



Viernes 13 de febrero de 2009

Taller:

“Cuándo y cómo sospechar la patología reumática”

Moderadora:

Elena Andreu Alapont

Pediatra. CS de 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. Cuándo y cómo sospechar la patología reumática en Pediatría. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 205-18.



Cuándo y cómo sospechar la patología reumática en Pediatría

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.

INTRODUCCIÓN

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

I. General

- 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:

2. 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 cutáneas.
 - 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 se-

rie 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 Primaria¹⁻³. 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 musculoesquelética³⁻¹¹. 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 un dolor fijo, o se irradia? ¿Desde cuándo refiere este dolor? ¿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 o impotencia funcional (cojera, etc.)? ¿Hay alguna manifestación sistémica (fiebre, astenia...) o cutánea?
- ¿Cede espontáneamente o tiene que tomar anal-

- gésicos 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? ¿Es capaz de realizar 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.
 - 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” frecuentes.
- 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.

SIGNOS DIRECTOS DE AFECTACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA

Detectados mediante la inspección, la palpación de la articulación y la valoración de la movilidad activa y pasiva:

- **Dolor:**
 - **A la movilización** (artritis: dolor en todos los movimientos; bursa y tendones: dolor sólo con un movimiento determinado).
 - **A la palpación**, intentando localizar los puntos dolorosos: difuso en toda la articulación (artritis), localizado en la interlínea articular (alteración meniscal) o sobre áreas extraarticulares (bursas, tendón-entesitis o músculo), en las apófisis espinosas raquídeas y espacios intervertebrales (discitis, tumores), o bien sobre la diáfisis o metáfisis de huesos largos (fracturas, osteomielitis).
- **Tumefacción:** es característica de la artritis de articulaciones superficiales y puede acompañarse de calor y eritema. Se diferencian varios tipos: derrame articular (se pone de manifiesto mediante la palpación de la fluctuación: signo de la oleada), engrosamiento de la sinovial (palpación), tumefacción de tejidos blandos periarticulares (las tumefacciones tendinosas suelen ser localizadas y alargadas). La tumefacción articular se debe distinguir de los tumores quísticos nodulares presentes sobre los tendones extensores del dorso

de las manos o gangliones.

- **Crujidos, roces y chasquidos:** si no se asocian a dolor u otro signo patológico son banales. Las localizaciones más frecuentes son a nivel de la rodilla (síndrome de hiperpresión rotuliana externa) y, en el niño reumático, sobre la articulación témporo-mandibular.
- **Movilidad articular:** ante la sospecha de un proceso inflamatorio, especialmente reumato-

lógico, se examinarán todas las articulaciones sin limitarse al área que ocasiona la queja del niño. Para ello, se utilizarán maniobras activas y pasivas que reproducen los movimientos de cada articulación, comprobando si existen diferencias entre un lado y el contralateral. La movilidad puede ser normal, o estar aumentada o disminuida.

Si existe un aumento de la movilidad, se valorará

Tabla I. Criterios de hipermovilidad benigna o hiperlaxitud articular

- Extensión del 5º dedo > 90º (un punto cada uno).
- Oposición del pulgar paralelo al antebrazo (un punto cada uno).
- Extensión de codos > 10º (un punto cada uno).
- Extensión de rodillas > 10º (un punto cada uno).
- Hiperflexión de columna: tocar el suelo con la palma de la mano manteniendo las piernas extendidas (un punto). (4 o más puntos = síndrome de hipermovilidad).

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

si existe un síndrome de hiper movilidad benigna mediante la aplicación de los criterios de hiper laxitud articular expuestos en la tabla I.

Si, por el contrario, la movilidad se halla disminuida, hay que tener presente que cuanto mayor es la limitación, mayor es la probabilidad de que la causa sea inflamatoria. Si, además de la disminución de movilidad, el niño no permite en absoluto que se le mueva la extremidad por el intenso dolor que le produce, hay que pensar en una artritis séptica o en una osteomielitis.

- **Estado muscular:** valorar si existe alteración en el tono o en la fuerza, contracturas o atrofias localizadas (diferencias en el diámetro cuadrípital sugieren artritis crónica de rodilla).

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 II):

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 (el vértex debe estar 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.
- La morfología de las articulaciones.
- 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.

