



## Anamnesis y exploración física en Reumatología

J.C. López Robledillo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Madrid



### Introducción

Las enfermedades reumáticas (ER) en niños y adolescentes, constituyen un grupo importante de procesos que afectan al sistema musculoesquelético de forma predominante, pero que, con frecuencia, comprometen también a otros órganos o sistemas y cuyos síntomas y signos pueden orientarnos a su diagnóstico. El espectro de las ER es amplio y abarca procesos locales y

transitorios de índole mecánica, dolor crónico musculoesquelético, osteocondrosis, infecciones musculoesqueléticas, fragilidad ósea, enfermedad inflamatoria crónica articular y enfermedades sistémicas autoinmunes o autoinflamatorias.

Las ER en niños y adolescentes son, por lo general, procesos crónicos que se presentan en cualquier grupo etario y que podemos clasificar de forma operativa según la tabla I.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que determinadas enfermedades no reumáticas (neoplasias hematológicas, enfermedades metabólicas, etc.) pueden afectar al sistema musculoesquelético simulando un proceso o enfermedad reumática. Una buena historia clínica nos ayudará a discernir entre ambas (Tabla II).

“Para diagnosticar una ER se debe pensar en ella”, por lo que es imprescin-

Tabla I. Principales enfermedades reumáticas en niños y adolescentes

#### 1. Enfermedades inflamatorias crónicas

- a. Con afectación articular predominante
  - i. Artritis idiopática juvenil (AIJ)
  - ii. Espondiloartritis juveniles
  - iii. Artritis relacionadas con la infección
- b. Sin afectación articular predominante
  - i. Enfermedades autoinmunes sistémicas
    - Conectivopatías
      - Lupus eritematoso sistémico (LES)
      - Dermatomiositis juvenil (DMJ)
      - Esclerodermia
      - Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC)
    - Vasculitis
      - De gran vaso: enfermedad de Takayasu
      - De mediano vaso: enfermedad de Kawasaki (EKW), Panarteritis Nodosa (PAN)
      - De pequeño vaso:
        - o Granulomatosas. Granulomatosis con poliangeítis (ant. Wegener). Churg Strauss
        - o No granulomatosas. Púrpura de síndrome de Henoch (PSH). Vasculitis leucocitoclásticas. Urticaria vasculitis, etc.
        - o Otras: enfermedad de Bechet, Vasculitis SNC, etc.
  - ii. Enfermedades autoinflamatorias
    - Síndromes hereditarios de fiebre periódica
    - Criopirinopatías: CINCA. Síndrome de Muckle Wells
    - Otras

#### 2. Enfermedades no inflamatorias

- a. Síndromes de dolor crónico
- b. Síndromes de fragilidad ósea
- c. Infecciones musculoesqueléticas

Tabla II. Historia clínica en Reumatología Pediátrica

#### 1. Motivo principal de consulta

#### 2. Antecedentes familiares (“carga genética”)

#### 3. Antecedentes personales

- a. Alergias e intolerancias
- b. Antecedentes obstétricos, periodo neonatal
- c. Crecimiento y desarrollo
- d. Estado nutricional. Hábitos alimentarios. Práctica deportiva
- e. Historia vacunal
- f. Antecedentes epidemiológicos
- g. Procesos y enfermedades previas
- h. Comorbilidades

#### 4. Historia actual

- a. Síntomas musculoesqueléticos
- b. Síntomas acompañantes
  - i. Generales
  - ii. Por aparatos

#### 5. Exploración física

- a. General
- b. Musculoesquelética

**Tabla III. Antecedentes familiares (AF)**

<i>Antecedentes familiares</i>	<i>Justificación</i>
Psoriasis	Posibilidad de artritis psoriásica
Espondiloartropatías	Posibilidad de artritis y entesitis
Síndromes hereditarios de fiebre periódica	Síndromes autoinflamatorios
Enfermedad autoinmune en madre portadora de anti Ro+ (lupus, Sjögren)	Bloqueo cardíaco, lupus neonatal
Tuberculosis	Artritis / osteomielitis TB
Fragilidad ósea, osteogénesis imperfecta	Osteogénesis imperfecta
Enfermedades del colágeno	Síndrome de Marfan. Síndrome de Ehlers-Danlos, etc.

dible contar con determinados conocimientos y habilidades que hagan sospecharla, para mediante una anamnesis y exploración adecuadas, orientar las exploraciones complementarias necesarias y poder realizar un diagnóstico precoz que, sin duda, mejorará el pronóstico, al permitir iniciar, cuanto antes, el tratamiento específico.

En este trabajo abordaremos, inicialmente, la recogida sistemática de síntomas mediante una anamnesis dirigida y, a continuación, la exploración física reumatológica.

## Anamnesis

### Motivo de consulta

El motivo principal de la consulta debe reflejarse de forma concisa, como por ejemplo: “artralgias de larga evolución”, “inflamación rodilla”, “fiebre y exantema a estudio”, “cojera de reciente comienzo”. De esta forma, puede establecerse, en muchas ocasiones, el síntoma/signo guía de un determinado grupo de patologías musculoesqueléticas.

### Antecedentes familiares (AF) (Tabla III)

Aunque en la mayoría de la ER de base inmune, no se ha identificado un gen específico que predisponga a ellas, no es infrecuente que los niños con ER tengan familiares con enfermedades autoinmunes, como: artritis reumatoide, espondiloartritis, tiroiditis, psoriasis, diabetes mellitus, etc. Lo que podríamos denominar como “carga familiar”. En este sentido, debemos recalcar que la presencia de espondiloartritis o psoriasis en un familiar de primer grado, constituye un criterio para la clasificac-

ción de las artritis crónicas de niños y adolescentes.

Por otro lado, determinadas enfermedades presentan patrones de herencia más claros, como: los síndromes de fiebre periódica (a la cabeza, la fiebre mediterránea familiar), la osteogénesis imperfecta, el síndrome de Marfan, enfermedad de Ehlers-Danlos, etc. En

estos casos, resulta de utilidad realizar un árbol genealógico.

También, se debe tener en cuenta que muchas enfermedades genéticas tienen expresión clínica en el sistema musculoesquelético y, en ocasiones, simulan una enfermedad reumática.

### Antecedentes personales (Tabla IV)

- **Traumatismos y sobrecargas:** siempre debemos tener en cuenta, determinados antecedentes que pueden orientar el diagnóstico, como por ejemplo: el antecedente traumático o de sobrecarga mecánica en pacientes con dolor, tumefacción o limitación de la movilidad de una articulación. Pero, por otro lado, también se debe considerar como posible, que una caída sea consecuencia y no causa de una artropatía ya existente. En casos de *piomiositis*, es frecuente el antecedente de sobrecarga física o traumatismos repetidos, días antes de la infección muscular en

**Tabla IV.**

<i>Antecedentes personales</i>	<i>Patología musculoesquelética</i>
Traumatismos, práctica deportiva	Artritis traumática. Sobrecarga mecánica
Infección gastroentérica	Artritis reactiva
Infección estreptocócica	Artritis reactiva postestreptocócica. Fiebre reumática. Uveítis reactiva
Uretritis	Artritis reactiva. Síndrome de Reiter
Rectorragias/dolor abdominal	Enfermedad inflamatoria intestinal asociada
Retraso pondoestatural	Enfermedad inflamatoria intestinal
<i>Antecedentes epidemiológicos</i>	<i>Patología musculoesquelética</i>
Contacto con enfermos TB	Tuberculosis osteoarticular
Viajes extranjero	Enfermedad de Lyme (picaduras garrapata) Fiebre Chikungunya (picaduras mosquitos)
Ingesta de lácteos sin higienizar	Brucelosis humana (artralgias, artritis, espondilitis)
<i>Comorbilidades establecidas</i>	<i>Patología musculoesquelética</i>
Enfermedad inflamatoria intestinal	Artralgias/artritis en brotes intestinales. Sacroileítis
Enfermedad celíaca	Síntomas musculoesqueléticos asociados
Uveítis	Artropatía crónica, sarcoidosis, enfermedad de Behcet
Miopía magna	Síndrome de Stickler (artrooftalmopatía)
Psoriasis	Artropatía crónica
Síndrome de Down	“Artropatía del síndrome de Down”

pacientes jóvenes sin otros antecedentes relevantes.

- **Infecciones:** el antecedente de determinadas infecciones, como por ejemplo, gastroenteritis entre 1 y 4 semanas antes de la aparición de artritis aguda, puede orientarnos a una *artritis reactiva*.

La infección estreptocócica por estreptococo beta hemolítico del grupo A, es el agente responsable de la *fiebre reumática* que hoy difícilmente se observa, pero que no debe olvidarse. En la actualidad, es más frecuente la *artritis reactiva posestreptocócica* y quizás episodios de uveítis anterior ("*uveítis reactiva posestreptocócica*").

