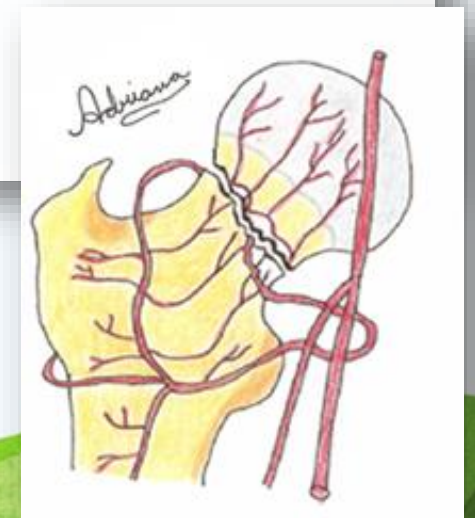
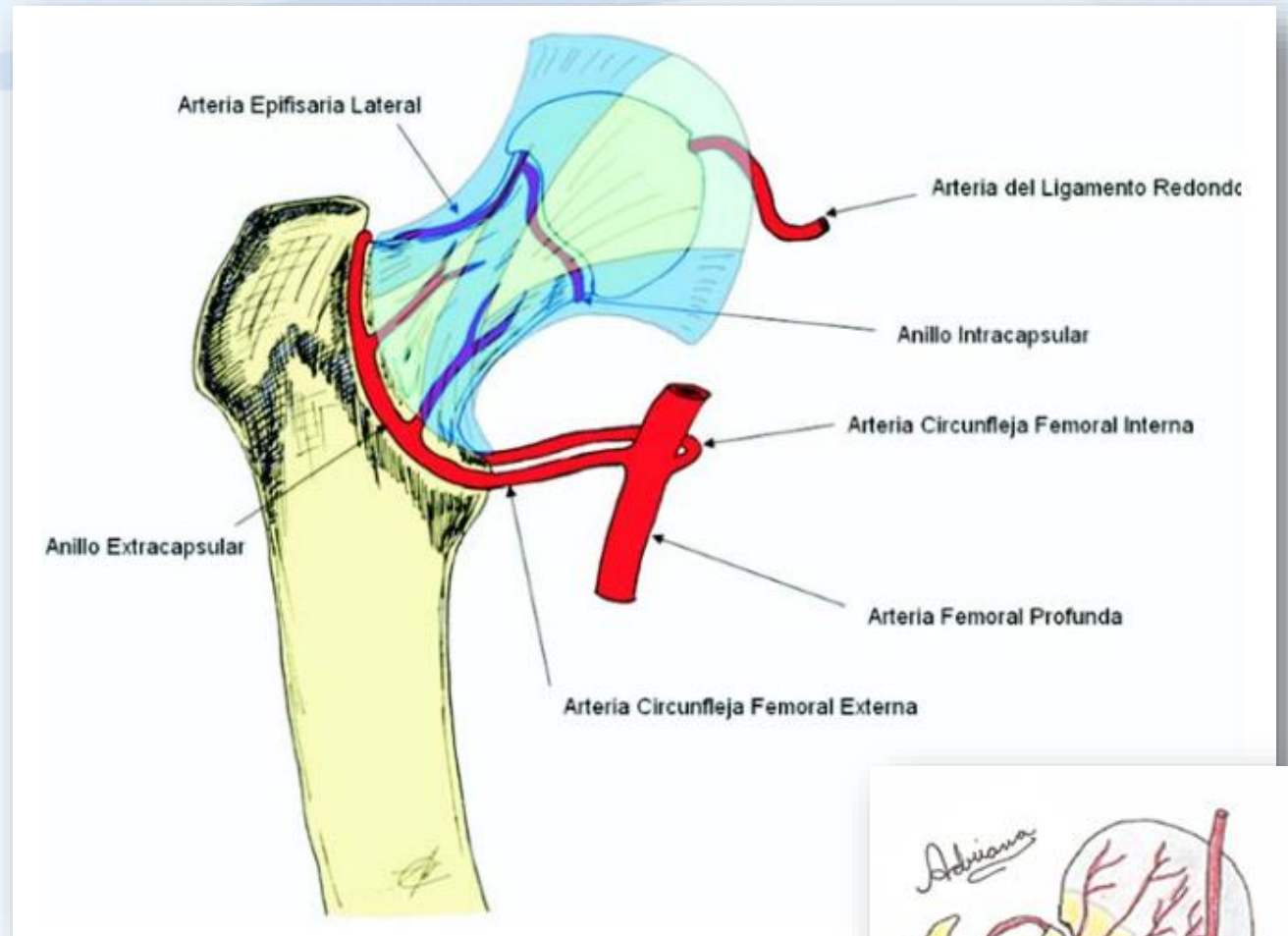
