



VAEPap

**Viernes 5 de febrero de 2010**

**Taller:**

**“¿Este niño tiene reuma?”**

**Moderadora:**

Elena Andreu Alapont

*Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.*

**Ponentes/monitoras:**

- **Elena Andreu Alapont**  
*Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.*
- **Lucía Lacruz Pérez**  
*Pediatra, Unidad de Reumatología.  
Hospital Universitario Son Dureta.  
Palma de Mallorca.*
- **Berta López Montesinos**  
*Unidad de Reumatología.  
Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Textos disponibles en  
**www.aepap.org**

**¿Cómo citar este artículo?**

Andreu Alapont E, Lacruz Pérez L, López Montesinos B. ¿Este niño tiene reuma? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.245-58.



## ¿Este niño tiene reuma?

Elena Andreu Alapont

*Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.*

*andreu\_ele@gva.es*

Lucía Lacruz Pérez

*Pediatra, Unidad de Reumatología.*

*Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

*llacruzperez@yahoo.com*

Berta López Montesinos

*Unidad de Reumatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

*berlomon@yahoo.com*

### IMPORTANCIA DEL TEMA

Para poder diagnosticar las enfermedades reumáticas es fundamental en primer lugar conocerlas lo que a su vez permite reconocerlas a partir de una serie de signos y síntomas variados que estos niños presentan y que motivan, en muchas ocasiones, su consulta en diversos servicios médicos antes de llegar a reumatología (pediatría de Atención Primaria, traumatología, dermatología, urgencias...). En este sentido el pediatra de Atención Primaria es el facultativo que con mayor precocidad puede detectar patología reumática y por lo tanto influir en su pronóstico. La actualización de las maniobras de exploración del aparato locomotor ayuda a identificar signos de alarma de afectación del sistema musculoesquelético y por lo tanto aumenta el diagnóstico de las enfermedades reumáticas.

### OBJETIVOS

#### Generales

- Aumentar la detección de las enfermedades reumáticas en la infancia y adolescencia.
- Al finalizar el taller el participante deberá ser capaz de realizar una exploración completa y sistemática del aparato locomotor.

## Específicos

- Adquirir la sistemática para realizar una adecuada anamnesis y exploración del aparato locomotor orientada hacia la detección de una serie de signos y síntomas de alarma que hagan sospechar la patología reumática.
- Conocer las principales maniobras de exploración de las principales articulaciones.
- Aprender las principales manifestaciones cutáneas de las enfermedades reumáticas más importantes.
- Tratar el abordaje diagnóstico inicial de este tipo de patología.

## CONTENIDOS

- Signos y síntomas de alarma en Reumatología pediátrica:
  - Síntomas de alarma: guía de anamnesis básica.
  - Signos de alarma: directos e indirectos de patología musculoesquelética, manifestaciones extraesqueléticas (cutáneas y sistémicas: fiebre recurrente).
  - Secuencia exploratoria básica del aparato locomotor.
- Casos clínicos: abordaje diagnóstico inicial.

## RESUMEN

El dolor musculoesquelético y/o la impotencia funcional constituyen frecuentes motivos de consulta en Pediatría de Atención Primaria. El objetivo de este taller es ofrecer una sistemática de evaluación clínica útil para el pediatra consistente en una guía de anamnesis básica y una secuencia metódica de exploración general y específica de cada articulación orientados hacia la detección

de una serie de síntomas y signos de alarma de afectación musculoesquelética; haciendo especial hincapié en aquellos que nos hagan sospechar una enfermedad reumatológica.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este taller es ofrecer una sistemática de evaluación clínica del aparato locomotor que resulte útil al pediatra de Atención Primaria<sup>1-3</sup>. A continuación se propone una guía de anamnesis básica que facilite la recogida de información así como una secuencia metódica de exploración, tanto general como específica para cada articulación, orientadas a la detección de distintos síntomas y signos de alarma de afectación musculoesquelética<sup>3-11</sup>. Se destacan aquellos síntomas y signos que permitan sospechar la existencia de enfermedades reumatológicas que, por su repercusión y pronóstico, requieran un diagnóstico precoz y si fuera necesario la derivación a una Unidad de Reumatología. En este sentido se proponen unos criterios de derivación y finalmente, en forma de tablas, se adjuntan los criterios diagnósticos de las enfermedades más importantes para facilitar su abordaje diagnóstico.

## GUÍA RÁPIDA DE ANAMNESIS BÁSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO Y SOSPECHA DE ENFERMEDAD REUMÁTICA

- ¿Dónde se localiza el dolor? Cómo: ¿es fijo, o se irradia? ¿Desde cuándo? ¿Cuánto dura?
- ¿Existe algún antecedente con el que lo relacionen (caída, traumatismo, ejercicio físico)? ¿Hay algún antecedente infeccioso en el último mes?
- ¿Se acompaña de: **tumefacción, calor, enrojecimiento, impotencia funcional** (cojera, etc.)? ¿Hay alguna manifestación sistémica (fiebre, astenia...) o cutánea?
- ¿Cede espontáneamente o tiene que tomar analgésicos o antiinflamatorios (AINE)?