El antecedente de un proceso infeccioso respiratorio de vías altas se constata con frecuencia en casos de *sinovitis transitoria de cadera* (STC).

### Antecedentes epidemiológicos

La HCR debe recoger siempre aspectos epidemiológicos que pueden ser de interés para el diagnóstico de determinadas patologías, debiendo interrogar por el contacto con enfermos de tuberculosis, contacto con animales, consumo de lácteos y derivados sin higienizar, picaduras de garrapatas o mosquitos, viajes recientes, etc.

La *tuberculosis* todavía sigue declarándose en España y puede afectar al sistema musculoesquelético en forma de artritis séptica, osteomielitis y espondilodiscitis. Por este motivo, siempre se debe interrogar por la posibilidad de contacto del paciente con enfermos de TB en su ámbito cercano.

La *brucelosis* es una antropozoonosis que puede transmitirse por el contacto con animales enfermos o bien por el consumo de productos lácteos sin higienizar (leche cruda no pasteurizada). Esta enfermedad produce fiebre prolongada y compromiso articular con frecuencia, ya sea como artromialgias o bien como artritis, espondilitis, sacroileítis, etc. En España, se siguen declarando casos de brucelosis humana, pero de forma anecdótica en la actualidad.

La *enfermedad de Lyme* es una borreliosis que es transmitida por picaduras de garrapatas y que cursa con frecuencia con: artritis, exantema característico y compromiso neurológico, entre

otros. Es endémica en determinadas latitudes y debe tenerse en cuenta en pacientes procedentes de estas latitudes, sobre todo, si han sufrido picaduras de garrapata.

La *fiebre Chikungunya* es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Cursa con: fiebre, afectación del estado general, exantema y artromialgias intensas. La enfermedad se da en África, Asia y el subcontinente indio. Recientemente, los vectores de la enfermedad se han propagado a Europa y América, por lo que debe tenerse en cuenta en pacientes con fiebre, exantema y clínica articular.

### Otras enfermedades o procesos

El antecedente de dolor abdominal recurrente y rectorragias en un paciente con patología articular, puede ponernos en alerta de la existencia de una *enfermedad inflamatoria intestinal* (diagnosticada o no) en la que es habitual la presencia de manifestaciones musculoesqueléticas.

Los pacientes con *psoriasis* cutánea pueden desarrollar artritis crónica durante su evolución en un porcentaje variable de casos, por lo que se debe tener en cuenta en la anamnesis de pacientes en estudio por artropatía. Dado que, en ocasiones, no está diagnosticada, se debe interrogar por la presencia de lesiones características.

**Uveítis:** el antecedente de inflamación ocular en un paciente con síntomas musculoesqueléticos, puede ponernos sobre la pista de una artropatía inflamatoria crónica, sarcoidosis, enfermedad de Behcet, etc.

**Otras enfermedades sistémicas,** ya sean autoinmunes, como LES, o autoinflamatorias, como: la artritis sistémica juvenil, síndromes hereditarios de fiebre periódica (fiebre mediterránea familiar y otras), criopirinosopatías (síndrome CINCA), etc., pueden presentar patología musculoesquelética durante su evolución.

En niños con hiperlaxitud, son más frecuentes los cuadros de dolor crónico musculoesquelético.

### Historia actual (Tabla V)

La historia del proceso actual contempla, tanto los síntomas musculoesqueléticos relacionados con la inflama-

Tabla V. Historia actual

#### 1. Síntomas musculoesqueléticos

- a. Dolor y sus características
  - i. Localizado
    1. Articular
    2. Bursas y vainas tendinosas
    3. Entesitis (inserciones tendones, y bursas)
    4. Músculo
    5. Hueso
  - ii. Generalizado
  - iii. Signos de alarma: nocturno, presencia de fiebre, malestar general
- b. Tumefacción
  - i. Articular
  - ii. Periarticular
  - iii. Tenosinovitis
  - iv. Dactilitis
  - v. Linfedema
- c. Limitación de la movilidad
  - i. Cojera
  - ii. Flexos
- d. Limitación capacidad funcional (limitación actividades cotidianas)
- e. Rigidez matutina o tras inmovilidad

#### 2. Síntomas acompañantes

- a. Síntomas generales
- b. Síntomas por aparatos (anamnesis dirigida)

ción (dolor, tumefacción, limitación de la movilidad y pérdida de función), como las manifestaciones asociadas.

**1. Dolor y sus características:** se debe interrogar sobre la localización, irradiación, tipo (urente, sordo, quemante, etc.), intensidad, ritmo horario (matutino, nocturno), duración, tiempo de evolución, cadencia, relación con la actividad física, etc. También sobre síntomas acompañantes, como: aumento de temperatura local, fiebre enrojecimiento, etc.

Por lo general, las enfermedades inflamatorias articulares (AIJ) no se caracterizan por el dolor como síntoma principal, siendo más frecuente que se refiera por parte de los padres: hinchazón y/o limitación de movilidad de un miembro, o bien, que el niño rehúse o rechace la realización de actividades habituales. Cuando el dolor es intenso o desproporcionado a la tumefacción articular, debemos plantear la posibilidad de una *artritis séptica* o un *proceso tumoral*; en estos casos, el

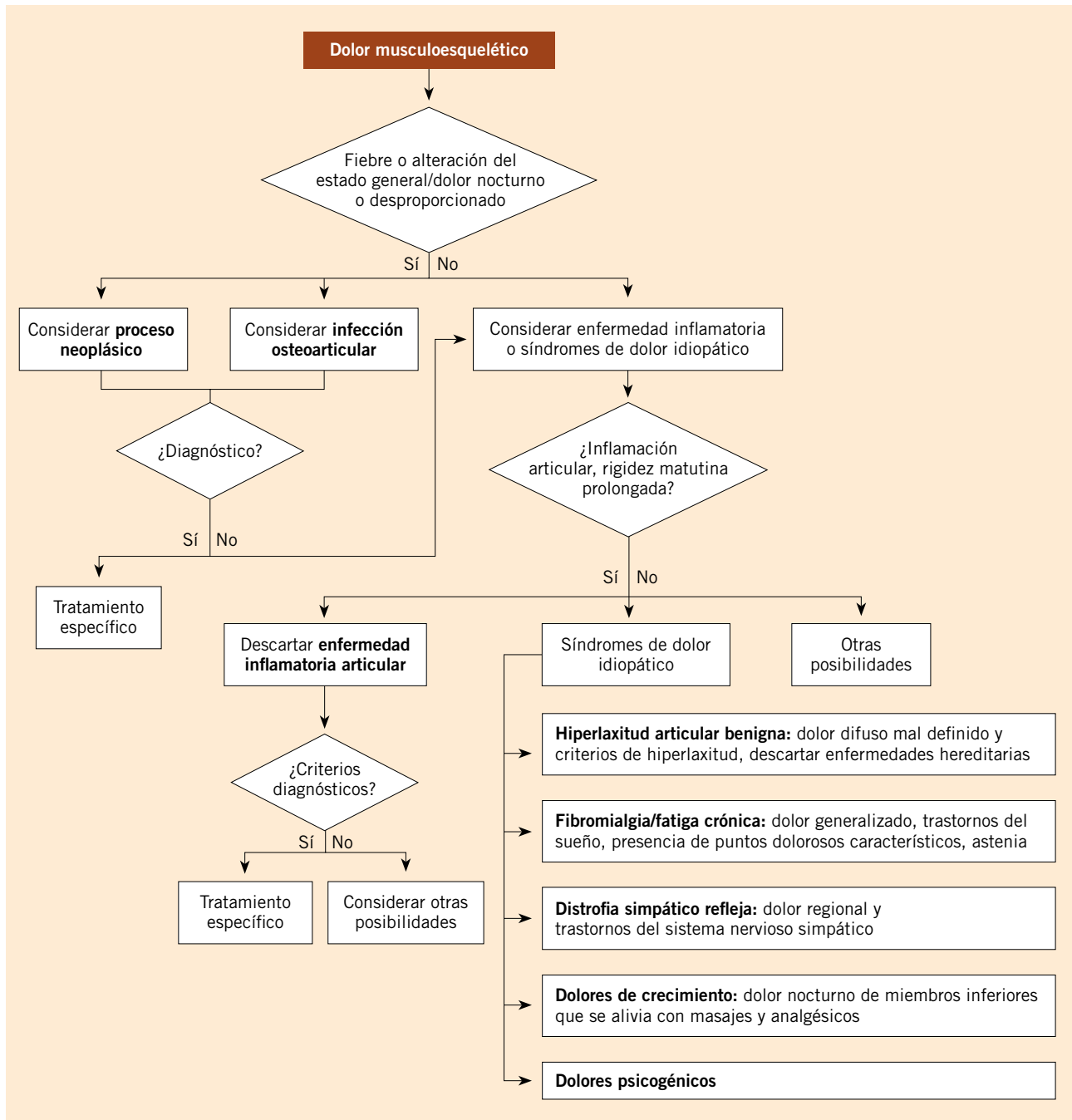


Figura 1. Esquema del abordaje del dolor musculoesquelético en reumatología pediátrica.

ritmo del dolor y la presencia de síntomas acompañantes, como fiebre y afectación del estado general, nos pondrán sobre la pista.

