

# URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS



Cristina Valdivia Villodre (R1)  
Tutor: German Lloret  
Servicio de Pediatría  
Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis

# ÍNDICE

---

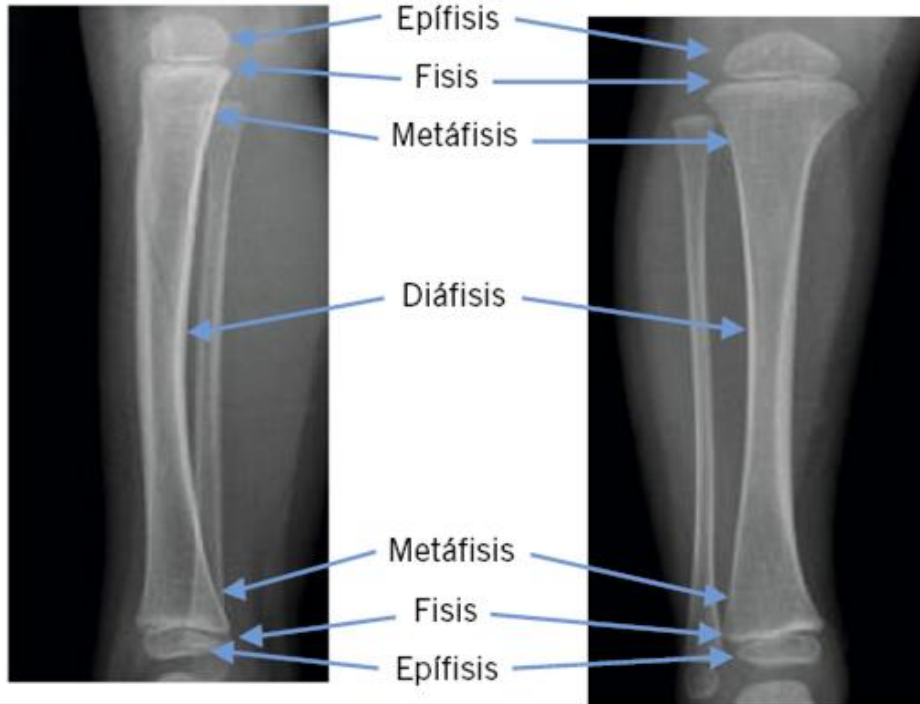
1.	INTRODUCCIÓN	
2.	MIEMBRO SUPERIOR	a) Exploración física
3.	MIEMBRO INFERIOR	b) Diagnóstico
		c) Manejo
4.	CONCLUSIONES	
5.	BIBLIOGRAFÍA	

# 1. INTRODUCCIÓN

---

- ❑ Los traumatismos son uno de los principales motivos de consulta en AP y Urgencias
- ❑ Sufren una fractura, el 42% de los niños y el 27% de las niñas
- ❑ El tejido óseo infantil presenta una composición y unas características fisiológicas propias
- ❑ Esto condiciona una respuesta particular y unos tipos de fractura específicos de la infancia







## Anatomía: zonas del hueso



## SEGÚN LA LOCALIZACIÓN

- Metafisarias (45%).
- Diafisarias (35%).
- Fisarias o epifisiolisis (15-20%).
- Epifisarias (<5%).

# TIPOS DE FRACTURA:





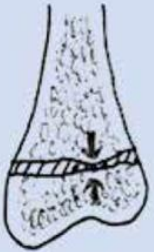
					
hueso normal	incurvación plástica	rodete	"tallo verde"	completa	epifisiolisis

# FRACTURAS FISARIAS:

1. Tipo I: (15,6%).
2. Tipo II: (59,2%).
3. Tipo III: (11%).
4. Tipo IV: (8,6%).
5. Tipo V: (0,3%).

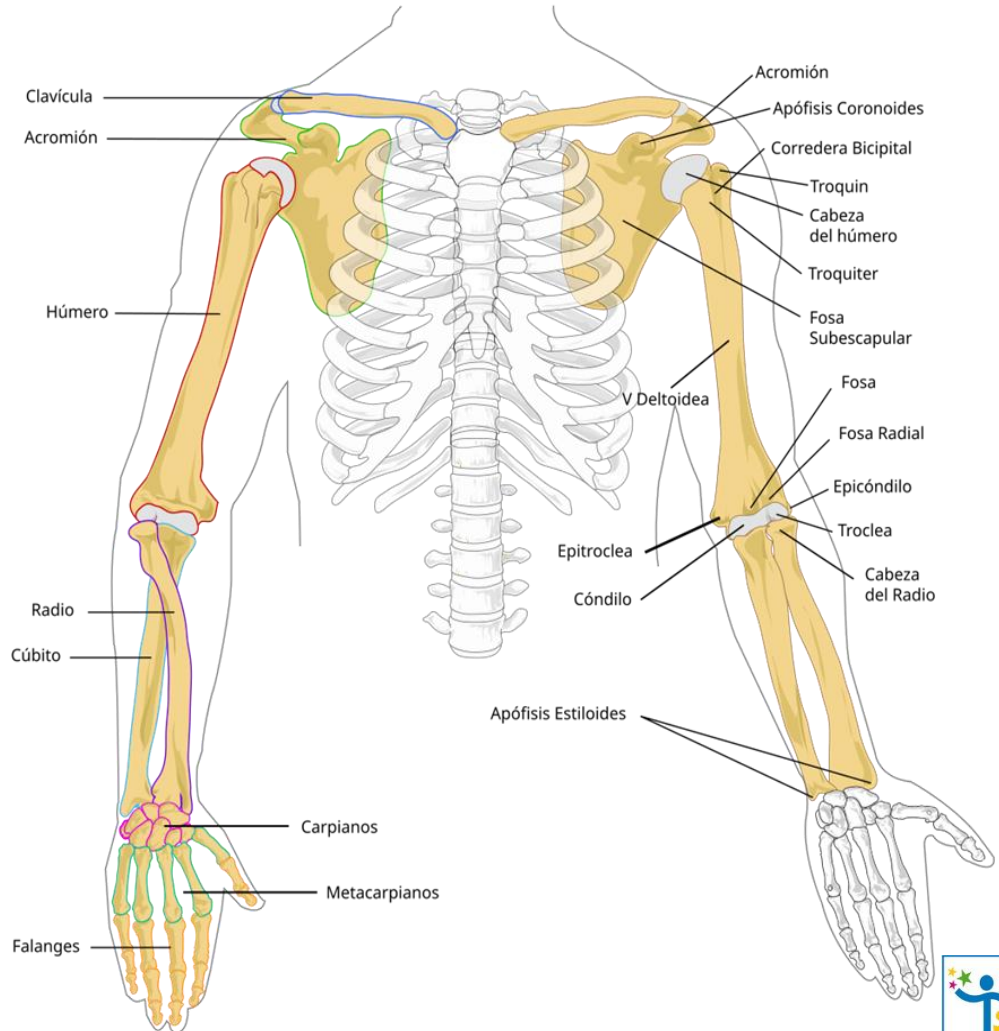
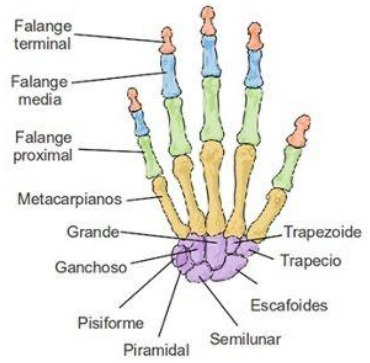
Tabla IV. Fracturas fisarias, clasificación y tratamiento