- A lo largo del día, ¿en qué momento aparece?: ¿le despierta por la noche? ¿aparece por la mañana, al levantarse? ¿asocia rigidez tras el reposo nocturno, le cuesta más realizar el movimiento durante algún tiempo o "arrancar"? ¿aparece con o tras el ejercicio? ¿se presenta sobre todo al final del día? ¿está presente todo el día, sin apenas variación?
- ¿Le impide realizar su actividad habitual? ¿Realiza la misma actividad, juegos, que sus compañeros?
- ¿Con qué frecuencia aparece: diaria, varios días a la semana, varios días al mes...?
- Debemos preguntar acerca de la presencia de otros síntomas o signos asociados, como:
  - Otras artralgias: talalgia /dolor de espalda...
  - Aftas bucales (al menos 2-3 episodios al año). Caries frecuentes. Sequedad bucal.

**Tabla I.** Guía rápida de exploración y signos de alarma de afectación del sistema musculoesquelético

Secuencia exploratoria: bipedestación, sedestación y decúbitos (supino/prono)	Signos de alarma y patologías relacionadas
Inspección estática frontal, dorsal y sagital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Desviaciones de raquis:</b> dorsal (asimetrías) y sagitales (cifosis dorsal dolorosa: osteocondrosis; lordosis lumbar acentuada: artritis de caderas; rectificación lumbar: sacroileitis).</li> <li>■ <b>Desviaciones miembros inferiores:</b> genu valgo y/o flexo (artritis), recurvatum (hiperlaxitud).</li> <li>■ <b>Disimetrías miembros inferiores.</b></li> <li>■ <b>Actitud postural:</b> tronco desviado con cojera y dolor (discitis, tumores), flexión/abducción y rotación externa de un miembro inferior (artritis cadera).</li> </ul>
Examen movilidad vertebral: flexión, extensión e inflexión lateral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Dolor y limitación</b> (discitis, espondiloartritis, listesis).</li> </ul>
Exploración de la marcha.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Inclinación del tronco hacia delante</b> (afectación columna dorsolumbar).</li> <li>■ <b>Marcha salutoria</b> (afectación cadera).</li> <li>■ <b>Dificultad marcha en puntillas/talones</b> (afectación rodilla y tobillos).</li> </ul>
Columna cervical: flexoextensión-rotación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Limitadas y dolorosas</b> (AIJ).</li> </ul>
Articulación temporomandibular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Apertura oral limitada</b> (AIJ).</li> </ul>
Articulaciones hombros, codos, muñecas, manos, rodillas, tobillos y pies: inspección, palpación y valoración de la movilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Dolor con limitación de la movilidad activa/pasiva y/o presencia de tumefacción difusa o localizada</b> (artritis o inflamación tejidos periarticulares).</li> </ul>
Puntos dolorosos en zonas de inserción tendinosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Dolor a la palpación en rótula y cara anterior tibia, cara plantar calcáneo y tendón Aquiles</b> (entesitis).</li> </ul>
Caderas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Diferencias &gt; 1 cm</b> en la distancia ombligo-maléolo interno .</li> <li>■ <b>Rolling &gt; 30 °</b> sin dolor (sinovitis transitoria).</li> <li>■ <b>Rotación limitada y dolorosa</b> (artritis).</li> </ul>
Sacroiliacas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Maniobra Fabere y Schober</b> (sacroileítis).</li> </ul>

AIJ: Artritis idiopática juvenil.

- Molestias oculares: enrojecimiento, dolor; lagrimeo, fotofobia, sequedad.
- Molestias urinarias: disuria, episodios de irritación balanoprepucial o vulvovaginitis de repetición, aftas en zona genital.
- Fotosensibilidad o lesiones cutáneas que aparezcan con frecuencia.
- "Manos frías", cambios de coloración de manos o pies con el frío (palidez, cianosis): Raynaud.
- Dolor abdominal recurrente, +/- diarreas de repetición.
- Episodios febriles "sin foco" recurrentes.

■ Debemos recoger los antecedentes familiares habituales, haciendo hincapié en:

- Presencia de enfermedades reumáticas conocidas en la familia.
- Psoriasis.
- Enfermedades autoinmunes: diabetes, enfermedades tiroideas, enfermedad inflamatoria intestinal.

## SISTEMÁTICA DE EXPLORACIÓN

En las enfermedades reumatológicas es necesario tener en cuenta tanto los signos locales y generales de afectación musculoesquelética, como la presencia de manifestaciones sistémicas o de otros órganos. Esto es más importante cuanto más pequeño sea el niño, especialmente en lactantes. Por ello, la exploración debe incluir una exploración general por sistemas y del aparato locomotor general, así como la valoración específica de cada articulación integrada en una única valoración. Esto obliga a realizar una exploración cuidadosa, completa y sistemática siguiendo una secuencia dirigida temporal (tabla I).

