

Diagnóstico diferencial de artritis

R.M. Alcobendas Rueda*, J. de Inocencio Arocena**

*Reumatología pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Reumatología pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre y Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Universidad Complutense de Madrid. Madrid



Resumen

El dolor articular es un motivo frecuente de consulta en Pediatría. De acuerdo al Comité de Reumatología Pediátrica de ILAR (Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología), se define artritis como la presencia de tumefacción articular o la combinación de dolor y limitación de la movilidad articular no producida por alteraciones mecánicas⁽¹⁾. El diagnóstico diferencial de artritis es amplio e incluye múltiples etiologías: infecciosa, inflamatoria, ortopédica y tumoral. La realización de una correcta anamnesis y exploración física, así como la realización de pruebas complementarias orientadas, son fundamentales para poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Abstract

Joint pain is a frequent complaint in Pediatrics. According to the Pediatric Rheumatology Committee of ILAR (International League of Rheumatology Associations), arthritis is defined as swelling within a joint, or limitation in the range of joint movement with joint pain or tenderness, which is not due to primary mechanical disorders⁽¹⁾. The differential diagnosis of arthritis is broad and includes multiple etiologies, such as infectious, inflammatory, orthopedic, or neoplastic. A complete history taking and physical examination suggest which complementary exams should be requested in order to reach a diagnosis and initiate treatment.

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

Key words: Monoarthritis; Polyarthritis; Juvenile idiopathic arthritis; Transient hip synovitis; Septic arthritis.

OBJETIVOS

- Profundizar en el conocimiento de los aspectos fundamentales de la anamnesis y exploración física en pacientes que consultan por artritis.
- Orientación de pruebas complementarias según los hallazgos de historia clínica y exploración.
- Conocer las principales etiologías y manejo de las monoartritis.
- Conocer el papel del pediatra de Atención Primaria al evaluar a un paciente con artritis.

Introducción

De acuerdo con el Comité de Reumatología Pediátrica de ILAR (Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología), artritis se define como tumefacción articular (esto es, con presencia de derrame sinovial) o como la combinación de dolor y limitación de la movilidad articular no producida por alteraciones mecánicas^(1,2). La artritis debe distinguirse clínicamente de

las artralgias, en las cuales existe dolor articular, pero sin asociar tumefacción ni limitación articular; también debe diferenciarse de la limitación articular no dolorosa, que puede ser constitucional o producida por traumatismos o trastornos del desarrollo, y que tampoco asocia tumefacción articular.

Las artritis se clasifican como oligoartritis, cuando existe inflamación de hasta 4 articulaciones, o poliartritis, cuando la artritis afecta a 5 articulaciones o más. Por tanto, la monoartritis, la inflamación de una sola articulación, se considera una forma de oligoartritis. Dada su importancia en Pediatría, al ser la forma más habitual de presentación de infecciones articulares, tumores sinoviales o trastornos de la coagulación (hemartros), las monoartritis se abordarán de manera independiente al resto en el texto.

La presencia de artritis en pacientes en edad pediátrica puede deberse a múltiples etiologías, incluyendo: infecciosa, postinfecciosa, reumatológica, traumática e incluso tumoral⁽³⁾. Las característi-

cas clínicas y la exploración, combinadas con las pruebas de laboratorio, microbiológicas y de imagen, son fundamentales para establecer el diagnóstico correcto.

Características clínicas

- **Síntomas acompañantes:** la presencia de fiebre, infección de vías respiratorias en niños con edad inferior a 4 años o el antecedente de heridas penetrantes, pueden orientar a artritis séptica. Las gastroenteritis enteroinvasivas e infecciones genitourinarias pueden preceder a las artritis reactivas. Asimismo, el antecedente de una faringoamigdalitis estreptocócica suele preceder a la aparición de la artritis postestreptocócica y de la fiebre reumática. La asociación con febrícula, astenia, pérdida de peso o irritabilidad son sugerentes de un proceso tumoral subyacente. En pacientes con artritis, fiebre alta persistente y exantema, debe descartarse la enfermedad de Kawasaki o

una artritis idiopática juvenil (AIJ) de inicio sistémico. Por último, la asociación con entesitis, así como con otras enfermedades, como psoriasis o uveítis anterior aguda sintomática, son descritas también en otras categorías de AIJ. La existencia de un antecedente traumático debe ser evaluado con cautela en pacientes pediátricos, ya que es frecuente que exista y no justifica la presencia de artritis.

- **Tiempo de evolución:** en artritis de poco tiempo de evolución, particularmente monoartritis, debe descartarse la etiología infecciosa. La persistencia en el tiempo de una artritis sugiere una patología crónica y debe ser derivada para valoración por el especialista.
- **Ritmo del dolor:** el dolor inflamatorio se caracteriza por empeorar con el reposo (predominio matutino) y mejorar con la actividad, mientras que el dolor mecánico se exacerba con el movimiento y se alivia con el reposo (predominio vespertino).
- **Intensidad del dolor:** la presencia de dolor intenso ante un paciente con artritis, debe hacernos sospechar etiología infecciosa, tumoral o traumática. Las artritis crónicas se caracterizan por ser poco dolorosas y, asociar de manera característica, rigidez tras el reposo.
- **Patrón de aparición en las poliartrosis:** puede ser simultáneo, afectando muchas articulaciones a la vez (artritis virales), aditivo, en el que se van añadiendo articulaciones inflamadas a las que ya lo estaban (AIJ) o migratorio, en el que la artritis “salta” de unas articulaciones a otras (fiebre reumática).
- **Antecedentes familiares:** es importante indagar acerca de la existencia de enfermedades autoinmunes o autoinflamatorias en los familiares cercanos, preguntando específicamente por psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o espondiloartropatías.

