

Actualizaciones

Artritis en el niño

Sergio Borlán^{a,b}, Clara Giménez^a, Estíbaliz Iglesias^a, Rosa Bou^a y Jordi Antón^{a,*}

^aUnidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

^bServicio de Medicina Pediátrica. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

*Correo electrónico: janton@hsjdbcn.org

Puntos clave

- Se define artritis como la presencia de tumefacción articular o, al menos, dos o más de los siguientes signos: dolor espontáneo o a la presión, aumento de calor local, impotencia funcional o limitación a la movilidad.
- Ante una monoartritis aguda siempre hay que descartar en primer lugar la posibilidad de una artritis séptica, por lo que se debe derivar a un servicio de urgencias, realizar analítica sanguínea con hemograma, fórmula leucocitaria, reactantes de fase aguda y cultivo, y obtener una muestra de líquido articular para su análisis y cultivo.
- El síntoma guía de las infecciones articulares es el dolor con limitación de la movilidad articular.
- El síntoma guía de la artritis inflamatoria es la rigidez (sobre todo matutina, torpeza para realizar actividades que a otras horas del día no suponen ninguna dificultad), con o sin tumefacción.
- La artritis idiopática juvenil (AIJ) se define como la artritis de al menos 6 semanas de evolución, que aparece antes de los 16 años de edad y en la que se han descartado otras causas conocidas de artritis; se trata de un diagnóstico clínico de exclusión, ya que no existe ninguna prueba de laboratorio o de imagen que confirme el diagnóstico de AIJ. Las pruebas complementarias se utilizan para descartar otras causas de artritis.
- Dentro de las artritis inflamatorias pediátricas (AIJ, artritis reactivas o asociadas a conectivopatías, etc.), la forma más frecuente es la AIJ oligoarticular.
- Ante un paciente que acude por sintomatología articular o musculoesquelética se debe realizar siempre una exploración general que incluya la exploración exhaustiva del aparato locomotor, lo que nos permitirá realizar comparaciones evolutivas en el tiempo.
- Hay que explorar las asociaciones clínicas, interrelacionando los signos musculoesqueléticos entre ellos así como con la presencia de manifestaciones extraesqueléticas (piel, ojos, mucosas, gastrointestinales o genitourinarias).
- Es necesario un mayor conocimiento de este grupo de enfermedades, lo que implica una mayor detección y, por tanto, un abordaje más precoz, favoreciendo el pronóstico de las mismas.
- El papel del pediatra o del médico de atención primaria es clave y debe actuar teniendo siempre en cuenta la posibilidad de derivación a otros niveles en caso necesario o bien el control de los síntomas desde su ámbito.

Palabras clave: Artritis • Monoartritis • Poliartritis • Artritis idiopática juvenil • Artritis séptica • Artritis reactiva.

Diagnóstico diferencial de la artritis en el niño

La artritis se define como una inflamación/tumefacción en las articulaciones y/o una articulación que presenta por lo menos dos de las siguientes condiciones: limitación del rango de movimiento, dolor al movilizar o aumento de la temperatura local (calor). En cambio, las artralgias corresponden a dolor articular sin otros signos inflamatorios.

El diagnóstico diferencial de la artritis se puede agrupar según su etiología: infecciosa, inflamatoria, traumática y tumoral² (tabla 1).

Esta revisión pretende abordar la evaluación de los niños que se presentan con artritis de una articulación (monoartritis) o con dos o más articulaciones (poliartritis), haciendo hincapié en los puntos clave para su diagnóstico diferencial. Se revisa la anamnesis y la exploración del aparato musculoesquelético, las principales pruebas complementarias que solicitar y los signos de alarma.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial de la artritis en la infancia

| | |
|---|---|
| Artritis infecciosas | <ul style="list-style-type: none"> • Bacterianas • Virales • Enfermedad de Lyme |
| Artritis debidas a enfermedades reumáticas | <ul style="list-style-type: none"> • Artritis idiopática juvenil • Espondiloartropatías • Lupus eritematoso sistémico • Dermatomiositis • Vasculitis • Esclerodermia • Enfermedad mixta del tejido conectivo • Enfermedad de Behçet |
| Artritis postinfecciosas | <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre reumática • Artritis reactivas |
| Enfermedades hematológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Hemofilia • Leucemia y linfoma |
| Enfermedades metabólicas | <ul style="list-style-type: none"> • Gota juvenil • Enfermedad de Farber • Enfermedad de Gaucher |
| Otras artritis | <ul style="list-style-type: none"> • Sarcoidosis • Sinovitis villonodular pigmentaria • Osteocondritis • Traumatismos • Artropatía hipertrófica |

Adaptado de: Lacruz Pérez L et al⁸.