1. En bipedestación.
2. Durante la marcha.
3. En sedestación.
4. En decúbito supino.
5. En decúbito prono.

Se recomienda tener paciencia, reservar la exploración de las áreas más dolorosas para el final y seguir un orden sistemático de exploración. El examen se puede iniciar por la columna cervical y cara, para valorar a continuación las extremidades superiores y terminar en los pies.

## Bipedestación

### Inspección estática

Se realiza la inspección estática en el plano frontal y sagital con el niño desnudo, con especial atención a:

- La posición relativa de cabeza y cuello respecto al tronco (vértex alineado con la línea interglútea).
- Las simetrías de los relieves óseos (hombros, escápulas, crestas ilíacas, trocánteres y rodillas) y de los pliegues cutáneos.
- La actitud postural y si existe una posición antiálgica: la desviación del tronco hacia un lado y la dificultad para mantenerse de pie pueden asociarse a discitis inflamatorias, infecciosas o tumores vertebrales. En la artritis de cadera existe una actitud típica en flexión, abducción y rotación externa.
- El trofismo muscular (contornos y masas musculares).

Mediante la inspección podemos identificar: 1) desviaciones óseas a nivel del raquis y/o de las extremidades; 2) disimetrías de miembros inferiores.

**Desviaciones óseas****Desviaciones del raquis**

Se valora en los distintos planos:

- En el **plano dorsal** se valora la presencia de asimetrías que puedan indicar una escoliosis. Para confir-

marlo se realiza la maniobra de Adams o de "un minuto".

- En el **plano sagital**, se valoran la cifosis dorsal y la lordosis lumbar. La cifosis dorsal se debe valorar primero en bipedestación y, a continuación, pidiendo al paciente que flexione el tronco 90° hacia delante (acentúa la cifosis). La cifosis de radio corto rígida se

**Tabla II.** Criterios de clasificación de la Artritis idiopática juvenil (ILAR Edmonton 2001)

Subtipo	Definición	Exclusiones
<b>Sistémica</b>	Artritis de una o más articulaciones con, o precedida, por fiebre diaria de al menos dos semanas de duración, documentada al menos 3 días y acompañada de alguno de los siguientes elementos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exantema evanescente, no fijo, eritematoso.</li> <li>2. Adenomegalias generalizadas.</li> <li>3. Hepatomegalia o esplenomegalias.</li> <li>4. Serositis.</li> </ol>	a, b, c, d
<b>Oligoarticular</b>	Artritis que afecta de 1-4 articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. Dos subcategorías: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oligoarticular persistente.</li> <li>2. Oligoarticular extendida.</li> </ol>	a, b, c, d, e
<b>Poliarticular FR negativo</b>	Artritis que afecta a 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad; test para FR negativo.	a, b, c, d, e
<b>Poliarticular FR positivo</b>	Artritis que afecta a 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad, asociada con test para FR positivos en dos ocasiones, separadas por 3 meses.	a, b, c, e
<b>Psoriásica</b>	Artritis y psoriasis, o artritis y al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dactilitis.</li> <li>2. Punteado ungueal u onicosis.</li> <li>3. Historia familiar de psoriasis en al menos un pariente de primera línea.</li> </ol>	b, c, d, e
<b>Artritis asociada a entesitis</b>	Artritis y entesitis, o artritis o entesitis, con al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia o historia de dolor a la palpación de la articulación sacroiliaca y/o dolor espinal inflamatorio.</li> <li>2. Presencia de HLA B 27 positivo.</li> <li>3. Inicio de artritis en un varón mayor de 6 años de edad.</li> <li>4. Uveítis anterior aguda sintomática.</li> <li>5. Historia de espondilitis anquilosante, artritis asociada a entesitis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda en un familiar de primera línea.</li> </ol>	a, d, e
<b>Artritis indiferenciada</b>	Niños con artritis de causa desconocida que persiste al menos durante 6 semanas, en los que: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se reúnen criterios diagnósticos para ninguna de las categorías anteriores, o</li> <li>2. Se reúnen criterios diagnósticos para más de una categoría.</li> </ol>	

**Exclusiones:**

- a) Psoriasis o historia de psoriasis en el paciente o en un familiar de primera línea.
- b) Artritis en un varón HLA B27 + que inicia después del sexto cumpleaños.
- c) Espondilitis anquilosante, artritis asociada a entesitis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda, o historia de uno de estos desórdenes en un familiar de 1.ª línea.
- d) Presencia de Factor Reumatoide tipo IgM positivo en dos ocasiones separadas por al menos 3 meses.
- e) Presencia de AIJ sistémica en el paciente.

observa en la osteocondrosis de los cuerpos vertebrales o enfermedad de Scheuermann (cifosis dolorosa juvenil); característicamente es irreductible con la maniobra de sentarse en posición de indio con los hombros hacia atrás. La lordosis lumbar se acentúa en condiciones patológicas (Artritis Idiopática Juvenil (AIJ)) y gran afectación de caderas.