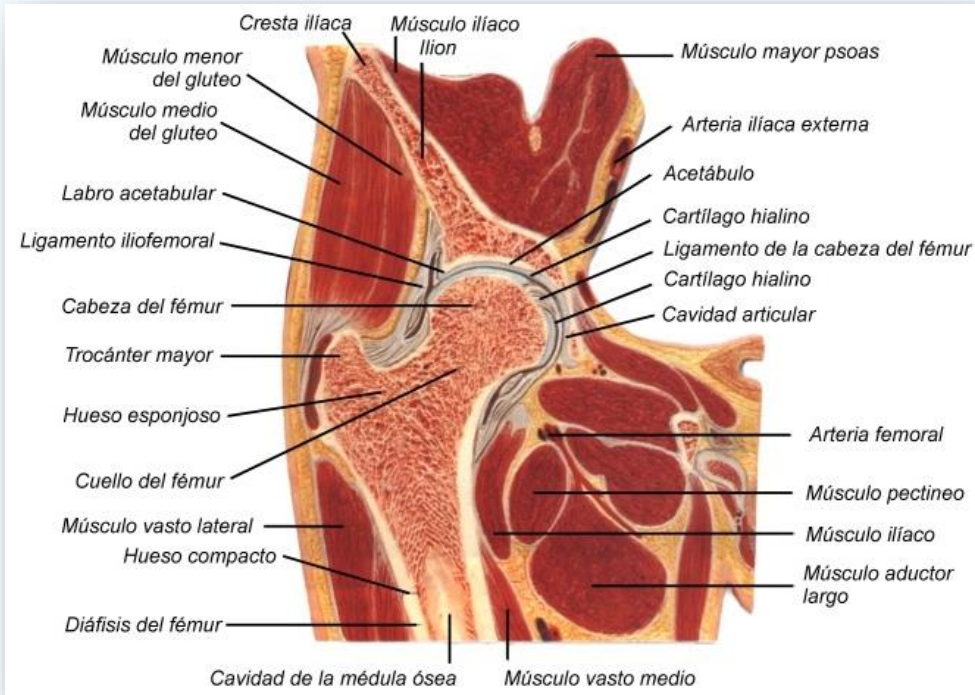


