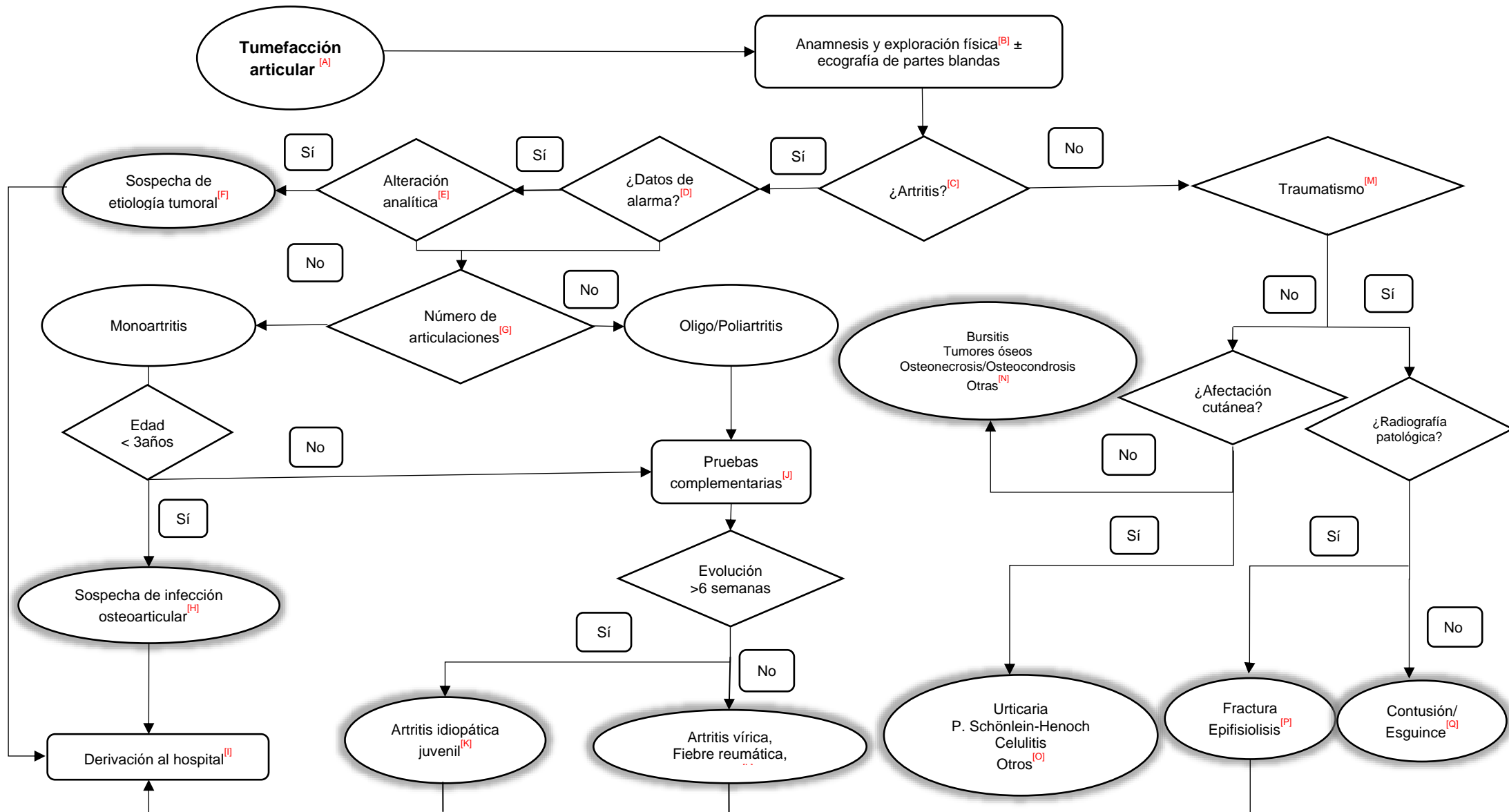


TUMEFACCIÓN ARTICULAR

Autores:

- Rosa María Alcobendas Rueda. Sección de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Jaime de Inocencio Arocena. Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Universidad Complutense de Madrid.

Cómo citar este artículo: Alcobendas Rueda RM, de Inocencio Arocena J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Tumefacción articular. AEPap. 2019 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



TUMEFACCIÓN ARTICULAR

A. Tumefacción articular. La tumefacción se define como el aumento de volumen local debido a inflamación, edema o tumor. Cuando esta se presenta sobre una articulación puede ser difícil diferenciar su origen (piel, tejido celular subcutáneo, músculo, partes blandas o derrame sinovial). Para alcanzar el diagnóstico es fundamental realizar una adecuada anamnesis y exploración física; en ocasiones, la ecografía puede ser determinante para diferenciar la inflamación de tejidos blandos periarticulares del derrame sinovial.