### Desviaciones de los miembros inferiores

- En el **plano frontal** se valora la presencia de:
  - *Genu varo*, cuya forma bilateral es fisiológica hasta los dos-cuatro años de edad, y
  - *Genu valgo*, cuya forma bilateral es fisiológica hasta los 8 años de vida. En la AIJ oligoarticular puede existir de forma unilateral.
- En el **plano sagital** se valorará el *genu recurvatum* (por hiperlaxitud o por debilidad del cuádriceps). El genu flexo es siempre patológico y común a diversas enfermedades articulares.

### Dismetría de los miembros inferiores

Para su valoración se debe comprobar la horizontalidad de la pelvis y la altura relativa de las rodillas con el niño en bipedestación.

### Examen de la movilidad vertebral

Se realiza a través de las siguientes maniobras:

- **Flexión:** limitada a nivel lumbar acompañada de una postura rígida y de sensibilidad local es sugestiva de discitis.
- **Extensión:** normal en niños con espondiloartritis y dolorosa en niños con espondilolistesis.
- **Inflexión lateral:** limitada especialmente en las espondiloartritis de forma precoz.
- **Test de Schöber modificado:** se utiliza para valorar

la movilidad de la columna lumbar en niños mayores de 6 años, aunque el estado funcional de las articulaciones sacroilíacas y caderas, así como la musculatura isquiotibial también influyen. Con el niño en bipedestación se traza en la línea media una marca que una los hoyitos de Venus (unión lumbosacra). A continuación se trazan dos líneas, una 10 cm por arriba de la anterior y otra 5 cm por abajo. Se pide al niño que, sin flexionar las rodillas, se incline al máximo hacia delante y se mide la diferencia de longitud en la distancia entre las líneas superior e inferior (10 + 5 cm.). La distancia debe mantenerse entre los 15 cm en posición erecta a los 21-22 cm en posición de flexión máxima. Se considera patológico un resultado menor de 6 cm.

### Exploración de la marcha

Haremos andar al niño descalzo primero con una marcha normal, después de puntillas y finalmente de talones. Comprobaremos el estado del calzado (desgaste) y la existencia de algún cuerpo extraño.

- Alteraciones de la deambulación por afectación de la **columna dorso lumbar** (discitis, espondilolisis/litosis y espondiloartropatías): marcha con el tronco **flexionado** hacia delante.
- Alteración de la deambulación en la patología de **cadera:** “**marcha salutaria**”, llamada así porque se adopta una actitud antiálgica que motiva una inclinación brusca del tronco hacia la cadera enferma.
- Alteración de la marcha en la patología **de rodilla:** dificultad manifiesta para la marcha en puntillas y talones.

### Sedestación

#### Inspección

De la piel, ojos y faneras: reconocer las lesiones cutáneas muy llamativas y características del lupus eritematoso sis-

**Tabla III.** Criterios diagnósticos de Lupus Eritematoso Sistémico (propuestos en 1982 por la *American Rheumatism Association*, revisados)<sup>16</sup>

1. Eritema malar "en vespertino".
2. Lesiones cutáneas discoideas.
3. Fotosensibilidad.
4. Úlceras orales.
5. Artritis.
6. Serositis (pleuritis o pericarditis).
7. Nefropatía (proteinuria superior a 0,5 g/día o cilindruia).
8. Afección neurológica (convulsiones o psicosis).
9. Alteraciones hematológicas (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia o anemia hemolítica).
10. Alteraciones inmunológicas (anticuerpos anti-DNA nativo, anti-Sm o anticuerpos antífosfolípido: anticardiolipina, anticoagulante lúpico o anti $\beta_2$ glicoproteína, positivos).
11. Anticuerpos antinucleares.

Para la clasificación de un paciente como afectado de LES se requiere la presencia, simultánea o progresiva, de 4 de los 11 criterios.

témico y dermatomiositis y otras menos conocidas propias de vasculitis (nódulos subcutáneos, livedo reticularis, úlceras, cambios tróficos en zonas acras o esclerodactilia por atrofia de pulpejos), psoriasis (cutánea y "pitting" en uñas). El examen de la cavidad oral y área genital permite detectar aftas o foliculitis (enfermedad de Behçet) así como alteraciones en los ojos (sequedad, hiperemia) junto con alteraciones en la salivación y caries (síndrome de Sjogren).

### Exploración articular

- **Columna cervical:** valorar actitudes antiálgicas y torticolis (palpar contracturas). Es muy importante explorar la columna cervical en caso de enfermedad reumatológica crónica; aunque infrecuente es caracte-

terístico de la forma poliarticular grave de la AIJ (especialmente en la asociada a formas sistémicas). Para ello se realizan movimientos activos y pasivos, sin forzar, de flexo extensión, rotación e inclinación lateral. Si existe limitación de la rotación esto indica afectación de la articulación atlóidoaxoidea.

