



5º curso actualización  
www.aepap.org **Pediatría**

**Jueves 7 de febrero de 2008**

**Mesa redonda:**

**“Aparato locomotor en Atención Primaria: ¿en qué me puede ayudar un reumatólogo pediatra?”**

**Moderador:**

Jaime de Inocencio Arocena

CS Estrecho de Corea (Área 4, Madrid).

■ **Exploración del aparato locomotor: signos de alarma**

Elena Andreu Alapont

Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.

Lucía Lacruz Pérez

Pediatra, Unidad de Reumatología Pediátrica.

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Mallorca.

■ **Síntomas de alarma o formas de presentación de las enfermedades reumáticas en los niños**

Lucía Lacruz Pérez

Pediatra, Unidad de Reumatología Pediátrica.

Hospital Universitario Son Dureta.

Palma de Mallorca.

Elena Andreu Alapont

Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.

■ **Manifestaciones extraesqueléticas de las enfermedades reumáticas**

Jordi Antón López

Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio

de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu.

Universitat de Barcelona. Esplugues,

Barcelona.

Textos disponibles en

[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Lacruz Pérez L, Andreu Alapont E. Síntomas de alarma o formas de presentación de las enfermedades reumáticas en los niños. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 25-35.



Comisión de Formación Continuada  
de las Profesiones Sanitarias de  
la Comunidad de Madrid

# Síntomas de alarma o formas de presentación de las enfermedades reumáticas en los niños

Lucía Lacruz Pérez

Pediatra, Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

llacruzperez@yahoo.es

Elena Andreu Alapont

Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.

## RESUMEN

Para poder diagnosticar las enfermedades reumáticas es fundamental reconocerlas, y hacerlo a partir de signos y síntomas variados que los niños van a presentar y que van a motivar su consulta en los servicios de Atención Primaria. Los niños raramente van a presentar todos los síntomas/signos o criterios para afirmar que presentan tal síndrome o enfermedad, y éstos aparecerán la mayoría de las veces de manera aislada. Este dato confirma la importancia de conocer estos síntomas para iniciar la sospecha clínica y enfocar correctamente al paciente.

Aunque la frecuencia de las enfermedades reumáticas en la infancia no es muy elevada, tampoco es despreciable. Por ejemplo, se estima que la frecuencia de la artritis idiopática juvenil es muy similar a la de la diabetes mellitus en la infancia.

Hemos redactado una “anamnesis básica” para orientar estos posibles signos y síntomas, y para conocer acerca de qué debemos interrogar para localizar los que tienen un “entorno reumático”, tanto por sus síntomas como por los antecedentes.

En el siguiente punto hemos realizado un diagnóstico diferencial básico para poder realizar una orientación del dolor por grupos regionales (lumbalgia, coxalgia, gonalgia, dolor en tobillos, talalgia o tarsalgia).

Finalmente, y en forma de tablas, hemos adjuntado los criterios diagnósticos de las enfermedades más importantes: artritis idiopática

juvenil<sup>1</sup>, lupus eritematoso sistémico<sup>2</sup> y dermatomiositis juvenil<sup>3,4</sup> (tablas I, II, III).

Debemos pensar que si entre nuestros pacientes no contamos con ninguno con una patología reumática es porque no las diagnosticamos, posiblemente porque no las sospechamos, al no estar suficientemente familiarizados con las mismas.

## SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN LA PRESENTACIÓN DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LOS NIÑOS

### A. Artralgias

Nos referimos a la presencia de dolor sin limitación ni tumefacción articular. Se trata de un síntoma frecuente de consulta en Atención Primaria<sup>5</sup>, que dada la constante actividad de los niños, es fácil y frecuentemente atribuible a caídas o contusiones que tanto los familiares como el propio niño suelen referir.

Debemos siempre interrogar acerca de antecedentes (traumatismo, sobrecarga, infecciones previas, etc.), forma de comienzo (agudo, subagudo, lentamente progresivo), si hay datos inflamatorios locales, si provocan impotencia funcional, si observan deformidades, así como por otras manifestaciones extraarticulares (estado general, piel, mucosas, alteraciones oculares o molestias genitourinarias).

