

# Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares

P. Fernández Fraga, S. Murias Loza

Sección de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz



## Resumen

La cojera y otros síntomas músculo-esqueléticos son una causa frecuente de consulta en Pediatría, a veces, como consecuencia de una artritis. Se define artritis (o su sinónimo sinovitis), como: la tumefacción de una articulación y/o la limitación con dolor. Se considera monoartritis, la inflamación de una sola articulación, y poliartritis la de dos o más. El diagnóstico diferencial de artritis es amplio, incluyendo etiologías: infecciosas, inflamatorias (artritis idiopática juvenil y otras enfermedades reumáticas), ortopédicas y tumorales. En función de la anamnesis y la exploración física, podemos orientar las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico correcto y guiar el tratamiento adecuado.

## Abstract

*Limping and other musculoskeletal symptoms are common in paediatric practice, occasionally as arthritis. Arthritis (or synovitis) is defined as: swelling of the joint, or painful limitation. Monoarthritis refers to a single joint affection whereas polyarthritis means affection of  $\geq 2$  joints. Differential diagnosis of arthritis is broad, and mainly includes infectious, inflammatory, orthopedic and malignant etiology. Data obtained by history taking and physical examination allow to suspect the cause of arthritis, leading to perform the appropriate additional tests to achieve an accurate diagnosis and guide therapeutic approach.*

**Palabras clave:** Monoartritis; Poliartritis; Artritis idiopática juvenil; Artritis séptica; Sinovitis transitoria de cadera.

**Key words:** Monoarthritis; Polyarthritis; Juvenile idiopathic arthritis; Septic arthritis; Post-infectious arthritis; Transient synovitis of the hip.

*Pediatr Integral 2017; XXI (3): 154–159*

## Introducción

La artritis (o sinovitis) se define por la presencia de tumefacción articular y dos o más de los siguientes síntomas o signos: limitación, dolor o calor. Las artralgiás aisladas corresponden a dolor articular sin otros signos inflamatorios. Es de especial relevancia la diferenciación entre monoartritis y poliartritis. El papel del pediatra de Atención Primaria consiste en detectar los síntomas y signos de artritis y derivarlos a un Servicio de Urgencias o al especialista adecuado.

## Anamnesis

Interesa conocer las características de la artritis, los síntomas asociados, así como los antecedentes personales y familiares.

- La historia clínica debe recoger:
- Tiempo de evolución (aguda *vs* crónica).
  - Patrón de aparición en las poliartritis: simultáneo (virales), aditivo (artritis idiopática juvenil [AIJ]) o migratorio (fiebre reumática).
  - Características del dolor:
    - Intensidad: en general, las artritis inflamatorias crónicas son menos dolorosas que las artritis sépticas.
    - Relación con el ejercicio físico/reposo: las artritis inflamatorias empeoran con el reposo y mejoran con la actividad.
  - Rigidez (entumecimiento) tras el reposo, propia de las inflamatorias.
  - Asociación con entesitis.
  - Síntomas generales (diarrea, fiebre, exantema, anorexia o pérdida de peso) que acompañan a procesos infecciosos, tumorales o inflamatorios.
  - Presencia de cojera: esta constituye un mecanismo de protección frente al dolor, en ocasiones, incluso rechazando la deambulación. En Reumatología pediátrica, la cojera representa el 45% de los motivos de consulta, siendo de etiología inflamatoria en el 22% de los casos, infecciosa en el 17%, por sinovitis transitoria de cadera en el 13% y una miscelánea en el 48%<sup>(1)</sup>. Episodios previos de cojera orientan a enfermedad de Perthes.
  - Infecciones digestivas o respiratorias concurrentes o previas orientan a sinovitis transitoria o artritis post-infecciosa.

- Antecedentes traumáticos: en ocasiones, la caída es la consecuencia (y no la causa) de una artritis previa no diagnosticada.
- Antecedentes familiares: psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), espondilitis anquilosante u otras enfermedades de base inmunológica.

### Exploración física

Debe incluir el examen físico general y el músculo-esquelético, valorando todas las articulaciones, la marcha y la actitud espontánea del paciente.

