



# El Rincón del Residente



caso clínico interactivo  
www.sepeap.org

Coordinadores: J.A. Soler Simón\*, L. García Espinosa\*\*,  
M. García Boyano\*\*, S. Criado Camargo\*\*,  
\*Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.  
\*\*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

*El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)*

## Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

### Cervicalgia con sorpresa

R. Gracia-Rodríguez\*, S. Guerrero Expósito\*\*

\*Residente R4 de Medicina de familia y comunitaria. Centro de Salud de Bujalance. Córdoba. \*\*Adjunto de Pediatría. Centro de Salud Virgen del Valle en Écija, Sevilla



#### Resumen

Niña marroquí con cervicalgia de larga evolución, sin signos de infección y sin mejoría con tratamiento analgésico, desarrolla deformidad cervical. Se deriva en dos ocasiones a urgencias y de forma programada se realiza estudio con análisis clínicos y técnicas de imagen, objetivando aplastamiento vertebral a nivel de C7.

#### Abstract

A Moroccan girl presenting with neck pain, which does not respond to standard analgesics, develops a cervical deformity without fever or infectious signs. She was referred twice to the hospital emergency room and blood tests and imaging study are scheduled in due course. A C7 vertebral crush is identified in the latter.

#### Caso clínico

Paciente marroquí de 11 años que acude al Centro de Salud por cervicalgia de 10 días de evolución, de características mecánicas y sin mejoría tras la toma de analgesia. La paciente se encuentra afebril y no presenta signos infecciosos asociados.

**Antecedentes familiares:** padres de origen marroquí que realizan viajes frecuentes a su país.

**Antecedentes personales:** sin interés.

En la exploración física presenta: cervicalgia, test de Adams negativo con asimetría del pliegue graso y ausencia de dolor en apófisis espinosas.

Se solicita radiografía cervico-dorsal (Fig. 1) y se ajusta el tratamiento añadiendo benzodiazepinas.



Figura 1. Radiografía cervical sin hallazgos significativos.



**Figura 2.** Radiografía cervico-dorsal en la que se observa pérdida de altura de cuerpo vertebral de C7.

La paciente acude al Centro de Salud tres semanas más tarde por empeoramiento del dolor durante los últimos días, siendo más intenso por la noche, sin mejoría con analgesia ni benzodiacepinas.

En la exploración presenta: dolor a la palpación de la musculatura paravertebral, lateralizaciones cervicales dolorosas y contractura muscular intensa con postura antiálgica. Tras ingresar en hospital de referencia con analgesia endovenosa, presenta mejoría clínica, con diagnóstico de contractura muscular. Posteriormente, acude a revisión en consultas externas

de rehabilitación, donde se repite la radiografía cervical, objetivando aplastamiento de la vértebra C7 (Fig. 2).

1. **Tras conocer el resultado de la nueva radiografía cervical, ¿qué otra prueba complementaria realizaría?**
  - a. Gammagrafía ósea.
  - b. Resonancia magnética (RM).
  - c. Tomografía computarizada (TC).
  - d. Nueva radiografía.
  - e. No son necesarias más pruebas de imagen.
  
2. **¿Qué patología sospecharía tras los hallazgos de las pruebas complementarias?**
  - a. Histiocitosis.
  - b. Granuloma eosinófilo (vértebra plana de Calvé).
  - c. Enfermedad de Pott.
  - d. Lesión secundaria a traumatismo.
  - e. Osteoma osteoide.
  
3. **¿Cuál sería el tratamiento adecuado en este momento?**
  - a. Rifampicina/isoniazida (H+R) durante 6-9 meses y pirazinamida (Z) durante 2 meses; además, como cuarto fármaco hasta la llegada del antibiograma, valorar añadir etambutol (E) 2 meses o un aminoglucósido 4-6 semanas, si no se aísla la cepa.
  - b. Prednisolona.
  - c. Pauta de rifampicina/isoniazida/pirazinamida (H+R+Z) 4 meses y, posteriormente, 2 meses de (H+R) hasta que cedan los síntomas.
  - d. Pauta de rifampicina/isoniazida/pirazinamida (H+R+Z) 8 meses y, posteriormente, 2 meses de etambutol (E).
  - e. Cirugía.