Es fundamental poder distinguir si el dolor es debido a procesos mecánicos o inflamatorios. El **dolor inflamatorio** se caracteriza por estar presente en reposo y con el movimiento, ser constante, tener un predominio nocturno, y acompañarse habitualmente de rigidez matutina y de signos locales de inflamación. El **dolor mecánico** se caracteriza por depender totalmente de los movimientos, disminuir con el reposo, tener un comienzo generalmente vespertino, y no asociar rigidez matutina (o ser de pocos minutos) ni signos locales de inflamación.

Es importante iniciar un estudio siempre que el dolor provoque impotencia funcional en el niño, fundamental-

mente cuando le impida sus tareas habituales y sus juegos.

### B. Coxalgia compatible con sinovitis transitoria de cadera (STC)

Es una inflamación aguda y autolimitada de la cadera, de etiología probablemente vírica. La edad de aparición se encuentra entre los 2 y los 12 años. Se manifiesta con dolor intenso, de aparición brusca, localizado en región inguinal, muslo o rodilla, acompañado de dificultad para la deambulación. Con frecuencia va precedido de un proceso catarral de vías altas. El estado general es bueno, y no se acompaña de fiebre ni de otra sintomatología. La radiografía es normal, y en la ecografía se aprecia un aumento del espacio articular con derrame articular. El tratamiento consiste en reposo y analgésicos, evolucionando a la resolución de los síntomas en pocos días.

Es importante recordar que no todo niño que cojea de forma brusca tiene una STC. Debemos replantear este diagnóstico y buscar más datos (igual que en el apartado anterior) cuando:

- Se presente en niños con edades inferiores a los 2 años o superiores a los 10.
- Haya otros signos o síntomas extraarticulares asociados.
- La duración del proceso sea superior a 1-2 semanas.
- No se trate del primer episodio de sinovitis transitoria en el niño (vigilar los episodios repetidos).
- Existan antecedentes familiares de enfermedades reumáticas o psoriasis.

### C. Artritis

Es la inflamación de la articulación, por lo que, además del dolor, se acompaña de signos inflamatorios, tumefacción, rubor y aumento de calor local. Lo que solemos

apreciar o nos suelen referir es la presencia de tumefacción o dolor con limitación de la movilidad. Con una adecuada exploración podremos comprobar la deformidad

de la articulación, la impotencia funcional y la limitación de la movilidad articular (ver ponencia de exploración del aparato locomotor).

**Tabla 1. Artritis idiopática juvenil, criterios de clasificación (ILAR, Edmonton, 2001)<sup>1</sup>**

Subtipo	Definición	Exclusiones
<b>Sistémica</b>	Artritis de una o más articulaciones con, o precedida, por fiebre diaria de al menos dos semanas de duración, documentada al menos 3 días y acompañada de alguno de los siguientes elementos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exantema evanescente, no fijo, eritematoso</li> <li>2. Adenomegalias generalizadas</li> <li>3. Hepatomegalia o esplenomegalias</li> <li>4. Serositis</li> </ol>	a, b, c, d
<b>Oligoarticular</b>	Artritis que afecta de 1-4 articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. Dos subcategorías: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oligoarticular persistente</li> <li>2. Oligoarticular extendida</li> </ol>	a, b, c, d, e
<b>Poliarticular FR negativo</b>	Artritis que afecta a 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad; test para FR negativo	a, b, c, d, e
<b>Poliarticular FR positivo</b>	Artritis que afecta a 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad, asociada con test para FR positivos en dos ocasiones, separadas por 3 meses	a, b, c, e
<b>Psoriásica</b>	Artritis y psoriasis, o artritis y al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dactilitis</li> <li>2. Punteado ungueal u onicólisis</li> <li>3. Historia familiar de psoriasis en al menos un pariente de primera línea</li> </ol>	b, c, d, e
<b>Artritis asociada a entesitis</b>	Artritis y entesitis, o artritis o entesitis, con al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia o historia de dolor a la palpación de la articulación sacroilíaca y/o dolor espinal inflamatorio</li> <li>2. Presencia de HLA B 27 positivo</li> <li>3. Inicio de artritis en un varón mayor de 6 años de edad</li> <li>4. Uveítis anterior aguda sintomática</li> <li>5. Historia de espondilitis anquilosante, artritis asociada a entesitis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda en un familiar de primera línea</li> </ol>	a, d, e
<b>Artritis indiferenciada</b>	Niños con artritis de causa desconocida que persiste al menos durante 6 semanas, en los que: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se reúnen criterios diagnósticos para ninguna de las categorías anteriores, o</li> <li>2. Se reúnen criterios diagnósticos para más de una categoría</li> </ol>	

