

Enfermedad reumática en pediatría – cuándo sospecharla –

Dr. Juan Cameto

Médico Pediatra. Especializado en Reumatología Infantil.
Servicio Reumatología Infantil. Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez.
Buenos Aires, Argentina.
Centro Hospitalario Pereira Rossell. Hospital Policial.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.



Resumen. La patología musculoesquelética es muy frecuente en niños y adolescentes. Se trata generalmente de problemas autolimitados o secundarios a traumas menores, pero existen otras causas (infecciosas, tumorales o inflamatorias) que hay que tener presentes. El objetivo del despistaje precoz de las enfermedades reumáticas infantiles es evitar o reducir su impacto físico, psíquico y social mediante una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

Un precoz y adecuado diagnóstico, incluida una derivación precoz al reumatólogo infantil son esenciales a fin de evitar complicaciones a corto y largo plazo, y eventuales secuelas con las consecuentes limitaciones en la vida diaria.

Abstract. Musculoskeletal pathology is very common in children and adolescents. These are generally self-limited problems or secondary to minor trauma but there are other causes (infectious, tumorous or inflammatory) that must be taken into account.

The objective of early screening of childhood rheumatic diseases is to avoid or reduce their physical, mental and social impact through adequate prevention, diagnosis and treatment.

An early and adequate diagnosis, including an early referral to the Children's Rheumatologist, are essential in order to avoid short- and long-term complications and eventual sequelae with the consequent limitations in daily life.

Palabras clave: reumatología pediátrica, dolor, inflamación, despistaje, referenciación.

Key words: pediatric rheumatology, pain, inflammation, screening, referral.

¿Qué es la reumatología pediátrica?

La reumatología pediátrica es una subespecialidad pediátrica reciente (1996). Es la disciplina clínica que estudia enfermedades o desórdenes inflamatorios y no inflamatorios del tejido conectivo, que constituyen desórdenes crónicos multisistémicos con manifestaciones clínicas de la inflamación aguda y crónica del tejido musculoesquelético, vasos sanguíneos y piel.

La patología musculoesquelética es muy frecuente en niños y adolescentes.

El objetivo del despistaje precoz de las enfermedades reumáticas infantiles es evitar o reducir su impacto físico, psíquico y social mediante una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

Se trata generalmente de problemas autolimitados o secundarios a traumas menores, pero existen otras causas (infecciosas, tumorales o inflamatorias) que hay que tener presentes.

E-mail: cametojuan@gmail.com

Dentro de la reumatología pediátrica se incluyen 6 grandes enfermedades de tipo inflamatorio y síndromes dolorosos (ver figura 1).

Historia clínica del paciente reumático

Una historia clínica bien realizada y cuidadosa del niño, nos permite orientarnos hacia una patología reumática, descartando otros diagnósticos circunstanciales.

Motivos de consulta y anamnesis

Los motivos de consulta de mayor frecuencia en reumatología pediátrica pueden resumirse en:

- Impotencia funcional de una extremidad
- Inflamación articular
- Dolor articular, acompañado o no de rigidez
- Positividad para algún marcador de enfermedad reumatológica
- Síntomas extraarticulares