## 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".

## Respuestas correctas

### Pregunta 1.

*Respuesta correcta:* b. Resonancia magnética (RM).

### Comentario

A pesar de que la gammagrafía es una prueba muy sensible para detectar alteraciones del metabolismo óseo que no podrían apreciarse de ninguna otra manera, esta prueba no está diseñada para estudiar partes blandas. La resonancia magnética es la prueba complementaria con mayor sensibilidad y especificidad para valorar la lesión medular y de los discos intervertebrales, con la ventaja de que no se somete al paciente a radiación, como es el caso de la TC<sup>(1)</sup>. Por consiguiente, se realiza una RM para poder valorar las partes blandas sin necesidad de irradiación (Fig. 3).

Tras el resultado de la resonancia magnética, ingresa para la realización de estudios complementarios. Se realiza una gammagrafía en la que no se objetivan alteraciones, y una analítica con hemograma y bioquímica normal, incluida PCR < 0,5 mg/dl, marcador que nos descarta patología inflamatoria aguda. Además, se realiza test de Mantoux, dando como resultado una induración de 5 mm.

### Pregunta 2.

*Respuesta correcta:* c. Enfermedad de Pott.

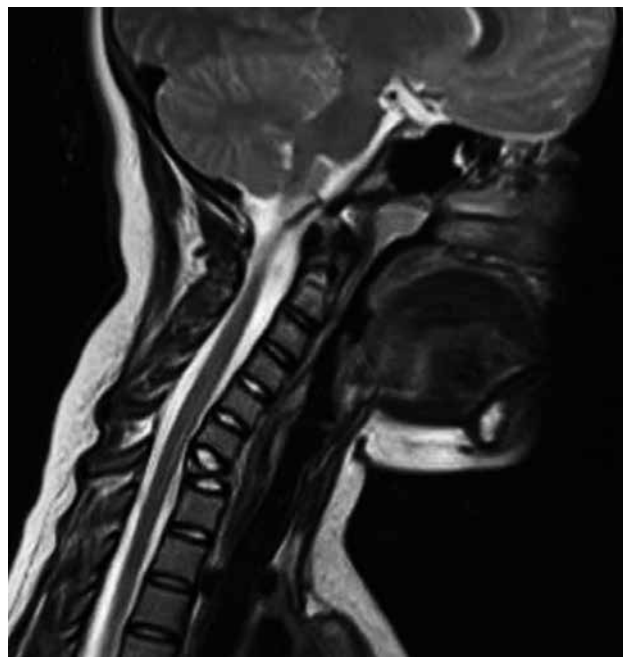
### Comentario

La histiocitosis que cursa con compromiso espinal puede producir: deformidades, dolor, rigidez y complicaciones neurológicas, lo que es inhabitual. Es frecuente la confusión con infección, ya que puede haber: fiebre de bajo grado, aumento de la VSG, leucocitosis leve y anemia normocítica normocrómica<sup>(2)</sup>. El granuloma eosinófilo es una lesión osteolítica, cuyos síntomas clínicos más frecuentes son dolor tóraco-lumbar y cifosis de segmento corto. Radiológicamente, se observa el aplanamiento de la parte anterior del cuerpo vertebral y su diagnóstico se establece por el estudio microscópico del tejido afecto y por la reacción negativa a la prueba de la tuberculosis<sup>(3)</sup>. En general, los traumatismos lumbo-sacros son más frecuentes que los cervicales en pacientes pediátricos y nuestra paciente no refería ningún trauma previo, ni haber hecho deportes con posibilidad de haberse dado un golpe en la zona<sup>(4)</sup>. El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno de tipo osteoblástico. No se suele detectar en la radiografía, diagnosticándose mediante RM como lesiones hipointensas y ocasionalmente isointensas en secuencias T1, así como variación de hipo- a hiperintensas en secuencias T2<sup>(5)</sup>.