Exploración física

La exploración de un paciente con sospecha de artritis comenzará por realizar una exploración física sistemática por aparatos, ya que la artritis puede ser un componente más de una enfermedad sistémica^(4,5). La presencia de lesiones cutáneas (petequias, equimosis, púrpura) pueden orientar a un trastorno de

la coagulación, proceso linfoproliferativo o vasculitis IgA (púrpura de Schönlein Henoch). El hallazgo de adenopatías y/o organomegalias obliga a descartar enfermedad infecciosa, patología tumoral o, en caso de asociar fiebre y exantema, AIJ de inicio sistémico. La debilidad muscular se puede asociar a miopatías inflamatorias, mientras que las aftas orales, el exantema malar o las placas de alopecia a un lupus eritematoso sistémico. En todo paciente con artritis dolorosa, debe investigarse la presencia de heridas cutáneas o dermatitis activa, que puedan haber servido de puerta de entrada de gérmenes al torrente sanguíneo.

La artritis se presenta en la exploración, como tumefacción articular o limitación dolorosa del rango articular. En ocasiones, particularmente cuando el derrame es significativo o la artritis es séptica, el paciente adopta, de manera espontánea, una postura en la que mantiene la articulación flexionada con la finalidad de disminuir el dolor. En articulaciones profundas, como la cadera, en las que no se puede palpar la tumefacción articular, la limitación de las rotaciones, particularmente la interna y de la abducción, sugiere la presencia de artritis. Hasta un 30% de los pacientes con artritis de cadera refiere el dolor a región anterior de muslo o rodilla ipsilateral (dolor irradiado), por lo que es fundamental realizar una exploración completa, independientemente de la presencia de dolor en otras localizaciones. Por este motivo, se debe explorar siempre todo el eje de carga (cadera-rodilla-tobillo-pie) comparándolo con el contralateral, no doloroso, que servirá como referencia. La exploración debe ser, por tanto, siempre completa y bilateral, reservando para el final el miembro afecto.

Pruebas complementarias⁽⁶⁾

Las pruebas complementarias deben ir dirigidas y orientadas según la sospecha diagnóstica.

- **Análisis sanguínea:** se recomienda su realización en todo paciente con artritis, ya sea oligo o poliarticular, excepto en casos de existir una alta sospecha de sinovitis transitoria de cadera (STC). El hemograma, incluyendo frotis de sangre periférica, puede ayudar a descartar leucemia o etiología infecciosa, aunque con frecuencia es normal. El examen

bioquímico puede incluir enzimas hepáticas (que orienten a etiología vírica) y musculares (CK y LDH), urato e iones (ante sospecha de patología tumoral), así como proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación (VSG).

- **Inmunología:** los marcadores inmunológicos incluyen: factor reumatoide (FR), anticuerpos antinucleares (ANA) y HLA-B27, y deberían ser realizados ante sospecha de artritis crónica. La elevación de los anticuerpos anti-estreptococo betahemolítico tipo A (ASLO) indica únicamente antecedente de faringoamigdalitis estreptocócica, por lo que su positividad debería de ser interpretada con cautela.
- **Análisis del líquido sinovial:** el análisis citoquímico del líquido articular también ofrece información sobre la posible etiología de la artritis. Se recomienda la realización de artrocentesis en todo paciente con monoartritis dolorosa de inicio reciente (excepto en pacientes mayores de 3 años con sospecha de STC), oligoartritis con fiebre y afectación importante del estado general, así como en artritis (oligo o poliarticulares) de curso crónico. Las características del líquido articular según etiología se recogen en la tabla I.
- **Microbiología:** las pruebas microbiológicas deben ir orientadas según sospecha diagnóstica. El hemocultivo, Gram, cultivo de líquido articular, así como técnicas de amplificación genómica, son útiles en pacientes con oligoartritis sospechosa de etiología infecciosa, mientras que las serologías pueden ayudar en pacientes con poliartrosis con sospecha de etiología vírica.
- **Pruebas de imagen:**
 - **Radiografía:** no aporta mucha información en el estudio de las artritis, donde habitualmente es normal. Se debe realizar cuando se sospecha una etiología traumática y puede ser útil en el estudio de patología sistémica con artritis asociada (radiografía de tórax para valorar serositis o adenopatías mediastínicas).
 - **Ecografía:** es una técnica rápida, bien tolerada, barata y muy accesible. Su mayor limitación es la variabilidad inter-observador a la hora de la interpretación de las imágenes, así como la dificultad de interpretación de la señal Doppler de pacientes en crecimiento. Se recomienda su reali-

zación como primera aproximación diagnóstica en todo paciente con sospecha de artritis.

- *Resonancia magnética nuclear*: es una técnica indolora y no conlleva radiación, pero requiere sedación en pacientes pequeños y la disponibilidad puede variar enormemente entre los diferentes centros. Se recomienda su realización en: monoartritis crónica, posible etiología infecciosa, tumoral o traumática, o en aquellos pacientes con evolución tórpida a pesar del tratamiento dirigido según sospecha diagnóstica inicial.

Diagnóstico diferencial

Monoartritis

Artritis séptica

En todo paciente con edad inferior a 3 años y artritis, debe descartarse como primera posibilidad la etiología infecciosa, incluso en ausencia de fiebre.