## Clasificación de Salter y Harris

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	Tipo V
				
Fracturas extraarticulares		Fracturas articulares		Difícil ver en Rx
Reducción cerrada BAG + inmovilización		Reducción cerrada/abierta + síntesis con agujas (transfisarias) o tornillos (no transfisarios)		Tratamiento de secuelas

**ANTE LA SOSPECHA DE UNA FRACTURA INESTABLE O CON  
DEFORMIDAD, SE DEBE COLOCAR UNA INMOVILIZACIÓN  
PROVISIONAL**

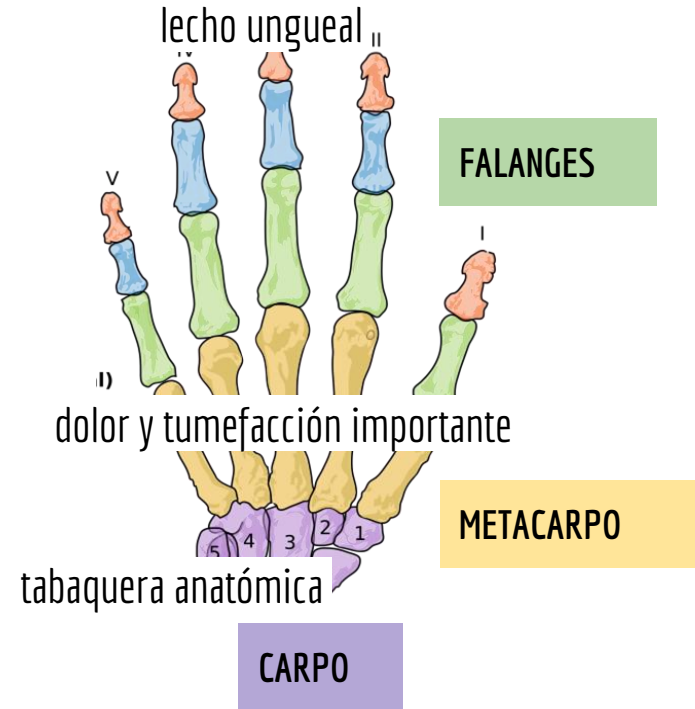
# 2. MIEMBRO SUPERIOR





## 2. MIEMBRO SUPERIOR

1. EXPLORACIÓN FÍSICA:
  - INSPECCIÓN: deformidad, eritema, edema.
  - PALPACIÓN
  - RANGO DE MOVILIDAD: amplitud, fuerza y sensibilidad
  - Exploración neurovascular