Tabla III. Criterios de clasificación de la artritis idiopática juvenil (ILAR Edmonton 2001)

Subtipo	Definición	Exclusiones
Sistémica	Artritis de una o más articulaciones con, o precedida por, fiebre diaria de al menos 2 semanas de duración, documentada al menos 3 días y acompañada de alguno de los siguientes elementos: 1. Exantema evanescente, no fijo, eritematoso. 2. Adenomegalias generalizadas. 3. Hepatomegalia o esplenomegalias. 4. Serositis.	a, b, c, d
Oligoarticular	Artritis que afecta de 1-4 articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. 2 subcategorías: 1. Oligoarticular persistente. 2. Oligoarticular extendida.	a, b, c, d, e
Poliarticular FR negativo	Artritis que afecta a 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad; test para FR negativo.	a, b, c, d, e
Poliarticular FR positivo	Artritis que afecta a 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad, asociada con test para FR positivos en 2 ocasiones, separadas por 3 meses.	a, b, c, e
Psoriásica	Artritis y psoriasis, o artritis y al menos 2 de los siguientes 1. Dactilitis. 2. Punteado ungueal u onicolisis. 3. Historia familiar de psoriasis en al menos un pariente de primera línea.	
Artritis asociada a entesitis	Artritis y entesitis, o artritis o entesitis, con al menos 2 de los siguientes: 1. Presencia o historia de dolor a la palpación de la articulación sacroiliaca y/o dolor espinal inflamatorio. 2. Presencia de HLA B 27 positivo. 3. Inicio de artritis en un varón mayor de 6 años de edad. 4. Uveítis anterior aguda sintomática. 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.	b, c, d, e
Artritis Indiferenciada	Niños con artritis de causa desconocida que persiste al menos durante 6 semanas, en los que: 1. No se reúnen criterios diagnósticos para ninguna de las categorías anteriores, o 2. Se reúnen criterios diagnósticos para más de una categoría.	a, d, e

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 2 ocasiones separadas por al menos 3 meses.
- e) Presencia de AIJ sistémica en el paciente.

Para confirmarlo se realiza la maniobra de Adams (o de “un minuto”), que consiste en flexionar el tronco hacia delante manteniendo las rodillas extendidas. Si existe escoliosis se detectará una gibosidad a nivel torácico o una desviación de la columna lumbar; si la asimetría es producida por una actitud escoliótica, generalmente secundaria a una disimetría de miembros inferiores, la maniobra no detectará alte-

raciones.

- 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 observa en la osteocondrosis de los cuerpos vertebrales o enfermedad de Scheuermann (cifosis dolorosa juvenil); caracte-

rísticamente es irreductible con la maniobra de sentarse en posición de indio con los hombros hacia atrás. La lordosis lumbar se acentúa en condiciones patológicas, pudiendo estar presente en niños con artritis idiopática juvenil (AIJ) y gran afectación de caderas; como resultado de la misma se produce una contractura en flexión de las caderas que origina una protrusión exagerada de los glúteos.

Desviaciones de los miembros inferiores

- En el **plano frontal** se valora la presencia de:
 - *Genu varo*, cuya forma bilateral es fisiológica hasta los 2-4 años de edad.
 - *Genu valgo*, cuya forma bilateral es fisiológica hasta los 8 años de vida. En ciertas AIJ oligoarticulares resistentes al tratamiento puede existir de manera unilateral.
- En el **plano sagital** se valorará el genu recurvatum, (hiperextensión de las rodillas, por hiperlaxitud o por debilidad del cuádriceps). El genu flexo (imposibilidad para extender las rodillas completamente) 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, comprobando que las espinas ilíacas antero-superiores, postero-superiores y crestas ilíacas estén paralelas y equidistantes.
- 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:** solicitar al niño que se incline hacia delante intentando tocar el suelo con las puntas de los dedos sin flexionar las rodillas. Una flexión limitada a nivel lumbar acompañada de una postura rígida y de sensibilidad local es sugestiva de discitis.
- **Extensión:** se valora pidiendo al paciente que incline el tronco hacia atrás unos 30°. Generalmente es normal en niños con espondiloartritis y dolorosa en niños con espondilolistesis.
- **Inflexión lateral:** es de 50° hacia ambos lados y se encuentra limitada especialmente en las espondiloartritis. Esta limitación es más precoz y evidente que la limitación de la flexión lumbar.
- **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 deambulacion por afectación

de la columna dorso lumbar (discitis, espondilolisis/listesis y espondiloartropatías): marcha con el tronco flexionado hacia delante.