- **Articulaciones temporomandibulares (TM):** examen de la apertura oral y la palpación de crujiidos a nivel de la articulación (limitada en la AIJ).

#### ■ Articulaciones de la extremidad superior:

- Valoraremos la **movilidad activa** de forma sucesiva de los hombros, codos y muñecas.
- A continuación **palparemos** las mismas articulaciones.

**Tabla IV.** Criterios diagnósticos de Dermatomiositis Juvenil<sup>17,18</sup>

1. Debilidad muscular simétrica.
2. Elevación de enzimas musculares.
3. Cambios de EMG típicos de miositis.
4. Rash típico (exantema en "heliotropo" y signo de Gottron).
5. Biopsia muscular demostrando miositis inflamatoria.

Para el diagnóstico:

- Es imprescindible la presencia de rash cutáneo.
- Dermatomiositis definida: rash + otros 3 criterios.
- Dermatomiositis probable: rash + otros 2 criterios.
- Dermatomiositis posible: rash + otro criterio.

- Hombros: una tumefacción visible y palpable sobre su cara anterior siempre indica derrame.
- Codos: la palpación de la interlínea articular radiohumeral al tiempo que se solicita la pronosupinación de la mano permite detectar la existencia de tumefacción. En caso de epicondilitis existe dolor justo por encima de este punto.

- Muñecas: se debe valorar la presencia de gangliones (en el dorso, son redondeados y benignos), así como de tumefacciones tendinosas (localizadas y alargadas, presentes en la cara dorsal superior o palmar inferior) o articulares (más extensas con una disposición transversal).
- A continuación realizaremos movimientos pasivos explorando la respuesta al movimiento.
- Hombros: valorar la rotación externa (la primera en afectarse en las artritis) e interna: antebrazo y mano hacia arriba o abajo respectivamente con el antebrazo flexionado.
- Codos: valorar la flexo extensión (la primera en afectarse en las artritis) y la prono supinación. Esta última se encuentra, a diferencia de lo que sucede en la bursitis olecraneana, muy limitada en las artritis cuando se mantiene el codo flexionado a 90°.
- Muñecas: valorar la flexo extensión a 90° y los movimientos de lateralización cubital/ radial (35° a 45°). Se afectan con mucha frecuencia en los niños con AIJ poliarticular.

#### ■ Articulaciones de las manos:

- **Inspección.** Buscar tumefacciones en los dedos así como alteraciones en las uñas o en los pliegues, eritemas palmares, aracnodactilia, etc. En la AIJ evolucionada hay deformidades típicas de las manos.
- La **movilidad** activa se valora pidiendo al niño que cierre el puño escondiendo las uñas en la palma de la mano, y a través de la fuerza de prensión, indicándole que apriete reteniendo nuestros dedos.
- **Palpación.** Las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) se evalúan inicialmente de forma conjunta ejerciendo una compresión lateral entre las

MCF 2.<sup>a</sup> y 5.<sup>a</sup> para, posteriormente, evaluar cada articulación de forma individual. Para ello se palpa cada articulación situando nuestro pulgar en la cara dorsal de la mano del paciente y nuestro índice en la cara palmar, al tiempo que aplicamos una suave tracción. Las articulaciones interfalángicas proximales (IFP), que suelen estar afectadas en la AIJ poliarticular, e interfalángicas distales (IFD) se valoran situando los dedos pulgar e índice del explorador en las caras laterales de la articulación. Se aplica presión (como “intentando exprimir” el líquido) para sentir la “oleada” en los dedos.

### Decúbito supino

#### Exploración general por sistemas

Incluye la valoración de la temperatura corporal, la palpación de adenopatías, la auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal (organomegalias).

#### Exploración de la cadera

- **Inspección:** la postura en flexión y rotación externa sugiere derrame.
- **Palpación** del pliegue inguinal buscando puntos dolorosos.
- Comprobar si existe **dismetría de miembros inferiores**. Se mide la distancia existente entre el borde inferior de la espina ilíaca antero superior y el maléolo interno. Existe dismetría cuando la diferencia es > 1 cm (acortamiento verdadero). El acortamiento aparente (desigualdad entre la distancia entre el ombligo y el maléolo interno) se debe a la afectación o deformidad fija de la cadera.
- **Movilidad pasiva:**
  - **Rolling** o rodamiento de la cadera (figura 1). Su gran utilidad estriba en que es la maniobra menos dolorosa para la exploración de la cadera al