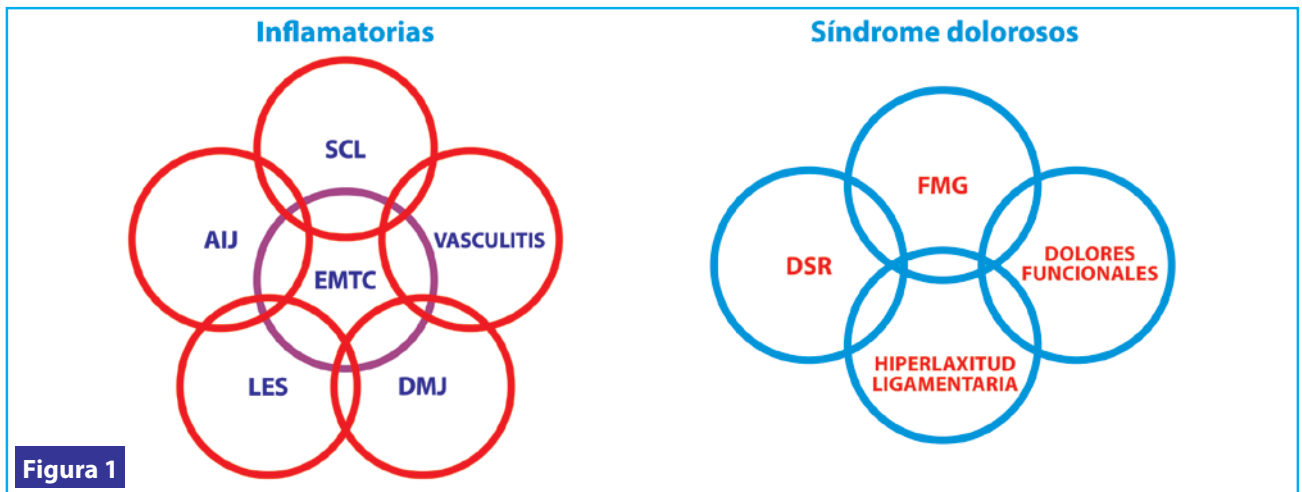


Figura 1

La **anamnesis** debe incluir un adecuado interrogatorio del **dolor** (*aparición con o sin movimientos, presencia de dolor nocturno, el calmar o no con analgésicos comunes*).

Debe preguntarse conjuntamente la existencia o no de **limitación funcional y rigidez matinal**.

La rigidez matinal (*rigidez articular que mejora con los movimientos*) tiene valor si supera los 30 minutos, pudiendo llegar a horas en pacientes con alta actividad de la enfermedad articular.

El **dolor mecánico** se caracteriza por empeorar con la actividad física. No asocia rigidez matutina.

Por el contrario, el **dolor inflamatorio** es más intenso por las mañanas al levantarse y mejora con la actividad física. Asocia rigidez matutina y en muchos casos síntomas locales inflamatorios, principalmente aumento de tamaño articular y calor local.

Síntomas y signos asociados

Además del dolor articular, la limitación articular y la rigidez matinal, también deben interrogarse específicamente:

- Otras artralgias, talalgia o específicamente lumbalgia.
- Presencia o no de aftas bucales ($\geq 2-3$ episodios al año), caries frecuentes o sequedad bucal.
- Molestias oculares: enrojecimiento, dolor, lagrimeo, fotofobia, sequedad.
- Molestias urinarias: disuria, episodios de irritación balanoprepucial o vulvovaginitis a repetición, aftas en mucosa genital.
- Manos frías (*cambios de coloración de manos y/o pies con el frío*), lo que puede orientar a trastornos vasomotores simples, hasta un fenómeno de Raynaud primario o secundario.
- Dolor abdominal recurrente, eventualmente acompañado de diarreas a repetición.

Antecedentes personales y familiares

Los antecedentes **personales** son de suma importancia ya que en el grupo de las enfermedades autoinmunes puede constatarse la presencia de una segunda enfermedad autoinmune, principalmente el hipotiroidismo y diabetes mellitus tipo 1.

Como en toda enfermedad pediátrica son de importancia:

- Embarazo, parto y período neonatal
- Alimentación, crecimiento y desarrollo físico y psicomotor
- Certificado de esquema de vacunación al día
- Antecedentes médico-quirúrgicos
- Enfermedades tiroideas, hipotiroidismo, etc.
- Viajes recientes
- Contacto con animales, picaduras
- Episodios febriles "sin foco" frecuentes

Dentro de los **antecedentes familiares** debe interrogarse en forma específica la presencia o no de enfermedades reumáticas y/o enfermedades autoinmunes: diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, enfermedad celíaca, psoriasis, vitiligo, enfermedades inflamatorias intestinales y neurológicas.

Examen físico

Inspección

Se debe observar al paciente en bipedestación, cómo se mueve e interactúa con el medio.

Se debe valorar la marcha y carrera, cualquier alteración o asimetría puede orientarnos a localizar el problema.

La inspección del raquis y nivelación pélvica también pueden orientar el diagnóstico. Es importante valorar asimetrías por alteraciones del crecimiento (*micrognatia, dismetrías*), que podrían indicar trastornos inflamatorios de larga duración.

Palpación

Permite localizar el dolor, detectar derrame articular, engrosamiento sinovial articular o tendinoso, tumefacción de partes blandas, evaluación de rangos de movimientos o la presencia de retracciones.

Movilización

Debe ser tanto activa como pasiva y comparar con el lado contralateral sano o con un niño de edad similar sano.

Maniobras específicas

Ayudan a localizar de manera más exacta la lesión orgánica (*tendón, ligamento, etc.*)

Suelen ser maniobras de estrés, atrapamiento o estiramiento muscular concretas.