Sobre la base de las características de la lesión, asociadas a un Mantoux de 5 mm y al antecedente de viajes frecuentes a Marruecos, el diagnóstico más probable es la enfermedad de Pott.

En este caso, se realiza una biopsia vertebral a la paciente a nivel de C7, cuyo cultivo resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

*Pregunta 3. Respuesta correcta:* a. Rifampicina/isoniazida (H+R) durante 6-9 meses y pirazinamida (Z) durante 2 meses, además como cuarto fármaco hasta la llegada del



**Figura 3.** Resonancia magnética vertebral en la que se observa pérdida de altura de cuerpo vertebral de C7, con protrusión en canal medular y rectificación de la curva fisiológica, lo que condiciona disminución de tamaño de los agujeros de conjunción adyacentes.

antibiograma, valorar añadir etambutol (E) 2 meses o un aminoglucósido 4-6 semanas, si no se aísla la cepa.

### Comentarios

Hasta la fecha, la quimioterapia, sin asociar corticoterapia, se considera un tratamiento suficiente para la tuberculosis espinal. El tratamiento de elección en la tuberculosis espinal pediátrica, desarrollado en las últimas guías, se basa en el tratamiento con rifampicina/isoniazida (H+R) durante 6-9 meses y pirazinamida (Z) durante 2 meses. Además, como cuarto fármaco recomiendan, hasta la llegada del antibiograma, valorar añadir etambutol (E) 2 meses o un aminoglucósido 4-6 semanas, si no se aísla la cepa. Destacar que, en casos con compresión medular, habría que valorar asociar un corticoide y aumentar el tiempo de tratamiento a 12 meses; y en casos por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a quimioterapia, el tratamiento se complementaría con el desbridamiento y la reconstrucción espinal<sup>(6)</sup>.

En el caso que presentamos en este artículo, se añaden corticoides al tratamiento de la paciente para el control del dolor e inflamación, a pesar de no estar indicado por protocolo.

### Discusión

La Organización Mundial de la Salud en su informe de 2020, establece que, a nivel mundial, alrededor de 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis en 2019, una cifra que ha ido disminuyendo muy lentamente en los últimos años. Aproximadamente, un 12% ocurren en niños menores de 15 años, sin diferencias de género. Geográficamente, la mayoría de las personas que desarrollaron tuberculosis en 2019 estaban en las regiones de la OMS del sudeste asiático (44%)

y África (25%)<sup>(7)</sup>. El defecto genético más estudiado hasta la fecha en pacientes con tuberculosis grave es la deficiencia completa de IL-12Rβ1, siendo la variante más comúnmente diagnosticada en niños marroquíes<sup>(8)</sup>.

La localización extrapulmonar más frecuente de la tuberculosis es la adenitis tuberculosa<sup>(9)</sup>. A pesar de que no es una presentación usual, la enfermedad de Pott o espondilodiscitis tuberculosa (EDT) constituye una grave afección que puede ocasionar una deformidad significativa y complicaciones neurológicas precoces. Pese a la disponibilidad de numerosas pruebas complementarias en la actualidad, el diagnóstico de la EDT sigue siendo difícil y requiere de un alto índice de sospecha clínica. La EDT puede ocurrir en el contexto de una tuberculosis diseminada o de una reactivación endógena de un foco tuberculoso vertebral latente<sup>(8)</sup>.

La EDT afecta al disco intervertebral y a las dos vértebras adyacentes. Se presenta como un dolor de espalda de larga duración y síntomas constitucionales, sin presentarse fiebre, a diferencia de la mayoría de tuberculosis extrapulmonares<sup>(10)</sup>.