A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with a brown path. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky. The background consists of layered blue and white waves, suggesting a sky or water. The overall style is flat and modern.

# DOLOR DE CADERA EN URGENCIA

*Interna Evelyn Vilca Alfaro*

# Anatomía



Mayor riesgo de labilidad vascular

Riesgo de necrosis isquémica proximal del fémur



# Definición

*Coxalgia → Dolor referido a la articulación de la cadera.*

*El compromiso de la cadera puede manifestarse clínicamente de diversas formas dependiendo entre otras causas de su capacidad de marcha (cojera).*

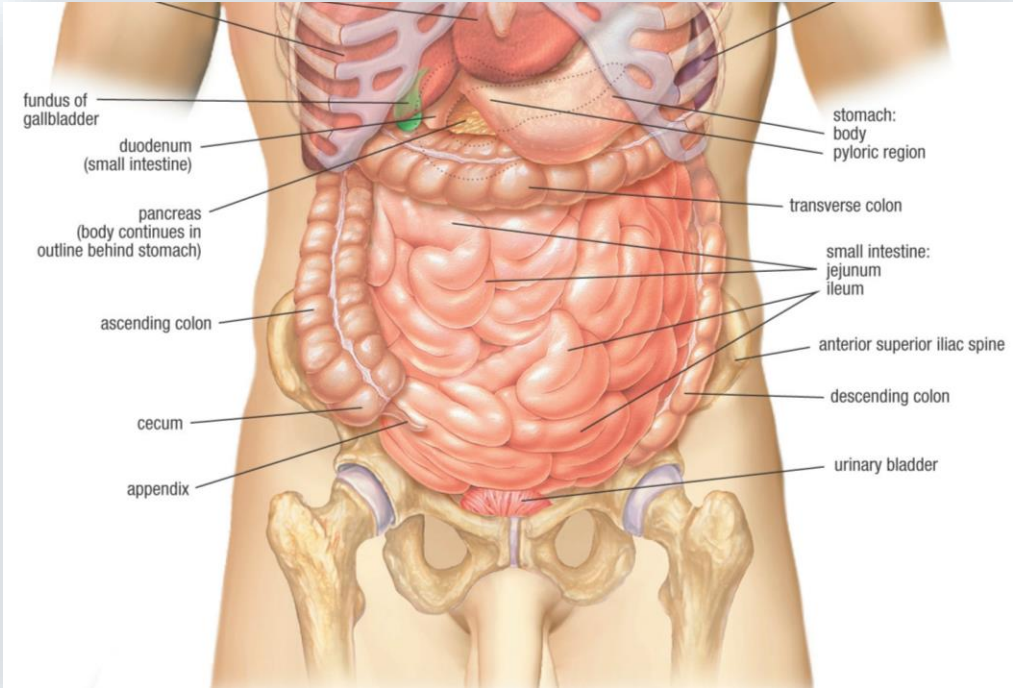


# Clasificación

Coxalgia

Dolor propio  
Cadera

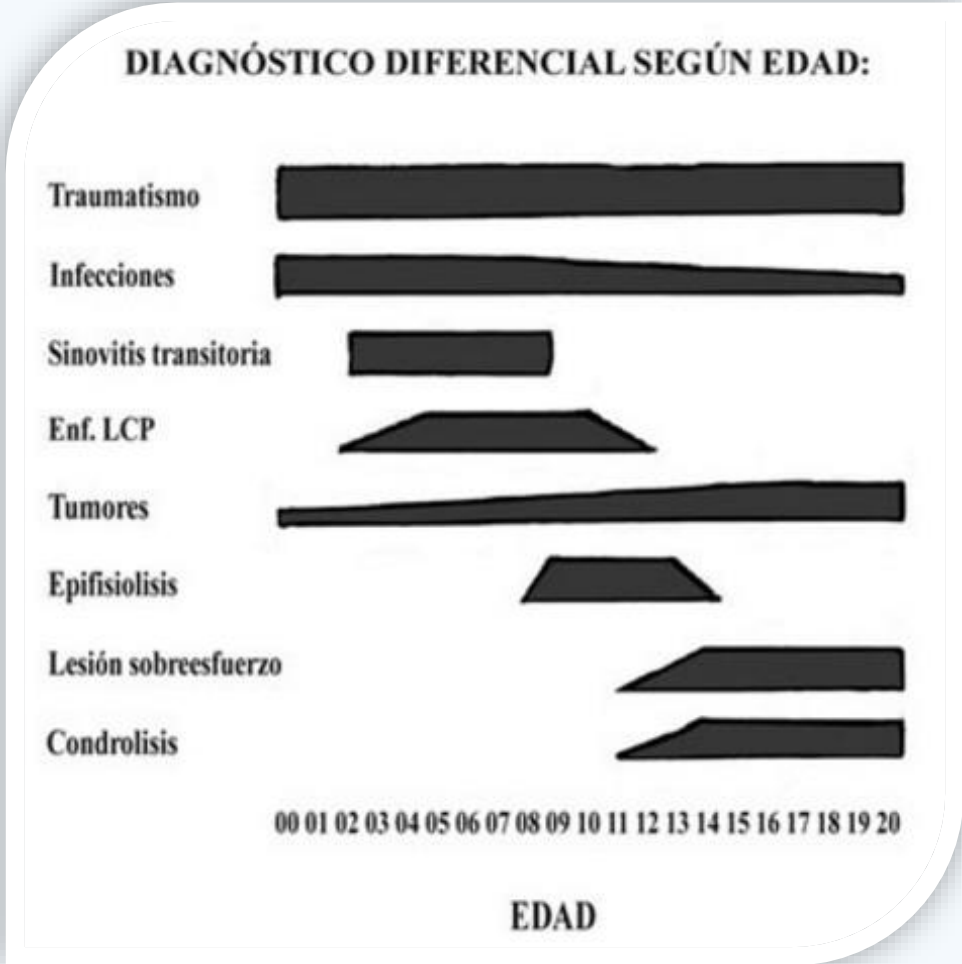
Dolor  
Referido



# Clasificación



# Clasificación





# Clasificación





# *Valoración Diagnóstica*

*Historia clínica*

*Examen Físico*

*Exámenes complementarios*



# Valoración diagnóstica

A  
n  
a  
m  
e  
s  
i  
s

Características del Dolor (Inicio, duración, localización, factores agravantes/atenuantes)

