

## COJERA Y FIEBRE

**Autora:** Dra MJ Rúa Elorduy.  
Hospital de Cruces, Bilbao.

La cojera aguda en un niño puede corresponder a diferentes etiologías y localizaciones.

La edad nos orienta hacia unas u otras causas, sin embargo síntomas acompañantes como la presencia de fiebre, son relevantes y nos obligan a una valoración inmediata. El diagnóstico y tratamiento pueden ser urgentes para evitar complicaciones y secuelas.

Excluyendo causas neurológicas, la dificultad para caminar habitualmente se corresponde con dolor óseo, articular o muscular.

### ANAMNESIS

Además del tiempo de evolución, localización del dolor y características de la fiebre, podemos orientar la anamnesis para descubrir otros síntomas de interés como la evolución de su estado general, alteración gastrointestinal, dolor abdominal etc.

Destacaremos las posturas o actitudes que en su medio adopta el niño para evitar el dolor. La postura del miembro afecto en decúbito, rechazo al apoyo, dificultad de sedestación o postura hiperlordótica, son datos que resultarán de verdadero interés especialmente en el niño pequeño en el que una observación adecuada nos puede compensar la dificultad de la exploración.

Antecedentes: Detallados por aparatos e interrogatorio específico sobre episodios anteriores de cojera, enfermedad crónica inflamatoria, infecciones, o enfermedad inmediata anterior al proceso actual.

### EXPLORACIÓN

- General. Es absolutamente necesaria una exploración general detallada. En ella podemos descubrir una localización de la causa en diferente lugar al referido como punto aparente del dolor, así como signos acompañantes importantes para establecer la orientación diagnóstica: presencia de adenias, foco de infección, auscultación patológica, palpación abdominal dolorosa, hepatomegalia, esplenomegalia etc.

- Observación. Posturas de la marcha si el niño colabora y movilidad activa. Signos externos de inflamación articular o de partes blandas incluyendo las plantas de los pies, así como la observación de las posturas adoptadas en reposo

- Palpación. Con la palpación intentamos localizar puntos dolorosos. Difícil en niños pequeños.

- Exploración articular. Podemos localizar la patología. Es importante la valoración del arco del movimiento y constatar si se observan contracturas musculares. En el caso de la cadera, es frecuente la limitación de la abducción y de la rotación interna.
- Dolor referido: algunas causas intra-abdominales pueden ser motivo de dolor en la cadera por afectarse el músculo psoas ilíaco, por vecindad o patología en el mismo. El dolor de la rodilla puede iniciarse a distancia, irradiado desde la cadera ya que los dermatomas de los nervios obturador, ciático y crural se encuentran vecinos a la rodilla
- En patología vertebral, encontramos dificultad para la sedestación además de las alteraciones de la marcha y una tendencia más o menos exagerada a la hiperextensión del tronco con el fin de evitar la flexión de la columna
- En los niños pequeños es frecuente no detectar ninguna zona de inflamación clara cuando la patología se encuentra en huesos del pie incluso en casos de osteomielitis. El rechazo a apoyar el pie le provoca la flexión de la extremidad, imitando una postura antiálgica por coxalgia.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artritis séptica. Es más frecuente en niños menores de 3 años. En la mayor parte de los casos existe afectación del estado general con fiebre alta aunque en algunos casos pueden presentarse con fiebre poco importante por lo que el grado de temperatura no siempre se correlaciona ni descarta una artritis séptica. Cuando están afectadas la cadera o la rodilla, la actitud del niño es en semiflexión, abducción y rotación externa del muslo. Los parámetros de inflamación estarán altos, encontraremos leucocitosis y el cultivo de líquido sinovial o hemocultivo pueden aclarar el germen causante de la infección.
- Osteomielitis. La gammagrafía nos permite detectar la lesión ósea en fase precoz. Puede ser acompañante de artritis de la articulación adyacente.
- Artritis reactiva. En relación con infección previa. Orientada por los antecedentes o si es multifocal.
- Osteomielitis multifocal recurrente. Es un proceso inflamatorio infrecuente, de etiología desconocida, que se manifiesta por dolor y fiebre. Afecta a cualquier punto del esqueleto causando lesiones líticas multifocales con esclerosis posterior. No responde al tratamiento antibiótico y los cultivos son siempre negativos. La gammagrafía aclara la existencia de diferentes focos de lesión aunque la sintomatología sea local. En ocasiones es monofocal.
- Espondilodiscitis. Inflamación de probable origen infeccioso que afecta más frecuentemente la columna lumbar. La fiebre es variable y no necesariamente alta. El niño adopta posturas anómalas, rechazo de la marcha y de la bipedestación. Con frecuencia se demora este diagnóstico debido a que la Rx es normal durante los primeros 8 ó 10 días. Posteriormente se observa disminución del disco e irregularidades en los platillos vertebrales. La gammagrafía nos indica la lesión de forma precoz y la RMN es la prueba más idónea para una información específica de las estructuras implicadas o la presencia de absceso paravertebral.