El diagnóstico de las infecciones espinales se basa en tres factores principales: síntomas clínicos, imágenes y cultivo bacteriológico<sup>(10)</sup>. Esto se debe a que enfermedades como: neurosífilis, abscesos bacterianos, astrocitomas de bajo grado, histiocitosis, osteomas o metástasis, pueden afectar a localizaciones similares y presentar una clínica similar<sup>(2-4)</sup>. Por ello, el diagnóstico y el inicio del tratamiento temprano pueden garantizar mejores resultados y reducir las complicaciones neurológicas y la deformidad vertebral.

La dificultad para el diagnóstico temprano de la tuberculosis en el niño y la falta de protocolos de tratamiento pediátrico óptimo son el mayor desafío para el control de la tuberculosis infantil. La actualización de las guías terapéuticas, para mejorar el diagnóstico, tratamiento y reducir las posibles complicaciones, debería ser considerado el camino a seguir en el avance del conocimiento sobre la tuberculosis.

## Palabras clave

Dolor de cuello; Tuberculosis de la columna vertebral; Vértebras cervicales;  
*Neck Pain; Spinal Tuberculosis; Cervical vertebrae.*

## Bibliografía

1. Kaila R, Malhi AM, Mahmood B, Saifuddin A. The incidence of multiple level noncontiguous vertebral tuberculosis detected using whole spine MRI. *J Spinal Disord Tech.* 2007; 20: 78-81.
2. Rojas R, García C, Parra D, Solar A, Oyanedel R, Díaz F, et al. Compromiso óseo en histiocitosis de células de Langerhans en el niño: estudio radiológico simple. Presentación clínica y diagnóstico radiológico. *Rev. Chil. Radiol.* [Internet]. Consultado el 29 de diciembre de 2020. 2005; 11: 116-21.
3. Shisha T, Kiss S, Varga PP, Bucsi L, Pap K, Szoke G. Osteochondritis (Calvé's disease) of a vertebral body--a rare form of vertebra plana. *EurSpine J.* 2006; 15: 377-83. doi: 10.1007/s00586-005-1007-2.
4. Alexiades N, Parisi F, Anderson R. Pediatric Spine Trauma: A Brief Review. *Neurosurgery.* 2020; 87: E1-E9.
5. Iyer RS, Chapman T, Chew FS. Pediatric bone imaging: diagnostic imaging of osteoid osteoma. *Am J Roentgenol.* 2012; 198: 1039-52.
6. Mellado Peña MJ, Santiago García B, Baquero-Artigao F, Moreno Pérez D, Piñero Pérez R, Méndez Echevarría A, et al. Actualización del tratamiento de la tuberculosis en niños. *AnPediatr (Barc).* 2018; 88: 52. e1-e12.
7. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. El Azbaoui S, AlaouiMrani N, Sabri A, Jouhadi Z, Ailal F, Bousfiha AA, et al. Pott's disease in Moroccan children: clinical features and investigation of the interleukin-12/interferon-γ pathway. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015; 19: 1455-62. doi: 10.5588/ijtld.15.0290.
9. Del Rosal Rabes T, Baquero Artigao F. Adenitis cervical. *Pediatr Integral.* 2018; XXII: 307-15.
10. Rivas-García A, Sarria-Estrada S, Torrents-Odin C, Casas-Gomila L, Franquet E. Imaging findings of Pott's disease. *Eur Spine J.* 2013; 22: 567-78. doi: 10.1007/s00586-012-2333-9.



## 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.pediatriaintegral.es](http://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".

# Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico



## Pinzamiento isquiofemoral

B. Flores Méndez\*, M. Marín Patón\*\*,  
V. Mimbbrero Gutiérrez\*, G. Fernández Moreno\*\*\*

\*MIR del Servicio de Pediatría y sus Áreas específicas.

\*\*FEA del Servicio de Pediatría y sus Áreas específicas.