- **Examen general:** constituye un pilar en el diagnóstico diferencial. La presencia de exantemas y visceromegalias indican infección viral y, más rara vez, AIJ sistémica, síndrome de activación macrofágica (SAM) o procesos oncológicos. La existencia de debilidad muscular orienta a miopatía y los hematomas de características atípicas a trastornos de la coagulación o maltrato. El hallazgo de una puerta de entrada orienta a un origen séptico en caso de artritis/osteomielitis.
- **Examen músculo-esquelético:** no es infrecuente que la exploración del sistema músculo-esquelético se obvие<sup>(2,3)</sup>. Es imprescindible valorar la actitud espontánea del niño: por lo general, las articulaciones inflamadas se colocan espontáneamente en posición antiálgica. A continuación, se exploran todas las articulaciones de forma sistemática, dejando para el final las inflamadas<sup>(4)</sup>. La inflamación de piel y tejidos blandos suprayacentes a una articulación puede dar lugar a una artritis (típico de urticaria). Es útil comparar con la extremidad contralateral para apreciar diferencias de tamaño, color y temperatura. Por último, siempre hay que observar la marcha para determinar el origen de la cojera (neurológica, antiálgica). Por otro lado, existen signos que orientan a una evolución crónica de la artritis: dismetrías (la extremidad afectada acelera temporalmente el

crecimiento), hipotrofia de grupos musculares y deformidades.

### Pruebas complementarias

Deben realizarse según la sospecha clínica alcanzada tras la anamnesis y exploración física. No hay "pruebas reumáticas" generales.

Se deben solicitar en función del diagnóstico de sospecha que la anamnesis y la exploración física sugieran. Cabe mencionar que la sinovitis transitoria de cadera (STC) es la única etiología de monoartritis en la que no es necesario realizar análisis de sangre ni de líquido articular, siempre que los datos clínicos (edad > de 4 años y ausencia de fiebre) apoyen el diagnóstico<sup>(5)</sup>. La radiografía convencional excluye procesos ortopédicos.

### Laboratorio

- Analítica de sangre con: hemograma, bioquímica, incluyendo función hepática y renal, proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG).
- El estudio inmunológico solo interesa en las artritis de etiología inflamatoria crónica. Aunque los anticuerpos antinucleares (ANAs), el factor reumatoide (FR) y el HLA-B27 forman parte de los criterios actuales de clasificación de la AIJ, pueden ser positivos en niños sanos. Los anticuerpos anti-estreptolisina O (ASLO) han perdido interés en la actualidad, pues solo indican una infección reciente por estreptococo; además, la prevalencia de fiebre reumática es a día de hoy muy baja en países desarrollados<sup>(6)</sup>.
- La artrocentesis permite el estudio de líquido articular (Tabla I). Es

imprescindible en toda monoartritis (con la excepción de la sinovitis transitoria de cadera) y, si es posible, antes de comenzar el tratamiento antibiótico.

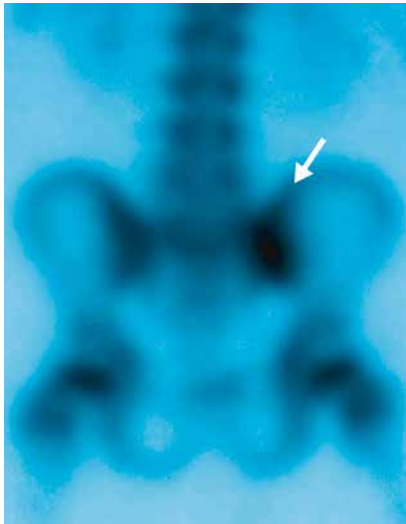
- El líquido sinovial normal es amarillo transparente, con menos de 2.000 leucocitos/ $\mu$ L.
- El líquido purulento de la artritis séptica posee abundantes leucocitos, generalmente >50.000/ $\mu$ L.
- Los líquidos inflamatorios y los de las artritis víricas y post-infecciosas son amarillos y turbios, con cifra alta de leucocitos (típicamente en torno a 10.000-20.000/ $\mu$ L), aunque menor que en las sépticas.
- Un líquido hemático puede corresponder a punción traumática, trastornos de la coagulación o alteraciones sinoviales, como la sinovitis villonodular o el hemangioma sinovial.