El dolor musculoesquelético (Fig. 1 y Tabla VI) generalizado sin signos de alarma es característico de los síndromes de sensibilización central (p. ej., *fibromialgia juvenil*) o de amplificación del dolor.

Dolor localizado de ritmo mecánico o no definido, puede corresponder

tanto a *sobrecarga mecánica* por sobreuso, como a *dolores del crecimiento, osteocondrosis* (enfermedad de Sever, Osgood Schlatter, etc.) por lo general, procesos benignos.

2. **Tumefacción o hinchazón:** la tumefacción articular no siempre es muy evidente o afecta a articulaciones pequeñas o poco habituales y puede pasar desapercibida, por lo que la exploración física será de mayor utilidad para ponerla de manifiesto. Hay

que tener en cuenta que la tumefacción puede afectar a tejidos periarticulares, vainas tendinosas y ser interpretado erróneamente como una artritis. No debemos olvidar que las *tenosinovitis* se objetivan con frecuencia en la AIJ asociada a la artritis de carpos, tobillos y pies. Cuando se refiere al retropié, puede tratarse de una tendinitis aquilea, característica de la artritis idiopática juvenil forma *“artritis y entesitis”*.

Tabla VI. Signos de alarma del dolor musculoesquelético

<i>Dolor benigno</i>	<i>Signos de alarma</i>
Alivio con el descanso y empeoramiento con la actividad	Mejora con la actividad y presente durante el reposo
Aparición a última hora del día	Rigidez matutina
Dolor nocturno que se alivia con analgésicos simples y masajes	Dolor nocturno que no se alivia con analgésicos y empeora con masaje
Ausencia de inflamación articular	Presencia de inflamación articular
Hiperlaxitud articular	Rigidez articular
Ausencia de hipersensibilidad ósea	Hipersensibilidad ósea
Fuerza normal	Debilidad muscular
Crecimiento normal	Alteración pondoestatural

La tumefacción que se extiende más allá de una articulación puede corresponder a una *dactilitis* (“dedo en salchicha”) y es característica de determinadas formas de AIJ.

En ocasiones, puede objetivarse edema periarticular, acompañando a un proceso inflamatorio articular que puede corresponder a un *linfedema*.

3. **La limitación de la movilidad de una articulación o un miembro y la incapacidad para realizar actividades habituales.** Pueden deberse, tanto a un proceso banal o inespecífico, como a un proceso infeccioso (*miositis, artritis séptica, osteomielitis*), como a un inflamatorio crónico (AIJ) o incluso tumoral (*leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Ewing, etc.*).

La limitación de la movilidad puede deberse también a debilidad, que cuando afecta de forma proximal a miembros es característica de las miopatías inflamatorias (*DMJ*), la presencia de síntomas y signos característicos nos orientarán al diagnóstico. La cojera es frecuente en la edad pediátrica y representa un mecanismo de protección contra el dolor. En ocasiones, es transitoria y prece-dida, por lo general, de una infección de vías respiratorias altas (*sinovitis transitoria de cadera*). Cuando la sinovitis persiste más de 1-2 semanas o se acompaña de episodios de cojera previa, estamos obligados a descartar una *enfermedad de Perthes*.

La presencia de fiebre asociada a la cojera nos obligará a descartar una *artritis séptica/osteomielitis*.

No debemos olvidar que la cojera puede ser expresión de una coxitis inflamatoria en un paciente con artritis idiopática juvenil. Aunque la enfermedad puede debutar afectando a la cadera, esto es poco frecuente y, por lo general, la coxitis se presenta en el curso evolutivo de la misma, habitualmente en varones mayores de 9-10 años con la forma *“artritis y entesitis”*.

Es importante tener en cuenta que *no siempre la cojera o limitación de la marcha es debida a un problema de cadera*, como ocurre con frecuencia en la inflamación de articulaciones de miembros inferiores de la *artritis idiopática juvenil*. En este sentido, cuando un niño cojea o rehúsa caminar o mantener la postura, se debe contemplar también la posibilidad de un problema de columna, como por ejemplo, una *discitis* que, por lo general, afecta a niños de 2-5 años. La exploración física nos ayudará a valorar estas opciones una vez sospechadas.

*Las contracturas en flexión (“flexos”), por lo general no dolorosas, son relativamente frecuentes en la artritis idiopática juvenil*, cuando se afecta el codo o la rodilla, ya sea en su inicio como durante su evolución. En ocasiones, la enfermedad se descubre estudiando un flexo y pueden pasar inadvertidos si son leves.

Una forma rápida de valorar la limitación de forma global, es empezar preguntando: si el niño presenta dificultad para vestirse sin ayuda, o subir o bajar escaleras (si antes lo hacía).

4. **Incapacidad funcional:** la patología reumática se acompaña, por lo general, de limitación funcional y su valoración ha de tener en cuenta el grupo etario del paciente: en el lactante, se observa una disminución de la movilidad espontánea, llanto desencadenado por determinados movimientos o una postura antiálgica durante el sueño; en los preescolares, la limitación puede hacerse patente por la alteración de la actividad normal al vestirse, al subir o bajar escaleras, al realizar actividades deportivas, etc.
5. **Rigidez:** la presencia de rigidez o entumecimiento matutino o tras periodos de reposo o inactividad más o menos prolongados, es característica de la patología inflamatoria articular (artritis idiopática juvenil), pudiendo llegar a ser el signo más importante de las ER. Cuando se asocia a dolor o tumefacción, decimos que el dolor es de ritmo inflamatorio en contraposición al de ritmo mecánico, que no se acompaña de rigidez y se presenta después de la realización de actividad física o al final del día. Por este motivo, es muy importante preguntar siempre si el niño tiene: rigidez, entumecimiento o rehúsa moverse al levantarse por la mañana o tras periodos de reposo. Los niños mayores suelen referirla, como: molestias vagas, sensación de cansancio, debilidad muscular, torpeza, agarrotamiento, etc.
6. **Síntomas generales:** la presencia de síntomas, como: fiebre, malestar general, decaimiento, debilidad, pérdida de peso, etc., pueden presentarse asociados a patología reumática, como: AIJ sistémica, LES, vasculitis o enfermedad de Kawasaki, pero estamos obligados a sospechar una infección o un proceso tumoral.
7. **Síntomas por aparatos (anamnesis dirigida por aparatos):** la anamnesis en Reumatología debe ir dirigida a la búsqueda de síntomas que, si están presentes, puedan orientarnos al diagnóstico de un determinado proceso reumatológico, ya sea este de naturaleza inflamatoria o no; así, vemos como, en la patología de base inmune, pueden estar presentes de forma aislada o combinada: fiebre, astenia, artralgias, mialgias,

Tabla VII. Síntomas por aparatos (anamnesis dirigida por aparatos)

<b>General</b>	
Fiebre remitente en picos (2-3 diarios)	AIJ sistémica
Fiebre periódica	Fiebres periódicas familiares (FMF, CINCA, etc.)
Fiebre en picos	Enfermedad de Kawasaki
Fiebre lúpica	LES
Astenia significativa	AIJ sistémica. LES, Dermatomiositis juvenil. Vasculitis
Debilidad generalizada	Dermatomiositis juvenil
Retraso pondoestatural	Enfermedad inflamatoria intestinal
<b>Neuropsiquiátrico</b>	
Cefalea	LES, Vasculitis sistémicas, enfermedad de Behcet, CINCA, etc.
Convulsiones	LES
Déficit focal (ACV)	LES
Depresión	LES
Pares craneales	LES. Enfermedad de Lyme
Movimientos anormales/Corea	SAF. Fiebre reumática
Psicosis, trastornos cognitivos	LES
Parestesias, disestesias	Vasculitis sistémicas
<b>Cardiopulmonar</b>	
Dolor torácico anterior (pericarditis)	LES. AIJS. Fiebre mediterránea familiar. Síndromes autoinflamatorios (TRAPS)
Dolor pleurítico (pleuritis)	LES. Síndromes autoinflamatorios
Disnea	Neumonitis (AIJ). Dermatomiositis Juvenil. Esclerodermia. Hemorragia (LES, PSH)
Tos no productiva	Neomopatía intersticial
Arritmia	Enfermedad de Lyme. LES. Otras conectivopatías
<b>Digestivo</b>	
Disfagia	DMJ. Esclerodermia. Síndrome CREST
Dolor abdominal	EII. FMF (serositis). LES (pancreatitis). Vasculitis
Diarrea aguda	Artritis reactiva
Diarrea crónica	EII. Enfermedad celíaca
Rectorragias	EII
Úlceras anales	EII
<b>Piel y mucosas</b>	
Alopecia	LES
Fotosensibilidad	LES
Intolerancia al frío	Criopirinopatías
Lengua aframbuesada	Enfermedad de Kawasaki
Aftas orales	LES. Enfermedad de Behcet. Síndrome PFAPA
Aftas genitales	Enfermedad de Behcet. Síndromes autoinflamatorios
Psoriasis cutánea	Artritis psoriásica
Onicopatía ( <i>pitting</i> )	Artritis psoriásica
Descamación interdigital	Enfermedad de Kawasaki
Pustulosis palmoplantar	Síndrome SAPHO