**Figura 1.** Exploración articular: secuencia resumida

- tiempo que detecta si existe limitación de la rotación. Si se consigue rotar hasta 30° sin dolor el diagnóstico probable sea más de sinovitis transitoria que de artritis séptica.
- A continuación se reexplora la **rotación interna y externa**: manteniendo la cadera, la rodilla y el tobillo en flexión de 90° aproximando (rotación externa) o separando (rotación interna) el pie hacia la línea media. El dolor o la limitación de la rotación son el primer signo de patología intra-articular (derrame).
  - **Flexión**. Se valora en supino flexionando la rodilla y llevándola al pecho.
  - **Abducción y aducción**.
- Articulación sacroilíaca**
- La maniobra **Fabere** (acrónimo en inglés de flexión, abducción, rotación externa de cadera, y extensión) (figura 1) es específica para esta articulación. La prueba es positiva cuando produce dolor en el glúteo homolateral (pero no en la cara externa del muslo). La maniobra de compresión

lateral se realiza situando al paciente en decúbito lateral, colocando las manos del examinador sobre la cresta iliaca del niño y ejerciendo una compresión hacia abajo.

### Articulación de la rodilla

- **Inspección.** La postura en flexión siempre es patológica. Se valora el estado del cuádriceps (atrofia o hipertrofia), la presencia de tumefacción generalizada (distorsión global del contorno de la rodilla) o localizada (sobre todo a nivel rotuliano: bursitis pre-rotuliana, tuberosidad tibial : bursitis infrarotuliana y cara interna de la tuberosidad tibial: bursitis de la pata de ganso) así como la presencia de puntos dolorosos localizados a nivel de los puntos de inserción tendinosa del cuádriceps en la rótula y en la cara anterior de la tibia (entesitis).
- **Palpación.** Cuando la tumefacción es escasa se puede poner de manifiesto mediante el **signo del balón o peloteo rotuliano** (figura 1). Se exprime el fondo de saco subcuádricipital para empujar el líquido a la región infrarotuliana para, a continuación, presionar la rótula hacia abajo. Cuando existe derrame el desplazamiento de la rótula "empuja" el derrame de manera que se siente la fluctuación de la rótula bajo el dedo del examinador.
- **Movilidad:**
  - Flexión: normal si el talón llega a contactar la nalga homolateral.
  - Extensión: hasta los 8 ó 9 años es normal la hiperextensión de 10°.

### Articulaciones del tobillo y del pie

- **Inspección.** Se comienza valorando si existe tumefacción en los tobillos; esta puede ser difusa, o si es de origen articular; en U invertida en cara anterior o cuando es tendinosa, lineal superficial. A continuación se valora si existe dactilitis o dedo en salchicha. Las deformaciones más frecuentes en la AIJ son: el edema retromaleolar (por afectación articular tibio-tar-

siana) y el tumor dorsal del tarso (por afectación articular del tarso y metatarso).

- **Palpación.** Valorar la presencia de tumefacción en la interlínea articular del tobillo y en el dorso del pie (tarsitis). Seguir examinando la existencia de dolor a la presión en los puntos de inserción del tendón de Aquiles y de la fascia plantar en el calcáneo, indicativos de entesitis inflamatoria. Finalmente, valorar si existe tumefacción o dolor a la presión en las articulaciones metatarsofalángicas (la primera se afecta selectivamente en las espondiloartritis), así como en las articulaciones interfalángicas de los pies.
- **Movilidad.** Se explora primero la movilidad activa y luego la pasiva del tobillo (flexión dorsal 20°, flexión plantar 45°), de la articulación subastragalina (inversión y evasión del pie 300), del tarso (rotación del antepié sobre el retropié), de las articulaciones pequeñas del antepié (de forma conjunta comprimiendo lateralmente las articulaciones metatarsofalángicas) y, finalmente, las interfalángicas de los dedos.

### Decúbito prono

- **Articulación sacroilíaca:** cuando existe inflamación en esta articulación la compresión de la línea interarticular sacroilíaca y la hiperextensión del muslo (Maniobra de Mennell) producen dolor.
- **Articulación de la cadera:** en prono se puede explorar la extensión fijando con una mano la pelvis mientras con la otra se eleva la pierna extendida (normal 30° sobre el plano de la mesa) y las rotaciones.
- **Articulación de la rodilla:** en esta posición sólo se puede explorar la flexión.

## MANIFESTACIONES SISTÉMICAS: FIEBRE PERIÓDICA Y SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS

Se define la fiebre periódica como la aparición de epi-

sodios recurrentes de fiebre cuya duración oscila entre unos pocos días y varias semanas, separados por períodos variables en los que el paciente se mantiene asintomático y que se van repitiendo a lo largo de meses<sup>12,13</sup>. La dificultad diagnóstica reside en identificar el carácter periódico del cuadro y establecer un diagnóstico diferencial con las fiebres recidivantes, tan frecuentes en la primera infancia. Estos procesos (tabla V) se clasifican en:

**Tabla V.** Clasificación de los síndromes autoinflamatorios

#### Síndromes hereditarios de fiebre periódica

- Fiebre mediterránea familiar (FMF).
- Síndrome de hiperinmunoglobulinemia D y fiebre periódica (HIDS).
- Síndrome periódico asociado al receptor del TNF (TRAPS).

