

COJERA Y EXANTEMA

Autora: M. Soledad Camacho Lovillo
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

VALORACIÓN INICIAL

Al evaluar a un paciente con cojera y exantema es fundamental, como siempre en pediatría y en reumatología pediátrica, recoger una buena historia clínica y realizar una exploración física completa. La información obtenida nos permitirá realizar las hipótesis diagnósticas que guiarán la solicitud de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

Puntos que siempre hay que valorar incluyen:

- Forma de inicio del exantema y progresión. Características (pruriginoso, evanescente, eritematoso...)
- Curso evolutivo de la artritis: migratoria, progresiva en brotes...
- Relación entre exantema y artritis: aparición concomitante, localización en articulaciones afectas...
- Aparición de síntomas articulares: tumefacción, dolor, calor, rigidez matutina...
- Fiebre u otros síntomas acompañantes digestivos, respiratorios, etc. sugerentes de infecciones o procesos intercurrentes.
- Antecedentes personales: infecciones respiratorias, genitourinarias, faringoamigdalitis, vacunación reciente, administración de fármacos, historia de alergias medicamentosas, contacto con animales (picaduras de garrapatas, mosquitos...).
- Antecedentes familiares: existencia de enfermedades reumáticas, psoriasis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones...

Siempre que existe cojera hay que realizar una anamnesis dirigida y exploración cuidadosa del aparato locomotor (discutidas más extensamente en la ponencia "Cojera Prolongada" de la Dra. Lacruz):

- Afectación de grandes y/o pequeñas articulaciones. Afectación simétrica.

- Relación con traumatismo y/o ejercicio.
- Patrón doloroso. Inflamatorio: dolor principalmente tras reposo nocturno o con rigidez matutina. Mecánico: dolor relacionado con actividad física, más intenso por la tarde o la noche.
- Actitud en reposo.
- Análisis de la marcha.
- Exploración de puntos óseos dolorosos.
- Análisis exhaustivo articulación por articulación comparando con la contralateral valorando si existe inflamación, dolor y/o limitación de la motilidad.
- La cadera, al ser una articulación profunda, no permite valorar directamente la presencia de tumefacción. La misma se valora a través de la limitación de su movilidad, incluyendo las rotaciones interna y externa, la flexo-extensión así como la limitación a la abducción.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- El hemograma y reactantes de fase aguda (PCR y VSG) son pruebas sencillas que nos puede dar mucha información.
- Serología de borrelia, mycoplasma, brucella, rickettsias, parvovirus B19, hepatitis, VEB...
- ASLO (Anticuerpo antiestreptolisina): para documentar infección estreptocócica pasada
- Cultivo de sangre y faríngeos
- Factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares y HLA B27, nos pueden ayudar a clasificar las diferentes formas de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).
- Artrocentesis:
Útil para bioquímica y cultivo del líquido articular. Puede ser también terapéutica, en caso de infiltraciones con corticoides locales (acetato de triamcinolona).

Prueba cruenta que a veces requiere sedación, sobre todo en niños pequeños, varias articulaciones o articulaciones de difícil acceso como la cadera.

El cultivo sólo es positivo en el 40-50% de las artritis sépticas, por lo que su rentabilidad es baja cuando no existe sospecha clínica, como en la afectación poliarticular.

- Ganmagrafía ósea:

Muy sensible pero poco específica. Detecta actividad osteoblástica/osteoclástica por lo que vamos a encontrar aumento de captación en las articulaciones que ya sabemos por nuestra exploración que están inflamadas. Si con la exploración tenemos claros los puntos dolorosos o inflamados no es necesaria. Si tenemos duda o la exploración es difícil por la edad y la irritabilidad se podría realizar.

- RNM: prueba cara y con necesidad de sedación en pacientes no colaboradores. Poco rentable en enfermedades sistémicas con afectación a múltiples niveles.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infeciosos:

-Bacterianas: N. meningitidis. Estreptococo grupo A, Lyme, Brucela, Mycoplasma.

-Víricas: adenovirus, parvovirus, VEB, enterovirus.

Tumoral: Leucosis.

Otras: Cuyo diagnóstico en la mayoría de casos es por exclusión y/o por criterios clínicos.

Enfermedad de Kawasaki.

Artritis Idiopática Juvenil (Forma de inicio sistémico o psoriásica).

Fiebre Reumática.

Artritis reactiva.

Lupus eritematoso sistémico.

Dermatomiositis.

Fiebre Mediterránea Familiar.