#### EXCLUSIONES

- Psoriasis o historia de psoriasis en el paciente o en un familiar de primera línea.
- Artritis en un varón HLA B27 + que inicia después del sexto cumpleaños.
- Espondilitis anquilosante, artritis asociada a entesitis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda, o historia de uno de estos desórdenes en un familiar de primera línea.
- Presencia de factor reumatoide tipo IgM positivo en dos ocasiones separadas por al menos 3 meses.
- Presencia de AIJ sistémica en el paciente.

Es fundamental valorar el tiempo de evolución y el número de articulaciones afectas, así como los síntomas y signos acompañantes, de los cuales el cardinal es la fiebre ( $\pm$  afectación del estado general), que nos orientará a una probable artritis séptica. La artritis séptica requiere artrocentesis, con análisis y cultivo del líquido sinovial e inicio precoz de antibioterapia parenteral. Su sospecha es, por tanto, criterio de ingreso. Otros síntomas a valorar son: exantema (pensar, según características, en púrpura de Schönlein-Henoch, artritis idiopática juvenil (AIJ) sistémica, meningococemia –petequias–, aftas bucales –ver ponencia de “manifestaciones extraesqueléticas”–, infecciones víricas –parvovirus B19–, enterovirus, etc.), diarrea o dolor abdominal, hematuria lupus eritematoso sistémico (LES), púrpura de Schönlein, etc.

El diagnóstico etiológico de las artritis es muy amplio (tabla IV).

#### D. Mialgias / Miositis

La mialgia o dolor muscular es una consulta frecuente en la Urgencia Infantil.

La miositis es una inflamación del músculo. Cursa con dolor pero asocia pérdida de fuerza muscular; elevación de enzimas musculares y patrón miopático en el electromiograma (EMG).

Interrogaremos siempre, por tanto, acerca de antecedentes traumáticos o de sobreesfuerzo muscular; síntomas generales acompañantes, manifestaciones cu-

**Tabla II. Criterios diagnósticos de lupus eritematoso sistémico (LES), propuestos en 1982 por la American Rheumatism Association, revisados)<sup>2</sup>**

1. Eritema malar “en vespertino”
2. Lesiones cutáneas discoideas
3. Fotosensibilidad
4. Úlceras orales
5. Artritis
6. Serositis (pleuritis o pericarditis)
7. Nefropatía (proteinuria superior a 0,5 g/día o cilindruria)
8. Afección neurológica (convulsiones o psicosis)
9. Alteraciones hematológicas (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia o anemia hemolítica)
10. Alteraciones inmunológicas (anticuerpos anti-DNA nativo, anti-Sm o anticuerpos antifosfolípidos: anticardiolipina, anticoagulante lúpico o anti $\beta_2$  glicoproteína, positivos)
11. Anticuerpos antinucleares

Para la clasificación de un paciente como afectado de LES se requiere la presencia, simultánea o progresiva, de 4 de los 11 criterios.