### Microbiología

El estudio microbiológico constituye un punto clave en el estudio de las artritis relacionadas con infección. Incluye: serologías virales, hemocultivo, coprocultivo si diarrea, frotis faríngeo en caso de amigdalitis y análisis de líquido articular con Gram, cultivo y RCP (reacción en cadena de la polimerasa). Es destacable la mejoría en el diagnóstico etiológico que ha supuesto la implementación de la RCP en agentes como *K. kingae* y otros<sup>(7)</sup>. No es necesario investigar de entrada otras etiologías más raras en nuestro medio, como la brucelosis o la enfermedad de Lyme. El Mantoux es útil, tanto para el estudio de artritis con evolución inesperada, como para el estudio previo al tratamiento con ciertos fármacos.

Tabla I. Características del líquido sinovial en distintas enfermedades reumáticas

	Aspecto	Viscosidad	Leucocitos / $\mu$ L
Normal	Amarillo claro	Muy alta	< 2.000
Artritis traumática	Amarillo claro, hemático	Alta	< 2.000
LES	Amarillo claro	Poca	$\approx$ 5.000
AIJ	Amarillo turbio	Baja	10.000-20.000
Artritis séptica	Purulento, amarillo muy turbio	Baja	> 50.000

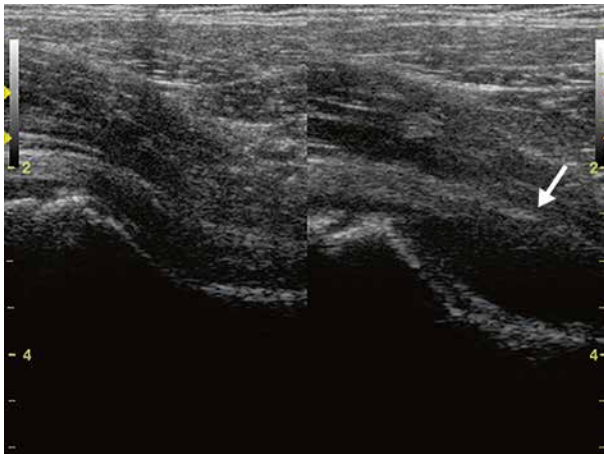


**Figura 1.** Gammagrafía ósea con Tecnecio 99, mostrando sacroilitis izquierda.

**Pruebas de imagen**

- Ecografía: se ha consolidado como una de las principales herramientas del reumatólogo infantil, al tratarse de una exploración inocua, barata y accesible. Ha demostrado tener

- mayor sensibilidad que la exploración física en la detección de artritis<sup>(8)</sup>.
- Rx convencional: en la mayor parte de las ocasiones, solo permite excluir patología. En las artritis inflamatorias crónicas, muestra el daño secundario a la actividad prolongada (disminución del espacio articular, erosiones y alteraciones del crecimiento óseo).
- Otras: la gammagrafía ósea (Fig. 1) es, por un lado, poco rentable en el diagnóstico de artritis, pero tiene alta sensibilidad en localización de lesiones inflamatorias óseas (osteomielitis, fracturas o tumores) sin distinguir etiología. La resonancia magnética tiene como inconvenientes la menor disponibilidad y la frecuente necesidad de anestesia general, lo que limita su uso. La tomografía computerizada es útil en sospecha de determinadas patologías óseas, pero la alta radiación la excluye como prueba de imagen de primer escalón.



**Figura 2.** Sinovitis transitoria de cadera izquierda. En la ecografía, se aprecia aumento del espacio articular con abombamiento de la cápsula (flecha).



**Figura 3.** Enfermedad de Perthes en cadera derecha. Se observa aplastamiento del núcleo epifisario y fractura subcondral.