Síntomas Asociados (fiebre, CEG, exantema, dolor abdominal, entre otros)

Traumatismo Previo y/o Actividad física intensa

Historia Personal (EDAD, patologías, infección reciente)

Historia Familiar (Enfermedades reumatológicas, hematológicas)

# Valoración Diagnóstica

E  
X  
·  
F  
í  
s  
i  
c  
o

## Examen Físico General

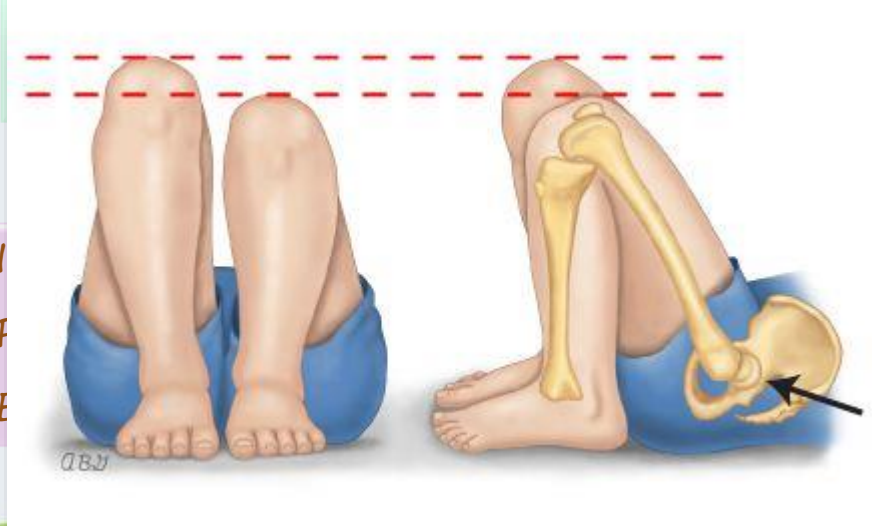
- Aspecto general, comportamiento. Marcha
- Estado nutricional (peso)
- Signos vitales, Temperatura.

## Examen Físico Segmentario

- Lesiones de piel: exantemas, púrpura. Adenopatías
- Examen abdominal (Hernias, esplenomegalia, signos de irritación, matorios)

## Examen locomotor

- I
- F
- E



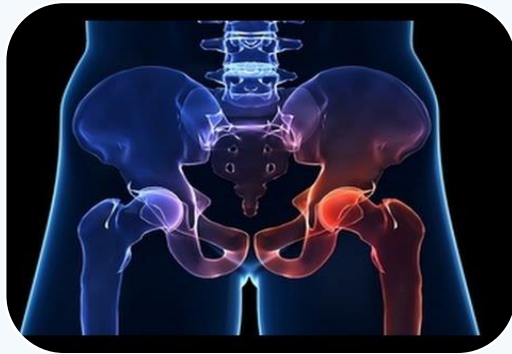
os. Test Galeazzi

st FABER (o Patrick)



# Valoración Diagnóstica

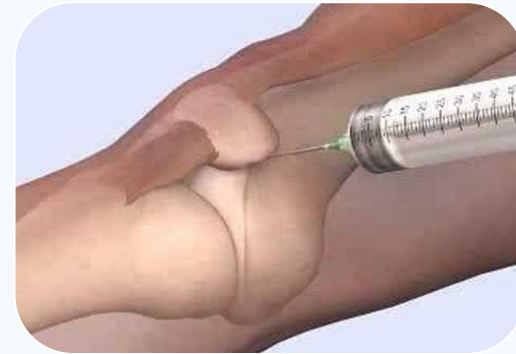
## Exámenes Complementarios



Radiografías



Exámenes  
sanguíneos



Cultivos



# Banderas Rojas

- *Dolor nocturno.*
- *Fiebre y sudoración nocturna.*
- *Compromiso del estado general.*
- *Palidez, hematomas, adenopatías y hepatoesplenomegalia.*
- *Anemia y trombocitopenia.*
- *Artritis con discrepancia de longitud de extremidades inferiores o contractura*
- *Patrones de lesión sugestivos de no accidental*