La artritis séptica es la inflamación articular debida a una infección bacteriana, siendo los miembros inferiores la localización más frecuente. Solo en casos excepcionales (inmunodeprimidos, neonatos, gérmenes muy agresivos) se han descrito casos de afectación multifocal. No es infrecuente que en pacientes menores de 18 meses exista afectación ósea por contigüidad, debido a que a estas edades la vascularización epífisis-diáfisis es común. Es de las etiologías de artritis que cursan con más dolor a la palpación/movilización articular, y que suelen asociar postura antiálgica evidente o rápido desarrollo de flexos articulares, así como fiebre, dolor en reposo y elevación de reactantes. Aunque a nivel global, el *S. aureus* es el principal agente causal de infecciones osteoarticulares en todas las edades, en los últimos años se ha identificado a *Kingella kingae* como el agente etiológico principal en pacientes con edad comprendida entre 6 meses y 4 años, especialmente en menores de 2 años^(7,8) (Fig. 1). Es un germen colonizador habitual de la flora orofaríngea, que puede pasar al torrente sanguíneo cuando se altera la mucosa en el contexto de infecciones víricas. Se caracteriza por presentar un curso más leve, con poca repercusión clínica y analítica, y cifras de VSG o PCR que pueden ser cercanas a 20 mm/h o 20 mg/L, respectivamente. Hasta un tercio de los pacientes pueden

	Mecánico	Inflamatorio	Infeccioso
Aspecto macroscópico	– Claro – Transparente – Amarillo	– Turbio – Opaco – Amarillento	– Purulento – Opaco – Amarillo-verdoso
– Celularidad (cel/mm ³)	– <2.000	– 2.000-50.000	– > 50.000
– Neutrófilos	– <25%	– >50%	– >75%
Glucosa	Normal	Baja	Muy baja
Viscosidad	Alta	Baja	Variable

encontrarse afebriles en el momento de la consulta o referir únicamente febrícula. Es un microorganismo de crecimiento difícil en medios de cultivo tradicionales, por lo que la utilización de técnicas de detección molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa, ha permitido mejorar la identificación de este patógeno. Se recomienda mantener el tratamiento antibiótico, generalmente cefuroxima-aXetilo o cefadroxilo, durante un mínimo de 2 semanas o hasta la resolución completa clínico-analítica.

Sinovitis transitoria de la cadera (STC)

La sinovitis de cadera es un diagnóstico de exclusión (Tabla II). En pacientes con limitación dolorosa de la cadera, artritis de cadera en imagen ecográfica y edad inferior a 3 años, debería descartarse como primera posibilidad la etiología infecciosa, aún en ausencia de fiebre.

Artritis inflamatoria de la cadera de causa desconocida. Aunque puede existir el antecedente de una infección respiratoria los días previos, este no es obligatorio. Afecta de manera más frecuente a varones, con edad comprendida entre 3-10 años⁽⁹⁾. Se caracteriza por un inicio brusco de la sintomatología con dolor

intenso (en cadera, o irradiado a muslo o rodilla), con rechazo de la movilidad o incluso de la marcha. En caso de asociar fiebre o en pacientes menores de 3 años, debe descartarse primero una etiología infecciosa y no atribuir los síntomas a una STC. La evolución con antiinflamatorios suele ser buena, desapareciendo el dolor y la cojera a los 7-10 días. La normalización de la imagen ecográfica es más tardía (4-6 semanas), por lo que no se recomienda hacer controles de imagen seriados a no ser que persista la clínica; la presencia de dolor o limitación de la movilidad pasados 10 días del inicio orienta a enfermedad crónica. En pacientes con episodios de STC de repetición, debería descartarse enfermedad de Perthes, mediante la realización de radiografía anteroposterior y axial de pelvis; si esta es negativa, se podría realizar tipificación HLA-B27, ya que se ha descrito una mayor recurrencia de STC en estos sujetos.

Etiología tumoral

- **Sinovitis villonodular pigmentaria**: es una enfermedad rara en niños, de etiología desconocida y que cursa generalmente con afectación monoarticular crónica y recidivante, siendo la rodilla la articulación más frecuentemente



Figura 1. Artritis séptica de cadera por *K. kingae* en paciente de un año. **A.** Artrocentesis y lavado articular. **B.** Muestra para citoquímica, Gram, cultivo y reacción en cadena de la polimerasa específica para *K. kingae*.



Tabla II. Diagnóstico diferencial de la coxalgia

	<i>Sinovitis transitoria de cadera</i>	<i>Artritis séptica</i>	<i>Enfermedad de Perthes</i>	<i>Epifisiolisis cabeza femoral</i>
Edad	3-9 años	≤3 años	4-10 años	Adolescentes
Dolor	Agudo e intenso (cadera, muslo, rodilla)	Intenso y progresivo	Intermitente	Agudo e insidioso
Cojera	Sí	Sí	Intermitente	Sí
Radiografía	Normal	Normal, puede afectarse en estadios avanzados si asocia afectación ósea	Patológica	Patológica
Otros	Afebril	Puede no asociar fiebre ni elevación llamativa de RFA	Afebril	Obesidad, hipogonadismo, hipo o hipertiroidismo

RFA: reactantes de fase aguda.

afectada. El líquido sinovial obtenido mediante artrocentesis ofrece un aspecto característico, marrón oscuro o claramente hemático. La resonancia magnética es el examen complementario de elección para el diagnóstico (efecto *blooming* por depósitos de hemosiderina) y seguimiento. En el examen macroscópico, la membrana sinovial muestra vellosidades, hipertrofia nodular o villonodular de color moteado oscuro marrón (depósitos de hemosiderina) y amarillo (células de xantoma). El tratamiento consiste en la resección de la lesión para las formas localizadas y la sinovectomía total en caso de afectación difusa^(10,11).