# 2. MIEMBRO SUPERIOR



**CODO**

**RADIO**

**CÚBITO**

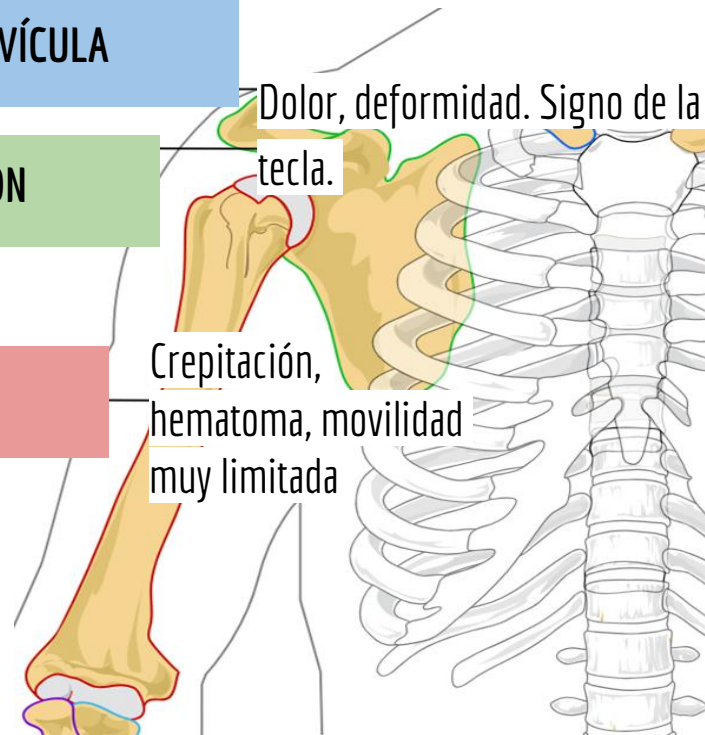


Deformidad e  
impotencia  
funcional

**CLAVÍCULA**

**ACROMIÓN**

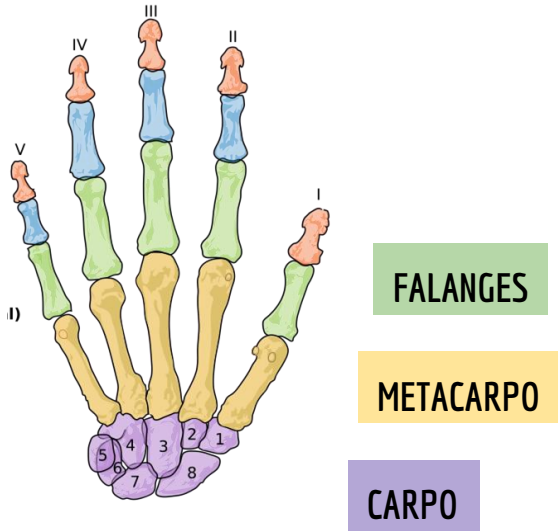
**HÚMERO**



Dolor, deformidad. Signo de la  
tecla.

Crepitación,  
hematoma, movilidad  
muy limitada

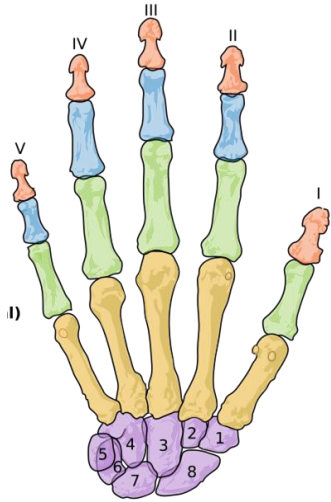
# 2. 1 MANO



## 1. DIAGNÓSTICO:

- **FALANGES:** RX AP, lateral y oblicua
- **METACARPO:** RX AP y oblicua
- **CARPO:** RX AP y lateral (proyección escafoides)