debilidad, rigidez matutina, aftas orales, fotosensibilidad, fenómeno de Raynaud, fiebre, etc., que, en muchas ocasiones, el paciente no refiere y que hemos de preguntar de forma más o menos sistemática y dirigida para hacerlas patentes. En la tabla VII, se detallan los principales hallazgos que debemos tener en cuenta para preguntar sobre ellos y confirmar posteriormente en la exploración, si procediera.

## Exploración física en reumatología pediátrica

Una vez realizada la anamnesis, continuaremos con el examen musculoesquelético, realizado de forma sistemática a través de la inspección, palpación y examen de la movilidad articular, para lo que tendremos en cuenta los siguientes apartados:

- **Estática y actitud articular:** con el paciente desnudo, se valorarán: la simetría en los relieves óseos, la morfología de las articulaciones, las masas musculares, la actitud postural, las posibles desviaciones del raquis y/o de las extremidades o la disimetría de las extremidades inferiores. La presencia de contracturas en flexión (“flexos”) suele ponernos en alerta de patología articular inflamatoria o infecciosa, especialmente en: codo, muñeca, cadera y rodilla...
- **Signos inflamatorios:** los signos clásicos de la inflamación deben explorarse en busca de tumefacción articular o periarticular, rubor y calor. A continuación, valoraremos la presencia de derrame articular en articulaciones accesibles.
- **Deformidades:** una articulación deformada indica, por lo general, un proceso de larga duración. Pueden ser congénitas o adquiridas.
- **Puntos dolorosos:** la presencia de dolor en la exploración musculoesquelética, habitualmente tiene carácter patológico y debe valorarse siempre. Se valorará, especialmente: dolor articular, periarticular, músculos, fascias, tendones y sus inserciones. Hay que tener en cuenta que en muchos niños con enfermedades reumáticas, no se refiere ni se objetiva dolor en la exploración, siendo

Continúa

Tabla VII. Síntomas por aparatos (anamnesis dirigida por aparatos) *Continuación*

<b>Piel y mucosas (continuación)</b>	
Exantema evanescente	AIJ sistémica
Exantema malar (en vespertilio)	LES. Dermatomiositis Juvenil
Exantema urticarial	LES. Vasculitis. Síndrome autoinflamatorio
Exantema petequial	PSH. LES
Púrpura palpable	Vasculitis sistémica
Eritema marginado	Fiebre reumática
Eritema en heliotropo	Dermatomiositis juvenil
Eritema crónico <i>migrans</i>	Enfermedad de Lyme
Exantema periocular (“mapache”)	LES neonatal
Pápulas de Gottrón	Dermatomiositis juvenil
Eritema erisipeloide	Fiebre mediterránea familiar
<i>Livedo reticularis</i> /vasculitis racemosa	Síndrome antifosfolípido, síndrome de Snedon Déficit de ADA2
Fenómeno de Raynaud	LES. Esclerodermia. Síndrome CREST. Overlap. Vasculitis
Nódulos subcutáneos	AIJ FR+. Vasculitis sistémicas
Nódulos subcutáneos (paniculitis)	Eritema nodoso, vasculitis, EII
Calcificaciones subcutáneas	Dermatomiositis juvenil. Esclerodermia. CREST
Úlceras cutáneas	Vasculitis sistémica
Engrosamiento cutáneo	Esclerodermia
Hipersensibilidad a picaduras de insectos	Enfermedad de Behcet
<b>ORL</b>	
Dísfonía	DMJ, AIJ (artritis cricoaritenoides)
Faringoamigdalitis febril recurrente	Síndrome PFAPA
Hipoacusia neurosensorial	Criopirinopatías, enfermedad inmunomediada del oído
<b>Ocular</b>	
Ojo rojo (conjuntivitis)	Criopirinopatías. Síndrome Reiter. Vasculitis
Ojo rojo (epiescleritis)	Vasculitis sistémicas
Ojo rojo (uveítis)	AIJ. Espondiloartritis. Enfermedad de Kawasaki. Sarcoidosis
Escleras azules	Ontogénesis imperfecta
Hipopion	Enfermedad de Behcet
Tenosinovitis oblicuo anterior (Síndrome de Brown)	AIJ. LES
Tumefacción palpebral	Dermatomiositis juvenil
Exantema heliotropo	Dermatomiositis juvenil
<b>Otros</b>	
Tumefacción parotídea	Enfermedad de Sjögren. Sarcoidosis
Sequedad ocular/oral	Enfermedad de Sjögren
Dolor testicular (orquitis)	Púrpura de Schönlein H. Vasculitis (PAN). Brucelosis
Irregularidades menstruales	LES
Hematuria	Púrpura de Schönlein H. LES. Vasculitis sistémicas

más habitual que el niño rehúse realizar determinados movimientos o constatar retirada al palpar o mover una articulación o estructura relacionada.

En ocasiones, se objetiva en la exploración muchas áreas dolorosas que puede traducir: tensión muscular, procesos de amplificación del dolor o un síndrome de sensibilización central (fibromialgia y patologías relacionadas). Un dolor a la exploración desproporcionado o acompañado de signos de compromiso sistémico, nos hará sospechar un proceso infeccioso osteoarticular o neoplásico con expresión musculoesquelética.

- **Movilidad articular:** se evaluará la movilidad, tanto activa como pasiva, en busca de cualquier tipo de limitación, que puede ser parcial o total (anquilosis) y acompañarse o no de dolor. Si por el contrario se objetiva movilidad excesiva, podremos hablar de hiperlaxitud articular generalizada, cuando se cumplen determinados criterios (Tabla VIII). No hay que olvidar que la presencia de hiperlaxitud generalizada puede ser una manifestación de síndromes, como:

Tabla VIII. Hiperlaxitud articular generalizada benigna. “Criterios de Beighton” (Ann Rheum Dis. 1973)

- Hiperextensión pasiva del quinto dedo de la mano >90 grados (paralelo a la superficie de extensión del antebrazo)
- Aposición pasiva del pulgar en la superficie flexora del antebrazo
- Hiperextensión activa de más de 10 grados de los codos
- Hiperextensión activa de más de 10 grados de las rodillas
- Apoyo de las palmas de las manos en el suelo flexionando las caderas con las rodillas en extensión completa

La puntuación Beighton se realiza asignando dos puntos si el hallazgo es bilateral y un punto al apoyar las palmas de las manos en el suelo. Para realizar el diagnóstico, se requiere la presencia de, al menos, 4 puntos de los posibles.

Marfan, Ehlers-Danlos, etc., que asocian un fenotipo particular.

- **Limitación funcional:** la alteración de la capacidad funcional es consecuencia directa del dolor o tumefacción que provoca el proceso articular. Cuando se afectan las extremidades inferiores, en la mayoría de los casos, el niño presenta cojera o imposibilidad para apoyar la extremidad, dejando de realizar actividades habituales, como: jugar, correr, montar en bicicleta o cualquier actividad deportiva. Cuando se afectan las extremidades superiores, es más difícil de apreciar, debiendo valorarse las actividades manuales relacionadas con el aseo personal o el vestirse. En el caso de los lactantes, se puede observar disminución de la movilidad en la cuna o posturas inusuales durante el sueño.

La exploración física debe ser sistemática y, para ello, nos resultará útil establecer un orden como el propuesto.

**Columna cervical**

En pacientes con AIJ, sobre todo en las formas con afectación poliarticular, no es infrecuente que se afecte la columna cervical; para valorar esta posibilidad, empezaremos examinando la flexión, extensión, rotaciones y lateralización del cuello con el paciente de pie o sentado, pidiendo al niño que mire hacia el techo, luego a su ombligo y, finalmente, hacia los lados y hacia atrás.

Un signo frecuente de afectación cervical es la limitación, por lo general no dolorosa, de la extensión para sus últimos grados (Fig. 2).