- **Hemangioma sinovial:** la rodilla es su localización más frecuente. Puede presentarse como tumefacción recidivante secundaria al sangrado.
- **Sarcoma sinovial:** extremadamente infrecuente en la edad pediátrica.
- **Tumores óseos:** los tumores óseos, como el osteosarcoma o el sarcoma de Ewing, pueden asociar inflamación local, pudiendo aparecer excepcionalmente artritis en casos de afectación de hueso intraarticular (Fig. 2). La presencia de dolor intenso, persistente, de predominio nocturno, así como la evolución tórpida y respuesta insuficiente a analgésicos habituales, deben ponernos en alerta.

Otras

- **Traumáticas:** a diferencia de los adultos, la artritis traumática es excepcional en pacientes de edad pediátrica.
- **Alteraciones de la coagulación:** en la hemofilia y otros trastornos de coagulación es posible el hemartros, tanto en el debut como durante el curso de la enfermedad.

Oligoartritis o poliartritis

Artritis vírica

Las infecciones virales suelen cursar con artralgiás, aunque de manera mucho más infrecuente, también pueden asociar artritis franca. La severidad y el curso de las artritis víricas son muy variables atendiendo al agente causal. Las artritis por *parvovirus B19* ocurren en menos del 3% de los niños menores de 10 años infectados. El dolor, la tumefacción y la rigidez de las pequeñas articulaciones de las manos y los pies se desarrolla poco después del típico exantema “en bofetada”, resolviéndose en menos de 10 días, aunque están descritas recurrencias. También se han descrito casos de poliartritis y tenosinovitis en pacientes con infección por *rubeola*, pudiendo aparecer desde antes del *rash* hasta 10-28 días después de la vacunación. Asimismo, el síndrome artritis-dermatitis por *virus de la hepatitis B* ha sido comunicado en adolescentes; se caracteriza por la aparición de exantema maculopapular y artritis de distribución simétrica, que puede afectar a las articulaciones interfalángicas de los dedos. La enfermedad es autolimitada y se resuelve en 4 sema-

nas habitualmente, respondiendo bien a AINES. Por último, infecciones por virus de la varicela, Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes virus o alpha virus (*Chikungunya*, etc.) pueden ocasionar también episodios autolimitados de poliartritis, por lo que deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial.

Fiebre reumática

Se trata de una complicación no purulenta de las faringoamigdalitis causadas por el *estreptococo β-hemolítico* grupo A (GAS), afectando, en la mayoría de los casos, a niños de 5-14 años. El tiempo de latencia entre la infección y el inicio de las manifestaciones típicas es de 2-3 semanas. Durante este tiempo, el paciente está asintomático. Las presentaciones clínicas incluyen: artritis, carditis, corea, una erupción característica (eritema marginado) y nódulos subcutáneos, siendo las dos últimas extremadamente infrecuentes en nuestro medio. La poliartritis es la manifestación mayor más frecuente de la fiebre reumática, afectando hasta al 70% de los pacientes. La artritis se describe normalmente como intensamente

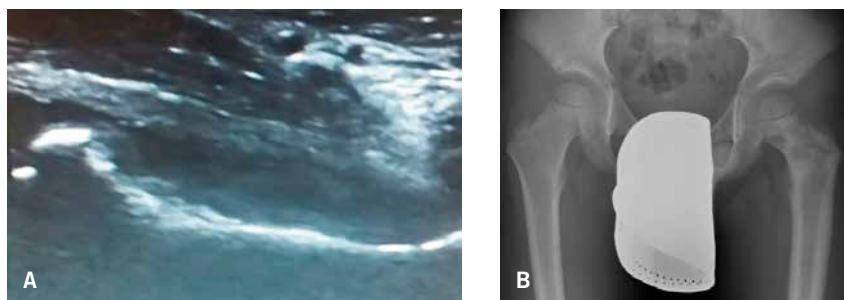


Figura 2. Artritis de cadera en paciente con sarcoma de Ewing. **A.** Ecografía articular mostrando artritis de cadera y desflecamiento de la cortical de cuello femoral. **B.** Radiografía de pelvis en la que se observa alteración de la densidad ósea y levantamiento en capas de cebolla de cuello y tercio proximal de fémur izquierdo.

dolorosa, migratoria (aunque también puede tener un patrón aditivo articular), que afecta predominantemente a grandes articulaciones. Según los nuevos criterios de la *American Heart Asociación* de 2015, en países con alta prevalencia de fiebre reumática, la afectación de una única articulación representa un criterio mayor⁽¹²⁾. En general, la respuesta a AINES es excelente, debiendo reconsiderarse el diagnóstico si el paciente no evoluciona adecuadamente en las siguientes 48 horas tras su instauración.

Artritis postestreptocócicas

A diferencia de la fiebre reumática, la artritis aparece en los primeros 10 días tras el contacto, es aditiva y persistente o recurrente, puede afectar tanto a grandes como a pequeñas articulaciones y responde peor a AINES⁽¹³⁾.

Artritis reactiva

El término de artritis reactiva hace referencia a las artritis o entesitis desencadenadas no directamente por gérmenes, como en las artritis sépticas, sino por la respuesta inflamatoria que producen algunos antígenos bacterianos. Comienzan 2-4 semanas después de una infección producida por algunos gérmenes entéricos (*Yersinia*, *Salmonella*, *Sighebella* o *Campylobacter*) o genitourinarios (*Chlamydia trachomatis*). Aunque son más frecuentes en individuos HLA-B27 positivo, una proporción significativa de los pacientes puede ser B27 negativo.