A pesar de la alta prevalencia de los síntomas del aparato locomotor en pediatría, existe un conocimiento incompleto de sus fundamentos y de las características de una correcta exploración física. En alguna serie, suponen hasta el 6,1% de las visitas en atención primaria en niños de entre 3 y 14 años, cifra que aumenta en los adolescentes a más del 10%^{1,3,4}.

Al explorar a un niño se debe tener en cuenta que estamos frente a un paciente en crecimiento y desarrollo (motricidad gruesa y fina, psicosocial, lenguaje), y estos aspectos pueden verse afectados por la enfermedad o afectar a la expresión de la enfermedad. Los niños y los adolescentes no son simplemente “pequeños adultos”⁵.

El pediatra y el médico de atención primaria deben conocer la patología musculoesquelética, tener un alto grado de sospecha, conocer los fundamentos de una exploración física adecuada y completa desde el punto de vista articular y muscular, y poder dar una orientación diagnóstica. En caso de ser necesario, debe ser capaz de derivar a unidades especializadas.

Historia clínica

Se debe preguntar por las características de la artritis y sus síntomas acompañantes. De la misma manera, hay que anotar los antecedentes personales y familiares, poniendo énfasis

en la existencia de enfermedades reumáticas y autoinmunes.

Con frecuencia, la anamnesis no revela la extensión total de la afectación articular en algunos pacientes con artritis, incluso cuando esta la realizan pediatras reumatólogos⁶. Es por este motivo que una exploración física que incluya una exploración articular completa es fundamental. Con frecuencia se objetiva afectación en articulaciones que en principio se podrían no haber considerado.

Aunque el dolor musculoesquelético habitualmente es el síntoma más frecuente que motiva la derivación de los pacientes a las consultas especializadas, es raro que esta sea la característica principal de presentación de una enfermedad musculoesquelética grave⁷. En los niños que presentan dolor como principal queja, sin embargo, a menudo resulta ser secundario a trastornos por sobreuso, hipermovilidad o lesiones de tejidos blandos. Entre las causas de dolor articular de aparición brusca o que provoque despertares nocturnos se debe sospechar una etiología infecciosa (artritis séptica), reactiva (fiebre reumática) y tumoral².

Es fundamental poder distinguir si el dolor es debido a procesos mecánicos o inflamatorios. El dolor de características inflamatorias suele estar presente por la mañana o tras el reposo, se acompaña de rigidez matutina de más o menos tiempo de duración, y signos inflamatorios, mientras que el dolor mecánico se observa con más frecuencia al final del día, empeora con el movimiento y no se observa rigidez matutina ni signos locales de inflamación. Es importante iniciar un estudio siempre que el dolor provoque impotencia funcional en el niño, fundamentalmente cuando le impida realizar sus tareas habituales y sus juegos⁸.

Es frecuente encontrar el antecedente de un traumatismo previo en un paciente que consulta por dolor o tumefacción articular, lo cual nos puede confundir. En muchas ocasiones, la realidad es que el traumatismo ha puesto de manifiesto, ha agravado o simplemente ha llamado la atención de los padres/niño sobre una enfermedad articular preexistente. Una historia detallada sobre la lesión debe revelar si el evento fue lo suficientemente grave como para dar lugar a un derrame articular, teniendo en consideración que dada la flexibilidad natural de las articulaciones de los niños se requiere un traumatismo de mayor grado para dañar estructuras articulares intrínsecas (tabla 2).

Exploración física

La exploración debe incluir una exploración general por sistemas y del aparato locomotor, así como la valoración específica de cada articulación. Esto obliga a realizar una exploración cuidadosa, completa y sistemática siguiendo una secuencia dirigida temporal: 1) en bipedestación, 2) durante la marcha, 3) en sedestación, 4) en decúbito supino y 5) en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3469926>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3469926>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)