



Mapa Conceptual

Nombre del Alumno Angélica Montserrat Mendoza Santos

Nombre del tema: Problemas ortopédicos en pediatría

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Clínica de Pediatría

Nombre del profesor: Dr. Marco Antonio Samayoa Mijangos

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Cuatrimestre: 7

PROBLEMAS ORTOPÉDICOS EN PEDIATRÍA

Un trastorno ortopédico es uno que afecta a los huesos, músculos o articulaciones de un niño

Displasia congénita de cadera

Incluidas las caderas que son inestables, malformadas, subluxadas o por completo dislocadas

Es una anomalía del desarrollo de la cadera que provoca un amplio espectro de problemas de cadera en lactantes y niños

Antes conocida como luxación congénita de cadera

ETIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO

Sexo femenino, Primogénito, Oligohidramnios, Macrosomía, Madre talla baja, Embarazo múltiple, Pie zambo, Tortícolis muscular congénita, Antecedentes familiares

La causa es multifactorial, ya que los factores hereditarios, ambientales y mecánicos tienen un papel importante. Los antecedentes familiares positivos y la laxitud generalizada de los ligamentos se han relacionado con la enfermedad

CLASIFICACIÓN

Displasia acetabular
Subluxación de cadera
Luxación de cadera

Diagnóstico

Test de barlow y ortolani
Test de galeazzi
Pruebas complementarias, ecografía, radiografía simple, tac y RM

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Inestabilidad de cadera. Los clicks y la asimetría de pliegues son hallazgos inespecíficos y se debe hacer la sospecha sólo si se acompaña de una exploración patológica.
A partir de los 6 meses hay una limitación en la movilidad y acortamiento del miembro

TRATAMIENTO

Quirúrgico en niños mayores de edad y adultos
En menores de 3 años de edad se utiliza tracción cutánea
Arnés de pavlik en recién nacidos hasta los 6 meses de edad

El pie plano consiste en que hay un área de contacto plantar grande. Se asocia con valgo de retropié y una reducción en la altura del arco longitudinal

Etiología: Feto grande, embarazo gemelar, oligoamnios. Historia familiar, desequilibrio entre los músculos gastrocnemios

Clasificación: Fisiológicos y patológicos

Clínica: el arco se hace evidente, al pararse de puntas, tener el pie en el aire o al dorsiflexionar. Debe existir al menos de 15 a 20° de desflexión del tobillo

Diagnóstico: En bipedestación el pie parece aplanado y el talón puede mostrar una deformidad en valgo moderada.

Tratamiento: No requiere ningún tratamiento, no es una patología que cause impotencia funcional. Modificaciones del calzado o el uso de la plantilla

El pie cavo consiste en una elevación anómala de la bóveda de la planta. Es una alteración estructural que produce un arco plantar más elevado de lo normal.

Los dedos pueden quedar agarrotados o flexionados hacia dentro, lo que disminuye el tamaño del pie

Etiología: Cavocaro: deformidad cavovaro, hereditario, enfermedad neuromuscular, espina bífida, poliomielitis, ataxia de Friedreich, Charcot-Marie-Tooth

Diagnóstico: El diagnóstico es clínico y se puede apoyar de estudios radiológicos

Tratamiento: Estiramiento manual del pie, enyesado, el lactante usa férula artesis sólo durante la noche

El pie equinovaro se describe como la inversión del talón, inversión y aducción del antepié y el mesopié y el torso en posición equina

Clasificación: Pie zambo posicional, pie zambo idiopático, pie zambo teratológico

Etiología: Idiopática, factores mecánicos intrauterinos, detención del desarrollo, defecto neuromuscular, defecto primario del plasma germinativo

Diagnóstico: Clínico, la presencia de un pie zambo se debe empezar por la búsqueda de problemas musculoesqueléticos y radiografías, RM, ecografía

Tratamiento: Reducción concéntrica de la luxación o subluxación de la articulación. Conservar la reducción. Restaurar la alineación articular normal del torso y tobillo. Establecer equilibrio muscular, lograr que el niño tenga un pie móvil, con función y bipedación normales

LEGG CALVÉ PERTHES



Necrosis aséptica de la cabeza femoral de los niños debido a una alteración idiopática de la circulación. Pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGÍA

Impedimento de la irrigación sanguínea a la cabeza del fémur. Necrosis de algunas partes del hueso, frágiles y provocando su aplastamiento. El hueso muerto es reabsorbido

Formación de nuevos vasos sanguíneos a la cabeza femoral. Proceso que tarda de 3 a 4 años. Hueso igual al original y deformado o incongruente con el acetábulo

FACTORES RELACIONADOS

Sinovitis articular

Alteraciones en la coagulación

Trombofilia

Traumatismos de repetición

Uso de corticoides

Talla baja y retraso en la maduración ósea

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor en articulación de la cadera o zona de la ingle. Cojera ligeramente acentuada. Pérdida de la movilidad de cadera. Contractura de abductores, disimetría de miembros inferiores

TRATAMIENTO

Fisioterapia, analgésicos, auxiliares de la marcha, cirugía en edad adulta

FRACTURAS



Ruptura total o parcial de un hueso. En pediatría son la primera causa de mortalidad entre los niños mayores de 1 año. Las causas más frecuentes son las caídas y los accidentes

LOCALIZACIONES FRECUENTES

Radio: 45%
Húmero: 18,4%
Tibia: 15,1%
Clavícula: 13,8%
Fémur: 7,6%

CLASIFICACIÓN

Salfer y Harris
1-4

TIPOS DE FRACTURAS

Incurvación plástica
Rodete
Tallo verde
Completa
Epifisiolisis