Artritis idiopática juvenil

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

Es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica. Según los criterios ILAR validados en la actualidad, se define como aquella artritis de curso persistente de más de 6 semanas de evolución, en niños menores de 16 años, en los cuales se ha descartado de manera razonable otras posibles etiologías. La AIJ incluye 7 categorías, atendiendo al número de articulaciones afectas, clínica sistémica, síntomas acompañantes y marcadores inmunológicos⁽¹⁴⁾. La categoría más frecuente es la oligoartritis, que suele afectar a niñas con edad inferior a 4 años y que tienen, en caso de ser los ANA positivos, el máximo riesgo de desarrollar uveítis. La rodilla

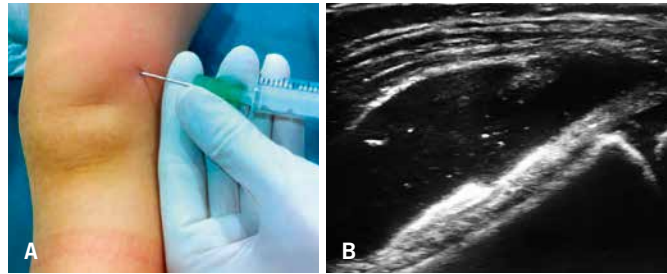


Figura 3. Artritis de rodilla izquierda. **A.** Artrocentesis de rodilla. **B.** Imagen ecográfica confirmando artritis de rodilla.

es la articulación más frecuentemente afectada (Fig. 3). Otras categorías pueden ser sospechadas en función de las características clínicas del paciente. Así, los varones mayores de 6 años con artritis persistente de cadera o dolor inflamatorio sacroilíaco o lumbar, probablemente presentan una artritis relacionada con entesitis. De manera similar, los pacientes con artritis y dactilitis (“dedo en salchicha”) presentan una artritis psoriásica, a pesar de que no tengan lesiones cutáneas en el momento del diagnóstico.

Otras enfermedades que pueden cursar con oligo o poliartritis

- **Lupus eritematoso sistémico (LES):** es una enfermedad autoinmune multisistémica, con preferencia por el sexo femenino y edad de aparición habitual a los 12-13 años. La afectación de las pequeñas articulaciones de las manos no es infrecuente entre los pacientes con LES de inicio en la infancia, aunque la artritis puede afectar a cualquier articulación.
- **Dermatomiositis juvenil (DMJ):** un porcentaje variable de pacientes pueden tener artritis, debiendo descartar la asociación con anti-MDA5 cuando está presente.
- **Enfermedades autoinflamatorias:** se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades, en general muy poco frecuentes, que se han ido describiendo en las últimas dos décadas. Se producen por desregulación del sistema inmune primario o innato. Cursan con inflamación sistémica, que puede ser persistente desde el debut, recurrente o periódica, y que se manifiesta a nivel de distintos órganos o sistemas. La artritis forma parte del conjunto de signos que algunos pacientes pueden presentar, como sucede en el síndrome de Blau, el síndrome de PAPA o la enfermedad de Behçet.
- **Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII):** la artritis

es la manifestación extradigestiva más frecuente en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa; aunque sus mecanismos etiopatogénicos no están claros, la artritis puede preceder a los síntomas intestinales. Se estima que, alrededor de un 25-30% de los pacientes con EII, presentarán alguna manifestación extradigestiva a lo largo de su evolución. La artralgia y, en menor grado, la artritis son las manifestaciones extraintestinales más frecuentes en la EII del niño, y se correlacionan con la actividad inflamatoria intestinal. La artritis tiende a ser mono u oligoarticular y asimétrica. Con menor frecuencia, cursa con afectación axial, implicando articulaciones sacroilíacas y columna lumbar, preferentemente en varones HLA-B27+.

- **Otras enfermedades sistémicas:** la anemia de células falciformes (dactilitis y artritis infecciosas), las mucopolisacaridosis (contracturas articulares con o sin dolor asociado), el síndrome camptodactilia-artropatía-coxa vararpericarditis o la policondritis recidivante (artritis), pueden presentar manifestaciones musculoesqueléticas que pueden confundirse con artritis sépticas o inflamatorias.
- **Falsas artritis:** la artritis es un proceso intraarticular que, salvo excepciones, no se acompaña de cambios de la coloración cutánea. Entidades como: urticaria, celulitis infecciosas o púrpura de Schönlein Henoch, pueden producir inflamación del tejido celular subcutáneo que, cuando se localiza en la región periarticular, ocasiona dolor a ese nivel (periartitis). Sin embargo, es raro que se acompañen de verdadera artritis.
- **Tumorales:** la leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia infantil más frecuente y puede presentarse inicialmente con artritis o artralgias (hasta en 10-20%), como parte de un proceso prodrómico que dura semanas o incluso meses, sin signos típicos de leucemia⁽¹⁵⁾. La distinción clínica

entre AIJ y LLA puede resultar difícil, siendo las citopenias un dato de alarma, especialmente la neutropenia y la trombopenia. Desde el punto de vista clínico, el dolor es característicamente muy intenso (a diferencia de la AIJ) y desproporcionado para los hallazgos del examen físico, pudiendo asociar organomegalias, adenopatías, palidez o lesiones petequiales-equimosis en la exploración. De manera menos frecuente, otras entidades, como el neuroblastoma, también pueden asociar manifestaciones musculoesqueléticas por lo que, ante cursos atípicos, clínica sistémica o mala evolución, deberían ser descartados.

Función del pediatra en Atención Primaria

- Realizar una correcta anamnesis dirigida fundamentalmente a: tiempo de evolución, características del dolor (ritmo inflamatorio o mecánico, irradiación, duración, intermitente o continuo, etc.) y síntomas acompañantes, considerando la edad y el sexo del paciente.
- Realizar una exploración física sistemática por aparatos, incluyendo exploración musculoesquelética completa.
- Evaluar las principales etiologías y elaborar un diagnóstico diferencial orientado.
- Derivar al Servicio de Urgencias o a una consulta especializada según sospecha.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

1. Fink CW. Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. *J Rheumatol*. 1995; 22: 8.
2. De Inocencio J, Udaondo C. Artritis idiopática juvenil. Criterios de clasificación. Índices de actividad. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2: 27-36.

