARTAR PATOLOGÍA DE CADERA (epifisiolisis de cadera en adolescentes a los que se les hace artroscopia de rodilla).

I. Sin traumatismo agudo previo

I.1. Extraarticulares

I.1.1. Apofisitis de tracción

- Sinding-Johansson-Larsen (S JL) (en polos de rótula).
- Osgood-Schlatter (en tuberosidad tibial anterior).

I.1.2. Por tracción en zona no apófiso-epifisaria

- Tendinitis de la pata de ganso.
- Tendinitis del adductor mayor.

I.1.3. Bursitis prepatelar**I.1.4.** Tumorales**I.1.4.1.** Benignos

- Osteocondroma.
- Lesiones líticas benignas.

I.1.4.2. Malignos

- Osteosarcoma.
- Sarcoma de Ewing.

I.1.5. Inflamatorios infecciosos

- Osteomielitis aguda.
- Osteomielitis subaguda (absceso de Brodie).
- Osteomielitis crónica.
- Bursitis infecciosa.

I.1.6. Fractura de estrés**I.2. Articulares****I.2.1.** Relacionados con la rótula

- Condromalacia rotuliana.
- Rotula bipartita.
- Plica femoro-patelar.

I.2.2. Meniscales

- Menisco discoideo.
- Quiste meniscal.

I.2.3. Lesiones que afectan al cartílago

- Osteocondritis disecante.
- Alteraciones en la osificación.

I.2.4. Tumorales**I.2.4.1.** Relacionados con cápsula articular

- Benignos:
 - Quiste de Baker.
 - Sinovitis villonodular.

- Malignos:
 - Sinoviosarcoma.

I.2.4.2. Relacionados con tejido óseo

- Benignos:
 - Condroblastoma.
 - Tumor de células gigantes.

- Malignos:
 - Ewing.

I.2.5. Inflamatorias no infecciosas

- Sinovitis reactivas.
- Artritis idiopática juvenil (AIJ).

2. Con traumatismo agudo previo

2.1. Lesiones extraarticulares

2.1.1. Partes blandas

- Tendinitis.
- Bursitis.
- Lesiones ligamentos laterales externo-interno.

2.1.2. Partes óseas

2.1.2.1. Fracturas sin afectación cartílago de crecimiento (fracturas metafisarias).

- En rodete.
- Fracturas con trazo capilar tercio distal tibia (sólo se ven en una proyección).
- En tallo verde.
- Completas.
- Cerradas y abiertas.
- Simple y conminuta.
- No desplazadas y desplazadas.
- Transversas, oblicuas, espiroideas

2.1.2.2. Fracturas con afectación cartílago de crecimiento (epifisiolisis II, IV)

- No desplazadas y desplazadas.
- Transversas, oblicuas, espiroideas.

2.2. Lesiones articulares

2.2.1. Meniscales

2.2.2. Ligamentarias

2.2.3. Osteocondrales

2.2.4. Fracturas con afectación cartílago de crecimiento (epifisiolisis tipo I, III-IV,V)

B. SÍNDROMES DOLOROSOS EN TOBILLO-PIE

I. Sin traumatismo agudo previo

I.1. Extraarticulares

- Apofisitis:
 - Severs.
 - Iselin.
- Osteocondrosis:
 - Kohler.
 - Freiberg.
- Relacionada con dolor en huesos supernumerarios:
 - Os tibiale.
 - Os fibulare.
 - Sesamoiditis.
- Tendinitis tibial posterior.
- Fascitis plantar.
- Fractura de stress meta.
- Alteración dedos pie:
 - Hallux valgus.

- Hallux rigidus.
- Dedo en garra, martillo, mazo.
- Supructo.
- Dedo rizado.
- Juanete de sastrero.
- Metatarsalgia:
 - Alteración fórmula metatarsal.
 - Insuficiencia primer radio.
 - Fractura de estrés.
- Tumorales.
- Infecciosas:
 - Osteomielitis aguda.
 - Osteomielitis subaguda (Brodie).
 - Osteomielitis crónica.
- Pie cavo severo.
- Pie plano severo.

1.2. Articulares

- Osteocondritis tobillo.
- Coalición tarsal.
- Inflamatorios:
 - Asépticos: sinovitis reactivas (AII).
 - Sépticas: artritis séptica.

- Tumorales:
 - Benignos partes blandas:
 - Ganglión.
 - Sinovitis villonodular.
 - Tumor células gigantes.
 - Malignos partes blandas:
 - Sinoviosarcoma.
 - Rabdomyosarcoma.
 - Benignos óseos:
 - Quiste óseo esencial calcáneo.
 - Condrioblastoma.