**Tabla III. Criterios diagnósticos de dermatomiositis juvenil (Bohan y Peter)<sup>3</sup>**

1. Debilidad muscular simétrica
2. Elevación de enzimas musculares
3. Cambios de EMG típicos de miositis
4. Rash típico (exantema en “heliotropo” y signo de Gottron)
5. Biopsia muscular demostrando miositis inflamatoria

Para el diagnóstico:

- Es imprescindible la presencia de rash cutáneo
- Dermatomiositis definida: rash + otros 3 criterios
- Dermatomiositis probable: rash + otros 2 criterios
- Dermatomiositis posible: rash + otro criterio

táneas y grado de impotencia funcional que provoca el dolor:

Podemos encontrarnos con:

- Problemas mecánicos: traumatismos o contracturas.
- Procesos infecciosos: miositis bacterianas (más infrecuentes), miositis víricas, mialgias generalizadas formando parte de un síndrome gripal.
- Dolores secundarios a irritación de nervios (neuralgias) como una ciatalgia, que pueden ser expresados como dolores musculares.
- Enfermedades autoinmunes sistémicas: dentro de este grupo, la enfermedad miofátrica por ex-

celencia es la dermatomiositis juvenil. En ella la debilidad muscular puede ser generalizada, afectando más a musculatura proximal, y encontramos la afectación cutánea típica (rash en “heliotropo”, pápulas de Göttron, signos de vasculitis).

- Fibromialgia: buscar el resto de síntomas acompañantes y los puntos dolorosos característicos a la exploración.

La fibromialgia es una forma de dolor crónico benigno musculoesquelético de origen no articular<sup>6</sup>. Se caracteriza por la combinación de unos síntomas (dolor generalizado, fatiga, rigidez, trastornos del sueño) y por un signo básico, la provocación de un dolor intenso a la palpación en determinados puntos dolorosos. Estos puntos dolorosos se localizan, de manera bilate-

**Tabla IV. Diagnóstico diferencial de las artritis**

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

ral, en occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicóndilo, glúteo medio, trocánter mayor y rodilla.

## ANAMNESIS BÁSICA EN NIÑOS QUE ACUDEN POR DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

- ¿Dónde se localiza el dolor? ¿Es un dolor fijo o se irradia?
- ¿Desde cuándo refiere este dolor?
- ¿Existe algún antecedente con el que lo relacionen (caída, traumatismo, ejercicio físico)?, ¿hay algún antecedente infeccioso en el último mes?
- ¿Se acompaña de tumefacción, calor, enrojecimiento o impotencia funcional (cojera, etc.)?, ¿se acompaña de alguna manifestación sistémica (fiebre, astenia, anorexia, decaimiento, etc.) o cutánea?
- ¿Cuánto dura?
- ¿Cede espontáneamente o tiene que tomar analgésicos o antiinflamatorios (AINE)?
- A lo largo del día, ¿en qué momento aparece?: ¿le despierta por la noche?, ¿aparece por la mañana, al levantarse?, ¿asocia rigidez tras el reposo?, ¿le cuesta más realizar el movimiento durante algún tiempo?, ¿aparece con o tras el ejercicio?, ¿se presenta sobre todo al final del día?, ¿está presente todo el día, sin apenas variación?
- ¿Le impide realizar su actividad habitual?, ¿es capaz de realizar la misma actividad, juegos, que sus compañeros?
- ¿Con qué frecuencia aparece (diaria, varios días a la semana, varios días al mes, cada 15 días, etc.)?
- Debemos preguntar acerca de la presencia de otros síntomas o signos asociados, tales como:
  - Otras artralgias.
  - Talalgia.
  - Dolor de espalda.
  - Aftas bucales (al menos 2-3 episodios al año).
  - Enrojecimiento ocular frecuente, dolor, lagrimeo, fotofobia.
  - Disuria, episodios de irritación balanoprepucial o vulvovaginitis de repetición, aftas en zona genital.
  - Fotosensibilidad o lesiones cutáneas que aparezcan con frecuencia.
  - “Manos frías”, cambios de coloración de manos o pies con el frío (palidez, cianosis).
  - Dolor abdominal recurrente, diarreas de repetición.
  - Episodios febriles “sin foco” frecuentes.
  - Caries.
- Debemos recoger los antecedentes familiares habituales, haciendo hincapié en lo siguiente:
  - Presencia de enfermedades reumáticas conocidas en la familia.
  - Síntomas como artralgias o raquialgia en familiares próximos.
  - Historia familiar de abortos de repetición.
  - Problemas “vasculares” del tipo infartos agudos de miocardio y accidentes cerebrovascu-

lares en personas jóvenes o sin patología cardiovascular conocida, trombosis, etc.

