



Cuándo sospechar enfermedad reumatológica en la infancia

Duración: 1:30 hs

- Coordinadora: Dra. LILIANA SABBAJ

Jefa consultorios Externos HTAL GUTIERREZ lilianasabbajh@yahoo.com.ar

- Secretario/a: NATALIA TALAMONA HTAL GUTIERREZ ntalamona@gmail.com

1- Cuando sospechar enfermedades reumatológicas en la infancia.

Herramientas de relevancia en el diagnóstico pediátrico

DRA GRACIELA ESPADA HTAL GUTIERREZ

gespada@fibertel.com.ar

: 2-Acompañamiento en el tratamiento del paciente con enfermedad reumática


A que situaciones necesitamos estar alertas como pediatras?

Dr. JAVIER FARFAN


3- "Cómo encarar la transición de nuestros pacientes hacia la medicina del adulto".

Dra CARMEN De CUNTO

carmen.decunto@hospitalitaliano.org.ar



La Reumatología Pediátrica es la especialidad médica que se ocupa de las enfermedades del tejido conectivo y de los trastornos médicos relacionados con el aparato locomotor en niños y adolescentes con el objetivo último de evitar o reducir su impacto físico, psíquico y social mediante su adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento



Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, con manifestaciones clínicas muy diversas y con pronóstico variables, que producen un alto impacto económico , biopsicosocial para los pacientes, sus familiares, y el entorno



*En términos de utilización de servicio de salud, el 6,1% de las visitas al pediatra de Atención Primaria están relacionadas con afectación osteomuscular.

* Aunque se desconoce la verdadera incidencia y prevalencia de las enfermedades reumáticas en los niños y adolescentes, podemos decir que en general no son infrecuentes afectando a pacientes de todos los grupos etarios, habiéndose descrito en todas las razas y áreas geográficas.

*Los datos disponibles se han obtenido de frecuencias relativas estimadas a partir de los datos en la edad adulta, representando entre el 1,3% y el 1,6% de la morbilidad pediátrica.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del dolor

| DOLOR INFLAMATORIO | DOLOR MECANICO |
|--|---|
| Empeora con el reposo y mejora con la actividad física | Mejora con el reposo y mejora con la actividad física |
| Más intenso por las mañanas al levantarse o nocturno | Más intenso al final del día |
| Asocia rigidez matutina | No asocia rigidez matutina |
| Asocia síntomas locales inflamatorios | No suele asociarse a tumefacción |

El dolor musculoesquelético que empeora con el reposo y mejora con la actividad, aparece por la mañana al levantarse asociando inflamación y rigidez matutina nos debe hacer pensar en patología de origen inflamatorio.

Dolor musculoesquelético. Diagnóstico diferencial

EL DOLOR MUSCULO-ESQUELÉTICO (DME) ES UN MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, REPRESENTANDO ENTRE EL 3,6 Y EL 6,1% DE LAS CONSULTAS EN NIÑOS > 3 AÑOS.

SU PREVALENCIA AUMENTA CON LA EDAD, DE MANERA QUE EN ADOLESCENTES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 11 Y 14 AÑOS EL 11,6% DE LAS CONSULTAS SE ENCUENTRAN RELACIONADAS CON DME.

EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES EL DME, ES DE ORIGEN BENIGNO, AUTOLIMITADO, Y A MENUDO, RELACIONADO CON TRAUMATISMO; PERO A VECES, PUEDE SER LA MANIFESTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA INFLAMATORIA (ENFERMEDAD REUMÁTICA) O NEOPLÁSICA. POR LO TANTO, DEBEMOS REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ADECUADO PENSANDO EN TODAS LAS POSIBILIDADES PERO SOBRE TODO TRATANDO DE DIFERENCIAR ENTRE EL DOLOR DE ORIGEN INFLAMATORIO Y EL DE ORIGEN MECÁNICO, Y TENIENDO EN CUENTA LOS SIGNOS DE ALARMA QUE NOS HAGAN PENSAR EN UN PROCESO INFECCIOSO O NEOPLÁSICO Y REQUERIRÁN UNA INTERVENCIÓN INMEDIATA, SIN OLVIDAR POSIBLES LESIONES POR MALTRATO INFANTIL.