- Alteración de la deambulación en la patología de cadera: "marcha salutaria", llamada así porque al apoyar el miembro afecto se adopta una actitud antiálgica que relaja los abductores de la cadera afectada y que motiva una inclinación brusca del tronco hacia la cadera enferma; por ello, la extremidad afecta avanza más rígida y lentamente, con un tiempo de apoyo más breve que el de la cadera sana.
- Alteración de la marcha en la patología de rodilla: suele existir dificultad manifiesta para la marcha en puntillas y talones. La deformidad en flexión provoca una marcha antiálgica con pasos cortos.

Lo contrario, la extensión fija produce una marcha con un movimiento circular en bloque de toda la pierna.

Sedestación

Inspección

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

Tabla IV. Criterios diagnósticos de lupus eritematoso sistémico (propuestos en 1982 por la American Rheumatism Association, A, revisados)²

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 cilindruria).
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 antifosfolípido: anticardiolipina, anticoagulante lúpico o antiβ₂glicoproteína, 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.

Tabla V. Criterios diagnósticos de dermatomiositis juvenil³

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.

Sjogren).

Exploración articular

- **Columna cervical:** valorar actitudes antiálgicas y tortícolis (palpar contracturas). Es muy importante explorar la columna cervical en caso de enfermedad reumatológica crónica; aunque infrecuente, es característico 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 ($< 45^\circ$).
- **Articulaciones témporo-mandibulares (TM):** pueden estar afectadas en la AIJ. Se valoran mediante el examen de la apertura oral y la palpación de crujidos a nivel de la articulación.
- **Articulaciones de la extremidad superior:**
 - Valoraremos la movilidad activa de forma sucesiva de los hombros (elevar los brazos lateralmente con palmas hacia abajo y por delante y arriba para valorar la abducción; tocar el hombro opuesto por la espalda o por el pecho para valorar la rotación externa o interna), de los codos (extensión completa de los antebrazos sobre los brazos hacia delante con las palmas hacia abajo y después con las palmas enfrentadas; flexión completa de los codos), y de las muñecas (con la flexión de los codos juntar ambas palmas y posteriormente ambos dorsos de las manos hacia abajo valorando la dorsiflexión).
 - A continuación palparemos de forma sucesiva las mismas articulaciones (interlínea articular anterior hombro, codos y muñecas).
 - **Hombros:** la existencia de una tumefacción visible y palpable sobre su cara anterior; que se puede prolongar hacia abajo, es poco frecuente y siempre indica un derrame articular importante. Si esta tumefacción se haya limitada al espacio acromiohumeral, indica la presencia de una bursitis subacromiodeltoidea.
 - **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 (limitación o hipermovilidad):
 - **Hombros:** valorar la rotación externa (la primera en afectarse en las artritis) e interna. Se exploran dirigiendo el antebrazo y la mano hacia arriba o abajo respectivamente, manteniendo el antebrazo flexionado sobre el brazo. En la bursitis subacromial está especialmente limitada y dolorosa la abducción.
 - **Codos:** valorar la flexo extensión (la primera en afectarse en las artritis) y la pronosupinación. 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° . La hiperextensión $> 10^\circ$ es uno de los signos de hipermovilidad articular benigna
 - **Muñecas:** valorar la flexoextensión a 90° y

los movimientos de lateralización cubital/radial (35° a 45°). Estas articulaciones se afectan con mucha frecuencia en los niños con AIJ poliarticular, pudiendo existir una limitación de la flexoextensión que pasa desapercibida para los padres, o una tumefacción en la cara dorsal de la muñeca producida por hipertrofia sinovial.

- **Articulaciones de las manos:**

- **Inspección:** buscar tumefacciones en los dedos, así como alteraciones en las uñas o en los pulpejos, eritemas palmares, aracnodactilia, etc. Las deformidades de las manos pueden poner de manifiesto alteraciones típicas de algunas enfermedades como la AIJ evolucionada.
- 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.^a y 5.^a 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. La flexión normal es de unos 80° y la extensión de unos 45°. 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. La flexión normal es de 90°. La hiper movilidad

del pulgar es otro de los criterios utilizados en el diagnóstico del síndrome de hiper movilidad articular benigna (tabla I).