B. Anamnesis. Es fundamental para orientar el diagnóstico. Para recordar qué variables hay que preguntar es útil el acrónimo “SOCRATES”: **S**ite, **O**nset, **C**haracter, **R**adiation, **A**ssociated symptoms, **T**ime course, **E**xacerbating/relieving factors and **S**everity¹. Ver **Anexo B1** (anamnesis) y **Anexo B2** (exploración)².

C. Artritis. La artritis se define por la presencia de derrame sinovial o de limitación dolorosa de la movilidad de una articulación. No debe confundirse con artralgia, en la que solo existe dolor sin tumefacción articular ni limitación de la movilidad. La ecografía confirma la presencia de artritis, aunque no diferencia su etiología³.

D. Datos de alarma. La fiebre/febrícula, astenia, anorexia, pérdida de peso o sudoración nocturna sugieren una neoplasia. También se debe valorar la presencia de hepatoesplenomegalia, adenopatías de tamaño y/o localización patológica, dolor intenso que despierta por la noche refractario al tratamiento convencional, así como la desproporción entre el dolor (sin ser alodinia) percibido por el paciente y la exploración objetiva del mismo⁴.

E. Analítica alterada. Dado que el número de plaquetas aumenta cuando existe inflamación sistémica la discrepancia entre la cifra de plaquetas (trombocitopenia) y los reactantes de fase aguda (elevados) debe ser tomada con cautela, pues puede sugerir un fallo medular sugerente de leucemia⁵. La elevación de LDH y aparición de blastos en sangre periférica pueden ser datos tardíos de leucemia, por lo que una analítica inicial normal no la descarta. La asociación citopenias + dolor articular intenso obliga a considerar un proceso oncológico.

F. Sospecha de etiología tumoral. La artritis secundaria a procesos tumorales (neuroblastoma, leucemia) es poco frecuente, aunque extremadamente dolorosa. Habitualmente afecta a múltiples metáfisis ya que están más vascularizadas, localizando los niños el dolor a nivel articular.

G. Número de articulaciones:

- *Monoartritis:* afectación de una única articulación.
- *Oligoartritis o poliartritis:* artritis en dos o más localizaciones. Su etiología puede ser variada y el tiempo de evolución es un dato clave.

H. Sospecha de infección osteoarticular. Toda monoartritis en menores de 3 años debe considerarse una artritis séptica hasta que se demuestre lo contrario. Se debe tener un alto índice de sospecha ya que puede no acompañarse de fiebre y presentar mínimas elevaciones de reactantes de fase aguda⁶⁻⁸. El antecedente de traumatismo no descarta una infección.

I. Derivación al hospital. Deben ser derivados al hospital aquellos pacientes con:

- *Sospecha de infección osteoarticular.* Para su diagnóstico se requiere analítica con hemocultivo y cultivo de líquido sinovial, por lo que estos pacientes deben ser remitidos a un hospital para valoración y tratamiento.
- *Artritis idiopática juvenil.*
- *Fractura/epifisiolisis.* Los pacientes con fractura deben ser evaluados por Traumatología. La epifisiolisis es una urgencia ortopédica.
- *Descartar proceso oncológico.*
- *Otras:* pacientes con sospecha de patología reumática, mala evolución o refractarios a tratamiento en patologías aparentemente benignas.

J. Pruebas complementarias. Se deben realizar si existe sospecha de malignidad, infección o proceso inflamatorio, incluyendo hemograma, reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación y proteína C reactiva) y bioquímica con LDH. La determinación de anticuerpos antinucleares (ANA) y factor reumatoide (FR) no está indicada como cribado de enfermedad reumática por su bajo valor predictivo positivo⁹.

K. Artritis idiopática juvenil. Es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica (1/2000). Es un diagnóstico clínico de exclusión que requiere la presencia de artritis crónica (de más de 6 semanas de evolución) en un paciente menor de 16 años en quien se han descartado razonablemente otras posibles etiologías. Es una entidad heterogénea, que comprende siete categorías diferentes atendiendo al número de articulaciones (≤ 4 o ≥ 5), su localización (periférica o axial), presencia de factor reumatoide, asociación de clínica sistémica o psoriasis. La rigidez matutina es un dato orientativo. La presencia de discrepancia de longitud de miembros inferiores y/o hipotrofia muscular orientan a semanas de evolución de la artritis.