Tabla 3. Etiología del DME en Atención Primaria

| Causas frecuentes | Causas poco frecuentes |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Traumatismos | Artritis inflamatorias |
| Dolores de crecimiento | Infecciones osteoarticulares |
| Síndrome de hiperlaxitud articular | DME de etiología no orgánica |
| Sinovitis transitoria | S. amplificación dolorosa |
| Osteocondritis | Neoplasias |

→ EL SÍNDROME DE
DOLOR
NOCTURNO
IDIOPÁTICO O
DOLORES DE
CRECIMIENTO

Afecta entre el 5-20% de los niños entre 3 y 13 años.

- Su etiología es desconocida y su denominación incorrecta ya que no guarda relación con la velocidad de crecimiento ni con el cierre de las epífisis.
- Las características del dolor son: Episodios de dolor vespertino o nocturno, generalizado, localizado habitualmente en miembros inferiores (muslo y pantorrilla) y por lo general mal definido
 - °Siempre son bilaterales (ambas piernas a la vez o en forma alterna)
 - °De intensidad variable, entre 5-10% de los casos pueden ser intensos o muy intensos Desaparecen por completo por la mañana Se incrementan con el ejercicio exagerado
 - °Se asocia con frecuencia a hiperlaxitud articular concomitante
 - °Típicamente se alivia con masajes y/o dosis bajas de analgésicos



Para su diagnóstico debe cumplir los siguientes apartados:

- 1-Dolor de miembros de al menos 3 meses
- 2-Dolor intermitente con intervalo libre de síntomas de días o meses
- 3-Dolor no relacionado con las articulaciones
- 4-Dolor suficientemente intenso para interferir con las actividades cotidianas
- 5-Exploración física, laboratorio y radiología normales

El tratamiento se basa en informar adecuadamente a los padres y emplear masajes y analgésicos durante los episodios dolorosos

EL SÍNDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR GENERALIZADA BENIGNA

- Se considera una variante de la normalidad presente en el 25-50% de los niños menores de 8 años.

Los síntomas, en caso de estar presentes, se deben a microtraumatismos repetidos sobre los tejidos periarticulares que son más vulnerables a la agresión debido a su laxitud.

Por lo general se presenta en niños mayores durante la mayor época de crecimiento aunque pueden aparecer a cualquier edad.

Las manifestaciones clínicas suelen consistir en artralgiás después de realizar ejercicio físico o una actividad no acostumbrada.

También puede aparecer rigidez articular o incluso tumefacción de carácter leve así como luxaciones o subluxaciones recidivantes.

Para realizar el diagnóstico nos basaremos en la presencia de determinados criterios, como los de Carter y Wilkinson

→ LOS SÍNDROMES
POR SOBRECARGA

: Constituyen un grupo de cuadros producidos por microtraumatismos repetidos, pudiendo afectar a los músculos (sobrecargas y desgarros fibrilares en deportistas), tendones (epicondilitis, epitrocleitis), fascias (fascitis plantar), huesos (fracturas de estrés) o cartílagos (sobrecarga patelo-femoral).

→ LA SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERA

: Representa la causa más frecuente de sinovitis en la infancia. Su etiología es desconocida, afecta al 2-3% de los niños entre 3- 10 años y es mucho más frecuente en varones que en mujeres.

En general debuta como una cojera de aparición brusca con dolor referido en ingle o rodilla en un niño afebril sin otros síntomas acompañantes. La exploración es muy característica con dolor y limitación a la flexión y sobre todo a la rotación interna de la cadera afecta. Las radiografías son normales y en la ecografía se aprecia un pequeño derrame sinovial. Su tratamiento se basa en reposo y AINES. Hay que hacer el diagnóstico diferencial principalmente con la artritis séptica de cadera.

OSTEOCONDRIITIS:

→ Constituyen un grupo diverso de enfermedades características de la edad pediátrica, ya que se relacionan con el crecimiento óseo y solo se presentan sobre un hueso inmaduro con las fisis abiertas .

El dolor es el síntoma principal de estas enfermedades que se confirman mediante estudios de imagen.

Con la posible excepción de la afectación grave de la cabeza femoral, su pronóstico es excelente. Las osteocondrosis más frecuentes son el síndrome de Osgood- Schlatter o osteocondrosis de la tuberosidad tibial anterior y la Enfermedad de Sever o osteocondrosis de la apófisis del calcáneo.