\*\*\*FEA del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Hospital Universitario Virgen Macarena



### Resumen

La cojera se define como una marcha anómala secundaria a dolor, debilidad o deformidad. Es un motivo de consulta frecuente en Pediatría; aunque, en la mayoría de las ocasiones, se debe a causas benignas autolimitadas, existen otras circunstancias que exigen un estudio extenso. Exponemos el manejo de una entidad poco frecuente que puede ser causa de este signo a través de la presentación de un caso clínico.

### Abstract

*Limp is defined as an abnormal gait secondary to pain, weakness or deformity, representing a frequent reason for consultation in Pediatrics. In most cases, it is caused by self-limited benign causes, but there are other circumstances that require extensive study. We present an infrequent cause of limp through the presentation of a clinical case of a 10-year-old girl.*

### Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 10 años, española, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés y que practicaba kárate, que consultaba por dolor de inicio insidioso y curso progresivo en la cadera izquierda de dos meses de evolución. En la última semana, además, comenzó con impotencia funcional que impedía la marcha. Mejoraba en reposo, no interrumpía el descanso nocturno y no asociaba rigidez matutina. No refería: fiebre, alteraciones del tránsito intestinal, exantemas, síntomas constitucionales ni otra sintomatología. No realizó viajes al extranjero, no había presentado episodios previos infecciosos ni de artralgias y no presentaba antecedentes familiares de interés.

En cuanto al examen físico, índice de masa corporal (IMC) dentro de percentiles normales. Presentaba buen estado general y una actitud de rechazo del apoyo de miembro inferior izquierdo en bipedestación, así como negativa para la marcha. No mostraba signos inflamatorios articulares ni otras alteraciones cutáneas. A la palpación, dolor a nivel de L4, pero esto no limitaba la sedestación. El rango de movimiento pasivo de todas las articulaciones de miembros inferiores era completo, pero refería dolor en cuadrante superoexterno de glúteo izquierdo a la aducción y rotación interna pasiva de cadera izquierda. El abdomen era blando y depresible, no se palpaban masas ni visceromegalias. No se objetivaron hallazgos patológicos en el resto de la exploración.

1. Dentro del amplio diagnóstico diferencial de la cojera en paciente pediátrico, ¿cuál sería la primera sospecha diagnóstica?
  - a. Lesión de tejidos blandos.
  - b. Lesión de origen tumoral o lesión de origen inflamatorio.
  - c. Artritis séptica de la cadera.
  - d. Epifisiolisis de la cabeza femoral.
  - e. Sinovitis transitoria de cadera.
2. ¿Qué prueba complementaria de las siguientes, sería la indicada como prueba inicial en este caso?
  - a. Resonancia magnética nuclear.
  - b. Estudio de líquido cefalorraquídeo.
  - c. Gammagrafía ósea.
  - d. Radiografía de caderas bilateral.
  - e. Ecografía de caderas.
3. Si estuviera indicado realizar estudios analíticos, ¿qué determinaciones analíticas NO estarían indicadas en el estudio de un paciente con cojera?
  - a. Hemograma, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular.
  - b. Serología de virus.
  - c. Hemocultivo.
  - d. Mantoux.
  - e. HLA-B27.