Paraclínica

Cabe identificar qué paraclínica debe solicitar el pediatra de atención primaria, o el médico de familia, ante un paciente con sospecha de una enfermedad reumática.

Respecto a los exámenes complementarios debemos tener en cuenta los avances significativos en las últimas décadas.

Para la interpretación clínica del laboratorio, debemos analizar cada examen y basarnos en:

- Especificidad y sensibilidad
- Valor predictivo positivo y negativo
- Comprensión de las pruebas inmunológicas
- Métodos utilizados en las mismas

Hemograma

- Serie roja: evaluar la presencia o no de anemia y si la misma es microcítica o normocítica. Debemos tener en cuenta que, si existe anemia, y esta es secundaria al proceso inflamatorio crónico, la misma suele ser normocítica y normocrómica.
- Serie blanca: *Leucocitosis*: suele acompañar a los procesos inflamatorios con alta actividad p.e.: Artritis Idiopática Juvenil a forma sistémica (*AIJs*). *Leucopenia*: suele verse en las enfermedades multisistémicas con un tipo celular afectado, p.e.: Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico (*LESp*).
- Plaquetas: *Hiperplaquetosis*: suele acompañar a los procesos inflamatorios con alta actividad p.e. *AIJs*. *Plaquetopenia*: al igual que la leucopenia suele verse en las enfermedades multisistémicas con un tipo celular o mas afectados, p.e.: *LESp*.

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

Proteína C reactiva

Por lo general es menos específica de inflamación, excepto en la AIJ a forma de EASN, y se eleva ante cuadros infecciosos de valor para diagnóstico diferencial.

VES

Es uno de los elementos de mayor especificidad para el seguimiento, sobretodo en pacientes poliarticulares o en la AIJ a forma sistémica.

Función renal

Es de importancia a fin de controlar los efectos secundarios de la medicación, p.e.: AINE.

Funcional y enzimograma hepático

Extremadamente útil por la necesidad de contar con valores normales en dicho estudio previo al inicio de la medicación inmunosupresora (p.e.: *metotrexate*); la GGT aumentada debe hacernos sospechar de una enfermedad hepática autoinmune como la hepatitis autoinmune.

Orina

Puede ser normal o mostrar alteraciones que orienten a otros diagnósticos (p.e.: *cilindruria en el caso del LESp*), asimismo es de valor para el seguimiento en pacientes con AINE administrados por tiempo prolongado.

TSH y T4

Se indican a fin de descartar manifestaciones reumatológicas de endocrinopatías.

También se deben solicitar estudios para evaluar la asociación con otras enfermedades autoinmunes.

Perfil lipídico

Puede asociarse dislipoproteinemia en las enfermedades con alta inflamación (p.e.: *LES*).

Proteinograma electroforético

- Albúmina: puede estar normal o disminuida en caso de pérdida renal, p.e.: nefritis lúpica.
- Alfa1, Alfa2 y Beta globulinas: pueden estar elevadas como en la RFA.
- Gammaglobulinas: IgG, IgM e IgA, un aumento policlonal de éstas puede verse en las enfermedades autoinmunes.

Dosificación de inmunoglobulinas

Es de utilidad para valorar y descartar inmunodeficiencia

Anticuerpos Antinúcleo Citoplasmáticos (ANA)

Gran grupo de autoanticuerpos (*componentes del núcleo y citoplasma*) cuya determinación apoya el diagnóstico de LES, siendo uno de los criterios de clasificación inmunológicos para dicha enfermedad. Punto de corte 1:80.

Identifica a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar Uveitis Crónica.

Debe tenerse presente que se encuentran valores positivos también en ciertos casos en la población sana. Prevalencia en niños sanos: 5-18% (1:80-1:320).

Son elementos de especificidad: ENA (*anti Smith, Ro, La, dsDNA, Scl-70, Anti jo, Anti RNP, etc.*).

Factor reumatoideo

Familia de anticuerpos dirigidos contra la porción Fc de las inmunoglobulinas.

De baja afinidad: generalmente isotipo IgM, vinculado a procesos infecciosos, transitorios o en pacientes sanos. Prevalencia en niños sano: 3-8%.

De alta afinidad: asociado a cualquier isotipo, el más frecuente es el IgM, frecuentemente asociado a enfermedades autoinmunes. Está vinculado a mayor riesgo de progresión de la enfermedad, daño articular y discapacidad. Método de elección: ELISA.

Anticuerpos Antipéptido Citrulinado Cíclico (CCP)

Grupo de autoanticuerpos dirigidos contra proteínas de tipo citrulina.