**Figura 2.** Limitación de la extensión cervical en paciente con AIJ poliarticular evolucionada.

Así mismo, es posible observar como el niño gira el tronco cuando se le pide que mire hacia atrás en vez de mover el cuello solamente.

A continuación, valoraremos mediante palpación las masas musculares del cuello en búsqueda de contracturas dolorosas o no. En este momento, podemos aprovechar para buscar adenopatías.

Finalmente en decúbito supino, se explora la rotación cervical, moviendo la cabeza 90° tanto hacia la derecha como hacia la izquierda (Fig. 3).



**Figura 3.** Exploración de las rotaciones cervicales con el paciente en decúbito supino.

**Articulación temporomandibular (ATM)**

La ATM se afecta con cierta frecuencia en niños con artritis idiopática juvenil, pero puede pasar desapercibida, sobre todo, inicialmente.

Los principales signos de afectación ATM se exponen en la tabla IX y en las figuras 4-6.

Tabla IX. Signos de afectación ATM
- Dolor a la palpación en las ATM
- Limitación dolorosa o no de la apertura oral (por lo general, el niño debe ser capaz de introducir en su boca los dedos 2°, 3° y 4° de su mano en su boca)
- Presencia de chasquidos con el movimiento
- Asimetría facial por hipocrecimiento de una rama mandibular
- Retrognatia hipocrecimiento de las dos ramas mandibulares



**Figura 4.** Asimetría de la apertura oral en paciente con AIJ oligoarticular.



**Figura 5.** Exploración de la apertura oral. Se considera normal la introducción de, al menos, tres dedos.



**Figura 6.** Retrognatia en paciente con AIJ poliarticular evolucionada.

**Articulación esternoclavicular**

En ocasiones, puede afectarse la articulación esternoclavicular (Fig 7) en procesos inflamatorios o infecciosos óseos o articulares. La artritis suele pasar desapercibida, por lo que debe examinarse dentro de la sistemática que se establezca.



**Figura 7.** Tumoración articular esternal-clavicular izquierda en paciente con Artritis y entesitis.

### Hombro

La articulación del hombro se afecta con poca frecuencia en las artropatías crónicas, pero debe explorarse sistemáticamente. La inflamación de la articulación glenohumeral puede ponerse de manifiesto por la presencia de *tumefacción en la cara anterior del hombro* que puede resultar dolorosa a la palpación. No debemos olvidar que este hallazgo puede corresponder también a la presencia de tenosinovitis o bursitis, que es poco frecuente en pacientes con artritis crónicas, pero que hay que tener en cuenta.

La movilidad debe evaluarse pidiendo al niño que eleve los brazos hacia delante, hacia atrás y hacia los lados (abducción). Acto seguido, se le invita a que toque el hombro opuesto de cada brazo, tanto por delante como por la espalda (rotaciones externa e interna).

También puede explorarse la movilidad pasiva del hombro mediante la flexión del antebrazo sobre el brazo 90°, dirigiendo el antebrazo y la mano hacia fuera y hacia dentro ("tocar el ombligo") y, a continuación, levantando el codo (brazo en abducción de 90°) llevar la mano tanto hacia arriba como hacia abajo (rotación externa e interna).

El signo más frecuente de compromiso articular es la **limitación, en ocasiones dolorosa, de la rotación interna**, tanto activa como pasiva (Fig. 8).



**Figura 8.** Exploración rotación interna del hombro.

### Codo

La articulación del codo se afecta con frecuencia, pero puede pasar desapercibido si la artritis es leve y no se explora adecuadamente.

La sinovitis puede sospecharse por la presencia de tumefacción (Fig. 9) en la inspección, o bien, palpando la articulación radio-humeral en la parte posterior del codo (surco retroolecranio externo), mientras se realiza un movimiento de pronosupinación de la mano.

Se han de explorar, tanto la flexo-extensión como pronosupinación para valorar si existe algún grado de dolor y limitación de la movilidad.

Con frecuencia, el primer signo de artritis del codo es la limitación de la extensión completa para sus últimos grados (flexo), que puede ser dolorosa o no. Los niños pequeños suelen tener tendencia a la hiper movilidad de los codos y, por tanto, un codo aparentemente normal, pero que no hiperextendiendo unos grados, puede ser el primer signo de una sinovitis, sobre todo, si el hallazgo es asimétrico.



**Figura 9.** Tumoración marcada codo derecho y partes blandas adyacentes en paciente con artritis séptica.

### Muñeca

La sinovitis de la articulación radiocarpiana y/o vainas tendinosas adyacentes es muy frecuente en pacientes con AIJ y se puede detectar mediante la simple inspección en forma de abultamientos o tumoraciones de consistencia blanda, por lo general, en su cara dorsal (Fig. 10).



**Figura 10.** Tumoración por tenosinovitis en carpo en paciente con AIJ poliarticular.

No obstante, el compromiso inflamatorio suele hacerse patente de forma más precoz al palpar todo el carpo rodeando con el pulgar y tercer dedo del explorador ambas muñecas y observar cómo se produce dolor o una maniobra de retirada al presionar ligeramente (Fig. 11).



**Figura 11.** Compresión simultánea de las muñecas para explorar sinovitis en carpos.

A continuación, se evaluará la flexo-extensión. Para ello, es útil pedir que el niño con los codos flexionados y apoyados sobre una mesa, intente mantener juntas las palmas de las manos en actitud de oración (Fig. 12), y descender el borde de las manos para tocar la mesa. Esta maniobra puede poner de manifiesto, de forma precoz, la inflamación de un carpo que de otra manera podría pasar desapercibido.



**Figura 12.** Actitud en "rezo" para evaluar extensión de carpos y articulaciones de los dedos.

Posteriormente, se juntarán los dorsos de las manos dirigiendo los dedos hacia abajo en vertical. La movilidad pasiva debe ser de 90° tanto para la flexión como para la extensión. También, deben explorarse los movimientos de lateralización cubital y radial, que en circunstancias normales son de 35 y 45°, respectivamente.

### Mano

Las articulaciones de la mano se afectan con frecuencia en las artropatías crónicas. Mediante la simple inspección, podemos poner de manifiesto la presencia de tumefacción articular en los dedos. La presencia de dactilitis (Fig. 13) es muy sugerente de una enfermedad inflamatoria crónica; en ocasiones, pasa desapercibida si no es muy manifiesta, dado que, por lo general, no resulta dolorosa.



**Figura 13.** Dactilitis 4 dedo mano derecha en paciente con AIJ psoriásica.

También, mediante la inspección pueden ponerse de manifiesto la presencia de contracturas articulares y deformidades en metacarpofalángicas o interfalángicas que, por lo general, traducen procesos evolucionados (Fig. 14).



**Figura 14.** Contracturas en flexión de interfalángicas proximales en paciente con AIJ poliarticular.

También, se deben inspeccionar las uñas en busca de onicolisis o piqueteado que pueden acompañar a la forma de artropatía psoriásica (Fig. 15).



**Figura 15.** Pitting ungueal en paciente con AIJ psoriásica.

Es recomendable pedir al niño que haga el puño (Fig. 16), para valorar si existe tumefacción o limitación de la movilidad de las metacarpofalángicas y acto seguido se le invita a que nos enseñe las uñas, flexionando las interfalángicas proximales y distales totalmente, mientras permanecen extendidas las metacarpofalángicas (maniobra de Bunnell).



**Figura 16.** Maniobra del puño para evaluar sinovitis de metacarpofalángicas e interfalángicas.

Las articulaciones metacarpofalángicas se evalúan inicialmente de forma conjunta, ejerciendo una compresión lateral entre la 2ª y la 5ª. Su movilidad en flexión es de unos 80° y en extensión de 45°.

Las articulaciones interfalángicas se exploran presionando con el dedo pulgar e índice sobre las caras laterales de la articulación. La flexión normal es de 90°.

La hipermovilidad del primer y del quinto dedo por laxitud es uno de los criterios diagnósticos de hiperlaxitud.

### Cadera

El compromiso de la articulación coxofemoral puede abarcar, desde procesos transitorios, como una sinovitis transitoria de cadera, una enfermedad de Perthes o, incluso, un proceso séptico o tumoral, pero no debemos olvidar que esta articulación puede afectarse en niños con AIJ, por lo general, niños mayores en la forma artritis y entesitis (lo que podríamos considerar una espondiloartritis juvenil). Lo más habitual, es que se afecte durante el curso evolutivo de la misma, siendo poco frecuente que la enfermedad debute con una coxitis.

La limitación dolorosa de la rotación interna de la cadera suele ser el signo más habitual en caso de sinovitis. Sin embargo, una actitud en flexión y rotación externa, puede objetivarse como un signo de alarma precoz en la artritis séptica de cadera (Fig. 17).