Decúbito supino

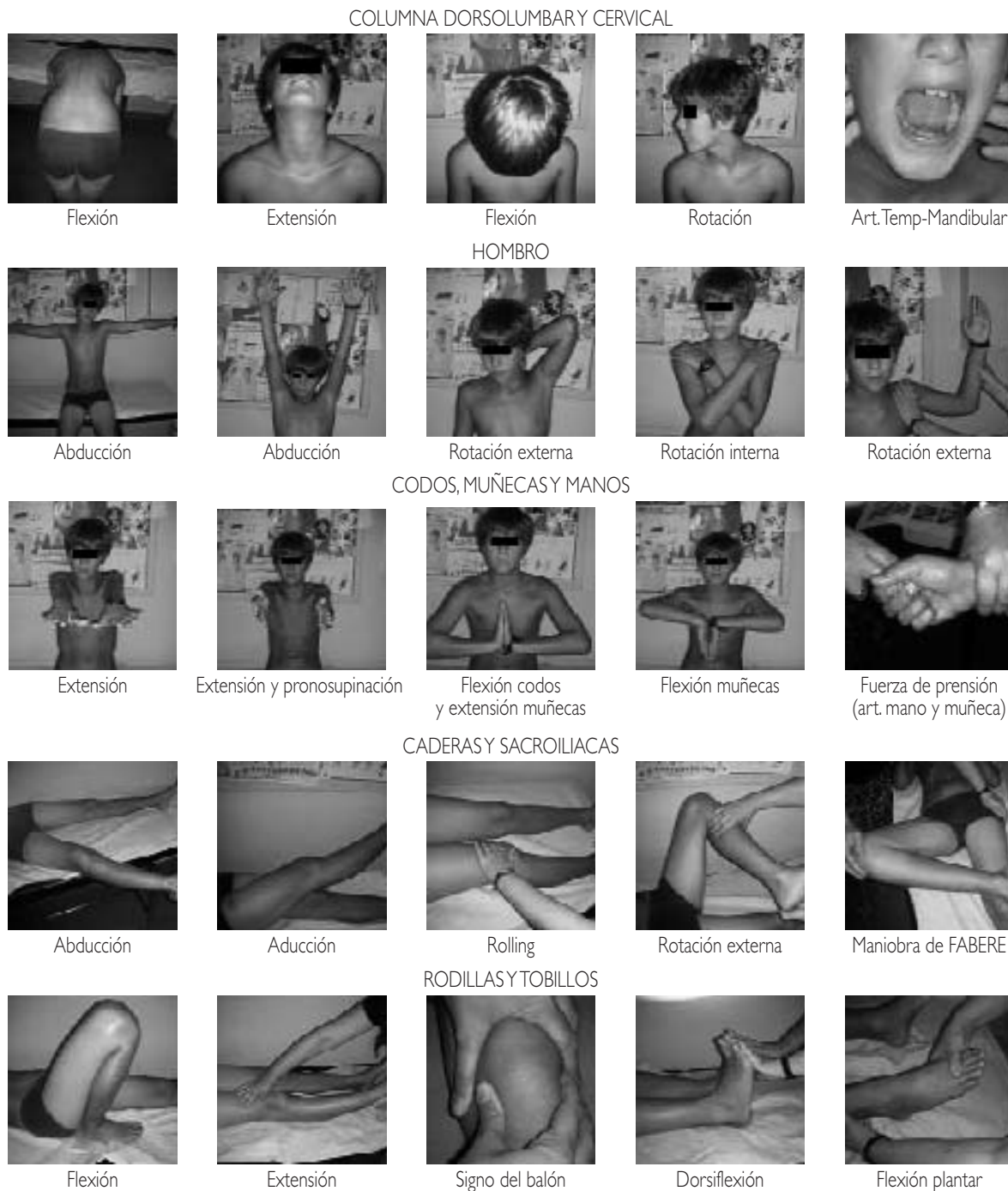
Exploración general por sistemas

Incluye la valoración de la temperatura corporal, la palpación de adenopatías, la auscultación cardiorrespiratoria 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 determina midiendo la distancia existente entre el borde inferior de la espina iliaca antero superior y el maléolo interno. Se considera que existe dismetría cuando la diferencia es > 1 cm (un 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). Con el paciente en supino y las rodillas extendidas, se ponen las manos del examinador por encima y por debajo de la rodilla y se rota la extremidad, de manera que el pie se desplace hacia el pie contralateral primero y se aleje del mismo a continuación. Su gran utilidad estriba en que es la maniobra menos dolorosa para la exploración de la cadera al tiempo que detecta si existe limitación de la rotación. Si se consigue rotar hasta 30° sin dolor, el diagnóstico probable será más de si-