Su principal relevancia clínica es la asociación con la AR del adulto con alta especificidad diagnóstica. En la AIJ tiene muy baja sensibilidad (14%) y en caso de ser positivo se asocia a formas articulares más severas. Actúa como predictor de progresión del daño radiológico.

Complemento (C3-C4)

Participa en la respuesta a infecciones, aclaramiento del material apoptótico y en la respuesta inmune adaptativa.

Puede estar elevado como respuesta inflamatoria o descendido por consumo, como en el caso del LESp.

Imagenología

Radiografía simple

Debe ser siempre bilateral y comparativa. Es de utilidad para establecer daño articular, alteraciones de ejes.

Dentro de los elementos catalogados como “*daño radiológico precoz*” se encuentra la desmineralización en bandas, yuxtarticulares y la esclerosis subcondral. Asimismo, se pueden reconocer las líneas de detención del crecimiento (*Líneas de Park-Harris*) que nos hablan de episodios pasados de artritis muchas veces asintomáticas. Dentro de los elementos radiográficos que sugieren daño tardío, estrechamiento del espacio articular o pinzamientos (*simétrico, asimétrico*), en casos avanzados erosiones óseas, y en casos no tratados anquilosis (*fusión de ambos huesos articulares*) con la consecuente pérdida de la movilidad articular (*ver fotos 1 y 2*).

Ultrasonido Doppler

Es de gran utilidad para despistar derrame articular, sinovitis y valorar las partes blandas como bursas y vainas tendinosas.

Permite visualizar la existencia de vascularización utilizando la tecnología Doppler color. Valora lesiones de tipo destructivo e inflamatorio y se utiliza

como guía en punciones diagnósticas o terapéuticas. (*Ver fotos 3 y 4*)

Ventajas

- Relativo bajo costo y fácil acceso
- Posibilidad de evaluar varias articulaciones en una misma sesión
- No implica irradiación

Desventajas

- Operador dependiente
- Duración del estudio
- No todas las articulaciones son accesibles



Foto 1 Radiografía de carpos y manos. Daño radiológico precoz y tardío: osteopenia en bandas yuxtarticulares y pinzamientos de carpos; MCF e IFP.



Foto 2 Radiografía de rodillas: osteopenia yuxtarticulares, pinzamientos, trastornos del crecimiento y trastornos de la alineación.

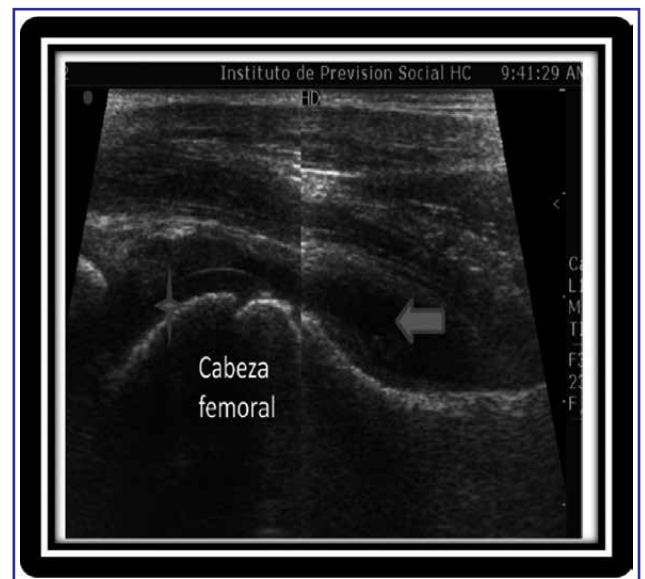


Foto 3 Ecografía en escala de grises de articulación de cadera, la flecha señala el derrame articular existente visualizándose como imagen hiperecoica.

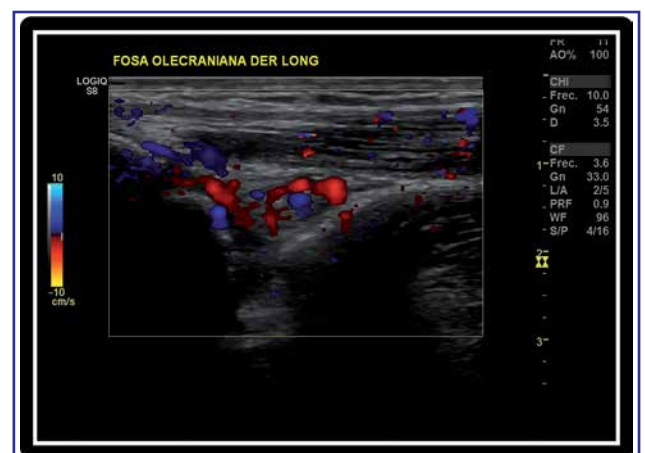


Foto 4 Ecografía Power Doppler de codo, nótese la hipertrofia sinovial y la hipervascularización existente en la misma. Lo cual traduce inflamación.