La flexión debe explorarse intentando llevar la rodilla hasta el pecho (rango normal 120-135°). Las rotaciones se exploran con la cadera, rodilla y tobillo flexionados 90°, aproximando o separando la pierna de la línea media.



**Figura 17.** Cadera: maniobra de rotación externa (pie hacia dentro) e interna (pie hacia fuera).

Conviene realizar la *maniobra de rolling* (Fig. 18), que evalúa la rotación sobre su eje del miembro inferior totalmente extendido; para ello, se sitúan las manos por encima y por debajo de la rodilla, haciendo rotar la extremidad hacia dentro y hacia fuera. En la artritis séptica de cadera, se objetivará una limitación dolorosa de las rotaciones a

diferencia de la sinovitis transitoria de cadera que no suele doler.



**Figura 18.** Maniobra de "rolling" para valorar rotación de cadera, que característicamente no resulta dolorosa en sinovitis transitoria de cadera a partir de los 30°, a diferencia de otros procesos.

Acto seguido, en decúbito supino, se explorarán tanto la extensión como las rotaciones, para ello, se fijará la pelvis con una mano y con la otra se elevará la pierna en extensión completa (el rango normal es de 30°). A continuación, se evalúan las rotaciones flexionando las piernas 90° y aproximando y separando cada pierna con respecto a la línea media (Fig. 19).



**Figura 19.** Maniobra de rotación interna de ambas caderas.

### Articulación sacroilíaca y columna lumbar

Las articulaciones sacroilíacas suelen ser las grandes desconocidas en la patología musculoesquelética, pero hay que poner de manifiesto que, también, pueden presentar inflamación en determinadas formas de AIJ, manifestado, por lo general, como dolor lumbosacro

de ritmo inflamatorio y/o limitación de la movilidad lumbar.

En primer lugar, se debe explorar palpando la región lumbosacra en busca de puntos dolorosos sobre el área sacroilíaca. Con frecuencia, puede provocarse dolor en este área en niños y, sobre todo, adolescentes con procesos miofasciales o de amplificación del dolor, pero también puede tratarse de una sacroileítis subclínica en un niño con una artropatía inflamatoria crónica.

Las maniobras clásicas para explorar la sinovitis incluye: la **maniobra de FABERE** (Flexión, Abducción, Rotación Externa), en la que estando el niño en decúbito supino, se flexiona la rodilla para apoyar el tobillo en la rodilla del miembro opuesto. Apoyaremos una mano sobre la espina ilíaca ipsilateral, al mismo tiempo que realizamos una suave flexión sobre la rodilla del lado examinado. La prueba es positiva, cuando genera dolor en la región sacroilíaca homolateral (Fig. 20).



**Figura 20.** Prueba de FABERE. Flexión abducción y rotación externa, fijando la pelvis para evaluar sacroileítis.

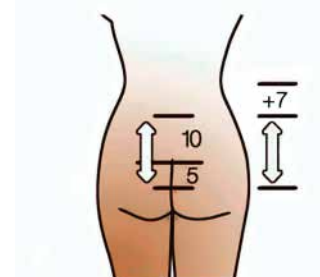
También es clásica, aunque menos usada en niños, la **maniobra de Menell**: en decúbito lateral, con la cadera y la rodilla del lado supuestamente afectado en hiperflexión, y la pierna del lado opuesto, proyectada en hiperextensión hacia atrás con la rodilla flexionada. Es positiva, cuando se genera dolor al comprimir la línea interarticular sacroilíaca al tiempo que se realiza una hiperextensión del muslo.

La movilidad lumbar se explora pidiendo al paciente que intente flexionar el tronco para intentar llevar las palmas totalmente extendidas al suelo, si lo consigue, sin duda, estaremos ante un caso de hiperlaxitud y habrá que comprobar si también otras articulaciones

son laxas para diagnosticar un síndrome de hiperlaxitud.

Si, por el contrario, se objetiva una limitación "significativa" en la flexión, hay que valorar la posibilidad de un proceso inflamatorio crónico que esté afectando o ha afectado al esqueleto axial (artritis y entesitis o espondiloartropatías juveniles), para lo cual se realizará el **test de Schöber** que, además, es útil para monitorizar evolutivamente al paciente.

En niños mayores de 6 años, valorar la limitación de movimientos en la región lumbosacra mediante el **Test de Schöber modificado**. Con el paciente en bipedestación, se traza una línea a la altura de las espinas ilíacas; a continuación, se marcan dos líneas paralelas a esta, una 5 cm por debajo y otra 10 cm por encima (Fig. 21). El niño realizará una flexión del tronco para intentar alcanzar el suelo con los dedos de las manos. En este momento, se mide la diferencia de distancia entre el punto superior e inferior entre la posición erecta (15 cm) y en flexión máxima (21-22 cm). En niños mayores de 6 años, se considera patológica una diferencia inferior a 6 cm. Además, debemos explorar la flexión lateral del raquis, evaluando la distancia desde el tercer dedo de la mano hasta el suelo, de forma periódica.



**Figura 21.** Test de Schöber modificado. Medición previa a la flexión máxima del raquis hacia delante.

### Rodilla

El examen de la rodilla comienza con la inspección del paciente en decúbito supino para poner de manifiesto: tumefacción articular o periarticular, atrofia de masas musculares (cuádriceps) o una actitud en flexión ("flexo") que, casi siempre, serán patológicas (Fig. 22). Se valorará la existencia de dolor a la palpación o aumento de temperatura, como signos inflamatorios habitualmente presentes en caso de sinovitis aguda.



**Figura 22.** Actitud en flexo de rodilla izquierda en paciente con AIJ oligoarticular.

La observación de un abultamiento, a veces, doloroso en el área que corresponde a la inserción del tendón rotuliano en la tuberosidad anterior de la tibia, corresponde, por lo general, a una **ostecondritis de Osgood Schlatter**.

La presencia de dolor en el polo inferior de la rótula en el área de la inserción proximal del tendón rotuliano, puede deberse a una **ostecondritis de Sinding Larsen Johanson**.

No debemos olvidar que las inserciones del tendón rotuliano pueden afectarse en caso de **entesitis** en el contexto de una enfermedad inflamatoria, como la **artritis entesitis** o una **espondiloartritis juvenil**.

El dolor en el tendón rotuliano que se incrementa significativamente al realizar una extensión resistida de la rodilla, nos ha de hacer pensar en una **tendinitis rotuliana por sobreuso** en pacientes deportistas.

A continuación, se comprimen con la mano los fondos de saco laterales de la rodilla para desplazar el líquido sinovial existente hacia el aspecto contralateral, comprobando si se produce abombamiento, en cuyo caso hablaremos de un **signo de la oleada** positivo, que traduce la presencia de exceso de líquido intraarticular, habitual ante una sinovitis.

Con el mismo objetivo que en la maniobra anterior, se recomienda presionar sobre la rótula con el dedo pulgar, mientras se exprime el fondo de saco subcuadrípital con los dos primeros dedos de la otra mano, de esta manera, se desplazará el líquido sinovial presente hacia la región infrarotuliana. Si

el observador siente la fluctuación de la rótula bajo el dedo del explorador, el **“signo del peloteo rotuliano o del balón”** es positivo y hay derrame sinovial.

### Tobillo y pie

El tobillo y pie se exploran buscando **tumefacción** difusa (Fig. 23) o localizada en las diferentes articulaciones: tibioastragalina, subastragalina, mediotarsiana, metatarsofalángicas e interfalángicas, y en las vainas de los tendones, tanto de la cara anterior (principalmente, tibial anterior) como medial (principalmente, tibial posterior) y lateral (principalmente, peroneos), que nos orientará a la posibilidad de un proceso inflamatorio o infeccioso.



**Figura 23.** Tumefacción difusa retropié, tendinitis aquilea. Paciente con artritis entesitis HLA B27+.

También, a simple vista, puede ponerse de manifiesto una dactilitis que adopta el aspecto de **“dedo en salchicha”** y que corresponde a un proceso inflamatorio de una articulación del dedo que se extiende más allá de la misma, y que suele observarse en niños con AIJ (mayoritariamente en la forma artritis y psoriasis) (Fig. 24).



**Figura 24.** Dactilitis (“dedo en salchicha”) en paciente con AIJ psoriásica.

La movilidad activa y pasiva del tobillo se afecta en caso de sinovitis o tenosinovitis. Debemos valorarla adecuadamente teniendo en cuenta:

- Articulación tibioastragalina: la flexión dorsal habitual es de 20° y la plantar 45°.
- Articulación subastragalina: lo normal son 30° tanto para la inversión como para la eversión del pie.
- El tarso se valora mediante la rotación del antepié sobre el retropié.
- Las articulaciones pequeñas del antepié se exploran conjuntamente comprimiendo lateralmente las articulaciones metatarsofalángicas y las interfalángicas.
- Acto seguido, observaremos al niño caminando de puntillas y talones durante unos metros.
- Para finalizar buscamos puntos dolorosos en el tendón de Aquiles y su inserción en el calcáneo, y en las inserciones de la fascia plantar (tuberosidad del calcáneo, cabezas de metatarsianos y base del quinto metatarsiano), que resultan dolorosos en caso de **entesitis**, característica de la forma artritis y entesitis de la AIJ y espondiloartritis juveniles (Fig. 25).



