



# El Rincón del Residente

*El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)*

**Coordinadores:** F. Campillo i López, E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez, E. Ballesteros Moya *Residentes de Pediatría del Hospital Universitario La Paz. Madrid*



## Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva  
[www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es)

### Cojera de inicio brusco en un lactante

A. Rodríguez Vidal\*, M. el Kadaoui Calvo\*\*, R.M. Alcobendas Rueda\*\*\*

\*Médico Residente de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. \*\*Médico Residente de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. \*\*\*Médico Adjunto de la Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.

#### Caso clínico

Varón de 21 meses de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consultó por cojera de inicio brusco en miembro inferior derecho de 72 horas de evolución, sin traumatismo previo conocido. No referían rigidez matutina, fiebre ni otros síntomas acompañantes.

#### Exploración física

Se observó cojera y un punto doloroso a la presión en tercio distal de tibia derecha. El resto de la exploración física era normal.

#### Pruebas complementarias

El hemograma y la bioquímica no mostraron alteraciones (proteína C reactiva 5,3 mg/L y VSG 14 mm/h). La radiografía de la pierna no mostraba discontinuidad de la cortical (Fig. 1). Sin embargo, debido a la persistencia

de la clínica a los 10 días, se realizó una gammagrafía ósea con tecnecio 99 (Fig. 2).



Figura 1.

#### ¿Cuál es el diagnóstico?

- Sinovitis transitoria de cadera.
- Osteomielitis.
- Fractura tipo Toddler.
- Tumor óseo.
- Artritis séptica.

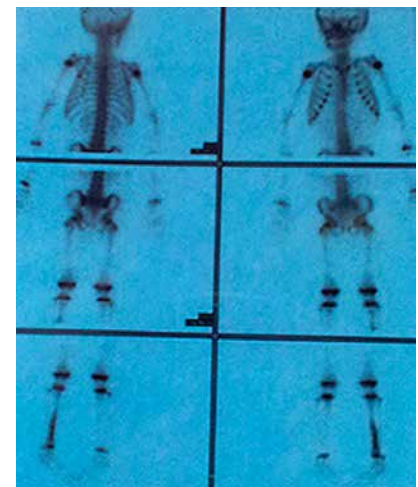


Figura 2.

## Respuesta correcta

- c. Fractura tipo Toddler.

## Comentario

La fractura tipo Toddler, descrita por primera vez por Dunbar en 1964, es una fractura incompleta de trazo oblicuo o espiroideo, que suele asentar en el tercio distal de la tibia. Ocurre en niños entre los 9 meses y los 3 años de edad, y se produce por fuerzas rotacionales menores ejercidas sobre la pierna<sup>(1)</sup>.

El diagnóstico de sospecha es clínico, y debería considerarse en aquellos casos en los que aparece, de forma brusca, cojera o rechazo del apoyo del miembro inferior sin un antecedente traumático claro. La exploración física, incluyendo la del sistema musculoesquelético, es normal salvo por la presencia de cojera y punto doloroso óseo, aunque este no siempre se encuentra<sup>(2)</sup>.

Ante la presencia de cojera persistente en un niño menor de 4 años sin artritis en la exploración, el diagnóstico diferencial debería incluir además las osteomielitis, ya que en ocasiones pueden cursar sin fiebre<sup>(3)</sup>.

La radiografía convencional es normal en más de la mitad de los casos, aunque a veces muestra una línea de fractura oblicua y fina (Fig. 1).

La gammagrafía es útil porque localiza el lugar del problema. El aumento longitudinal de captación del isótopo a lo largo del trazo de fractura corresponde a periostitis (Fig. 2)<sup>(4)</sup>. La resonancia magnética confirma el diagnóstico una vez se ha localizado la lesión, aunque tiene inconvenientes y en una entidad benigna como esta, no suele ser necesaria. Por último, se ha propuesto como método diagnóstico la ecografía, que podría objetivar la rotura de la cortical. Sin embargo, se necesita mayor experiencia con esta técnica, que sería la idónea por su inocuidad y accesibilidad<sup>(5)</sup>.

La evolución espontánea de la fractura de Toddler es hacia la curación en unos 20 o 30 días. No precisa de cuidados especiales y no produce secuelas.

## Bibliografía

1. Sapru K, Cooper JG. Management of the Toddler's fracture with and without initial radiological evidence. *Eur J Emerg Med.* 2014; 21: 451-4.
2. Halsey MF, Finzel KC, Carrion WV, Haralabatos SS, Gruber MA, Meinhard BP. Toddler's fracture: presumptive diagnosis and treatment. *J Pediatr Orthop.* 2001; 21: 152-6.
3. Smith E, Anderson M, Foster H. The child with a limp: a symptom and not a diagnosis. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2012; 97: 185-93.
4. Connolly LP, Treves ST. Assessing the limping child with skeletal scintigraphy. *J Nucl Med.* 1998; 39: 1056-61.
5. Lewis D, Logan P. Sonographic diagnosis of toddler's fracture in the emergency department. *J Clin Ultrasound.* 2006; 34: 190-4.