Figura 1. Exploración articular: secuencia resumida



- novitis transitoria que de artritis séptica.
- A continuación, se reexploran la **rotación interna y externa**. Se valora 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 intraarticular (derra-

- me).
- **Flexión.** Se valora en supino flexionando la rodilla y llevándola al pecho (normal 120-135°).
 - **Abducción** (normal > 45°) y **aducción.** Se valoran en supino manteniendo la cadera y la rodilla extendidas y separando o acercando la extremidad a la línea media del cuerpo.

Articulación sacroiliaca

La maniobra **Fabere** (acrónimo en inglés de Flexión, ABducción, Rotación Externa de cadera, y Extensión), en la figura 1, es específica para esta articulación. Se realiza con el niño en supino y la rodilla en flexión, de manera que apoye el tobillo homolateral sobre la rodilla opuesta; el explorador apoya una mano sobre la espina iliaca ipsilateral al tiempo que realiza una suave presión sobre la rodilla del lado examinado. 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 prerrotuliana, tuberosidad tibial: bursitis infrarrotuliana y cara interna 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). Para estar presente tiene que existir más derrame articular que el anterior. En esta maniobra se exprime el

fondo de saco subcuadrípital para empujar el líquido a la región infrarrotuliana 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 (120°).
- **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 tumefacción o eritema en el tarso o en los dedos de los pies (dactilitis o dedo en salchicha). Las deformaciones más frecuentes en la AII son: el edema retro-maleolar (por afectación articular tibio-tarsiana) 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 en dirección caudal 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 subastraga-

lina (inversión y eversión del pie, 30°), del tarso (rotación del antepié sobre el retropié no dolorosa), de las articulaciones pequeñas del antepié (de forma conjunta comprimiendo lateralmente las articulaciones metatarsofalángicas) y, finalmente, las interfalángicas de los dedos.

Decúbito prono

- **Articulación sacroiliaca:** cuando existe inflamación en esta articulación la compresión de la línea interarticular sacroiliaca 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 solo se puede explorar la flexión (normal cuando puede tocar el talón con la nalga, 120°).

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, talalgia), artritis, mialgias, miositis, entesitis.
- +/- **Manifestaciones extraesqueléticas:** piel, mucosas, fiebre...
- **Signos de alarma directos** (dolor; tumefacción o disminución de la movilidad articular/muscular/ten-

dinosa) 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 DME 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 ME y sospecha de artritis/entesitis/miositis de semanas de evolución.

- Dolor ME no explicado y/o recurrente (incluye esguinces recurrentes múltiples o desproporcionados con el traumatismo).
- Episodios anteriores de artritis.
- STC > 1 episodio y especialmente si < 2 o > 10 años.
- Impotencia funcional o alteración en actividad o necesidad diaria de analgésicos o AINE.
- Dolor que despierta por las noches.
- +/- Otros síntomas/signos asociados: piel, ojos,

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: González Pascual E. Manual práctico de Reumatología Pediátrica. Barcelona: Ed MRA 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. p. 177-208.
6. Lacruz L. Lumbalgia en el niño y el adolescente. En: González E. Protocolos de Reumatología (Tomo 4) AEP [consultado el 29/09/ 2007]. Disponible en www.aeped.es/protocolos/reumatologia
7. Delgado Martínez AD, Marchal Corrales JA. Manual de anatomía funcional y exploración clínica del aparato locomotor. Jaén: 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 [consultado el 29/09/2007]. Disponible en www.personal.telefónica.terra.es/web/fmedranog/enfermedades_articulaciones_2004.htm
12. 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.
13. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and Dermatomyositis. *N Engl J Med*. 1975;292:344-7 y 403-7.