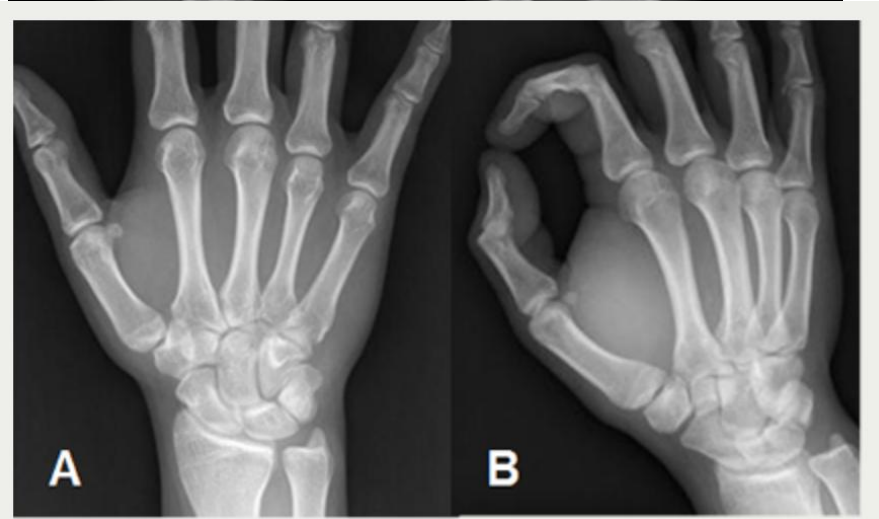
# 2.1 MANO



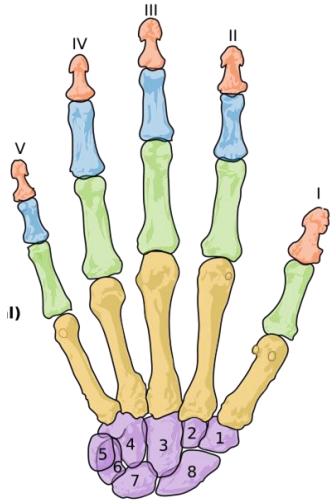
FALANGES

METACARPO

CARPO



# 2.1 MANO



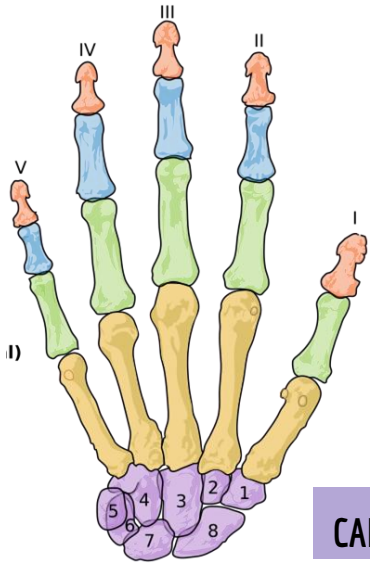
FALANGES

METACARPO

CARPO



# Diagnóstico:



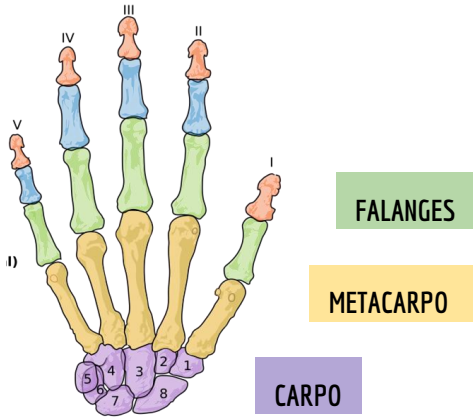
FALANGES

METACARPO

CARPO



# Manejo:

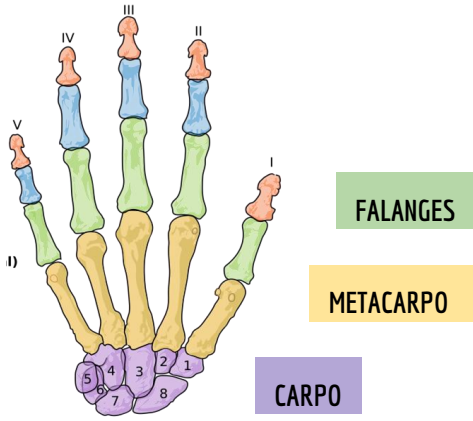


## FALANGES:

- **DISTAL:**
  - cuello + diáfisis: férula digital
  - base: dorsal : ortesis hiperextensión tipo stack.
- **MEDIA + PROXIMAL:**
  - Diáfisis: sindactilia
  - Base: férula digital



# Manejo:



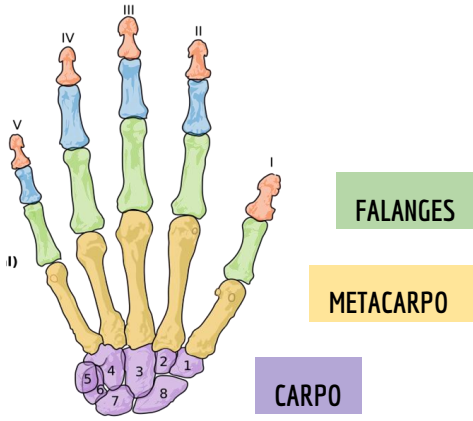
## **METACARPO:**

- Diáfisis: férula antebraquial
- Cuello: férula antebraquial “intrínseco plus”





# Manejo:



## CARPO:

- FX escafoides: férula escafoides



# 2.2 ANTEBRAZO

## **RADIO**

- EPIFISOLISIS
- RODETE
- TALLO VERDE
- FX METAFISIS
- FX DIAFISARIA

## **CÚBITO**

- EPIFISOLISIS
- RODETE
- TALLO VERDE
- FX METAFISIS
- FX DIAFISARIA

RX AP y lateral

**RADIO**

**CÚBITO**



# Diagnóstico:



# Manejo:

## RADIO

- EPIFISOLISIS
- RODETE
- TALLO VERDE\*
- FX METAFISIS\*

## CÚBITO

- EPIFISOLISIS
- RODETE
- TALLO VERDE\*
- FX METAFISIS\*



Férula  
antebraquial

**FX DIÁFISIS:**  
-Férula braquial

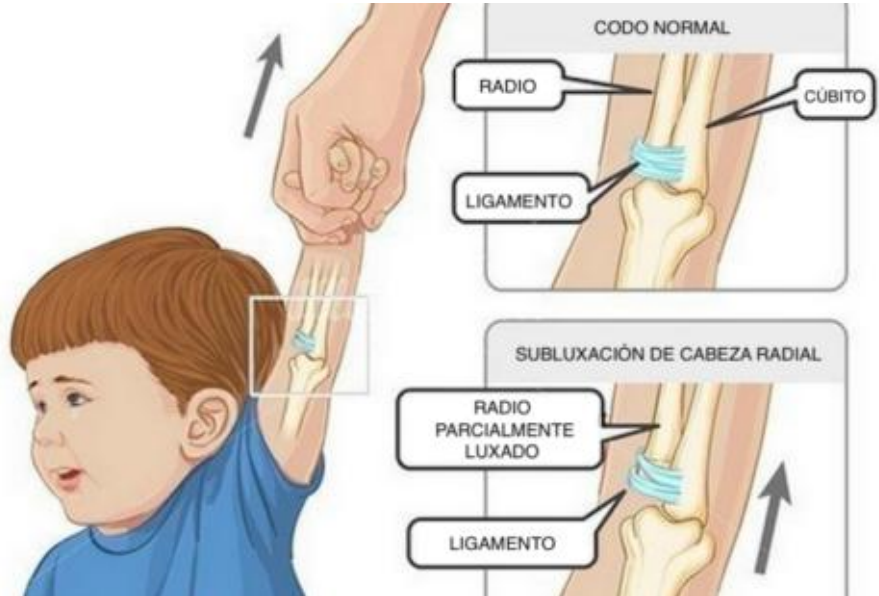
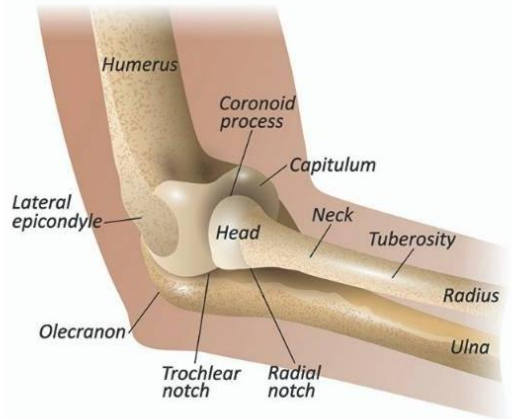