- Sinovitis transitoria de cadera. Afecta a niños de 2 a 10 años de edad. La fiebre es leve y la mayoría no presentan fiebre. Es frecuente el antecedente de infección del tracto respiratorio superior en los días que preceden al cuadro. La exploración de la cadera es dolorosa. El proceso es autolimitado desapareciendo la sintomatología en unos 10 días. Por ecografía se puede poner de manifiesto la presencia de líquido en el espacio articular.

El mayor problema de la sinovitis transitoria de cadera es probablemente el abuso de su diagnóstico ante la cojera del niño que presenta buen estado general. Los datos analíticos no muestran alteraciones. Aún así es necesario el seguimiento y reevaluar en caso de fiebre o ausencia de mejoría después de una semana.

- Sacroileítis. Los casos de sacroileítis aguda por infección son raros en pediatría. Producen dolor glúteo, dificultad para la marcha y maniobras exploratorias de sacroilíacas alteradas en los pacientes que por edad pueden prestar colaboración. La gammagrafía es muy útil en este diagnóstico.

- Artritis Idiopática Juvenil. Cualquier articulación puede ser la primera del proceso aunque la artritis de cadera no es frecuente durante el debut de una artritis idiopática juvenil. En los niños con fiebre por artritis de inicio sistémico, cualquier articulación puede estar afectada, dolorosa y limitada. Otros criterios clínicos apoyan el diagnóstico.

- Espondiloartropatías. En el caso de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal pueden presentarse con artritis axial o periférica y fiebre. Los datos de la anamnesis resultan de ayuda diagnóstica.

- Tumores y enfermedades hematológicas. La leucemia es una enfermedad maligna que produce con frecuencia dolor óseo y la artritis puede estar presente en la fase del debut de la enfermedad.

La histiocitosis y tumores malignos pueden dar síntomas de dolor lumbar o en una extremidad con cojera según la localización de la lesión ósea. El niño puede presentarse con fiebre.

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Análisis de laboratorio. Hemograma, bioquímica general, perfil férrico, VSG, PCR, LDH. Autoanticuerpos. Marcadores específicos según la orientación diagnóstica.

- Mantoux.

- Estudio de líquido sinovial en las artritis, por artrocentesis.

- Cultivo de Líquido sinovial y hemocultivo. Serologías según epidemiología o enfermedad previa infecciosa.

## **PRUEBAS DE IMAGEN**

- Rx. Es una exploración de imagen rápida pero puede darnos poca información. Valoramos el espacio articular, tejido blando y lesiones óseas.

- Ecografía. Ante una afectación articular podemos observar derrame o tumoración intraarticular. En casos de osteomielitis puede evidenciar absceso subperióstico metafisario.

- Gammagrafía con tecnecio 99. Es útil para localizar la lesión en una infección o inflamación así como en casos de tumores. Es una exploración de alta sensibilidad y poca especificidad.
- Resonancia Magnética nuclear. Nos da mayor información una vez la lesión está localizada por exploración o por imagen previa.
- TAC. Esta exploración es muy útil para definir las lesiones óseas.

## **OTRAS**

Pueden ser necesarias otras actitudes a tomar como biopsia de hueso, medular u otras pruebas de imagen, según síntomas acompañantes.

Actitud terapéutica. Se orienta según el diagnóstico. Ante una primera orientación probable de proceso infeccioso se realiza ingreso hospitalario y el tratamiento se basa en la antibioterapia IV acompañada de antiinflamatorios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- James T. Cassidy Ross E. Petty Textbook of Pediatric Rheumatology. Elsevier sounders 5ª edition August 2, 2005
- Forlin, Edilson MD, MSc, PhD \*+; Milani, Carlo MD, MSc, PhD ++[S] Sequelae of Septic Arthritis of the Hip in Children: A New Classification and a Review of 41 Hips. Journal of Pediatric Orthopaedics. 28(5):524-528, July/August 2008.
- Kadambari D, Jagdish S. Primary pyogenic psoas abscess in children. Pediatr Surg Int 2000;16:408-10.
- Catalano-Pons, C Comte, A ; Wipff, J. ; Quartier, P.; Faye, A.; Gendrel, D.; Duquesne, A.; Cimaz, R.; Job--Deslandre, C. Clinical outcome in children with chronic recurrent multifocal osteomyelitis. Rheumatology. 47(9):1397-1399, September 2008.
- Flynn JM, Windmann RF. The Limping Child: Evaluation and Diagnosis. J Am Acad Orthop Surg 2001;39: p. 89- 98