## Respuestas correctas

**Pregunta 1. Respuesta correcta:** a. Lesión de tejidos blandos.

### Comentario

- Opción correcta: tal y como ocurre con nuestra paciente, estos casos generalmente presentan dolor localizado, pero también puede referirse a la rodilla, muslo o glúteo<sup>(1)</sup>. El inicio puede ser agudo o insidioso, y el dolor es de características mecánicas (mejora con el reposo). Los síntomas sistémicos están ausentes<sup>(1)</sup>.
- Opción incorrecta: en estos casos, el dolor suele ser de inicio insidioso y curso crónico, pero es de características inflamatorias (empeora en reposo)<sup>(1)</sup>, lo que no ocurre en nuestro caso. Si la etiología es tumoral, puede despertar por las noches y estar asociado con síntomas sistémicos, y si es de origen inflamatorio puede asociar rigidez matutina<sup>(1)</sup>.
- Opción incorrecta: el dolor articular de origen infeccioso suele ser de inicio agudo y de gran intensidad, negándose los pacientes a soportar incluso su propio peso sobre la extremidad afectada<sup>(1)</sup>. Generalmente, estos cuadros se acompañan de fiebre, aunque no es un síntoma constante<sup>(2)</sup>.
- Opción incorrecta: este cuadro debe sospecharse en niños, frecuentemente obesos (nuestra paciente tiene un IMC normal), entre 8 y 14 años, que presentan cojera y dolor referido a muslo o rodilla. En la exploración física, es frecuente la actitud en rotación externa, limitación de la rotación interna y un movimiento de rotación externa siguiendo a la flexión pasiva de la cadera<sup>(2)</sup> (signo de Drehmann, del que no nos hablan en nuestro caso).
- Opción incorrecta: es la causa más común de cojera en niños de 4 a 10 años, pero es un cuadro autolimitado, con buena respuesta a analgésicos y duración menor a las dos semanas<sup>(2)</sup>.

**Pregunta 2. Respuesta correcta:** d. Radiografía de caderas bilateral.

### Comentario

- Opción incorrecta: es cierto que es la prueba de elección por ser la que mejor resolución presenta a la hora del estudio de la articulación de la cadera, además de evitar la radiación al paciente, pero no es la primera prueba que se ha de realizar, ya que presenta el inconveniente de precisar sedación en niños de corta edad o poca accesibilidad en los servicios de urgencias<sup>(1)</sup>.
- Opción incorrecta: en este contexto, el líquido corporal más interesante a estudiar sería el líquido sinovial, sobre todo para descartar artritis séptica o inflamatoria.
- Opción incorrecta: entra dentro de las pruebas de imagen del estudio de la cadera, como alternativa a la resonancia magnética cuando esta no se puede realizar, por lo tanto, tampoco sería la primera prueba a realizar<sup>(3)</sup>.
- Opción correcta: es la primera prueba de imagen indicada cuando sospechamos una patología ósea<sup>(3)</sup>.
- Opción incorrecta: es complementaria a la radiografía para el estudio del espacio articular y de partes blandas, pero no es la ideal para el estudio primario del hueso<sup>(3)</sup>.

De este modo, se solicitó radiografía anteroposterior y axial de caderas bilateral que resultaron normales. Como la paciente refería dolor a la palpación de apófisis de L4, también se solicitó radiografía de columna lumbosacra, donde no se objetivaron hallazgos patológicos. Ante la marcada impotencia funcional que presentaba, también se realizó ecografía de caderas que descartó derrame articular.

**Pregunta 3. Respuesta correcta:** e. HLA-B27.

### Comentario

- Opción incorrecta: la elevación de reactantes de fase aguda nos orientaría la etiología hacia un proceso inflamatorio, infeccioso o maligno<sup>(3)</sup>.
- Opción incorrecta: tiene su utilidad para descartar causas infecciosas cuando exista antecedente epidemiológico compatible.
- Opción incorrecta: estaría indicado si el paciente asocia fiebre y sospechamos un proceso infeccioso como origen del cuadro.
- Opción incorrecta: ante una cojera de larga evolución, se podría sospechar espondilitis tuberculosa (enfermedad de Pott), cuyo síntoma más común es el dolor localizado en columna torácica-lumbar, que puede acabar ocasionando una marcha anómala<sup>(2)</sup>.
- Opción correcta: el HLA-B27 tiene una utilidad limitada en el diagnóstico, porque se observa con frecuencia en individuos normales y puede estar ausente en algunos pacientes con artritis idiopática juvenil que afecte a la cadera<sup>(1)</sup>.

## Evolución

Tras administrar analgesia oral a la paciente y mantener misma intensidad de sintomatología, se decidió ingreso para el control del dolor con analgesia intravenosa, por lo que se extrajo analítica sanguínea con reactantes de fase aguda, que resultaron normales.