#### Síndromes periódicos asociados a criopirina

- FCAS.
- Síndrome de Muckle-Wells (MWS).
- Síndrome de CINCA-NOMID.

#### Granulomatosis sistémicas pediátricas

- Síndrome de Blau.
- Sarcoidosis de inicio precoz.

#### Otras

- Síndrome PAPA.
- CRMO.
- Síndrome PFAPA.

### Fiebre mediterránea familiar

Es una enfermedad hereditaria con patrón autosómico recesivo. Se caracteriza por episodios de fiebre y serositis de comienzo súbito. La mayoría de los pacientes sufre su primera crisis antes de los 20 años de edad.

La clínica se caracteriza por episodios agudos o crisis de fiebre de 12 a 72 horas de duración, acompañados de dolor abdominal y/o pleurítico, artralgias/artritis. El estrés, la menstruación o el cansancio pueden actuar como desencadenantes. La lesión cutánea típica es de tipo erisipela, en la cara anterior de las piernas o dorso del pie.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El gen de la fiebre mediterránea familiar (MEFV) se localiza en el brazo corto del cromosoma 16. Es fundamental la exploración durante una crisis, ya que durante los períodos asintomáticos no se detectan signos físicos. El tratamiento con colchicina previene los brotes febriles en el 60% de los pacientes y reduce el número de episodios en otro 20-30%.

### Síndrome de hiperinmunoglobulinemia D y fiebre periódica (HIDS)

Enfermedad genética con herencia autosómica recesiva. Las crisis se inician en el primer año de vida, la fiebre dura de tres a siete días y la frecuencia es variable cada uno o dos meses. Los síntomas que acompañan a la fiebre incluyen vómitos, diarrea, cefalea, dolor abdominal, artralgias/artritis, adenopatías cervicales. Como desencadenante destacan las vacunaciones<sup>14</sup>.

El hallazgo característico es la IgD superior 100 UI/ml aunque puede ser normal en pacientes menores de 3 años. El gen se encuentra en el brazo largo del cromosoma 12. El tratamiento son corticoides y anakinra.

### Síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral (TRAPS)

Enfermedad autosómica dominante. Debuta en la lactancia o la primera infancia. La fiebre está siempre presente. El dolor abdominal debido a la inflamación de las serosas ocurre en el 95% de los pacientes. El 50% presenta dolor testicular y la lesión cutánea es de tipo erisipela, localizada en las extremidades y de carácter migratorio. Se acompaña de mialgias y limitación de la articulación contigua. Las manifestaciones oculares consisten en inyección conjuntival y dolor ocular. Los niños suelen presentar artritis de grandes articulaciones que evolucionan sin secuelas. Se han identificado varias mutaciones causantes de la enfermedad situadas en el brazo corto del cromosoma 12 (12p13)<sup>9</sup>. El uso de corticoides a dosis altas consigue una mejoría importante al principio.

## Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS)

- Enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal (NOMID)/síndrome cutáneo y articular neurológico infantil crónico (CINCA). Los signos cutáneos suelen aparecer en los primeros días de vida. Se trata de lesiones urticariformes recurrentes cambiantes e independientes del frío.
- Síndrome de Muckle-Wells (MWS). Es una enfermedad autosómica dominante. Se caracteriza por la presencia de urticaria sin exposición al frío y una sordera neurosensorial progresiva. Las crisis se acompañan de dolor abdominal y artritis. El gen responsable se ha localizado en el cromosoma 1 (1q44).
- Síndrome autoinflamatorio familiar inducido por frío (FCAS): tras la exposición al frío el paciente desarrolla un exantema urticarial, seguido de dolor e inflamación de las articulaciones, escalofríos y fiebre.

## Síndrome PFAPA

El síndrome PFAPA (del inglés *periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis* y *cervical adenitis*) se caracteriza por episodios frecuentes de fiebre que comienzan antes de los 5 años de edad. La fiebre elevada se mantiene elevada durante 3-6 días y se repite cada 3-6 semanas. Son frecuentes otros signos o síntomas acompañantes, como escalofríos (80%), cefalea (65%), náuseas (52%), dolor abdominal (45%), diarrea (30%), tos (20%) y exantema (15%).

Los datos de laboratorio son todos normales, salvo un aumento moderado de la velocidad de sedimentación y leucocitosis. El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios publicados por Marsall y Edwards en el año 1989. Estos criterios sufrieron una modificación parcial en el año 1999, para incluir la necesidad de descartar una neutropenia cíclica y excluir la elevación de la velocidad de sedimentación y la leucocitosis<sup>15</sup>.