**Diagnóstico diferencial de monoartritis**

**Relacionada con infección**

**Sinovitis transitoria de cadera**

**Cuadro autolimitado en niños de 3-9 años, de causa desconocida. La clínica típica permite el diagnóstico y limita las exploraciones complementarias.**

Actualmente, se considera una artritis inflamatoria idiopática<sup>(5)</sup>. Es, tras los traumatismos, la causa más frecuente de cojera en un servicio de Urgencias. Afecta a niños entre 3 y 9 años, generalmente varones, apareciendo dolor de intensidad variable y de forma brusca en la región de la ingle, que, en ocasiones, se expresa en muslo o rodilla ipsilateral. Los niños presentan cojera o rechazo de la deambulación, con buen estado general. Puede asociar fiebre, si existe infección respiratoria concurrente, aunque con frecuencia le precede. La exploración muestra limitación dolorosa de la abducción y de las rotaciones de la cadera afectada. Si se realiza ecografía, se objetiva derrame articular, siendo útil comparar con la articulación contralateral (Fig. 2). La radiografía excluye procesos ortopédicos (enfermedad de Perthes, epifisiolisis) (Tabla II). Se resuelve espontáneamente en 5-10 días. Debe diferenciarse de la artritis séptica y de la enfermedad de Perthes (Fig. 3). Con esta última, comparte la edad de presentación y el derrame ecográfico, siendo necesaria la radiología.

**Artritis séptica**

**Es más frecuente en menores de 3 años. Puede cursar sin fiebre y escasos reactantes de fase aguda. *S. Aureus* y *K. kingae* son los gérmenes habituales.**

A diferencia de otras artritis infecciosas, en la artritis séptica, el germen asienta en la propia articulación. Su incidencia parece estar aumentando y se sitúa en torno a 4-10/100.000 niños<sup>(9)</sup>. Se produce por diseminación hematogena y, más raramente, por inoculación directa o por contigüidad. Globalmente, el agente causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, aunque con las nuevas técnicas moleculares<sup>(7)</sup> se está observando mayor frecuencia de *Kingella Kingae* en nuestro medio. La afectación de varias articulaciones es rara,

Tabla II. Diagnóstico diferencial de coxalgia

	<i>Sinovitis transitoria de cadera</i>	<i>Artritis séptica de cadera</i>	<i>Enfermedad de Perthes</i>	<i>Epifisiolisis cabeza femoral</i>
Edad	3-9 años	≤ 3 años	4-10	Adolescentes
Sexo	Masculino 2:1	Igual	Masculino 4:1	Masculino
Dolor	Agudo, intenso (ingle, muslo, rodilla)	Agudo, intenso (ingle, muslo, rodilla)	Insidioso, intermitente, a veces, asintomático	Agudo, insidioso
Cojera	Sí	Sí	Sí, a veces, discreta o intermitente	Sí
Otros síntomas	Buen estado general, afebril	Puede existir afectación y fiebre	Buen estado general, afebril	Buen estado general, afebril
Antecedentes	Cuadro ORL previo o coincidente		A veces, episodios previos	Obesidad, hipogonadismo o hipo / hipertiroidismo

siendo casi exclusiva de inmunodeprimidos y neonatos. La artritis séptica constituye una urgencia médica, siendo necesario sospecharla precozmente para iniciar tratamiento. La tendencia actual contempla un abordaje más conservador, con mayor protagonismo de la antibioterapia oral y relegándose las medidas tradicionales (hospitalización prolongada y cirugía) para los casos graves o con mala evolución<sup>(10,11)</sup>.

### Artritis inflamatoria: artritis idiopática juvenil (AIJ)

La denominación AIJ agrupa las artritis crónicas de causa desconocida y comienzo infantil.

La AIJ es la enfermedad reumática crónica pediátrica más frecuente y puede tener una presentación monoarticular o poliarticular. Según los criterios de clasificación vigentes<sup>(12)</sup>, debe ser de causa desconocida, comenzar antes de los 16 años y persistir más de 6 semanas. Dichos criterios serán previsiblemente modificados y mejorados a medio plazo<sup>(13)</sup>. Se trata, por tanto, de un diagnóstico de exclusión, que exige descartar otras etiologías. Con la llegada de los fármacos biológicos hace algo más de una década, la meta perseguida actualmente es la remisión clínica. Esta patología se desarrolla en otro tema de la monografía.

### Otras

- Alteraciones de la coagulación: la monoartritis (en forma de hemartros) puede ser el debut o aparecer durante la evolución de la hemofilia u otros trastornos.

- Traumáticas: raras antes de los 10 años (cierta laxitud fisiológica).

### Diagnóstico diferencial de poliartritis

Los síntomas asociados ayudan a orientar la etiología (Tabla III).