2. Con traumatismo agudo previo

2.1. Lesiones extraarticulares

2.1.1. Partes blandas

- Tendinitis.
- Bursitis.
- Lesiones ligamentos lateral-deltaideo.

2.1.2. Partes óseas

2.1.2.1. Fracturas sin afectación cartílago de crecimiento (fracturas metafisarias)

- En rodete.
- Fracturas con trazo capilar tercio distal tibia (sólo se ven en una proyección).

- En tallo verde.
- Completas:
 - Cerradas y abiertas.
 - Simple y conminuta.
 - No desplazadas y desplazadas.
 - Transversas, oblicuas, espiroideas.

2.1.2.2. Fracturas con afectación cartílago de crecimiento (epifisiolisis II, IV)

2.2. Lesiones articulares

2.2.1. Osteocondrales

2.2.2. Fracturas con afectación cartílago de crecimiento (epifisiolisis tipo I, III-IV, V)

¿QUÉ PUEDE HABER DETRÁS DE UN DOLOR LOCALIZADO, CON PMD EN....?

- Intentar realizar diagnóstico diferencial por punto doloroso.

¿QUÉ PRUEBA PIDO PARA AFIANZAR MI DIAGNÓSTICO?

- **RX:** si hay dolor sobre hueso y/o ha habido traumatismo.
- **Ecografía:** como estudio de partes blandas. Confirma que hay: derrame intraarticular. Estudio de "bultos" (quiste de Baker), diferencia líquido/sólido (si sólido: PAAF).
- **RMN:** si sospecha de lesión intraarticular (fragmentos osteocondrales, ligamentos, meniscos...). Para estudio de tumoración (inconveniente de sedación por debajo de 7 años).

- **TAC:** si sospecha de cuerpo libre intraarticular. Sospecha de coalición tarsal en retropié. Estudio de lesión tumoral. Nivel líquido en quiste óseo. Presencia de nidus en osteoma osteoide.
- **Gammagrafía con Tc:** estudio de actividad de una lesión ósea. Localiza patología cuando no hay punto de mayor dolor con claridad captando contraste.

¿CÓMO LO MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Al ser zonas de carga producen cojera.

El primer paso es limitar la gimnasia escolar y la bipedestación prolongada. Se pueden recomendar muletas.

El segundo es recomendar frío local, que se puede aplicar con una bolsa de guisantes unos 10-15 minutos, descansando 10, tres veces inicialmente, o si es una molestia crónica, al finalizar el día.

El tercero es mantener la extremidad en alto para reducir la inflamación que, a veces, no es muy aparente. Hay que recomendar que la articulación esté más alta que la inmediatamente más proximal 2 ó 3 días y luego mantener la descarga, total o parcialmente, 5-10 días. Puede apoyar gradualmente teniendo como límite para mandar carga la presencia de dolor. La colocación de una venda desde distal a proximal puede aliviar la sintomatología en fase de dolor agudo. Se puede reevaluar a los 4 días la necesidad de colocar una tobillera o rodillera a mantener unos 7 días más.

De no presentar contraindicación se puede dar ibuprofeno.

El **R**eposo, los **A**nalgésicos y antiinflamatorios, el **F**río local, la **E**levación de la articulación, las **M**uletas y los **V**endajes con una compresión moderada son la pauta inicial de manejo, para ello empleamos el acrónimo **RA-**

FEMV. Si no funcionase en 2-3 semanas se podría derivar al especialista.

En las apofisitis de tracción (Osgood-Schlatter, Severs, Iselin, Sinding-Johansson-Larsen) hay que decir a los padres que deja de doler al final del crecimiento del niño y que, a veces, los brotes aparecen durante 1 ó 2 años, resultando muy molestas.

A continuación se esquematizan diversas sugerencias sobre el diagnóstico diferencial, basándonos en el PMD presentado:

I. RODILLA

I.A. Dolor en cara anterior de rodilla

I.A.1. Sobre el tercio central de la cara anterior

I.A.1.1. Polo superior de rótula

- Tendinitis inserción cuádriceps.
 - Apofisitis: rodilla del saltador (SJL).
 - Rx: ¿calcificación?
 - RAFEMV 5-10d.