- Psoriasis.
- Enfermedades inflamatorias intestinales.
- Como siempre, recoger los antecedentes personales de forma detallada.

## ORIENTACIÓN DEL DOLOR POR GRUPOS REGIONALES

### A. Lumbalgia

La historia clínica es fundamental para la orientación diagnóstica<sup>7</sup>. Debemos recoger estos datos:

- Edad: las enfermedades infecciosas son más frecuentes en niños pequeños y las traumáticas en niños más mayores.
- Sexo: las espondiloartropatías son más frecuentes en varones.
- Antecedente traumático / forma de comienzo: interesa conocer si el inicio de los síntomas se relaciona con algún traumatismo importante, con la realización de algún esfuerzo físico o con otro hecho conocido.
- Tiempo de evolución: en general, cuando la causa es infecciosa se consulta poco tiempo después de comenzar con los síntomas, mientras que con dolores inespecíficos consultan incluso años después de su inicio.
- Características y ritmo horario del dolor: el dolor que cede con el reposo suele ser mecánico. El dolor nocturno que cede con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) es sugestivo de osteoma osteoide. La rigidez tras el reposo es característica de las espondiloartropatías<sup>8</sup>.

- Localización e irradiación a miembros inferiores: las molestias en la zona glútea son sugestivas de sacroileítis. Cuando existe ciatalgia hay compresión radicular.

- Limitación para las actividades habituales: en el niño y adolescente es un dato fundamental, ya que el dolor que incapacita suele corresponder a enfermedades graves y exige rapidez en el diagnóstico.

- Otros datos:

- Fiebre: sugiere infección o inflamación.

- Parestesias y/o debilidad de miembros inferiores, alteración de esfínteres: afectación neurológica.

- Rigidez matutina: inflamación (espondiloartropatía).

- Síntomas constitucionales (anorexia, pérdida de peso): proceso tumoral.

- Trastornos del sueño, ansiedad: orientan hacia fibromialgia.

- Molestias urinarias: litiasis, pielonefritis.

El diagnóstico diferencial de la lumbalgia es muy amplio, y deberemos orientarlo en función de los datos recogidos de la anamnesis y de la exploración:

- Problemas traumáticos: existe un antecedente traumático claro o de ejercicio físico que se relaciona con el inicio de los síntomas: traumatismos (suelen ser dolores autolimitados por estiramiento o distensión de músculos, tendones y ligamentos); lesiones por sobreuso (generalmente deportivas), que no suelen revestir severidad.

- Otros problemas mecánicos: hernia discal, fracturas vertebrales secundarias a osteopenia, es-

pondilolisis, enfermedad de Scheuermann lumbar, etc.

- Causas infecciosas: espondilodiscitis, absceso epidural, sacroilitis infecciosa, espondilitis tuberculosa o enfermedad de Pott y otras (brucelosis).
- Causas inflamatorias: espondiloartropatías juveniles<sup>9</sup> y AIJ en su forma de artritis asociada a entesitis, osteomielitis crónica multifocal recurrente (proceso inflamatorio infrecuente, de etiología desconocida, que se manifiesta con dolor y fiebre, cuyo diagnóstico es anatomopatológico).
- Causas tumorales: tumores benignos, como el osteoma osteoide, el osteoblastoma o el quiste óseo aneurismático; o malignos, como la leucemia, la histiocitosis, el neuroblastoma, el sarcoma de Ewing, linfoma, etc.
- Causas "extrínsecas": el dolor lumbar puede ser referido, secundario, fundamentalmente asociado a procesos abdominales: tumores, litiasis, pielonefritis, dismenorrea u otros, que deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial. Para descartar estos procesos es útil la realización de una ecografía abdominal, que es sencilla y sin efectos secundarios.