#### Relacionadas con infección

##### Artritis vírica<sup>(14)</sup>

Es la causa más frecuente de poliartritis, siendo los agentes etiológicos más frecuentes: parvovirus B19, virus de Epstein-Barr (EBV) y citomegalovirus (CMV). Aunque, ocasionalmente, se ha demostrado la presencia del virus en el líquido sinovial, el diagnóstico se realiza mediante serologías. Se trata de una poliartritis, por lo general, dolorosa y simétrica, acompañándose de síntomas de viriasis (cuadro catarral, febrícula, exantema...). Es autolimitada, cediendo en pocas semanas con tratamiento sintomático.

##### Artritis reactiva

Aparece tras infección entérica por Salmonella, Shigella o Campylobacter. El germen no se aísla intraarticularmente, sino que la inflamación sinovial está mediada por mecanismos inmunes. Se engloba dentro de las espondiloartropatías, afectando a varones >6 años con HLA-B27 (+).

##### Fiebre reumática<sup>(6)</sup>

De patogenia autoinmune, aparece 2-3 semanas tras una infección faríngea por estreptococo beta-hemolítico. Su incidencia está disminuyendo en los países desarrollados. Ocupa otro capítulo de esta monografía.

### Enfermedad de Lyme

Al ser característica de zonas boscosas y húmedas, es rara en nuestro país, excepto en la franja norte. La artritis (mono o poliarticular) es una manifestación tardía.

### Inflamatorias

#### Enfermedades reumáticas crónicas

La poliartritis es un síntoma habitual en diversas enfermedades reumáticas. Para el diagnóstico diferencial, interesan las manifestaciones asociadas.

La poliartritis es un síntoma habitual de las enfermedades reumáticas. Para el diagnóstico diferencial, es preciso tener en cuenta las manifestaciones asociadas. La AIJ es, con diferencia, la etiología más frecuente de poliartritis, aunque también puede verse en otros cuadros más raros en niños, como: el lupus eritematoso sistémico (LES), la dermatomiositis juvenil, las enfermedades autoinflamatorias y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

### Otras

- Procesos oncológicos: la infiltración tumoral a nivel yuxtarticular simula artritis, siendo poco habitual la presencia de una verdadera sinovitis.
- Otras enfermedades sistémicas: drepanocitosis, mucopolisacaridosis, artritis familiar asociada a camptodactilia o policondritis recidivante.
- “Falsas” artritis: la inflamación del tejido subcutáneo que se produce en procesos, como: la urticaria, celulitis o la púrpura de Schönlein-Henoch, suele asentar en locali-

Tabla III. Signos y síntomas asociados a poliartritis según etiología

Órgano/sistema	Signos/síntomas	Diagnóstico
Ojos	Uveítis	AIJ Síndrome de Blau
Piel	Rash malar, aftas orales	LES
	Pápulas de Gottron	Dermatomiositis juvenil
	Exantemas	AIJ sistémica FMF Criopirinospatías
	“Pitting” ungueal, onicolisis	AIJ psoriásica
Cardiovascular	Soplo de reciente aparición	Fiebre reumática Endocarditis bacteriana
	Pericarditis	AIJ sistémica LES
	Fenómeno de Raynaud	LES Esclerodermia
Respiratorio	Pleuritis	LES
	Hemorragia pulmonar	Vasculitis
	Enfermedad pulmonar intersticial	Esclerodermia
Gastrointestinal	Diarrea, sangre en heces	EII
	Antecedente de gastroenteritis	Artritis reactiva
Neurológico	Convulsiones, psicosis	LES
	Ictus	Vasculitis
	Debilidad muscular proximal	Dermatomiositis juvenil
Constitucional	Pérdida de peso	EII
	Fiebre	Malignidad LES

AIJ: artritis idiopática juvenil; LES: lupus eritematoso sistémico; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; FMF: fiebre mediterránea familiar.

zaciones periarticulares, pudiendo confundirse con una verdadera artritis. En la enfermedad de Osgood-Schlatter, se produce inflamación y dolor a nivel de la tuberosidad tibial. También, entran en el diagnóstico diferencial la hiperlaxitud articular, algunas displasias esqueléticas y los síndromes de amplificación del dolor.