Finalmente, se realizó una resonancia magnética en la que se objetivó edema en el vientre muscular del cuadrado femoral izquierdo, a su paso por el espacio isquiofemoral (Fig. 1).

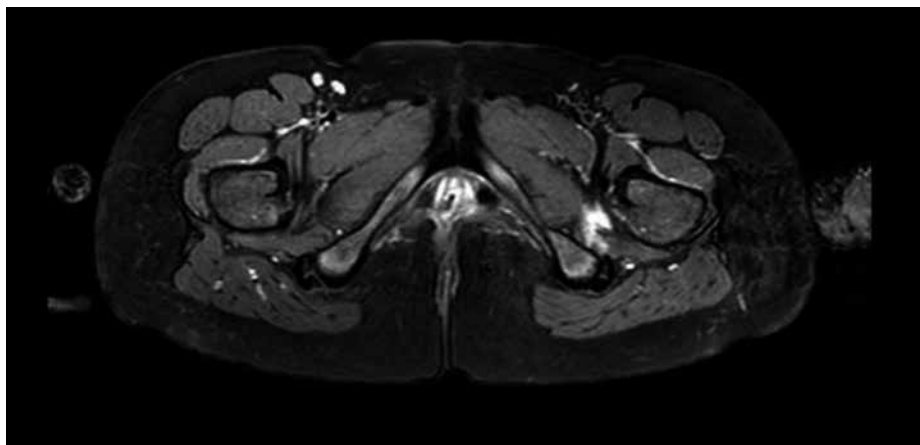
De este modo, se diagnosticó de pinzamiento isquiofemoral y se trató de manera conservadora con reposo, antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia, mejorando la clínica.

## Discusión

Una causa poco frecuente, aunque infradiagnosticada, de dolor de cadera es el síndrome de atrapamiento isquiofemoral, definido como el cuadro clínico que se produce por el estrechamiento del espacio entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor, lo que comprime y lesiona el músculo cuadrado femoral<sup>(4)</sup>.

Dicho estrechamiento se puede producir, tanto por causas congénitas como adquiridas<sup>(4)</sup>.

Aunque generalmente es más común en adultos, los síndromes de pinzamiento también se observan en la edad pediátrica, especialmente durante la adolescencia<sup>(5)</sup>. Es frecuente en mujeres, lo que podría estar relacionado con la disposición anatómica pélvica femenina<sup>(4)</sup>. La afectación es bilateral entre un 15% y un 30% de los casos<sup>(6)</sup>.



**Figura 1.** Edema en el vientre muscular del cuadrado femoral izquierdo a su paso por el espacio isquiofemoral, sugestivo de pinzamiento del espacio isquiofemoral.

Su presentación clínica se caracteriza por dolor de aparición progresiva<sup>(6)</sup>, localizado en región glútea, ingles y, a veces, irradiación a rodilla (por la cercanía del músculo cuadrado femoral con el nervio ciático), especialmente con los movimientos de extensión, aducción y rotación externa de la cadera<sup>(4)</sup>, movimientos que estrechan el espacio isquiofemoral. El dolor también se puede reproducir con la rotación interna de la cadera, movimiento con el que el músculo cuadrado femoral se estira<sup>(7)</sup>, o cuando el paciente camina con pasos largos<sup>(4)</sup>. Al sentarse, es típica la posición antiálgica de apoyo sobre el isquion sano<sup>(6)</sup>.

El diagnóstico debe basarse en la clínica, la exploración y en las pruebas de imagen, aunque puede haber disociación clínico-radiológica. La radiografía simple en proyección anteroposterior suele ser normal, aunque puede demostrar el estrechamiento del espacio y cambios óseos crónicos. La ecografía es útil para exploraciones dinámicas y para guiar infiltraciones con fines diagnósticos y terapéuticos<sup>(6)</sup>. La resonancia magnética es la prueba de imagen de elección, mostrando el estrechamiento del espacio isquiofemoral y el edema y/o atrofia del vientre muscular del cuadrado femoral<sup>(4)</sup>. En las imágenes, pueden realizarse dos medidas importantes, la distancia entre el trocánter menor y la tuberosidad isquiática (espacio isquiofemoral) y la distancia entre la zona superolateral de los tendones isquiotibiales y la superficie posteromedial del tendón iliopsoas (espacio cuadrado femoral)<sup>(6)</sup>.