- 3.*** Haines KA. The approach to the child with joint complaints. *Pediatr Clin North Am*. 2018; 65: 623-38.
4. Remesal A, de Inocencio J. Exploración articular en Pediatría. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/4t2.8_exploracion_articular_en_pediatria.pdf. Consultado el 20 de noviembre de 2021.
- 5.*** Alapont EA. Exploración del aparato locomotor en Reumatología pediátrica. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_exploracion_locomotor.pdf. Consultado el 20 de noviembre de 2021.
6. Ricart S. Significado de las pruebas complementarias en Reumatología pediátrica. Disponible en: https://www.reumaped.es/images/site/pdf/reuma_ped/PruebasComplementarias_enReumaPed_SilviaRicartAEP2009.pdf. Consultado el 25 de noviembre de 2021.
7. Gouveia C, Duarte M, Norte S, Arcangelo J, Pinto M, Correia C, et al. Kingella kingae displaced S. aureus as the most common cause of acute septic arthritis in children of all ages. *Pediatr Infect Dis J*. 2021; 40: 623-27.
8. Juchler C, Spyropoulou V, Wagner N, Merlini N, Dhoub A, Manzano S, et al. The contemporary bacteriologic epidemiology of osteoarticular infections in children in Switzerland. *J Pediatr*. 2018; 194: 190-96.e1.
9. Murias S, Remesal A, Quiles MJ, Merino R. Características de los pacientes con cojera en Reumatología. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76: 290-93.
10. Ma X, Shi G, Xia C, Liu H, He J, Jin W. Pigmented villonodular synovitis: a retrospective study of seventy five cases (eighty one joints). *Int Orthop*. 2013; 37: 1165-70.
11. Turkucar S, Makay B, Tatari H, Unsal E. Pigmented villonodular synovitis: Four pediatric cases and brief review of literature. *J Postgrad Med*. 2019; 65: 233-36.
12. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131: 1806-18.
13. Ahmed S, Padhan P, Misra R, Danda D. Update on Post-Streptococcal Reactive Arthritis: Narrative Review of a Forgotten Disease. *Curr Rheumatol Rep*. 2021; 23: 19.

- 14.*** Zaripova LN, Midgley A, Christmas SE, Beresford MW, Baillam EM, Oldershaw RA. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2021; 19: 135.
15. Brix N, Rosthøj S, Glerup M, Hasle H, Herlin T. Identifying acute lymphoblastic leukemia mimicking juvenile idiopathic arthritis in children. *PLoS One*. 2020; 15: e0237530.
16. Fernández Fraga P, Murias Loza S. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares. *Pediatr Integral*. 2017; XXI: 154-9.

Bibliografía recomendada

- Zaripova LN, Midgley A, Christmas SE, Beresford MW, Baillam EM, Oldershaw RA. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2021; 19: 135. DOI: 10.1186/s12969-021-00629-8.

Actualización de la artritis idiopática juvenil publicada recientemente. Aborda todos sus aspectos, desde la genética hasta el tratamiento, presentando gran parte de la información importante en forma de tablas, lo que facilita su lectura.

- Haines KA. The approach to the child with joint complaints. *Pediatr Clin North Am*. 2018; 65: 623-38.

Excelente revisión de las diferentes etiologías que pueden producir dolor articular en Pediatría, desde las infecciosas a las tumorales, desarrollando cada apartado desde un punto de vista muy práctico.

- Alapont EA. Exploración del aparato locomotor en Reumatología pediátrica. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_exploracion_locomotor.pdf. Consultado el 20 de noviembre de 2021.

Revisión pormenorizada de la exploración del aparato locomotor en Pediatría. Un detalle muy práctico es que la autora incluye fotos de las distintas maniobras de exploración utilizadas.

- Basmaci R, Lorrot M, Bidet P, Doit C, Vitoux C, Penneçot G, et al. Comparison of clinical and biologic features of Kingella kingae and Staphylococcus aureus arthritis at initial evaluation. *Pediatr Infect Dis J*. 2011; 30: 902-4.