En los niños con lumbalgia y ausencia de causa orgánica demostrable se deben evitar inmovilizaciones, exploraciones complementarias excesivas y comentarios del tipo *no tiene nada* o bien *es un dolor psíquico*. Siempre es recomendable el ejercicio físico progresivo.

## B. Coxalgia

En cuanto a la coxalgia, contemplaríamos las siguientes probabilidades:

- Sinovitis transitoria de cadera.

- Causas infecciosas: artritis séptica de cadera (recordar que el dolor y la impotencia funcional en este caso son muy importantes), osteomielitis, absceso del psoas (mucho más raro).
- Enfermedad de Perthes o necrosis avascular de la cabeza femoral: afecta al mismo grupo de edad que la sinovitis transitoria de cadera, y la radiografía inicial también es normal. La evolución en cambio es totalmente diferente, y persiste la cojera con dolor pese a uno o varios tratamientos realizados de forma correcta.
- Causas inflamatorias: AIJ, fundamentalmente en sus formas poliarticular y sistémica. También puede manifestarse como tal una artritis reactiva (recordar: aproximadamente 3 semanas tras el proceso infeccioso).
- Causas tumorales: recordar sobre todo el neuroblastoma, el sarcoma de Ewing, las metástasis. Dentro de los benignos, el osteoma osteoide.
- Epifisiolisis de la cabeza femoral: se trata del deslizamiento posterior de la cabeza femoral, típico de adolescentes. Se presenta como dolor (en el 30% de casos referido en rodilla) y cojera.
- Otras causas "extrínsecas": si los niños no toleran la sedestación con las piernas extendidas o la flexión del raquis, pensar en la posibilidad de discitis o espondilodiscitis; si el dolor "de cadera" lo refieren en la cara externa de los muslos o en los glúteos, pensar en la sacroileítis.

## C. Gonalgia

Con una buena anamnesis y exploración, podemos realizar una buena orientación diagnóstica inicial de las distintas posibilidades:

- Problemas traumáticos:



- Traumatismos: existe un antecedente claro.
- Antecedente de ejercicio físico con lesión por estiramiento o distensión de ligamentos, tendones, meniscos.
- Fracturas de estrés: en niños deportistas que realizan regularmente ejercicio físico moderado o intenso, o en adolescentes sedentarios que realizan, en un momento determinado, un ejercicio más intenso. Suelen afectar a epífisis proximal de tibia.
- Causas infecciosas: como en todos los casos, valorar la presencia de artritis y osteomielitis. Tener en cuenta también la posibilidad de una celulitis (si se localiza sobre una articulación y provoca mucho dolor e impotencia funcional, es criterio de ingreso y tratamiento parenteral).
- Causas inflamatorias: cualquiera de las formas de la AIJ, espondiloartropatías juveniles o enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, etc.). Recordar lo importante de la exploración ya que el dolor puede deberse a la presencia de entesitis o tendinitis (el tendón rotuliano es de los que más se afecta).
- Causas tumorales: las ya descritas, pero destacando el sarcoma de Ewing dentro de los malignos. En los procesos benignos, recordar los endonodrosomas.
- Osgood-Schlatter: osteocondrosis de la tuberosidad tibial anterior; punto de inserción distal del tendón rotuliano. Es más frecuente en adolescentes “deportistas”.
- Síndrome de dolor rotulofemoral o condromalacia rotuliana: suelen ser adolescentes con dolor perirrotuliano que empeora con el deporte o al realizar un ejercicio físico inhabitual en ellos.

Es muy característica la crepitación rotuliana. Precisa de reposo y rehabilitación para potenciar el cuádriceps.

- Hiperlaxitud o hipermovilidad articular benigna: son dolores con patrón mecánico, localizados en articulaciones de carga (rodillas, tobillos). Los criterios diagnósticos (Beighton) se desarrollan en la charla de exploración.
- Dolor musculoesquelético inespecífico: son episodios de dolor no limitantes, que no interfieren excesivamente con la actividad habitual, y en los que la exploración física es normal. Ceden espontáneamente en el plazo de días a semanas.
- Causas “extrínsecas”: descartar siempre patología de cadera, en la que el dolor puede referirse a rodillas.