# Causas Traumáticas

*Contusiones*

*Fracturas*

*Lesiones por sobreuso*





# *Causas Infecciosas*

*Artritis Séptica (AS)*

*Osteomielitis*



# Artritis Séptica

*Infección de la membrana sinovial y del espacio articular.*

- *Patología frecuente en los primeros años de vida. 60% en 1º año.*
- *Localización frecuente de AS, junto a la rodilla.*
- *Etiología St. Aeurus, St. Pyogenes, S. pneumoniae, Kingella Kingae, Hib*
- *vía hematógena.*

*Urgencia médica → tratamiento qx médico.  
Conlleva destrucción de articulación y discapacidad.*

# Artritis Séptica

- Monoarticular (95% de los casos)
- Inicio agudo



ABDUCCION  
ROTACION  
EXTERNA  
y  
FLEXION

Impotencia  
funcional

Fiebre

Irritabilidad

Calor  
local

Pseudo  
parálisis

Tumefacción

Dolor

Eritema



# Artritis Séptica

Exámenes de

Líquido Articular	Normal	Artritis Séptica	Inflamatoria	Traumática	TBC
Aspecto	Claro	Turbio	Turbio	Claro, Turbio o Hemorrágico	Turbio
Leucocitos	<50.000	>50.000	200-80.000	50-4000	2.500-100.000
PMN	<30%	>70%	50-80%	<30%	>60%
Leucocitos	<12.000/mm <sup>3</sup>	>12.000/mm <sup>3</sup>	30-50%	No diferencia	40-70
VHS	<40	>40	Malo	Bueno	Malo
Comentarios		Cultivos y Gram (+)	Según entidad responsable	Frecuente en Hemofílicos	Cultivo (+) y PPD

**Criterios De Kocher**

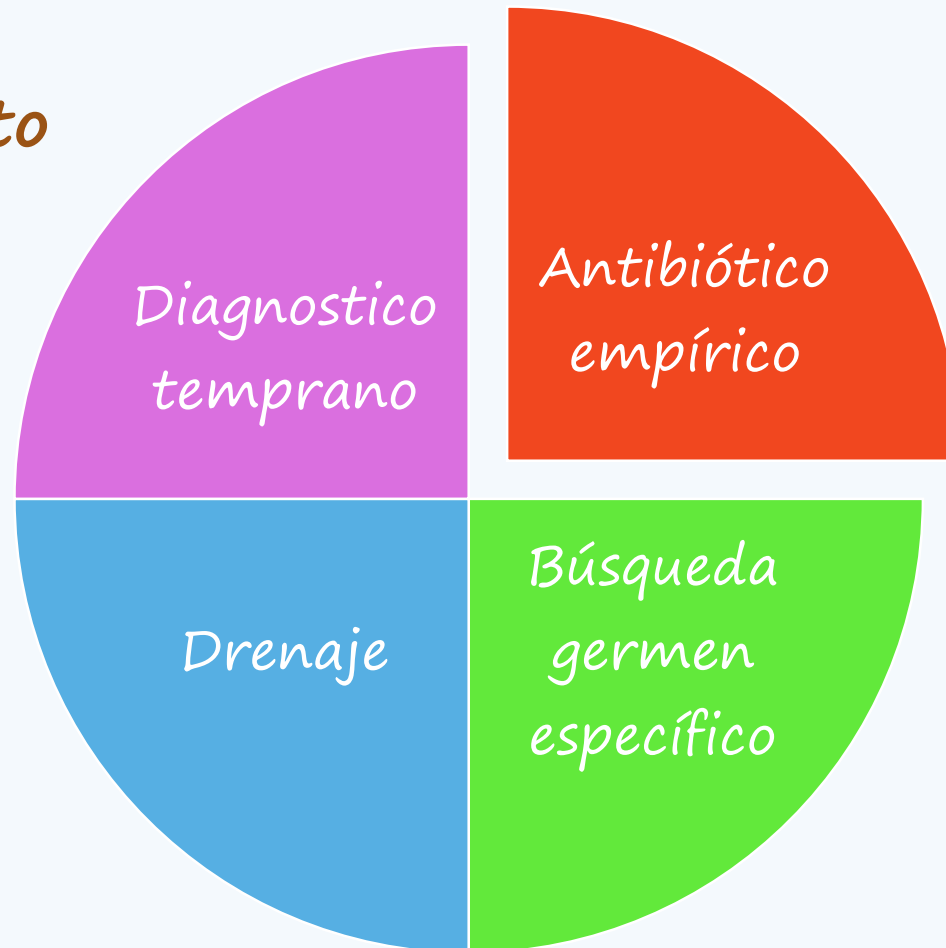
- Historia de fiebre  $>38^{\circ}c$
- No apoyar el lado afectado
- Leucocitos  $>12.000/mm^3$
- VHS  $>40$  o PCR  $>20$