### Función del pediatra en Atención Primaria

- Reconocer mediante la anamnesis y la exploración física la existencia de artritis.
- Evaluar las principales etiologías en función de la historia clínica y la edad.
- Derivar al Servicio de Urgencias o a una consulta especializada.

### Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Murias S, Remesal A, Quiles MJ, Merino R. Características de los pacientes con cojera en Reumatología. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76: 290-3.
2. Gill I, Sharif F. A disjointed effort: paediatric musculoskeletal examination. *Arch Dis Child*. 2012; 97: 641-3.
3. Sirisena D, Begum H, Selvarajah M, Chakravarty K. Musculoskeletal examination -an ignored aspect. Why are we still failing the patients? *Clin Rheumatol*. 2011; 30: 403-7.
4. De Inocencio Arocena J. Exploración articular en Pediatría. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2014*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 365-8. Disponible en:
5. <http://www.reumaped.es/index.php/recursos/locomotor-para-pediatras>.
6. Cook PC. Transient synovitis, septic hip, and Legg-Calvé-Perthes disease: an ap-

proach to the correct diagnosis. *Pediatr Clin North Am*. 2014; 61(6): 1109-18.

7. Tibazarwa KB, Volmink JA, Mayosi BM. Incidence of acute rheumatic fever in the world: a systematic review of population-based studies. *Heart*. 2008; 94: 1534-40.
8. Fenollar F, Lévy PY, Raoult D. Usefulness of broad-range PCR for the diagnosis of osteoarticular infections. *Curr Opin Rheumatol*. 2008; 20: 463-70.
- 9.\* Collado P, Jousse-Joulin S, Alcalde M, Naredo E, D'Agostino MA. Is ultrasound a validated imaging tool for the diagnosis and management of synovitis in juvenile idiopathic arthritis? A systematic literature review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012; 64: 1011-9.
10. Arnold JC, Bradley JS. Osteoarticular Infections in Children. *Infect Dis Clin N Am*. 2015; 29: 557-74.
11. Pääkkönen M, Peltola H. Simplifying the treatment of acute bacterial bone and joint infections in children. *Expert Rev. Anti Infect Ther*. 2011; 9: 1125-31.
12. Pääkkönen M, Kallio P, Kallio MJT, Peltola H. Does Bacteremia Associated With Bone and Joint Infections Necessitate Prolonged Parenteral Antimicrobial Therapy? *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2015; 4: 174-7.
13. 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; 1: 390-2.
14. Martini A. It is time to rethink juvenile idiopathic arthritis classification and nomenclature. *Ann Rheum Dis*. 2012; 71(9): 1437-9.
- 15.\* Petty RE, Cassidy JT. Infectious arthritis and osteomyelitis. En: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB. *Textbook of Pediatric Rheumatology 6th Edition Philadelphia*: Elsevier Saunders 2011; p. 559-78.
16. Murias Loza S. Diagnóstico diferencial de un niño con monoartritis. Diagnóstico diferencial de un niño con poliartritis. En: *Reumatología Pediátrica: curso de aproximación práctica*. Continuum. El portal de formación en Pediatría de la AEP [en línea]. Consultado el 17.06.2015. Disponible en: <http://www.continuum.aeped.es>.
17. Murias Loza S, Merino Muñoz R. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(1): 10-4.

### Bibliografía recomendada

- Pääkkönen M, Peltola H. Simplifying the treatment of acute bacterial bone and joint infections in children. *Expert Rev. Anti Infect Ther*. 2011; 9: 1125-31.

Revisión de un grupo de investigación consagrado en la investigación de las infecciones músculo-esqueléticas pediátricas. Supone un avance importante al considerar un tratamiento cada vez menos intervencionista.

- Petty RE, Cassidy JT. Infectious arthritis and osteomyelitis. En: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB. Textbook of Pediatric Rheumatology 6th

Edition Philadelphia: Elsevier Saunders 2011; p. 559-78.

Libro de texto de referencia en Reumatología Pediátrica, ofrece un completo repaso de las entidades infecciosas que desencadenan artritis y osteomielitis de forma directa o indirecta.

- Murias Loza S. Diagnóstico diferencial de un niño con monoartritis. Diagnóstico diferencial de un niño con poliartritis.