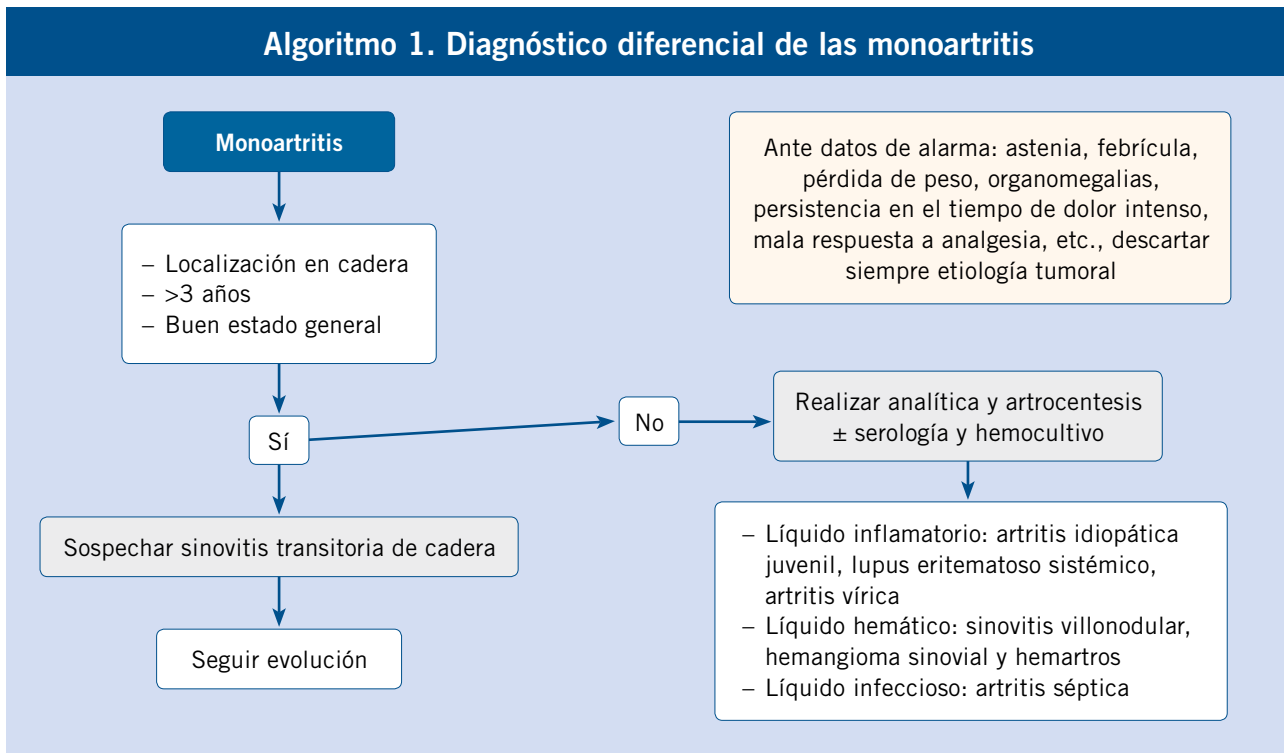
Artículo muy práctico en la caracterización de clínica, analítica, microbiología y evolución de las infecciones osteoarticulares, atendiendo a la edad de presentación.

Caso clínico

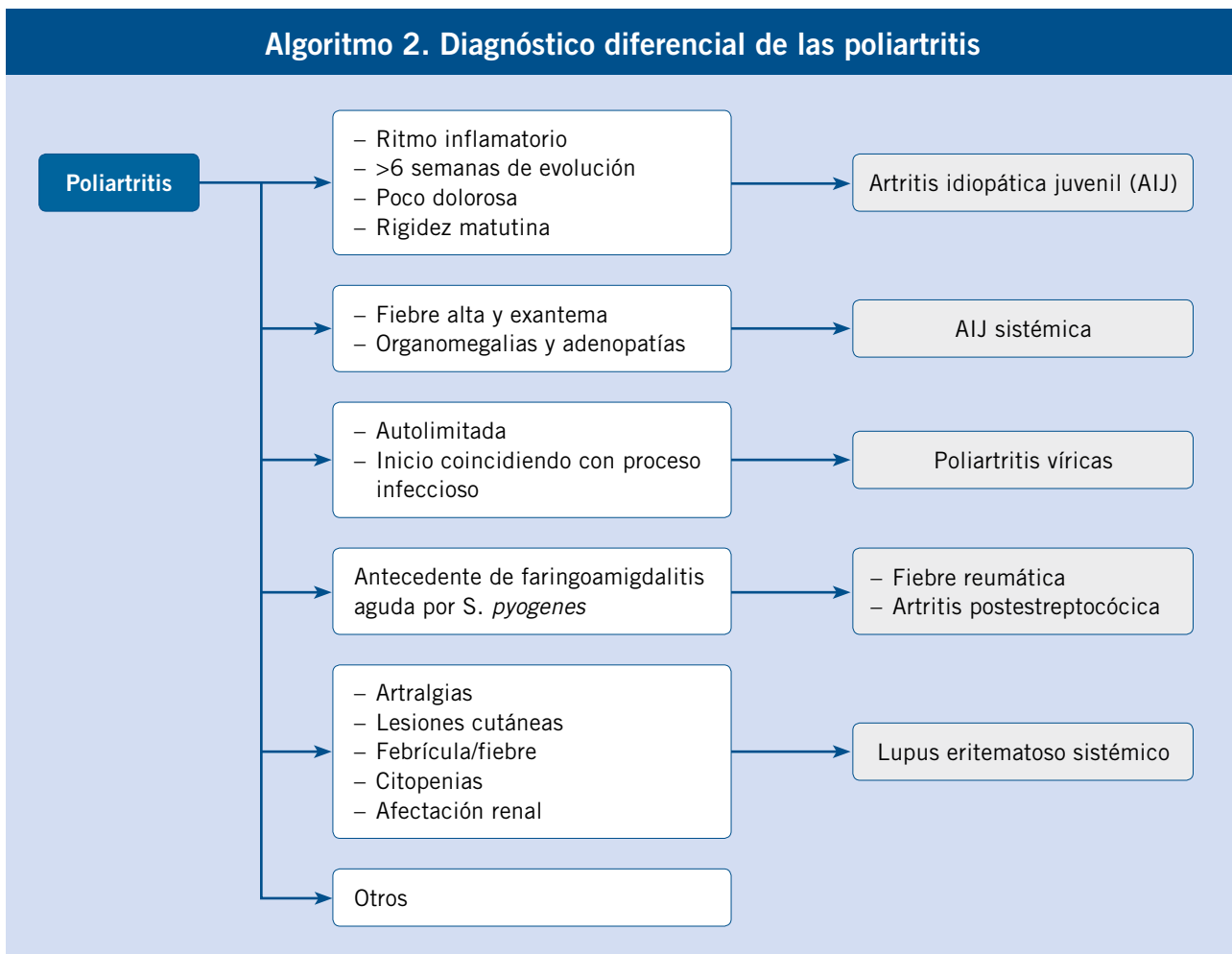
Niña de 17 meses que acude por cojera de pierna derecha de 48 horas de evolución. Asocia cuadro catarral de una semana de evolución con temperatura máxima de 38,3°C. Afebril actualmente. Tres días antes al inicio de la cojera, refiere antecedente traumático al caerse de un tobogán. Ha consultado en otro centro previamente, siendo diagnosticada de sinovitis transitoria de cadera. En la exploración presenta actitud de miembro inferior derecho en flexo de cadera y rodilla con rechazo total para el apoyo, tumefacción suprarrotuliana externa y franco dolor y limitación para la flexo-extensión de rodilla. Resto de exploración física sin alteraciones.