VIRUS

	Exantema	Artritis	Otros síntomas
Parvovirus B19	Comienza en cara. Se exagera con ejercicio En guante y calcetín	Poliartritis que afecta manos. Más frecuente mujeres	Afectación del estado general. Aplasia medular
Enterovirus	Maculopapular, urticarial, vesículas...	No artritis en inmunocompetentes	Fiebre, adenitis, eritema faríngeo. Síntomas digestivos
Rubeola	Cefalocaudal, eritematoso. Dura 3 días	Artritis manos. Artralgias en pródromos	Fiebre, adenopatías
Parotiditis	Morbiliforme	Grandes articulaciones, migratoria, mono o poliartritis. A veces persistente.	Fiebre, inflamación parotídea
VHB	Exantema urticarial-maculopapular.	Artralgias/ artritis.	Afectación hepática

	Acrodermatitis papular		
VEB	En tronco y brazos. Eritematoso, maculopapular. En 1º días de enfermedad	Raro artritis	Exudado amigdalario Adenopatías Hepatoesplenomegalia

BACTERIAS

	Exantema	Artritis	Otros síntomas
Borrelia (Lyme)	Eritema migrans (rash anular)	Artralgias en fase aguda. Artritis monoarticular en rodilla en fase tardía	Fiebre Picadura garrapata
Brucella	Rash	Artritis de grandes articulaciones. Sacroileítis rara en niños	Fiebre Contacto con productos no higienizados
Estreptococo A	Exantema en pliegues Descamación precoz	Séptica o postinfecciosa (FR)	Lengua aframbuesada Faringitis, adenitis
Mycoplasma	Maculopapulas, urticaria, vesículas, eritema multiforme...	Artritis poliarticular migratoria	Síntomas respiratorios
Rickettsias	Rosado en tobillos y muñecas que se extiende. Petequial	No suele producir artritis. Mialgias al inicio	Fiebre Picadura
N. Meningitidis	Petequial	Séptica o postinfecciosa	Sepsis, meningitis

Fiebre Reumática: para el diagnóstico son necesarios 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores más documentación de infección estreptocócica reciente (Cultivo positivo o test rápido positivo. Elevación o aumento del título de anticuerpos estreptocócicos).

Manifestaciones Mayores	Manifestaciones menores
Carditis	Artralgias
Poliartritis (no suele afectar pequeñas articulaciones)	Fiebre
Eritema marginado: (lesiones maculares con centro claro)	↑ PCR / VSG
Nódulos subcutáneos	PR largo
Corea	

La artritis postestreptocócica se considera cuando hay artritis persistente o recurrente tras infección por *Streptococo* del grupo A pero no cumple criterios de FR.

Enfermedad de Kawasaki: Son necesarios la fiebre durante más de 5 días junto con 4 criterios o bien la fiebre junto con 3 criterios si presenta afectación cardiaca compatible.

• Criterios diagnósticos:

- 1- Inyección conjuntival bilateral.
- 2- Alteraciones de las mucosas labiales y/o faríngeas. Enantema, lengua aframbuesada.
- 3- Cambios periféricos de las extremidades, que incluyen, edema, eritema, descamación (tardía).
- 4- Rash o exantema polimorfo.
- 5- Linfadenopatía cervical de más de 1,5 cm.

Las artritis son relativamente frecuentes en la enfermedad de Kawasaki (31% antes de la era de la gammaglobulina y 7,5% tras la introducción del tratamiento con GGIV). Pueden presentarse de forma aguda al inicio de la enfermedad generalmente poliarticular o aparecer en la fase subaguda frecuentemente como forma oligoarticular. Suelen ser benignas y autolimitadas. No suelen requerir tratamientos adicionales salvo AINEs y se resuelven en 2-4 semanas. No asocian mayor riesgo de aneurismas.

Artritis Idiopática Juvenil de inicio sistémico:

Artritis de una o más articulaciones

Fiebre de 2 semanas de duración objetivada al menos 3 días más al menos 1 de los siguientes:

- Rash eritematoso evanescente
- Linfadenopatía generalizada
- Hepatoesplenomegalia
- Serositis

Artritis psoriásica

Artritis y psoriasis

o artritis y uno de los siguientes:

- Dactilitis
- Pitting u onicolisis en las uñas
- Psoriasis en familiar de primer grado

Artritis reactiva:

Se puede producir después de una infección extraarticular por Chlamydia, Shigella, Salmonella, Yersinia o Campilobacter.

Días o semanas después del cuadro aparece artritis.

Suele ser oligoarticular de articulaciones de miembros inferiores.

Precisa una infección identificada previamente o por laboratorio

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cassidy, Petty, Laxer and Lindsley. Textbook of Pediatric Rheumatology. 2005 Elsevier Inc.
- 2- Long, Pickering, Prober. Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease. 2003. Elsevier Science.
- 3- Gonzalez Pascual. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. 1999. mra S.L. Actitud ante un paciente pediátrico con una poliartritis. 673-678.
- 4- Newburger J, Takahashi M, Gerber M, Gewitz, M, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease:A Statement

- for Health Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics* 2004; 114 (6):1708-33.
- 5- Gong G, McCrindle B, Ching J, and Yeung R. Arthritis presenting during the acute phase of Kawasaki. *J Pediatr* 2006;148:800-5.
 - 6- Camacho Lovillo M., Lirola Cruz M. Púrpura de Schölein-Henoch, enfermedad de Kawasaki y otras vasculitis. *Pediatría Integral* 2009; XIII (1):33-46.