I.A.1.2. Sobre rótula

- Condromalacia rotuliana (síndrome de dolor en cara anterior)
 - Clínica: dolor en flexión forzada. Signo cepillo positivo.
 - Rx: axial rótula. AP: ver si bipartita.
 - Fisisio cuádriceps. RAFEMV 5-10d.
- Rótula bipartita (parece fractura, alteración en osificación).

– Clínica: dolor muy localizado.

– Rx AP: pseudo fractura en polo externo o inferior.

– Fisisio cuádriceps. RAFEMV 5-10d.

- Bursitis prerrotuliana.

– Clínica: dolor a la presión prerotula.

I.A.1.3. Polo inferior de rótula

- Tendinitis inserción rotuliano.
- Apofisitis: rodilla del saltador (SJL).
 - Rx: ¿calcificación?
 - RAFEMV 5-10d.
- Rótula bipartita en polo inferior.
 - Rx: parece fractura.
 - RAFEMV 5-10d.

I.A.1.4. Tendón rotuliano

- Tendinitis rotuliana.
 - RAFEMV 5-10d.

I.A.1.5. Tuberosidad tibial anterior

- Apofisitis de Osgood-Schlatter.
 - Rx: fragmentación en zona de inserción.
 - RAFEMV 5-10d.
 - Fisioterapia de isquiotibiales, rodillera.

I.A.2. Sobre el tercio lateral de la cara anterior

I.A.2.1. Sobre zona proximal

- Síndrome de hiperpresión de alerón rotuliano.
 - Rx: axial rótula. AP: ver si bipartita.
 - Físio cuádriceps. RAFEMV 5-10d.
- Rótula bipartita: polo supero externo.
 - Rx: parece fractura.
 - RAFEMV 5-10d.

I.A.2.2. Entre fémur y tibia

- Inflamación cuerpo de Hoffa.
 - RAFEMV 5-10d.
- Osteocondritis disecante.
 - RX AP-L.
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.
- Meniscopatía externa (cuerno anterior).
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.A.3. Sobre el tercio medial de la cara anterior

I.A.3.1. Sobre zona proximal

- Rótula bipartita polo supero medial.
 - RX AP-L.
 - RAFEMV 4-7d.
- Inflamación inserción vasto interno.

– RAFEMV 4-7d.

I.A.3.2. Entre fémur y tibia

- Inflamación cuerpo de Hoffa.
 - RAFEMV 5-10d.
- Osteocondritis disecante.
 - RX AP-L.
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.
- Meniscopatía externa (cuerno anterior).
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.B. Dolor en cara lateral externa de rodilla

I.B.1. Sobre zona proximal

- Síndrome de la cintilla iliotibial. Adolescentes corredores.
 - Rx para descartar.
 - RAFEMV 4-7d.
 - Plantillas.

I.B.2. Entre tibia y fémur

- Meniscopatía externa (menisco discoideo).
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.
- Quiste meniscal.

- RMN: diagnóstico precoz.
- Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.C. Dolor en cara lateral interna de rodilla

I.C.1. Sobre zona proximal

- Tendinitis del adductor mayor:
 - Rx Ap: a veces se ve calcificación.
 - RAFEMV 4-7d.

I.C.2. Entre fémur y tibia

- Meniscopatía interna.
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.C.3. En tibia proximal

- Tendinitis de la pata de ganso.
 - RAFEMV 5-10d.
- Osteocondroma sesil.
 - RX AP. Mandar a especialista.

I.D. Dolor en cara posterior de rodilla

I.D.1. Sobre tercio lateral

I.D.1.1. Sobre zona proximal

- Tendinitis. Patología bíceps crural.
 - RAFEMV 5-10d.

I.D.1.2. Entre fémur y tibia

- Meniscopatía externa (menisco discoideo).
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.
- Osteocondritis disecante cóndilo externo.
 - RX AP-L de rodilla.
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.D.2. Sobre tercio central

I.D.2.1. Entre fémur y tibia

- Meniscopatía.
 - RMN: diagnóstico precoz.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.D.2.2. Sobre tibia

- Quiste de Baker.
 - Ecografía.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

I.D.3. Sobre tercio medial

I.D.3.1. Sobre zona proximal

- Tendinitis. Patología bíceps crural.

I.D.3.2. Entre fémur y tibia

- Meniscopatía externa.
- Osteocondritis disecante cóndilo externo.

- Quiste de Baker.

1.D.3.3. Sobre tibia

- Quiste de Baker.
 - Ecografía.
 - Reposo deportivo. Mandar a especialista.