RADIO

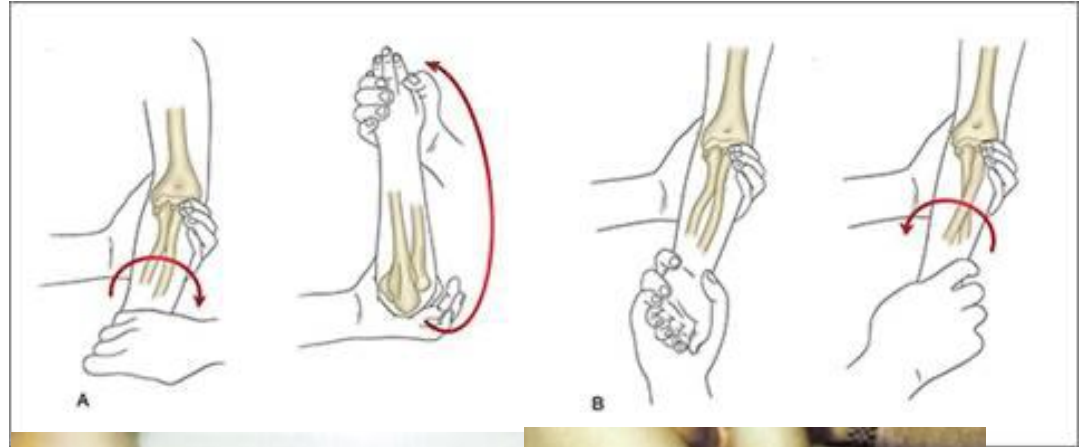
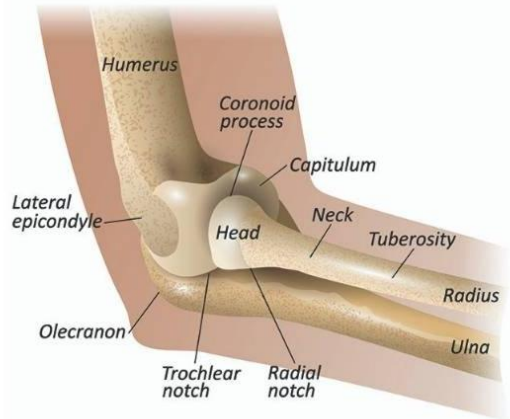
CÚBITO



# 2.3 CODO



# 2.3 CODO



# Fractura suprancondílea:

## Gartland classification



Type I



Type II



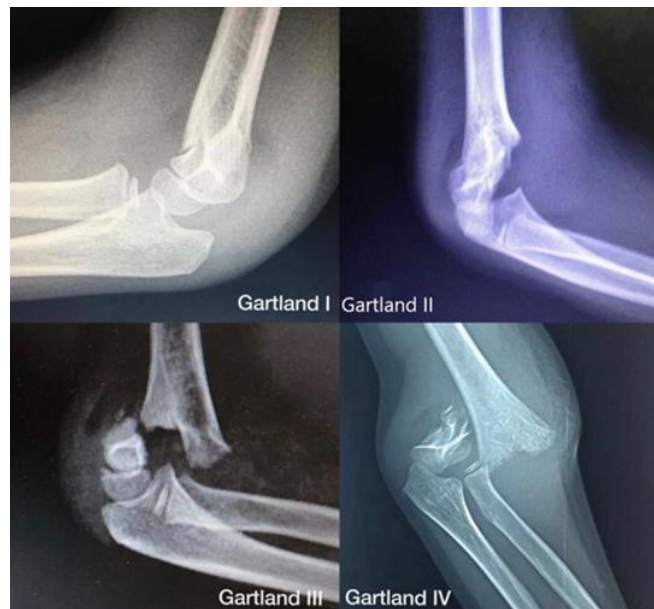
Type III

Férula braquial

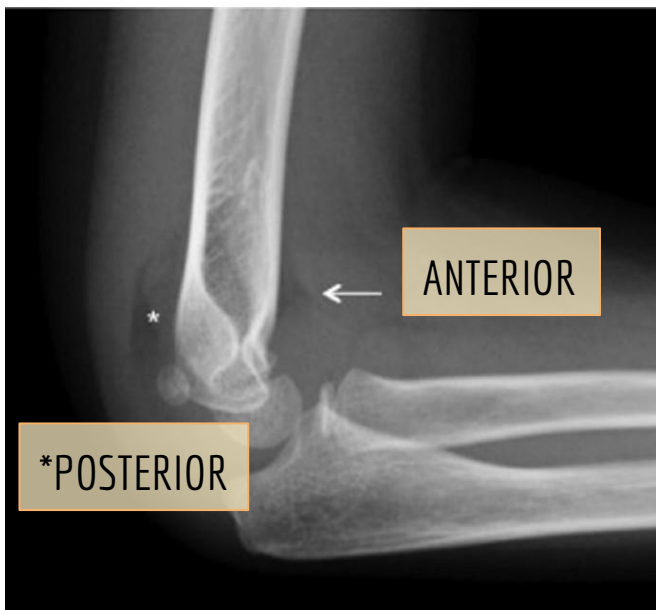
Reducción cerrada + agujas  
→ férula braquial

DIAGNÓSTICO

RX AP y Lateral



## Signo de almohadilla grasa:





# 2.4 HOMBRO

## HÚMERO

- Epifisiolisis → RX AP y TRANSTORÁCICA

Cabestrillo



## CLAVÍCULA

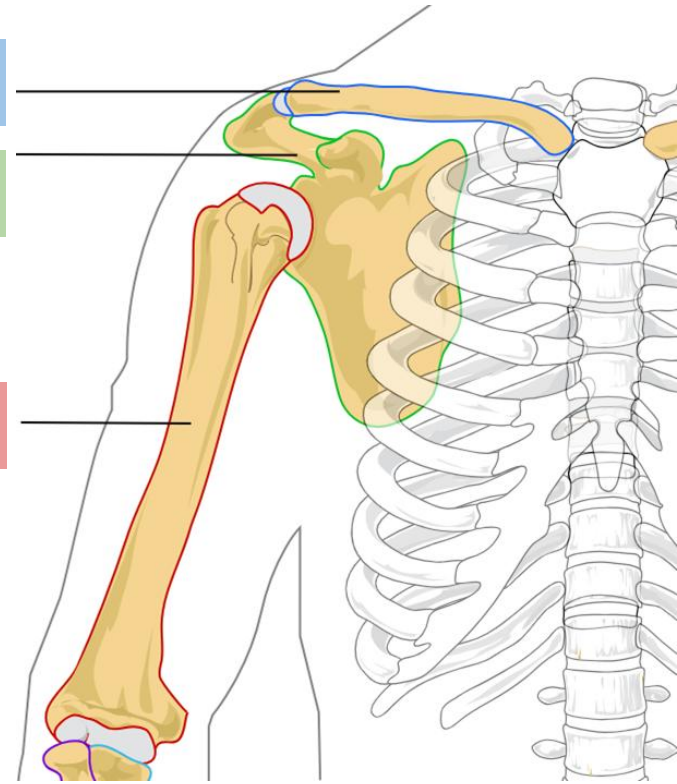
- $\frac{1}{3}$  medio → RX AP
- $\frac{1}{3}$  lateral