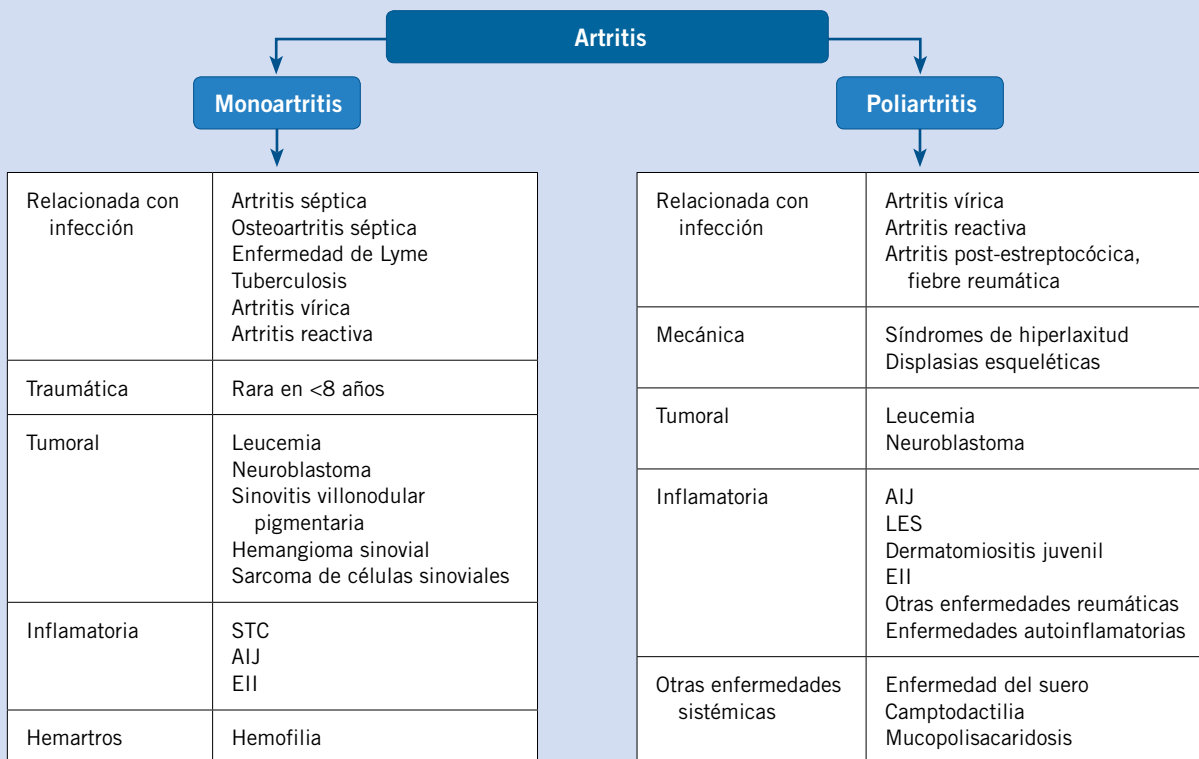
En: Reumatología Pediátrica: curso de aproximación práctica. Continuum. El portal de formación en Pediatría de la AEP [en línea]. Consultado el 17.06.2015. Disponible en: <http://continuum.aeped.es/>.

Reciente curso online de reumatología pediátrica. En esta sección, se repasan todas las patologías reumáticas del niño en el contexto del diagnóstico diferencial de artritis.

## Caso clínico

Niña de 11 meses que consulta en urgencias por disminución de la movilidad de miembro superior derecho de 1 día de evolución. Como antecedentes personales, la semana previa había sido diagnosticada de infección aguda de vía aérea superior de características virales y una caída accidental en el parque hace 5 días. Hace 48 horas acudieron a urgencias de otro centro, donde se diagnostica de pronación dolorosa y se realiza maniobra de reducción aparentemente efectiva. Consultan en nuestro centro por persistencia de la sintomatología. Actualmente presenta febrícula, objetivada desde hace 3 días, máximo 37,8°C, junto con tos y rinorrea escasas y rechazo del gateo, que previamente realizaba de forma normal. En la exploración física general, es normal salvo dos hematomas en dorso de la mano y antebrazo derechos. En la exploración de aparato locomotor, se objetiva limitación dolorosa de la movilidad de hombro derecho sin tumefacción ni cambios en la piel suprayacente ni puntos óseos dolorosos. La exploración de codo y resto de articulaciones es normal. Se realiza una analítica, que muestra 14.500 leucocitos/ml, con un 60% de neutrófilos, VSG de 28 mm/hora y PCR de 30 mg/L. Resto de hemograma y bioquímica normal.