Se realiza analítica sanguínea donde destaca: PCR: 20 mg/L; VSG: 86 mm/h y resto normal.

Algoritmo 1. Diagnóstico diferencial de las monoartritis



Algoritmo 2. Diagnóstico diferencial de las poliartitis





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.

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 artritis

1. Señale qué asociación es **INCORRECTA**:
 - a. Varón > 6 años con artritis de cadera → artritis relacionada con entesitis.
 - b. Artritis poco dolorosa, con abundante hipertrofia sinovial y líquido hemático → sinovitis villonodular.
 - c. Artritis de pequeñas articulaciones en mujer adolescente con astenia y artralgiás → lupus eritematoso sistémico.
 - d. Artritis aditiva y persistente, transcurridas 3 semanas de una faringoamigdalitis aguda → artritis postestreptocócica.
 - e. Artritis y artralgiás intensas, irritabilidad y desproporción entre los hallazgos clínicos y percepción del dolor por el paciente → sospecha etiología tumoral.
2. En relación a las artritis de cadera, señale la opción **CORRECTA**:
 - a. La sinovitis transitoria de cadera es una entidad muy frecuente en pacientes menores de 4 años, que cursa con dolor de inicio agudo e intenso, localizado en cadera, muslo o rodilla que presenta progresiva mejoría clínica en los siguientes días.
 - b. La enfermedad de Perthes consiste en la osteonecrosis de la cabeza femoral. Se trata de una patología que afecta de manera exclusiva al hueso, por lo que prácticamente nunca se acompaña de inflamación articular.
 - c. En todo paciente con artritis monoarticular debe ser realizada una analítica sanguínea con reactantes de fase aguda, con el fin de descartarse etiología infecciosa.
 - d. Un paciente de 8 años que consulta por fiebre de 40°C, dolor en cadera y franca elevación de reactantes de fase aguda, muy posiblemente presenta un debut de una artritis idiopática juvenil (AIJ) sistémica.
 - e. El diagnóstico de sospecha de artritis de cadera viene dado por la presencia de limitación dolorosa de la movilidad, al ser la cadera una articulación profunda en la que la tumefacción no se puede palpar.
3. En relación a exploración y pruebas complementarias, señale la **CORRECTA**:
 - a. En pacientes con artralgiás está indicado realizar analítica básica con: hemograma, perfil férrico y tiroideo y pruebas reumáticas, incluyendo: ANA (anticuerpos antinucleares), FR (factor reumatoide) y ASLO.
 - b. En un paciente que consulte por un dolor claramente localizado, no debería realizarse una exploración general para no retrasar el inicio del manejo y tratamiento adecuado.
 - c. En pacientes con tumefacción y limitación dolorosa articular se debe realizar una radiografía al inicio por su alta rentabilidad diagnóstica.
 - d. La ecografía articular es complicada de interpretar y, por lo tanto, solo debería ser realizada por radiólogos expertos.
 - e. El líquido articular normal es de color ambarino transparente y contiene generalmente menos de 2.000 leucocitos/ μL .
4. Señale la opción **CORRECTA**:
 - a. No es infrecuente el antecedente de cuadro infeccioso de vía respiratoria superior en niños pequeños con artritis séptica.
 - b. No es infrecuente el antecedente de cuadro infeccioso gastrointestinal en pacientes mayores con artritis séptica.
 - c. Las artritis traumáticas son muy frecuentes en niños con edad inferior a 5 años, debido a la gran cantidad de traumatismos que suelen presentar.
 - d. Para sospechar una artritis idiopática juvenil (AIJ) psoriásica es imprescindible el antecedente personal de psoriasis.
 - e. Un paciente con artritis muy dolorosa que no evoluciona bien, no debe ser evaluado para descartar etiología tumoral.
5. ¿Qué característica es **TÍPICA** de la artritis idiopática juvenil (AIJ) no sistémica?
 - a. Cojera matutina que va mejorando a lo largo del día.
 - b. Inflamación muy dolorosa con imposibilidad para realizar actividad física.
 - c. Eritema y calor sobre las articulaciones afectadas.
 - d. Elevación significativa de reactantes de fase aguda.
 - e. Todas las anteriores son verdaderas.

Caso clínico

6. En este momento, ¿cuál es su **DIAGNÓSTICO** de sospecha?
- Sinovitis transitoria de cadera.
 - Artritis traumática.
 - Artritis vírica.
 - Artritis séptica.
 - Artritis idiopática juvenil.
7. ¿Qué **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** estarían indicadas?
- Ecografía articular.
 - Hemocultivo, Gram, cultivo y citoquímico de líquido articular.
 - Reacción en cadena de la polimerasa en líquido articular para *K. kingae*.
 - Ninguna por el momento, lleva poco tiempo de evolución.
 - a, b y c.
8. ¿Qué tratamiento antibiótico considera el **MENOS INDICADO** en este caso?
- Amoxicilina-clavulánico.
 - Clindamicina.
 - Cefadroxilo.
 - Cefuroxima axetilo
 - Cualquiera de los anteriores podría ser empleado en esta paciente.



Questionario 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 y www.pediatriaintegral.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”.