Cabestrillo

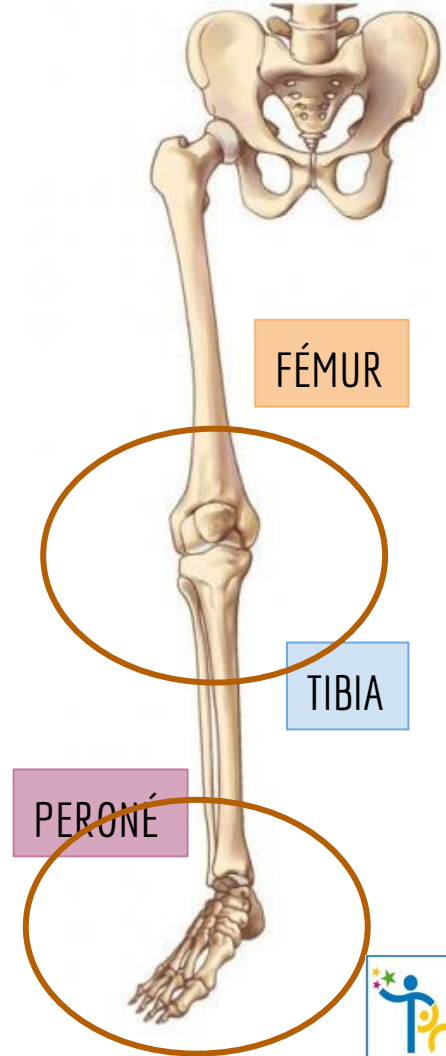
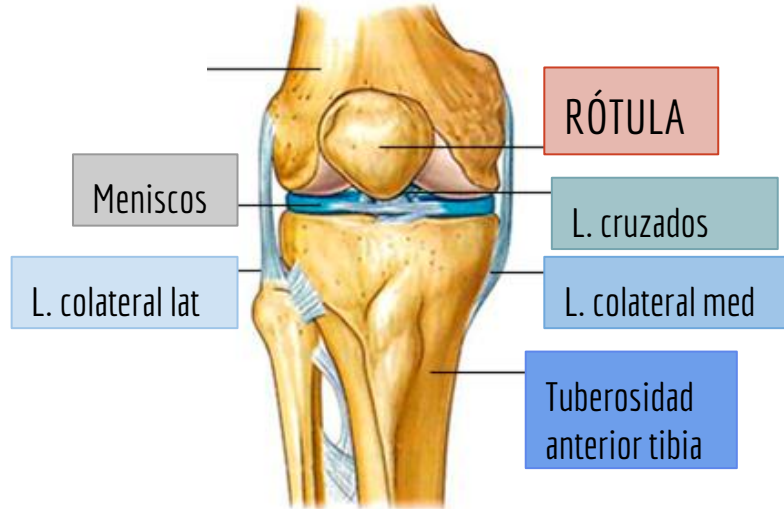
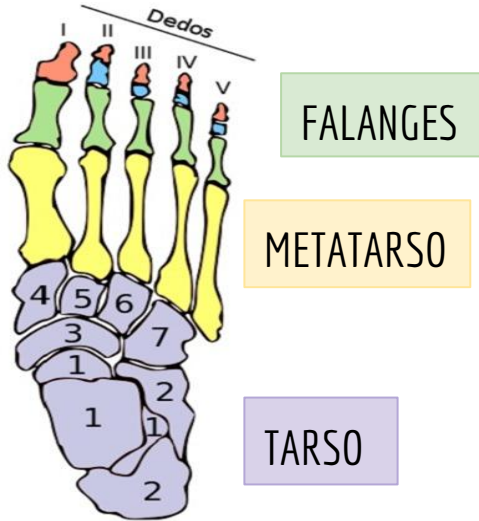
CLAVÍCULA