7%



# Artritis Séptica

## Tratamiento



Esquema empírico EV  
(Cefalosporina de 3<sup>o</sup>  
generación + Cloxacilina)  
Completar 5 semanas

# Artritis Séptica

Clínicas	Laboratorio e Imagenología <sup>14,9</sup>	Tratamiento <sup>14</sup>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cojera.</li><li>• Fiebre y síntomas sistémicos.</li><li>• Signos de inflamación local.</li><li>• Extremidad en rotación externa, flexión y abducción.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemograma, VHS y PCR.</li><li>• Hemocultivos.</li><li>• Líquido articular (citoquímico, Gram y cultivo): Turbio; Leucocitos &gt; 50.000; &gt;75% PMN; Glucosa disminuida.</li><li>• Radiografía: TARDÍA. Aumento del espacio articular, aumento de partes blandas.</li><li>• Ecografía: derrame articular.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Derivación a Servicio de Urgencia (URGENCIA QUIRÚRGICA: daño óseo irreversible).</li><li>• Antibióticos EV empíricos.</li><li>• Artrotomía con drenaje-lavado.</li></ul>

# Osteomielitis

Inflamación ósea debido a infección bacteriana

- Vía hematológica
- Compromete zona metafisiar
- Etiología *St. Aureus* (70-80%)

TABLA I. Etiología frecuente de osteomielitis y artritis.

Edad	Microorganismo
Lactantes de 0-2 meses	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus agalactie</i> Bacilos Gram-negativos <i>Candida</i>
Niños de 2 meses a 5 años	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Kingella Kingae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (en niños no bien vacunados contra Hib)
Niños mayores de 5 años	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> B <i>Neisseria gonorrhoeae</i>



# Osteomielitis

- Cuadro clínico
  - RN síntomas
- Dg → Clínica
  - Hemograma
  - Hemocultivos



# Osteomielitis

**TABLA III. Tratamiento antibiótico intravenoso empírico de osteomielitis y artritis.**

Grupo de edad	Gérmenes más frecuentes	Antibiótico
Recién nacido (0-2 meses)	<i>S. aureus</i> , SGB, BGN ( <i>E. coli</i> )	Cloxacilina + cefotaxima/gentamicina
Niños < 5 años	<i>S. aureus</i> , SBHGA <i>H. influenzae</i>	Cefuroxima (150 mg/kg/d c/8 h) En > 2 años: considerar tto. igual > 5 años o Cloxacilina + cefotaxima o ceftriaxona
Niños > 5 años	<i>S. aureus</i>	Cloxacilina (100-150 mg/kg/d c/6 h) o Cefazolina (100 mg/kg/d c/8 h)
Anemia drepanocítica	<i>Salmonella</i>	Cloxacilina (150 mg/kg/d, c/6 h) + Cefotaxima (200 mg/kg/d, c/6-8 h)
Postramatismo	<i>Pseudomonas</i>	Cloxacilina (150 mg/kg/d, c/6 h) + Ceftazidima (150 mg/kg/d, c/8 h)
Alérgico betalactámicos		Clindamicina (40 mg/kg/d, c/6-8 h)
Anaerobios		Clindamicina (40 mg/kg/d, c/6-8 h)

<sup>1</sup>Amoxicilina-clavulánico podría ser una alternativa. <sup>2</sup>Siempre que estén correctamente vacunados de Hib.