L. Artritis vírica, fiebre reumática, otras:

- *Artritis vírica.* Se han descrito poliartrosis asociadas a infección por *virus de Epstein Barr*, *citomegalovirus* o *parvovirus*. Su curso suele ser autolimitado tendiendo a la resolución completa en 2-3 semanas (habitualmente su curso es inferior a las 6 semanas).
- *Fiebre reumática.* Enfermedad autoinmune asociada a faringoamigdalitis producidas por estreptococo A. Es excepcional en nuestro medio. Puede producir poliartrosis migratoria y asociar clínica cardíaca, a veces subclínica (se ha de realizar ecocardiograma si se sospecha), o cutánea. El diagnóstico se realiza mediante los criterios de Jones. La elevación de ASLO sólo indica contacto previo con estreptococo.
- *Artritis postestreptocócica.* Enfermedad del espectro de la fiebre reumática que sólo cursa con poliartrosis migratoria (no cumple otros criterios de Jones). Estos pacientes pueden desarrollar endocarditis en futuros contactos con estreptococo A.
- *Artritis séptica.* La poliartrosis séptica es excepcional y solo se presenta en personas con factores de riesgo (inmunodeficientes, neonatos, desnutrición severa) o gérmenes agresivos.
- *Otros.* Los tumores intraarticulares pueden producir artritis. Los trastornos de la coagulación (hemofilia, etc.), sinovitis villonodular y hemangioma sinovial se asocian a hemartros, clínicamente indistinguible de la artritis. Múltiples enfermedades reumáticas (lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis juvenil, enfermedad de Kawasaki, vasculitis sistémicas, enfermedades autoinflamatorias) pueden acompañarse de artritis.

M. Traumatismo. Debe anteceder la clínica con un intervalo libre de pocas horas y ser compatible con la exploración. Representa la causa más frecuente de dolor músculoesquelético tanto en atención primaria como en la urgencia pediátrica^{10,11}.

N. Bursitis, tumores óseos, osteonecrosis/osteochondrosis:

- *Bursitis*. La inflamación de las bursas produce dolor y tumefacción. El tratamiento es analgesia pautada, aunque puede precisar infiltración de corticoides. Raramente su etiología es infecciosa, generalmente cuando existe puerta de entrada o infecciones locales contiguas.
- *Tumores óseos*. Su diagnóstico es habitualmente radiológico. Los osteocondromas son el tumor óseo benigno más frecuente. Cuando son grandes se observan bultos indoloros de consistencia dura; se suelen localizar en la región distal del fémur y proximal de la tibia y se recomienda derivación a Traumatología. Los tumores malignos rompen la cortical extendiéndose a partes blandas y produciendo inflamación local.
- *Osteonecrosis/osteochondrosis*. Afectan las epífisis y no cursan con artritis, pero en el momento agudo pueden acompañarse de eritema y tumefacción. La localización típica, así como la edad y el ritmo mecánico (ver **Anexo B1**), son datos que orientan al diagnóstico.

O. Urticaria, púrpura de Schönlein-Henoch (PSH), celulitis:

- *Urticaria*. Se caracteriza por la aparición de habones y prurito. Cuando se afecta la dermis se denomina angioedema y asocia sensación de opresión. Cuando las lesiones se localizan sobre articulaciones puede ocasionar tumefacción y dolor, simulando una artritis.
- *Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH)*. Vasculitis leucocitoclástica más frecuente en Pediatría. Cursa con púrpura palpable de predominio en miembros inferiores y nalgas. Hasta dos tercios de los pacientes con PSH presentan artralgiás, sobre todo en rodillas y tobillos. Suele cursar con edema en partes blandas periarticulares (falsa artritis o “pseudoartritis”), siendo excepcional el desarrollo de artritis.
- *Celulitis*. Infección de la dermis y/o tejido celular subcutáneo, generalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. Cuando su localización es periarticular, ocasionan dolor con la movilización y puede ser difícil determinar si la afectación se limita exclusivamente a los planos superficiales. En caso de duda deben ser remitidos al hospital para valoración y realización de pruebas complementarias.

P. Fractura/epifisiolisis. Las epifisiolisis son fracturas genuinamente pediátricas, ya que afectan a la placa de crecimiento. Se clasifican en diferentes grados según la afectación de la metáfisis y la epífisis. Deben ser derivadas para valoración por Traumatología.