ACROMIÓN

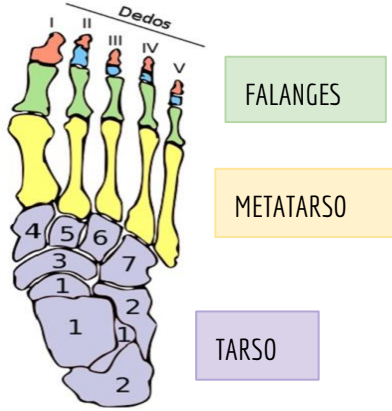
HÚMERO



# 3. MIEMBRO INFERIOR

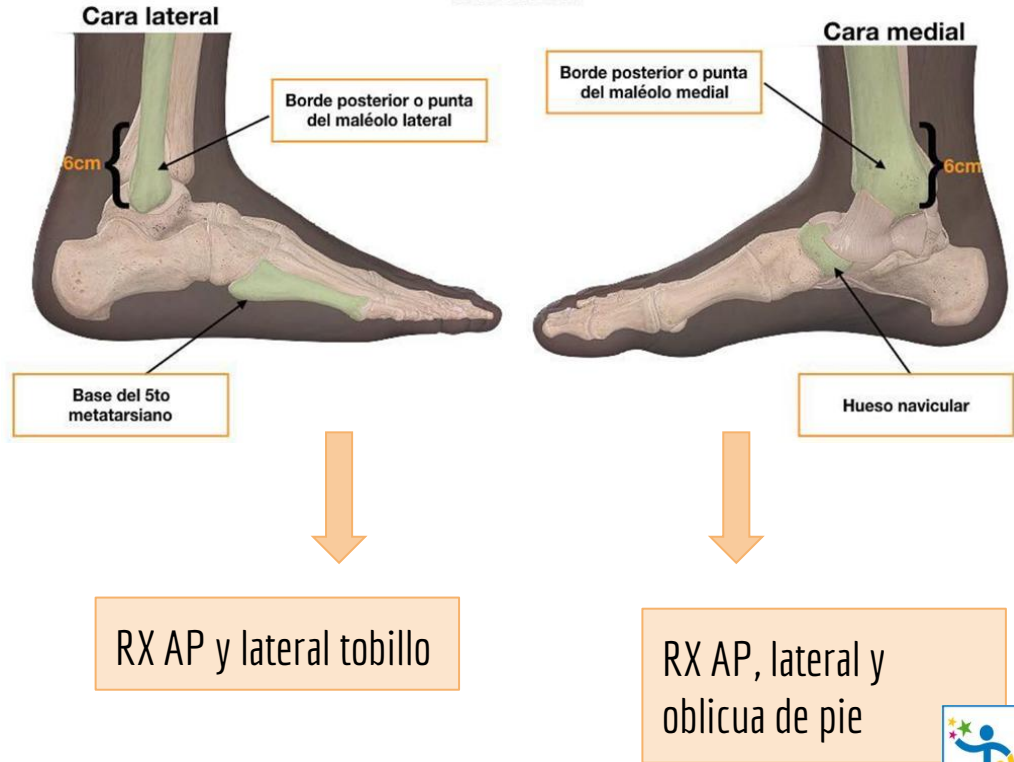


# 3.1 PIE Y TOBILLO

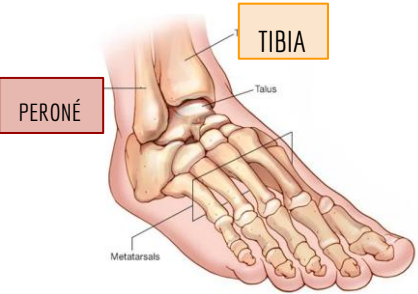
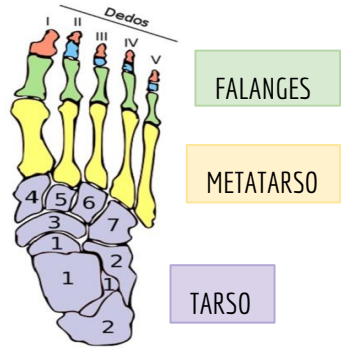


DIAGNÓSTICO:

CRITERIOS DE OTTAWA



# 3.1 PIE Y TOBILLO



MANEJO:

FALANGES sindactilia

METATARSO\* férula suropédica

TARSO férula suropédica

- Astrágalo y calcáneo: caídas altura. EF neuromuscular y PB \*\*
- Escafoides y cuboides

\*\*IC a trauma

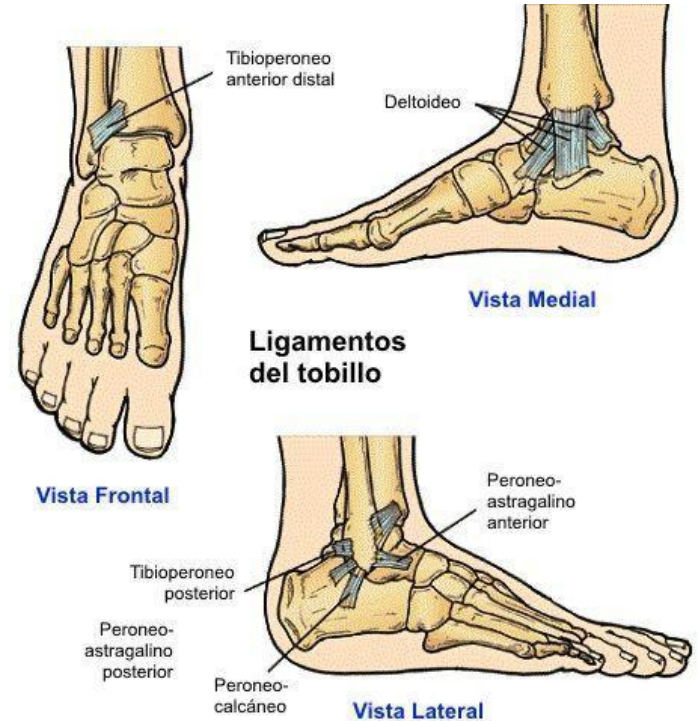
EPIFISIOLISIS TOBILLO: férula suropédica



# 3.2 TOBILLO

## ESGUINCE DE TOBILLO

<u>GRADO I</u>	<u>GRADO II</u>	<u>GRADO III</u>
Leve dolor sin edema ni hematoma	Moderado dolor con edema en primeras horas +/- hematoma	Dolor con edema y hematoma inmediato
Tolera carga	Cojera	No tolera carga
Vendaje compresivo con apoyo	Férula suropédica sin apoyos	