**Figura 25.** Exploración de la entesitis calcánea de la fascia plantar. Dolorosa en fascitis plantar en pacientes con artritis entesitis.

### Otros aspectos en la exploración musculoesquelética

Para finalizar, la exploración física debe contemplar también los siguientes apartados:

- **Marcha:** siempre debe explorarse la deambulación en búsqueda de cojera por afectación de la cadera u otras articulaciones del miembro inferior. Se debe tener en cuenta que con frecuencia la única manifestación es la claudicación de la marcha.

Determinados patrones de la marcha pueden orientarnos a procesos concretos:

- Inclinación del tronco hacia delante (afectación de la columna dorsolumbar).
- Marcha salutaria (afectación de la cadera).
- Dificultad marcha en puntillas/talones (afectación de la rodilla y tobillos).
- **Alineación del raquis:** los trastornos de alineación del raquis deben valorarse en busca de cifosis, escoliosis o hiperlordosis que, en ocasiones, se objetivan en pacientes reumáticos, aunque, por lo general, como patología asociada y no como una manifestación reumática *per se*.
- **Alineación de miembros:** aunque ya hemos comentado que la actitud en flexión es frecuente en la patología articular reumática (“flexos”), podemos poner de manifiesto alteraciones asociadas, como: la hiperextensión de codos por laxitud, el cúbito valgo en miembros superiores y el genu valgo, varo o *recurvatum* en miembros inferiores, por poner algunos ejemplos.
- **Longitud de miembros inferiores:** mediremos la distancia existente entre la espina ilíaca anterosuperior y el maléolo interno, en búsqueda de disimetrías que son frecuentes en patología articular crónica de miembros inferiores y que, por tanto, debemos monitorizar.

Para facilitar la sistematización exploratoria, se puede utilizar el examen de cribado musculoesquelético para niños pGALS (*pediatrics, Gait, Arms, Legs, Spine*) (Tabla X), que combina aspectos de inspección, palpación y movilidad en articulaciones periféricas y el raquis.

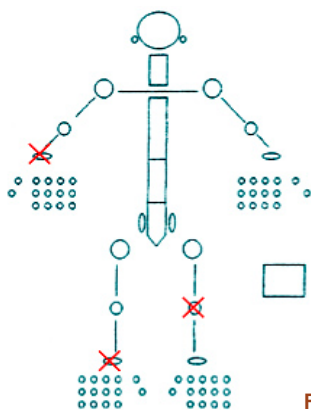


Figura 26.

Tabla X. Test para la detección de síntomas músculo-esqueléticos. Modificado: The pGALS (*pediatric Gait, Arms, Legs, Spine*)

**Preguntas:**

- ¿Tiene el niño dolor y/o rigidez por las mañanas al levantarse o después de periodos de reposo?
- ¿Tiene dificultad para vestirse sin ayuda? (si antes lo hacía)
- ¿Tiene dificultad para realizar el aseo personal? (si antes lo hacía)
- ¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras? (si antes lo hacía)

**Maniobras de detección**

Maniobras de detección	¿Qué valora?
Observar al paciente de pie y tumbado	Actitud espontánea Tumefacción articular o periarticular Atrofia muscular Trastornos alineación

**Miembros superiores**

“Extiende las manos hacia delante”	Flexión anterior de hombros
“Pon las palmas hacia arriba y cierra el puño”	Extensión de codos, carpos y dedos Supinación de codos
“Con las palmas extendidas, sin doblar los nudillos, enseña las uñas”	Tumefacción/limitación interfalángicas proximales y distales
“Haz pinza con el pulgar y todos los dedos”	Flexión de las articulaciones de los dedos Destreza manual
“Mantén juntas las palmas de las manos a la altura de los codos”	Extensión de carpos y de los dedos
“Levanta los brazos estirados lo que puedas”	Extensión de codos y muñecas
“Pon las manos detrás del cuello”	Abducción de hombros Abducción y rotación externa de hombros Flexión de codos
“Intenta tocar la paletilla (escápula) del otro lado”	Rotación interna de hombros

**Miembros inferiores**

Signo de la tecla (peloteo) y oleada en rodillas	Tumefacción de rodillas
“Dobla y estira las rodillas”	Flexión y extensión de rodillas
Realizar movimientos pasivos de caderas	Rotación, abducción y flexión de caderas
Realizar movimientos pasivos de tobillos	Movilidad tibioastragalina y subastragalina

**Columna y temporomandibulares**

Observación perfil del niño	Valoración retrognatia
“Abre la boca todo lo que puedas”	Limitación apertura y asimetrías ATM
“Mira al techo”	Extensión de la columna cervical
“Intenta tocar el hombro con la oreja”	Flexión lateral de la columna cervical
“De pie intenta tocar el suelo” sin doblar rodillas	Flexión de la columna tóraco-lumbar Escoliosis Test de Schöber

**Deambulación**

Observar la marcha espontánea	Cojera o rechazo de la deambulación
“Camina de puntillas y de talones”	Limitación apoyo talón o antepié Tendinopatía de Aquiles

Resultará también de utilidad, reflejar en un gráfico el compromiso articular, señalando las articulaciones con dolor, con tumefacción y con limitación de la movilidad (Fig. 26).

## Exploración extraarticular en Reumatología

Las ER son mayoritariamente procesos sistémicos y es frecuente el compromiso extraarticular; por lo que la exploración general aporta con frecuencia hallazgos relevantes para su diagnóstico y caracterización. El examen debe hacerse adaptado a cada periodo de la infancia y adolescencia. Además de valorarse el estado general, de las constantes vitales y parámetros de crecimiento y desarrollo, se han de tener en cuenta determinados signos frecuentes o característicos en las ER. A continuación, se exponen los más relevantes.

### Fiebre

Ante un niño con fiebre, la primera posibilidad que hay que tener en cuenta es que se trate de un proceso infeccioso, también puede tener un origen neoplásico, pero dependiendo de la presencia de determinados síntomas o signos característicos, puede ser manifestación de una enfermedad reumática.

En la AIJ sistémica, la fiebre cursa en forma de picos que se presentan varias veces al día. Se suele acompañar de exantema evanescente característico y artralgias o artritis. También, son frecuentes las adenopatías, hepatoesplenomegalia y cuadros de serositis.

Ante un paciente con clínica articular y entesopatía (fascitis plantar, tendinitis aquilea, etc.), la presencia de fiebre y diarrea nos hará pensar en la posibilidad de una enfermedad inflamatoria intestinal.

En las conectivopatías, como el LES y la dermatomiositis, y en las vasculitis sistémicas, como la panarteritis nodosa, enfermedad de Kawasaki y enfermedad de Takayasu, es frecuente la presencia de fiebre asociada a sintomatología constitucional y síntomas y signos característicos.

Por último, cuando la fiebre es prolongada o cursa de forma episódica, se debe pensar también en la posibilidad de una enfermedad autoinflamatoria.

### Fenotipos peculiares

- Síndrome de Marfan: talla alta, braza excesiva, hiperlaxitud, luxación cristalina, valvulopatía.
- Síndrome de Ehlers-Danlos: hiperlaxitud generalizada, cicatrices características.
- Síndrome de Stickler: miopía magna, patología degenerativa articular, hipoplasia maxilar, fisura palatina, úvula bipartita.
- Criopirinopatías (Síndrome CINCA): abombamiento frontal, prominencias óseas.

### Cráneo facial

- Retrognatia: AIJ.
- Asimetría apertura oral: AIJ.
- Tumefacción parotídea: síndrome de Sjögren. Sarcoidosis.
- Abombamiento frontal: síndrome CINCA.
- Hipoplasia maxilar superior: síndrome de Stickler.
- Boca fruncida: esclerodermia.

### Piel y mucosas

- Psoriasis: lesiones eritematodescarnativas en superficies extensoras. Artritis psoriásica.
- Eritema anular: exantema fotosensible en lupus cutáneo subagudo.
- Pustulosis palmo plantar: síndrome SAPHO.
- Aftas orales: LES (no dolorosas). Enfermedad de Behcet (dolorosas). Síndrome PFAPA (dolorosas). Síndromes autoinflamatorios por déficit de mevalonato cinasa).
- Aftas nasales: LES.
- Aftas genitales: enfermedad de Behcet. Síndromes autoinflamatorios por déficit de mevalonato cinasa.
- Alopecia: LES.
- Labios fisurados: enfermedad de Kawasaki.
- Lengua aframbuesada: enfermedad de Kawasaki.
- Descamación periungueal: enfermedad de Kawasaki.
- Exantemas:
  - Exantema evanescente: exantema maculopapuloso asalmonado de predominio en raíz de miembros: AIJ sistémica (Fig. 27).
  - Exantema malar en alas de mariposa: LES, dermatomiositis juvenil.