Resonancia magnética

Valora aspectos inflamatorios y destructivos de la enfermedad articular. Es más sensible que la clínica y la radiografía para cambios inflamatorios de tejidos blandos y erosiones óseas tempranas. (Ver foto 5)

Valora todas las estructuras implicadas en la enfermedad articular: membrana sinovial, espacio intra-articular, cartilago, erosiones, partes blandas.

Posee potencial utilidad en el monitoreo de la eficacia del tratamiento.

Existen nuevas técnicas que permiten evaluar las entesis.

Ventajas

- Excelente contraste con partes blandas
- Visualización de edema de médula ósea que traduce inflamación
- Visualización directa del cartilago
- Ausencia de radiación

Desventajas

- Alto costo
- Accesibilidad variable
- Alergias al contraste
- Posibilidad de requerir anestesia en pacientes menores a 10 años

¿Cuándo derivar al reumatólogo pediátrico?

De forma urgente

Debe derivarse al paciente de forma urgente al reumatólogo pediátrico ante dolor musculoesquelético agudo, indicativo de artritis o miositis agudas, fundamentalmente cuando asocia alguna de las siguientes condiciones:

- Edad <3 años,
- Manifestaciones sistémicas asociadas graves (p.e.: fiebre)
- Manifestaciones cutáneas (p.e.: rash malar, heliotropo)
- Manifestaciones oculares (sospecha de uveítis) agudas

De forma ordinaria/no urgente

Corresponde derivarse al paciente al reumatólogo pediátrico en forma no urgente ante:

- Dolor musculoesquelético y sospecha de artritis/ entesitis/miositis de semanas de evolución,
- Dolor musculoesquelético no explicado y/o recurrente (p.e.: esguinces recurrentes múltiples o desproporcionados con el traumatismo),
- Episodios anteriores de artritis reiterados,



Foto 5 RMN de articulación sacroiliaca con contraste (gadolinio) nótese la alteración anatómica de ambas sacroiliacas y el edema óseo (zona blanca) de ambos márgenes de dicha articulación, siendo fiel indicador de inflamación crónica a dicho nivel. Debe notarse también la existencia de una erosión en una de dichas articulaciones (lesión sacabocado indicado por la flecha).

- Sinovitis transitoria de cadera >1 episodio y especialmente si el paciente es mayor a 10 años,
- Impotencia funcional o alteración en actividad
- Necesidad diaria de analgésicos o AINE,
- Otros síntomas y/o signos asociados: p.e. piel, ojos.

Conclusiones

En suma, las enfermedades reumáticas en pediatría deben ser sospechadas ante síntomas musculoesqueléticos: dolor de características inflamatorias: artralgiás, artritis, mialgias, miositis, entesitis o manifestaciones extraesqueléticas en piel, mucosas y fiebre.

También se debe prestar atención a **signos de alarma directos** que pueden ser detectados en el examen físico: *dolor, tumefacción o disminución de la movilidad articular/muscular/tendinosa e indirectos como alteraciones de la inspección estática, desviaciones raquis/miembros inferiores y disimetrías de miembros inferiores, alteraciones de la marcha o de la movilidad de la columna.*

Aprobado para publicación: 15/12/2020

Bibliografía consultada

- Petty R, Laxer R, Lindsley C, Wedderburn L. Textbook of Pediatric Rheumatology. 7 th. Ed. Elsevier; 2016.
- Andreu E, Calvo I, Lacruz L. Reumatología pediátrica: Aspectos prácticos de interés para el pediatra de atención primaria. Form Act Pediatr Aten Prim. 2008;1(2):76–83.
- Espada G. Artritis idiopática juvenil: Parte 1: Diagnóstico, patogenia y manifestaciones clínicas. Arch Argent Pediatr. 2009;107(5):441–8.
- Casado R, Lacruz L. Reumatología pediátrica en atención primaria. An Pediatr Contin. 2012;10(4):201–7.
- Andreu Alapont E, Lacruz Perez L, Lopez Montesinos B. ¿Este niño tiene reuma? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.245-58.