## Algoritmo



STC: sinovitis transitoria de cadera; AIJ: artritis idiopática juvenil; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; LES: lupus eritematoso sistémico.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares

### 1. La etiología MÁS FRECUENTE de la cojera en los niños es:

- Vírica.
- Por sinovitis transitoria de cadera.
- Inflamatoria.
- Séptica.
- Tumoral.

### 2. Señale la respuesta CORRECTA:

- Las artritis inflamatorias son más dolorosas que las infecciosas.
- Las artritis víricas son característicamente poliarticulares de aparición simultánea.
- Las artritis inflamatorias mejoran con el reposo.
- La presencia de infección respiratoria concurrente orienta a etiología séptica.
- Un dato característico de la artritis séptica es que siempre cursan con fiebre elevada.

### 3. En relación con el DIAGNÓSTICO de las artritis:

- El estudio inmunológico (ANA, FR y HLA-B27) se debe realizar como primer escalón diagnóstico en el estudio de cualquier artritis.
- EL líquido articular normal es de color amarillo transparente y contiene en torno a 2.000 leucocitos/ $\mu\text{L}$ .
- El estudio microbiológico inicial incluye cultivo de líquido articular, hemocultivo y Mantoux.
- La gammagrafía ósea tiene alta

sensibilidad, pero baja especificidad para la detección de artritis.

- La fiebre reumática es uno de los diagnósticos que se deben considerar en primer lugar ante una poliartritis.

### 4. En las artritis relacionadas con la INFECCIÓN es cierto que:

- La sinovitis transitoria de cadera no requiere tratamiento antibiótico, siendo suficiente con tratamiento sintomático.
- Las artritis sépticas precisan de tratamiento agresivo con artrotomía y drenaje precoces para evitar secuelas.
- En las artritis reactivas, el germen se puede aislar en el cultivo de líquido articular.
- En las sinovitis transitorias de cadera, la ecografía articular es normal.
- El líquido articular de la artritis séptica es turbio y contiene alrededor de 10.000 leucocitos/ $\mu\text{L}$ .

### 5. Señale la respuesta CORRECTA:

- Las artritis traumáticas son una causa frecuente en niños pequeños.
- El cuadro típico de una enfermedad de Perthes es el de una adolescente de 15 años obesa.
- La edad de presentación de epifisiolisis de cabeza femoral es en menores de 5 años.
- La artritis idiopática juvenil puede presentarse con un cuadro de fiebre, exantema y monoartritis.
- El germen causal más frecuente de las artritis sépticas es *Kingella Kingae*.

## Caso clínico

### 6. Con respecto al caso, ¿cuál de los siguientes diagnósticos es el que habría que DESCARTAR en primer lugar?

- Fractura de clavícula.
- Artritis postraumática.
- Artritis vírica.
- Artritis séptica.
- Persistencia de pronación dolorosa.

### 7. Se realiza una radiografía simple de hombro, que no presenta hallazgos de interés, y en la ecografía se objetiva un aumento de cantidad de líquido articular. El SIGUIENTE paso diagnóstico sería:

- Tomografía computerizada simple (TC simple).
- Artrocentesis.
- Estudio inmunológico (complemento, anticuerpos y HLA B-27).
- Gammagrafía ósea.
- Resonancia magnética.

### 8. El líquido obtenido por la punción articular es amarillento y turbio, con 120.000 leucocitos/ $\mu\text{L}$ . Se envían muestras a microbiología y se comienza tratamiento empírico con antibioterapia oral a la espera de resultados bacteriológicos. A los 5 días, no había crecimiento de microorganismos en los medios de cultivo habituales. Llegados a este punto, ¿CUÁL es el patógeno más probable?

- Kingella kingae*.
- Streptococcus pneumoniae*.
- Streptococcus pyogenes*.
- Brucelosis.
- Staphylococcus aureus*.