#### D. Dolor de tobillos / Talalgia / Tarsalgia

- Problemas traumáticos:
  - Muy importantes los esguinces, en los que nos deben referir el antecedente de traumatismo o torcedura.
  - Fracturas de estrés, como en el apartado anterior; pero que afectan a la cabeza del segundo metatarsiano.
  - Traumatismos claros.
- Causas inflamatorias:
  - AIJ (cualquiera de sus formas).
  - Destacar las tarsitis, que se deben a artritis de las articulaciones del tarso (espondiloartropatías juveniles), y la artritis de la metatarsofalángica del primer dedo (típica de la AIJ en su forma artritis asociada a entesitis).

- Osteomielitis crónica multifocal recurrente o síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis palmo-plantar, osteítis): sospechar si apreciamos lesiones recurrentes de pustulosis plantar.
- Entesitis o tendinitis (tendón de Aquiles, fundamentalmente).
- Fascitis plantar: dolor muy intenso en inserción del calcáneo de la fascia plantar. Es un dolor inflamatorio (a diferencia del Sever, duele también en reposo).
- Cualquiera de las enfermedades sistémicas.
- Causas tumorales: las ya descritas.
- Enfermedad de Sever: osteocondrosis de la apófisis del calcáneo, probablemente relacionada con la tracción del tendón de Aquiles. Se relaciona con el nivel de actividad física, más fre-

cuente en varones, alrededor de los diez años de edad. Provoca cojera y talalgia tras la actividad física.

- Hiperlaxitud o hipermovilidad articular benigna.

## CONCLUSIONES

Hemos intentado revisar las principales formas de presentación de la patología reumatológica relacionada con el aparato locomotor. Insistimos en la necesidad de un conocimiento mayor de este grupo de enfermedades, lo que implicaría una mayor detección y, por tanto, un abordaje más precoz, favoreciendo el pronóstico de las mismas. El papel del pediatra 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. En la tabla V describimos unos breves criterios de derivación, en función de los síntomas y signos que se pueden presentar.

**Tabla V. Orientación básica de derivación**

Si encontramos	Actitud aconsejada
Tumefacción articular ± otros signos inflamatorios ± manifestaciones sistémicas (fiebre)	Remitir a Urgencias (sospecha de artritis u osteomielitis)
Impotencia funcional o alteración de su actividad habitual o necesidad diaria de analgésicos o antiinflamatorios	Remitir a la consulta de Reumatología infantil para estudio
El dolor le despierta por las noches	¡Alerta! Puede ser secundario a proceso tumoral o inflamatorio: remitir para estudio
Asocia rigidez matutina, es casi diario y altera (aunque sea poco) la actividad y juegos habituales	Remitir para estudio (se trata de un dolor inflamatorio)
Asocia o refiere esguinces de repetición o afecta a múltiples localizaciones	Remitir para estudio
Asocia otros signos o síntomas de la "anamnesis básica"	Remitir para estudio (está o puede estarlo en el contexto de una enfermedad reumática)

## Bibliografía

1. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol.* 2004;31: 390-2.
2. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982; 25:1271-7.
3. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med.* 1975;292:344-7.
4. De Inocencio J. Dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación diagnóstica. *Arch Argent Pediatr.* 2006;104(3):275-83.
5. Calvo I. Fibromialgia en la infancia. En: González Pascual E (ed). *Manual práctico de Reumatología Pediátrica.* Barcelona: Editorial MRA SL; 1999. p. 615-29.
6. Lacruz L. Lumbalgia en el niño y el adolescente. En: Moraga F, editor: *Protocolos de Reumatología;* 2001. [Consultado el 13/09/2007]. Disponible en <http://www.aeped.es/protocolos/reumat/index.htm>
7. Zeidler H, Mau W, Khan MA. Undifferentiated spondyloarthropathies. *Rheum Clin North Am.* 1992;18:187-202.