Figura 27. Exantema maculopapuloso asalmonado evanescente en paciente con artritis idiopática juvenil sistémica.



Figura 28. Exantema eritematovioláceo en párpados (eritema en heliotropo) y exantema facial en alas de mariposa. Paciente con dermatomiositis juvenil.



Figura 29. Lesiones eritemato purpúricas características de la púrpura de Schönlein Henoch.

- Eritema en heliotropo: dermatomiositis juvenil (Fig. 28).
- Púrpurico: púrpura de Schönlein Henoch (Fig. 29). Vasculitis ANCA +.
- Urticarial: vasculitis, urticaria vasculitis hipocomplementémica, síndromes autoinflamatorios. Fiebre mediterránea familiar.
- Exantema poliformo: enfermedad de Kawasaki.

- Eritema periocular: lupus neonatal.
- Eritema periungueal: dermatomiositis juvenil.
- Eritema crónico migrans: enfermedad de Lyme.
- Eritema marginado: fiebre reumática.
- Raynaud (Fig. 30): enfermedad de Raynaud (idiopático), esclerosis sistémica, LES, vasculitis, síndrome de Sjögren y síndrome de desfiladero torácico (costilla cervical, etc.).
- Livedo reticularis: vasculitis, síndrome de Snedon y síndrome antifosfolípido.
- Telangiectasias: síndrome de CREST y dermatomiositis juvenil (en párpados).
- Pápulas de Gottron (Fig. 31): Dermatomiositis juvenil.
- Calcificaciones subcutáneas: dermatomiositis juvenil, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo y síndromes overlap.
- Púrpura palpable: vasculitis leucocitoclástica y vasculitis sistémica.
- Engrosamiento cutáneo: esclerodermia lineal / morfea (Fig. 32).



**Figura 30.** Fenómeno de Raynaud. Palidez cutánea que aparece en dedos de manos y pies (también, en otras zonas acras, como: nariz, pabellón auricular, areola mamaria, etc.) es consecuencia de episodios de vasoespasmos desencadenados por el frío o el estrés emocional. El cambio de coloración suele ser trifásico (palidez, cianosis y eritema). Por lo general, es benigno e idiopático y suele presentarse en mujeres jóvenes, pero puede indicar la presencia de una enfermedad autoinmune (LES, esclerodermia, EMTC, vasculitis, etc.) y, también, ser el primer síntoma de un síndrome de desfiladero torácico (costilla cervical), hipotiroidismo, diabetes, crioglobulinemia, etc.



**Figura 31.** Pápulas de coloración violácea o rosada en superficie extensora de dedos y rodillas (pápulas de Gottron), características de la dermatomiositis juvenil. Se aprecia exantema macular (signo de Gottron), como expresión de vasculitis.



**Figura 32.** Esclerodermia localizada en pierna. Morfea.

- Esclerodactilia: esclerodermia y síndromes relacionados.
- Nódulos subcutáneos: AIJ poliarticular y vasculitis tipo PAN.
- Paniculitis (eritema nodoso): sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal y vasculitis.



**Figura 33.** Atrofia importante MID en paciente con Morfea.

- Úlceras cutáneas: Vasculitis sistémicas.
- Úlceras digitales: LES y esclerodermia.
- Patología ungueal:
  - Onicolisis: artritis psoriásica.
  - Pitting: artritis psoriásica.
  - Hemorragias en astilla: síndrome antifosfolípido.
- Patergia: enfermedad de Behcet.
- Erisipela: fiebre mediterránea familiar.

### Ocular

- Ojo rojo:
  - Uveítis anterior crónica: AIJ, por lo general, es asintomática. Sarcoidosis.
  - Uveítis anterior aguda (Fig. 34): espondiloartritis juvenil y enfermedad de Kawasaki.



**Figura 34.** Hiperemia periciliar en paciente con uveítis aguda. Espondiloartritis juvenil.

- Conjuntivitis: síndrome de Reiter, enfermedad de Kawasaki, síndromes autoinflamatorios (criopirropatías, TRAPS) y vasculitis.
- Epiescleritis: vasculitis sistémicas y enfermedades autoinflamatorias (criopirropatías).
- Escleras azules: osteogénesis imperfecta.
- Miopía magna: síndrome de Stickler.
- Hipopion: enfermedad de Behcet.

### ORL

- Faringo amigdalitis: síndrome PFAPA.
- Hipoacusia: síndromes autoinflamatorios (criopirropatías) y enfermedad inmunomediada del oído.
- Úvula bipartita: síndrome de Stickler.
- Condritis auricular: policondritis recidivante.

- Nariz en silla de montar: granulomatosis de Wegener.
- Aftas nasales: LES.

### Cardiopulmonar

- Roce pleural: pleuritis lúpica y fiebre mediterránea familiar.
- Roce pericárdico: pericarditis lúpica, AIJ sistémica, fiebre mediterránea familiar y enfermedad autoinflamatoria (TRAPS).
- Arritmia: miocarditis lúpica y esclerosis sistémica.
- Soplos:
  - Soplo insuficiencia aórtica: espondiloartropatías juveniles.
  - Soplo mitral: prolapso mitral (hiperlaxitud generalizada).
  - Soplo carotideo: enfermedad de Takayasu.
- Disminución / ausencia murmullo: neumatía intersticial reumatoide, hemorragia pulmonar (LES) y vasculitis.
- Sibilancias: vasculitis de Churg Straus.

### Sistema nervioso

- Paresia pares craneales: LES. Enfermedad de Lyme. Vasculitis.
- Cefalea: LES. Vasculitis sistémicas.
- Convulsiones: LES y vasculitis sistémicas.

- Déficit focales. LES, síndromes autoinflamatorios y vasculitis.
- Corea: LES, síndrome antifosfolípido y fiebre reumática.
- Meningitis aséptica: enfermedad de Behcet y síndromes autoinflamatorios.
- Mononeuritis múltiple: vasculitis sistémica.

La anamnesis y exploración física en Reumatología Pediátrica tiene sus peculiaridades y síntomas y signos guía que el médico de Atención Primaria, pediatra o reumatólogo deben conocer para orientar el diagnóstico y posterior abordaje de enfermedades musculoesqueléticas que, como el lector bien sabe, constituyen uno de los grupos de patología crónica más frecuente en la edad pediátrica.

### Bibliografía

1. Rotes J. Exploración del aparato locomotor. En: Pascual E. Tratado de reumatología. Madrid: ARAN Editorial; 1998. p. 177-208.
2. Gill I, Sharif F. A disjointed effort: paediatric musculoskeletal examination. Arch Dis Child. 2012; 97: 641-3.
3. Goff I, Bateman B, Myers A, Foster H. Acceptability and practicality of musculoskeletal examination in acute general pediatric assessment. J Pediatr. 2010; 156: 657-62.

4. Clemente Garulo D, López Robledillo JC. Enfermedades reumáticas típicas o más frecuentes en la infancia. In: Enfermedades reumáticas de la infancia: aproximación diagnóstico-terapéutica. Guía práctica para el pediatra de atención primaria. Madrid, Publicis Healthcare communications Groups. 2012: 27-57.
5. López Robledillo JC. Enfoque práctico del dolor en niños y adolescentes. En: López Robledillo JC, Ed. Monografía SER de Reumatología pediátrica. Madrid: Editorial médica panamericana. 2007: 273-82.
6. López Robledillo JC. Síndrome del dolor musculoesquelético en la edad pediátrica. Pediatr Integral. 2013; XVII(1): 15-23.
7. Berard R. Approach to the child with joint inflammation. Pediatr Clin North Am. 2012; 59: 245-62.
8. Anthony KK, Schanberg LE. Pediatric pain syndromes and management of pain in children and adolescents with rheumatic disease. Pediatr Clin North Am. 2005; 52: 611-39.
9. Davies K, Woo P. Non-rheumatic causes of musculoskeletal symptoms in childhood (I). Acta Pediatr Esp. 2003; 61: 445-58.
10. Davies K, Woo P. Non-rheumatic causes of musculoskeletal symptoms in childhood (II). Acta Pediatr Esp. 2003; 61: 516-24.
11. Foster HE, Kay LJ, Friswell M, Coady D, Myers A. Musculoskeletal examination pGALS for school-age children based on the adult GALS screen. Arthritis Rheum. 2006; 55: 709-16.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatruiintegral.es](http://www.pediatruiintegral.es).

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”.