# *Causas Ortopédicas*

*Enfermedad Perthes*

*Epifisiolisis proximal del fémur*

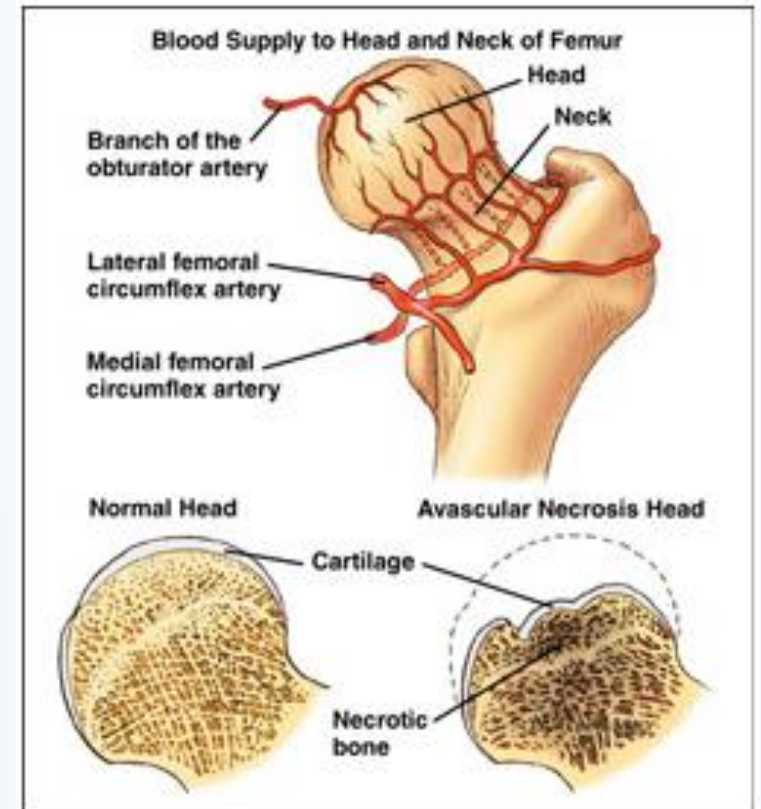
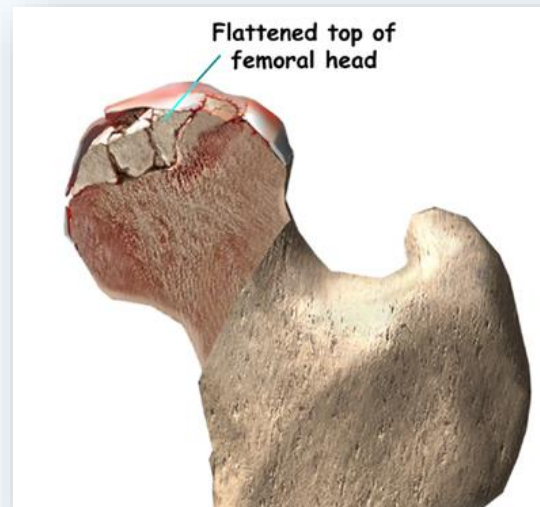
*Sinovitis transitoria*



# Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes

## Necrosis avascular de la cabeza femoral

- Etiología desconocida
- Varones 3-10 años
- 10% bilateral
- Sintomatología subaguda



# Enfermedad de Legg-Calvé

## Clínica

- Dolor progresivo intermitente ingle o rodilla
- Sin síntomas sistémicos ni elevación de parámetros inflamatorios

## Radiología Cadera

- Semiluna hipodensa en hueso subcondral → Signo de la luna
- Esclerosis de cabeza femoral, irregularidad articular, aplanamiento y fragmento de cabeza femoral



# Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes

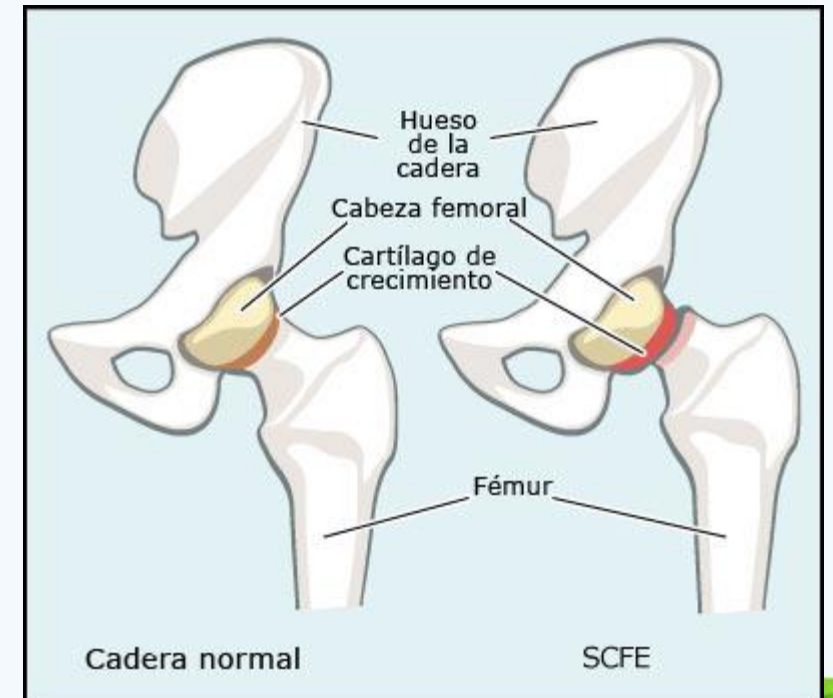
<b>Clínicas</b>	<b>Laboratorio e Imagenología<sup>17</sup></b>	<b>Tratamiento<sup>18</sup></b>	<b>Seguimiento<sup>17</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cojera.</li><li>• Dolor (ingle, muslo o rodilla).</li><li>• Limitación de la rotación, contractura y leve acortamiento de la extremidad afectada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Radiografía anteroposterior (AP) – Lowenstein (frog-leg): en un comienzo aumento del espacio articular (signo de Waldenström), luego aplanamiento y fragmentación cabeza femoral, ensanchamiento cuello femoral.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Derivación a Traumatología.</li><li>• Menor de 5 años: Conservador (ortopédico).</li><li>• 5-8 años: Según compromiso de la cabeza femoral y extrusión.</li><li>• Mayor de 8 años: Peor pronóstico, quirúrgico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguimiento hasta re- osificación (3 a 4 años).</li></ul>



# Epifisiolisis Femoral Proximal

Deslizamiento postero-inferior de la cabeza femoral

- Etiología multifactorial
  - Obesidad
  - Mas frecuente en endocrinopatías
- Varones adolescentes (10-14 años)
- 15-20% hasta 50 % bilateral.



# Epifisiolisis Femoral Proximal



Normal  
an

Radiolo

- despla  
antero



je  
matorios



La baigneuse

La bañista



Le chasseur alpin

El cazador de los Alpes

# Epifisiolisis Femoral Proximal

Clínicas	Laboratorio e Imagenología <sup>19</sup>	Tratamiento <sup>19</sup>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cojera</li><li>• Dolor rodilla o ingle.</li><li>• Rotación externa, acortamiento.</li><li>• Limitación rotación interna y abducción.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Radiografía AP – Lowenstein (frog-leg):<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Disminución de la altura de la epífisis.</li><li>◦ Signo de Klein-Trethowan: la prolongación de la cortical superolateral del cuello corta un segmento cefálico de menor tamaño que en la contralateral o incluso no llega a rozar la cabeza.</li><li>◦ Signo Steel: se ve una doble densidad en la metáfisis.</li><li>◦ Ensanchamiento de la placa crecimiento (fisis).</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Derivación a Traumatología.</li><li>• Evitar carga de peso (muletas o silla de ruedas).</li><li>• Estable: tornillo único in situ.</li><li>• Inestable: según grado de osteonecrosis.</li></ul>



# *Sinovitis Aguda Transitoria*

- *Causa mas frecuente de sinovitis articular*
- *Etiología desconocida*
- *Varones 3-10 años*
- *Bilateral 5 % de los casos*



# Sinovitis Aguda Transitoria

## Clínica

- Dolor agudo en ingle → cojera.
- Sin síntomas sistémicos ni elevación de parámetros inflamatorios
- Limitación rotación interna y flexión.

## Radiología Cadera

- Normal

Tratamiento  
Reposo- AINES



FIN

*Muchas gracias*



- *ORTOPEDIA PEDIÁTRICA. Artritis séptica de cadera en la infancia, Rev Esp Cir Ortop Traumatol 1999;43:287-90*
- *Artritis séptica de cadera en niños: Revisión de la literatura, Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (1): 77-90, 2009*