Q. Contusión/esguince. Según su intensidad, se ha de valorar hacer una inmovilización con vendaje compresivo y/o analgesia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sen ES, Clarke SL, Ramanan AV. The child with joint pain in primary care. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28:888-906.
2. Foster HE, Jandial S. pGALS - paediatric Gait Arms Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2013;11:44.
3. Murias S, Merino R. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares. *Pediatr Integral*. 2013;XVII:10-4.
4. Zombori L, Kovacs G, Csoka M, Derfalvi B. Rheumatic symptoms in childhood leukaemia and lymphoma-a ten-year retrospective study. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2013;11:20.
5. Tamashiro M, Aikawa N, Campos L, Cristofani L, Odone-Filho V, Silva CA. Discrimination of acute lymphoblastic leukemia from systemic-onset juvenile idiopathic arthritis at disease onset. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66:1665-9.
6. Alcobendas R, Murias S, Remesal A, Calvo C. Oral treatment of osteoarticular infections caused by *Kingella kingae* in children. *Eur J Rheumatol*. 2018;5:147-8.
7. Ceroni D, Cherkaoui A, Ferey S, Kaelin A, Schrenzel J. *Kingella kingae* osteoarticular infections in young children: clinical features and contribution of a new specific real-time PCR assay to the diagnosis. *J Pediatr Orthop*. 2010;30:301-4.
8. Calvo C, Núñez E, Camacho M, Clemente D, Fernández-Cooke E, Alcobendas R, *et al*. Epidemiology and management of acute, uncomplicated septic arthritis and osteomyelitis: Spanish Multicenter Study. *Pediatr Infect Dis J*. 2016;35:1288-93.
9. Malleson PN, Mackinnon MJ, Sailer-Hoeck M, Spencer CH. Review for the generalist: The antinuclear antibody test in children - When to use it and what to do with a positive titer. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2010;8:27.
10. De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child*. 2004;89:431-4.
11. De Inocencio J, Carro MÁ, Flores M, Carpio C, Mesa S, Marín M. Epidemiology of musculoskeletal pain in a pediatric emergency department. *Rheumatol Int*. 2016;36:83-9.

ANEXO B1. Anamnesis.

- **Sitio.** Localización del dolor.
- **Inicio.** Si es brusco, sugiere traumatismo; si es progresivo (días) orienta hacia una infección y, si es lento (semanas), sugiere un proceso inflamatorio.
- **Ritmo.**
 - El **ritmo mecánico** se caracteriza por dolor que empeora con la actividad y mejora con el reposo; se asocia a sobreuso, osteocondrosis, etc.
 - El **ritmo inflamatorio** se caracteriza porque los síntomas (dolor, rigidez, cojera) están presentes desde que se levantan por la mañana o tras reposo prolongado, y mejoran con la actividad; se asocia a artritis inflamatorias.
- **Síntomas acompañantes.**
 - **Fiebre o febrícula:** habitual en infecciones, aunque en niños pequeños con artritis séptica no siempre está presente; también puede ser ocasionada por procesos inflamatorios (artritis idiopática juvenil [AIJ] de inicio sistémico, enfermedad de Kawasaki, lupus eritematoso sistémico) o tumorales.
 - **Dolor:** las artritis infecciosas y tumorales suelen ser extremadamente dolorosas, mientras que en las artritis inflamatorias crónicas (AIJ) el dolor no suele ser el síntoma principal, sino la rigidez tras reposo. La tumefacción por edema de partes blandas (urticarias, púrpura de Schönlein-Henoch [PSH]), suele cursar con dolor a la movilización
 - **Lesiones cutáneas:** púrpura palpable, celulitis, abrasiones, varicela, etc.
 - **Síntomas gastrointestinales:** gastroenteritis agudas enteroinvasivas (*Salmonella*, *Shigella* o *Campylobacter*) pueden anteceder la artritis (artritis reactivas); el dolor abdominal y alteraciones de las heces pueden asociarse a PSH y artritis asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal
 - **Alteraciones oculares:** la uveítis anterior aguda y epiescleritis se pueden asociar a las artritis asociadas al HLA-B27
 - **Antecedentes infecciosos:** faringoamigdalitis aguda en artritis relacionadas con estreptococo, varicela en artritis séptica
 - **Síntomas sistémicos:** la anorexia, pérdida de peso, sudoración nocturna, etc. se asocian con procesos infecciosos (tuberculosis, brucelosis) y enfermedades hemato-oncológicas.
- **Evolución.**
- **Factores que mejoran o empeoran la clínica.** Reposo, actividad, etc.
- **Intensidad.** Interferencia con el sueño, actividades deportivas o cotidianas.
- **Antecedentes personales y familiares.**

ANEXO B2. Exploración.

Debe ser sistemática y completa.

Existe eritema y aumento de temperatura en celulitis, erisipela, artritis sépticas y osteomielitis con afectación de partes blandas; característicamente suelen estar ausentes en artritis inflamatorias.

Hay lesiones que sugieren la etiología (petequias/púrpura en púrpura de Schönlein-Henoch, habones en urticarias, exantemas en infecciones virales, heridas en celulitis e infecciones osteoarticulares). Otras son diagnósticas (eritema en alas de mariposa para lupus, pápulas de Gottron para dermatomiositis).

Los soplos, roce pericárdico o auscultación pulmonar patológica son sugestivos de fiebre reumática, enfermedades autoinmunes sistémicas e infecciones. Las adenopatías y hepatoesplenomegalia sugieren patología infecciosa, reumatológica o tumoral.

La exploración del aparato locomotor debe valorar la presencia de tumefacción articular, dolor o limitación de la movilidad incluyendo flexos.