# 3.3 TIBIA Y PERONÉ

Fx de primeros pasos: espirodia distal no desplazada

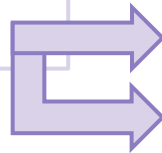
RX AP y

→ Férula suropédica

lateral

Diáfisis tibia: dolor es importante y la impotencia funcional absoluta

Diáfisis peroné: dolor es ligero y referido a la cara lateral

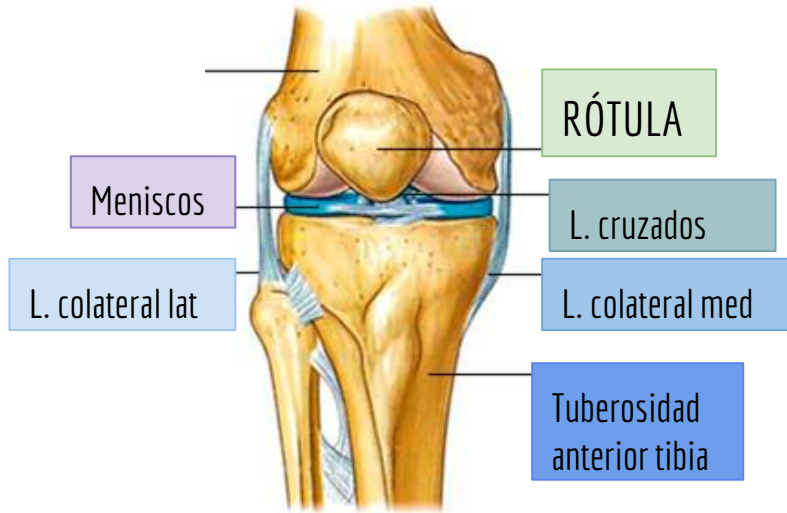


RX AP y lateral

→ Férula suropédica



# 3.4 RODILLA



## Exploración física:

- Palpación: signo del peloteo
- ANTERIOR: posición rótula
- MEDIAL/LATERAL: interlínea
- POSTERIOR: cajón anterior/posterior

# 3.4 RODILLA

## Enf. Osgood-Schlatter:

- Dolor selectivo, aumenta con actividad física
- RX lateral + semiflexión +/- ecografía (NO necesario)
- Reposo + AINES

## FX rótula:

- Trauma directo
- RX AP, lateral y axial
- Férula cruropédica





# 3.5 FÉMUR

## PROXIMAL:

- Alta energía: no tolera carga
- Rotación externa y acortamiento

RX AP y axial cadera

Tracción blanda

## DIÁFISIS:

- Alta energía
- Deformidad e inflamación

RX AP y LAT fémur

Tracción blanda

## DISTAL:

- Alta energía
- Deformidad e inflamación
- PULSOS DISTALES

RX AP y LAT fémur  
+/- AP Y LAT rodilla

Tracción blanda

¡¡IC URGENTE  
A COT!!



# 3.6 CADERA

	<b>Enfermedad Perthes</b>	<b>Displasia de Meyer</b>	<b>Artritis séptica</b>	<b>Sinovitis transitoria</b>	<b>Tuberculosis</b>	<b>Artritis idiopática juvenil</b>
<b>Edad</b>	3 -12 años	< 4 años	1-10 años	5-10 años	3-12 años	1-3 años
<b>Bilateralidad</b>	10%	50%	90% unilateral	Unilateral	Unilateral	- Oligoarticular - Poliarticular - Sistémica
<b>Etiología</b>	Necrosis ósea avascular	Desconocida	Estafilococo, estreptococo, <i>Kingella kingae</i>	Viral	Contacto familiar cercano	Autoinmune
<b>Clínica</b>	Dolor y cojera	Asintomático	Fiebre 38°-39° C	Dolor sin fiebre	Dolor, dificultad funcional, inflamación fría	Dolor, inflamación, limitación articular
<b>Diagnóstico</b>	Radiografía según fase evolutiva: normal, fragmentación, condensación, fracturas subcondrales	Radiografía con retraso osificación epifisaria femoral inicial	- Ecografía muestra líquido y aumento del espacio capsular anterior > 2 mm - Analítica con VSG y PCR aumentados - Leucocitosis	Ecografía muestra engrosamiento e inflamación de cápsula articular	- Radiografía con osteopenia, osteolisis y pinzamiento articular - Laboratorio - Biopsia	- VSG, PCR, -ferritina elevados - Leucocitosis
<b>Tratamiento</b>	Médico o quirúrgico	Observación	- Lavado articular - Antibioterapia	Médico (AINES)	- Médico (Antibioterapia) - Inmovilización - Quirúrgico	- Médico (AINES, metotrexate, corticoides) - Fisioterapia

# 4. CONCLUSIONES

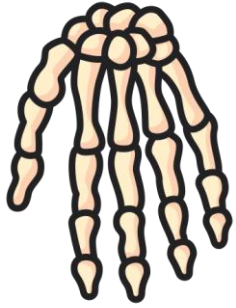
---

- Los traumatismos son uno de los principales motivos de consulta. Se debe tener en cuenta las fracturas específicas de la infancia
- Las fracturas epifisarias son más graves por la mayor posibilidad de complicaciones como la detención del crecimiento y deformidad progresiva por afectación asimétrica del cartílago de crecimiento
- Ante la sospecha de fractura inestable o con deformidad, se recomienda colocar una inmovilización provisional.
- Analgesia adecuada al grado de dolor. Siempre se ha de administrar antes de cualquier manipulación del foco de fractura
- Es fundamental conocer el adecuado abordaje diagnóstico para lograr un manejo terapéutico precoz

# 5. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Lopez-Olmedo J. Fracturas infantiles más frecuente. Esguinces y epifisiolisis *Pediatr Integral* 2019; 23 (4): 221 – 224
2. Martinez-Alvarez S, Vara-Patudo I, González-Zapata D. Fracturas del miembro superior en pacientes pediátricos. *Slaot*. 2017; 2(4)
3. Monton-Alvarez J.L, Saez-Fernandez A.L, Fernández Rodríguez T. La rodilla en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 2014; 18(7): 425-441
4. Peña-Cardona C, Medina Madrid J, Trujillo González C, Peña López A, González González V. Actualización en fracturas supracondíleas del codo en la infancia. *Medicina UPB*. 2020; 39(1), 57-70.
5. Orgaz-Gallego M, Tricio-Armerob M. Enfermedad de Osgood Schlatter: a propósito de dos casos. Elsevier, 2009; 35(8):418-420



# URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS



[cristinavaldiviavillodre@gmail.com](mailto:cristinavaldiviavillodre@gmail.com)