Recientemente, Gollwitzer et al., han propuesto un algoritmo de tratamiento<sup>(8)</sup>. Este comienza por el tratamiento conservador con fisioterapia y medicación antiinflamatoria. Si el paciente no responde, el siguiente escalón consiste en la inyección de corticosteroides guiada por ecografía. El último paso sería el tratamiento quirúrgico<sup>(8)</sup>. Otras opciones novedosas de tratamiento han sido descritas en estos últimos años<sup>(9)</sup>. La proloterapia consiste en inyectar en el músculo polidesoxirribonucleótido de sodio, una sustancia irritante. Con ello, se obtienen resultados, tanto de mejoría clínica como radiológica y una duración del efecto más prolongado que con la inyección de corticoides. La inyección de toxina botulínica consigue aumentar el espacio isquiofemoral y reducir la compresión muscular. La resección endoscópica parcial del trocánter

menor se considera una técnica mínimamente invasiva que permite ensanchar el espacio isquiofemoral sin liberar todas las inserciones del tendón del psoas ilíaco, reduciendo así el riesgo de debilidad en la flexión de la cadera<sup>(9)</sup>.

### Palabras clave

Cojera; Coxalgia; Pinzamiento isquiofemoral; Músculo cuadrado femoral; *Limp*; *Hip pain*; *Ischiofemoral impingement*; *Quadratus femoris muscle*.

### Bibliografía

1. Nigrovic PA. Approach to hip pain in childhood. En: UpToDate [Internet]. Rose, BD (Ed), UpToDate, Wallthman, MA, 2020. Acceso en diciembre de 2020. Disponible en: [https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/approach-to-hip-pain-in-childhood?search=cojera&source=search\\_result&selectedTitle=3~145&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/approach-to-hip-pain-in-childhood?search=cojera&source=search_result&selectedTitle=3~145&usage_type=default&display_rank=3).
2. González P, Alonso M. Evaluación del niño y adolescente con cojera. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 212-20.
3. Clark MC. Overview of the causes of limp in children. En: UpToDate [Internet]. Rose, BD (Ed), UpToDate, Wallthman, MA, 2020. Acceso en diciembre de 2020. Disponible en: [https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/overview-of-the-causes-of-limp-in-children?search=cojera&source=search\\_result&selectedTitle=2~145&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/overview-of-the-causes-of-limp-in-children?search=cojera&source=search_result&selectedTitle=2~145&usage_type=default&display_rank=2).
4. Arévalo N, Santamaría N, Gredilla J, Grande M. Atrapamientos y choques extraarticulares de la cadera: revisión de la literatura. *Radiología*. 2018; 60: 105-18.
5. Aydingöz Ü, Maraş Özdemir Z, Güneş A, Bilge Ergen F. MRI of lower extremity impingement and friction syndromes in children. *Diagn Interv Radiol*. 2016; 22: 566-73.
6. Mancheño A, Cutillas R, Fernández-Bravo A, Fernández Nieto O, Fernández Páramo E. Pinzamiento isquiofemoral como causa de coxalgia. *Rehabilitación*. 2018; 52: 55-8.
7. Tosun O, Çay N, Bozkurt M, Arslan H. Ischiofemoral impingement in an 11-year-old girl. *Diagn Interv Radiol*. 2012; 18: 571-3.
8. Chahla J, Sherman B, Philippon MJ, Gerhardt M. Hip Injuries in Kicking Athletes. *Oper Tech Sports Med*. 2019; 27: 138-44.
9. Nakano N, Shoman H, Khanduja V. Treatment strategies for ischiofemoral impingement: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020; 28: 2772-87.