

# HISTORIA CLÍNICA HNRG

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

FRANCISCO GAMBINA<sup>a</sup> Y DANIELA LIS<sup>b</sup>

## DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: I. F.  
Edad: 15 meses.  
Sexo: femenino.  
Fecha de ingreso: 28/12/15.  
Procedencia: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

## MOTIVO DE CONSULTA

Irritabilidad y rechazo a la bipedestación.

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 15 meses de vida que ingresa al consultorio de crecimiento longitudinal del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) acompañado de un responsable de su cuidado en el hogar donde vive. Refieren que el niño comenzó súbitamente a mostrarse irritable y con rechazo a la bipedestación de aproximadamente seis horas de evolución. No refieren traumatismos o eventos relacionados desencadenantes del cuadro actual.

## Antecedentes personales

Paciente institucionalizado por abandono de sus padres, se desconocen datos perinatólogicos.  
Alimentación actual: dieta acorde a edad.  
Vacunas completas para la edad según calendario nacional.  
Desarrollo neuromadurativo acorde a la edad.  
Dos episodios de broncoespasmos sin requerimiento de internación.

## Examen físico al ingreso al consultorio

Paciente en buen estado general, afebril (37,1°C), en suficiencia cardiorrespiratoria.  
Signos vitales: Frecuencia cardíaca: 120 por minuto. Frecuencia respiratoria: 30 por minuto. Tensión arterial: 80-40 mmHg (dentro de límites normales).

Se encuentra en posición antálgica, manteniendo el miembro inferior derecho inmóvil, con cadera y rodilla en flexión. Impresiona dolor a la rotación externa de la pierna derecha. No se evidencian lesiones en piel del miembro afectado.

Buena mecánica ventilatoria, con entrada de aire bilateral, simétrica, sin ruidos agregados. Saturación 98% aire ambiental.

Abdomen blando, depresible, indoloro. No impresionan masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos conservados.

Conectado, reactivo, sin signos de foco motor o meníngeo, tono y fuerza conservado, reflejos normales.

Resto del examen físico sin datos relevantes.

## Planteos diagnósticos iniciales

Osteomielitis.  
Artritis séptica.  
Fractura.  
Discitis.  
Sinovitis transitoria.  
Neoplasias.  
Maltrato.

## Exámenes complementarios iniciales

Radiografía de huesos largos: normal y radiografía de caderas y miembro inferior derechas: sin particularidades  
Ecografía de cadera y rodilla derechas: sin particularidades.  
Fondo de ojo normal: dentro de límites normales.

## Evolución clínica

Se desestima la posibilidad de maltrato a través de la anamnesis y exámenes complementarios. De la interconsulta con traumatología, surge que considerando la edad del paciente, los datos del examen físico, la ausencia de hallazgos en interrogatorio a responsables y exámenes complementarios iniciales, no se justifica su internación por lo que indican tratamiento ambulatorio conservador con colocación de bota de yeso en pier-

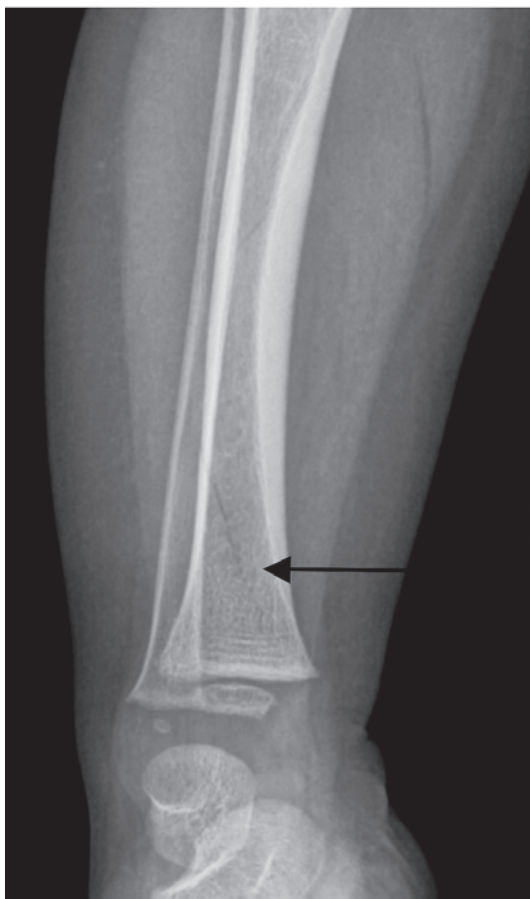
a. Ex Jefe de Residentes Clínica Pediátrica.

b. Residente de Clínica Pediátrica de segundo año.

na derecha y analgesia por vía oral. Citan a la paciente para control evolutivo en 48 horas, con indicación de realizar nuevas imágenes radiológicas.

La paciente evoluciona favorablemente, con mejoría clínica desde las 48 horas posteriores a la colocación de la bota de yeso. A los cinco días se repite la radiografía de miembros que evidencia trazo fracturario espiroidal en tibia derecha a pesar de una imagen radiográfica normal inicial (Figura 1).

**Figura 1. Radiografía de frente de pierna derecha. Trazo fracturario espiroidal en tibia derecha**



## DIAGNÓSTICO

Fractura de los primeros pasos o de Toddler.

## COMENTARIO

La fractura de los primeros pasos o de Toddler es una fractura espiroidea de la diáfisis de la tibia, no desplazada, que se produce en niños entre 9 meses y 3 años secundaria a un traumatismo, habitualmente menor. Muchas veces el traumatismo es inadvertido, por lo que estas fracturas suelen ser ocultas. Está causada por fuerzas de torsión de rotación aplicada al pie y la pierna cuando el niño está aprendiendo a caminar y cae con frecuencia; o luego de un giro brusco del miembro inferior. Estas fuerzas de torsión tienden a ser leves, por lo que el desplazamiento de los fragmentos de la fractura es generalmente mínimo.

La clínica suele ser inespecífica, pudiendo presentar claudicación en la marcha y dolor puntual en tibia. A veces la línea de fractura es invisible en una proyección radiológica determinada, por lo que a menudo se diagnostica tardíamente, como en el caso del niño presentado, cuando aparece la reacción perióstica o callo de fractura ante la repetición de las imágenes. Ante la duda diagnóstica algunos autores proponen el uso de la tomografía computada.

Uno de los principales diagnósticos diferenciales es el maltrato infantil, por lo cual es importante pensarlo junto con una completa y adecuada anamnesis.

El tratamiento es conservador con yeso. Dada la afectación de los tejidos blandos por aplastamiento exige vigilancia durante 24-48 horas por riesgo de desarrollo de síndrome compartimental.

## Bibliografía

- Argemí Renom S, Aldecoa Bilbao V, Vilà de Muga M, et al . Fracturas ocultas en lactantes: a propósito de 2 casos. Acta Pediatr Esp. 2007; 65(3): 137-139.
- Shrivastava B, Harrop S, Kane T. Toddler's fracture. Accid Emerg Med 1996;13: 59-61.
- John S, Moorthy C, Swischuk L. Expanding the Concept of the Toddler's Fracture. Scientific Exhibit March 1997: 17(2):367-76.
- Alvarez Zallo N, Anduenza Sola J, Ruiz Goikoetxea M, et al . Fractura de Toddler. An Pediatr (Barc) 2016;85(4):218-219
- Olsen B, González G. Urgencias en traumatología: fracturas frecuentes en niños. An Pediatr Contin. 2009;7(3):177-81