2. TOBILLO

La Rx si duele sobre hueso, y la ecografía para partes blandas, vs. la RMN. La resonancia diagnostica precozmente osteocondritis de astrágalo y estudia las lesiones de partes blandas en profundidad.

El manejo con RAFEMV puede ser el inicial y la reevaluación posterior puede aconsejar mandar al especialista.

Tanto para el tobillo, como para el pie el uso de plantillas de descarga suele ser de ayuda en el alivio sintomático.

2.A. Cara anterior

2.A.1. Sobre el tercio central de la cara anterior

- Tendinitis de dorsiflexores.
- Patología cápsula articular.
- Osteocondritis disecante del astrágalo.

2.A.2. Sobre tercio lateral cara anterior

- Osteocondritis disecante anterolateral del astrágalo.

2.A.3. Sobre tercio medial cara anterior

- Osteocondritis disecante pósteromedial del astrágalo.

2.B. Cara lateral

2.B.1. Sobre zona proximal

- Tendinitis peroneos.
- Lesiones óseas metafisarias, infecciosas (Brodie), tumorales benignas, fundamentalmente.

2.B.2. Sobre zona interlínea articular

- Lesiones en fisis ¿traumatismos?

2.B.3. Sobre zona distal

- Avulsiones antiguas, alteraciones de osificación del extremo distal maleolo peroneo.
- Os fibulare.

2.C. Cara medial

2.C.1. Sobre zona proximal

- Lesiones óseas metafisarias, infecciosas (Brodie), tumorales benignas, fundamentalmente.

2.C.2. Sobre zona interlínea articular

- Lesiones en fisis ¿traumatismos?

2.C.3. Sobre zona distal

- Avulsiones antiguas, alteraciones de osificación del maleolo medial.

3. PIE

El manejo con RAFEMV puede ser el inicial. Es útil con frecuencia mandar plantillas blandas de descarga, que en función de la patología tendrán diferente forma.

3.A. Sobre talón

3.A.1. Sobre zona proximal

- Tendinitis de Aquiles.

3.A.2. Sobre centro de talón

- Apofisitis de tracción: Enfermedad de Severs.
 - Rx: lateral calcáneo.
 - RAFEMV y taloneras blandas.

3.B. Sobre planta del pie

3.B.1. Sobre zona proximal

- Fascitis plantar de inserción en talón.

3.B.2. Sobre medio pie

- Fascitis plantar.

3.B.3. Sobre antepié

- Metatarsalgia.
 - Rx AP: antepié en carga.
- Enfermedad de Freiberg.
 - Rx AP: pie.
- Fractura de estrés
 - Rx AP: pie.
- Sesamoiditis
 - Rx AP: pie.

3.C. Sobre cara lateral pie

3.C.1. Sobre zona posterior

- Tendinitis peroneos.
- Apofisitis por tracción en base del 5.º metatarsiano: síndrome de Iselin.
 - Rx AP: pie.

3.D. Sobre cara medial del pie

3.D.1. Tercio proximal

- Tendinitis tibial posterior.

3.D.2. Tercio medio

- Os tibiale.
 - Rx AP: pie.
 - Plantilla.
- Enfermedad de Köhler (necrosis avascular del escafoides).
 - Rx AP-L: pie.
 - Plantilla.

3.D.3. Tercio distal

- Sesamoiditis medial.

3.E. Sobre cara anterior del pie

3.E.1. Tercio proximal

- Enfermedad de Köhler I (necrosis avascular del escafoides).

3.E.2. Tercio medio

- Enfermedad de Köhler I (necrosis avascular del escafoides).

– Rx AP: pie.

– Plantilla.

3.E.3. Tercio distal

- Enfermedad de Freiberg (enfermedad de Kohler II: necrosis avascular de la cabeza del 2.º metatarsiano).

Las maniobras de exploración articular en rodilla y tobillo sirven para aproximarse al diagnóstico, pero la más importante de todas, la mayoría de las veces es la más sencilla: el punto de mayor dolor (PMD).

Bibliografía recomendada

- Rosselli P, Duplat JL, Uribe IC, Zurriago CA, eds. Ortopedia Infantil. Bogotá: Editorial Panamericana; 2005.
- Staheli LT. Practice of pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2001.
- Staheli LT, Song KM. Pediatric orthopaedic secrets, 3rd ed. Chicago: Mosby; 2007.
- Tachdjian MO. Pediatric Orthopedics, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1990.
- Cramer KE, Scherl SA, Tornetta P, Einhorn TA (eds). Orthopaedic surgery essentials: Pediatrics. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2004.