## CONCLUSIONES

### ¿Cuándo sospechar una enfermedad reumática?

#### Ante la presencia de:

- Síntomas de alarma:
  - **Musculoesqueléticos:** dolor de características inflamatorias (ver guía rápida de anamnesis). Incluye: artralgias (coxalgia, lumbalgia, talgia), artritis, mialgias, miositis, entesitis.
  - **+/- Manifestaciones extraesqueléticas:** piel, mucosas, fiebre...
- **Signos de alarma directos** (dolor, tumefacción o disminución de la movilidad articular/muscular/tendinoso) e indirectos (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) detectados mediante la exploración.

#### Aspectos clave:

- Realizar una exploración **sistemática** (cabeza-pies o a la inversa, pero siempre la misma), **completa** (exploración general y del aparato locomotor) y **exhaustiva** (articular completa tanto axial como periférica), que permita realizar comparaciones evolutivas en el tiempo.
- Explorar **asociaciones clínicas:** interrelacionar los signos musculoesqueléticos entre ellos así como con la presencia de manifestaciones extraesqueléticas.

### ¿Cuándo derivar a reumatología infantil de forma urgente?

- Dolor musculoesquelético agudo: artritis aguda o miositis aguda.

- Fundamentalmente cuando asocia alguna de las siguientes:
  - Edad <3 años.
  - Manifestaciones sistémicas asociadas graves (fiebre..).
  - Manifestaciones cutáneas (rash malar; heliotropo...).
  - Manifestaciones oculares: sospecha de uveítis.

### De forma ordinaria:

- Dolor musculoesquelético y sospecha de artritis/entesis/miositis de semanas de evolución.
- Dolor musculoesquelético no explicado y/o recurrente (incluye esguinces recurrentes múltiples o desproporcionados con el traumatismo).
- Episodios anteriores de artritis.
- Sinovitis transitoria de cadera más de 1 episodio y especialmente si < 2 o > 10 años.
- Impotencia funcional o alteración en la actividad o necesidad diaria de analgésicos o AINE.
- Dolor que despierta por las noches.

**+/- Otros síntomas/signos asociados: piel, ojos, mucosas, gastrointestinales o genitourinarios.**

### BIBLIOGRAFÍA

1. De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child*. 2004;89(5):431-4.
2. De Inocencio J. Dolor musculoesquelético en pediatría de Atención Primaria. Etiología y orientación diagnóstica. *Arch Argent Pediatr*. 2006;104(3):275-83.
3. Modesto C. Semiología clínica en Reumatología Pediátrica. En: E González Pascual. Manual práctico de Reumatología Pediátrica. Barcelona: Ed MIRA SL; 1999,p. 21-48.
4. Cassidy JT, Petty RE. Textbook of Pediatric Rheumatology. 5th Ed. Philadelphia Saunders Company; 2005.
5. Rotes J. Exploración del aparato locomotor. En: Pascual E. Tratado de Reumatología. Madrid: ARAN Ed. S.A;1998. p177-208.
6. Lacruz L. Lumbalgia en el niño y el adolescente. En: González E. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP. Reumatología (Tomo 4). [Fecha de acceso 27 nov 2009]. Disponible en <http://www.aeped.es/protocolos/reumat/index.htm>
7. Delgado Martínez AD, Marchal Corrales JA. Manual de anatomía funcional y exploración clínica del aparato locomotor. Jaen: CaeALa; 2005.
8. Foster HE, Kay LJ, Friswell M, Coady D, Myers A. Musculoskeletal examination pGALS for school-age children based on the adult GALS screen. *Arthritis Rheum*. 2006; 55(5):709-16.
9. Pacheco D. Enfrentamiento del paciente con dolor musculoesquelético. *Reumatología*. 2005;21(4):191-200.
10. Norambuena X. Dolor musculoesquelético en niños. *Reumatología*. 2005;21(4):230-4.
11. Medrano F. Exploración física y secuencia de exploración general del aparato locomotor. [Fecha de acceso 27 nov 2009]. Disponible en [http://personal.telefonica.terra.es/web/fmedranog/enfermedades\\_articulaciones2004.htm](http://personal.telefonica.terra.es/web/fmedranog/enfermedades_articulaciones2004.htm)
12. Modesto C, Aróstegui JI, Yagüe J, Arnal C. ¿Qué es lo que hoy debo saber sobre los síndromes autoinflamatorios? *Semin Fund Esp Reumatol*. 2007;8:34-44.

13. Arostegui JI, Yague J. Enfermedades autoinflamatorias sistémicas hereditarias. Síndromes hereditarios de fiebre periódica. *Med Clin (Barc)*.2007;129(7):267-77.
14. Frenkel J, Houten SM, Waterham HR, Wanders RJA, Rijkers GT, Duran M, et al. Clinical and molecular variability in childhood periodic fever with hyperimmunoglobulinaemia D. *Rheumatology (Oxford)*.2001;40:579-84.
15. Padeh S. Periodic fever syndromes. *Pediatr Clin N Am*.2005;52:577-609.
16. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revisited criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*.1982;25:1271-7.
17. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med*. 1975;292:344-7.
18. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med*. 1975;292:403-7.