

CAUSAS Y ASPECTOS CLINICOS DEL DOLOR ARTICULAR

Dres. S. S. Seoane, F. Breitman, M. T. Solivellas

RESUMEN

El diagnóstico etiológico del dolor articular suele ser dificultoso. En el área de Mediano Riesgo evaluamos durante un año niños cuyo motivo principal de consulta fue dolor articular para determinar la frecuencia de diagnósticos, analizar la utilidad del examen clínico y los estudios complementarios. Consultaron 81 pacientes (0,5% de las consultas totales) con diagnóstico definitivo en 73 (42 mujeres, 31 varones, edad media 9,9a, rango 1,5a – 15,11a). Se describen 2 cuadros principales: Artralgias (14) y Artritis (59). En el primer grupo 9 pacientes presentaban examen clínico normal con componente psicológico y 5 hiperlaxitud ligamentaria. Las causas de Artritis fueron: Reumatológicas 46 (Artritis juvenil 25, Artritis reactivas 12, Enfermedad del suero 4, Fiebre Reumática 2, Misceláneas 3), Ortopédicas 6, Oncológicas (Leucemia) 2, Infecciosas (cuerpo extraño) 2, Displasias Esqueléticas 2, Metabólicas 1. Las frecuencias diagnósticas fueron similares a centros de derivación, estando subrepresentadas las artritis infecciosas. Se internaron 12 pacientes. Fiebre, anemia y VSG acelerada estuvieron ausentes en el grupo de artralgias, artritis ortopédicas, metabólicas y displásicas, fue inconstante en el grupo de artritis reumatológicas, oncológicas e infecciosas; pero la fiebre fue significativa en artritis reactivas, Enfermedad del suero y Fiebre Reumática en relación a las demás, la anemia y VSG aceleradas fueron significativas en artritis juvenil en relación a todas las demás. La evaluación basada en el examen clínico minucioso y el seguimiento cercano, permitirán al pediatra distinguir entidades benignas de las que no lo son, así como favorecer la atención ambulatoria. Los exámenes complementarios utilizados son relativamente sencillos pero tienen sólo un valor orientativo.

Palabras clave: artralgias, artritis, diagnósticos diferenciales, niños y adolescentes.

Medicina Infantil 1999; VI: 106 - 114.

INTRODUCCION

El diagnóstico etiológico de los pacientes con dolor articular suele ser dificultoso y exige una observación prolongada ya que el problema es diferenciar entidades benignas de aquellas de mayor

ABSTRACT

Final diagnosis can be difficult to achieve in children with joint pain. We have studied all children with joint pain admitted in a one year period to the "Intermediate Risk Ambulatory Care Service" in order to determine the final diagnosis and the usefulness of clinical and laboratory diagnostic work up. Eighty one patients were included (0,5% of the total consults) and a definitive diagnosis could be elicited in 73. There were 42 female and 31 male with a mean age of 9,9 years, (range 1,5 to 15,11 years). Patients consulted because of arthritis (n=59) or arthralgia (n=14). In the latter, 9 patients had a normal physical examination and some psychological dysfunction was noted and the remaining 5 had joint hypermobility. Causes of arthritis included: Rheumatic in 46 (juvenile arthritis in 25, reactive arthritis in 12, serum sickness in 4, rheumatic fever in 2, an orthopedic cause in 6, leukemia in 2, infectious (foreign body) in 2, skeletal dysplasia in 2 and metabolic in 1. Infectious arthritis may have been under-represented because they might have been treated at primary care facilities and therefore not referred to this center. Twelve patients had to be admitted to the inpatient board. Fever, anemia and elevated ESR were not present in patients presenting with arthralgia, orthopedic, metabolic and dysplastic arthritis, whereas they were inconsistently abnormal in patients with rheumatoid, oncological and infectious arthritis. Nevertheless, fever was significantly more common in patients with serum sickness, reactive arthritis and rheumatic fever. Anemia and elevated ESR were significantly more common in patients with juvenile arthritis. We conclude that a close follow-up and a meticulous clinical evaluation helped in distinguishing self limiting disorders from more severe conditions. Ambulatory management is recommended. Laboratory test used for diagnosis are rather simple but of limited value.

Key words: arthralgia, arthritis, diagnosis difference, children and adolescents.

Medicina Infantil 1999; VI: 106 - 114.

riesgo, debiéndose actuar con rapidez y eficiencia, evitando excesos de estudios y consultas¹.

Para conocer mejor la frecuencia de las diferentes patologías en nuestro medio y adecuar nuestros recursos asistenciales de diagnóstico y tratamiento, analizamos las características clínicas de niños y adolescentes con dolor articular como motivo principal de consulta, tratando de establecer su diagnóstico definitivo. El objetivo fue analizar la utilidad del examen clínico exhaustivo, los análisis de labo-

Area Ambulatoria - Mediano Riesgo
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan
Correspondencia a: Silvia Seoane
Combate de los Pozos 1881 (1245) Buenos Aires

ratorio y el seguimiento clínico para llegar en el menor tiempo posible al diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo entre marzo de 1997 y febrero de 1998, incluyendo niños y adolescentes de hasta dieciséis años cuyo motivo principal de consulta era el dolor articular. Excluimos aquellos a quienes no se les pudo establecer etiología en el período de estudio.

Los pacientes fueron atendidos en un servicio ambulatorio de admisión de patología de mediana y alta complejidad (área de Mediano Riesgo). Los niños que ingresan por primera vez al Hospital son evaluados por un médico clínico quien deriva los pacientes que requieren internación al área de Emergencia (ej.: las artritis sospechosas de sépticas); los que se estiman de baja complejidad al consultorio de Enfermedades Prevalentes y los sospechosos de etiología ortopédica al consultorio de esa especialidad. Si el clínico que orienta al paciente presume colagenopatía, neoplasia, metabolopatía, etc, los enfermos son derivados al servicio de Mediano Riesgo.

De acuerdo a los hallazgos clínicos los pacientes fueron divididos en dos grupos: los que presentaban sólo **Artralgias** (dolor articular espontáneo o provocado sin signos inflamatorios objetivables ni impotencia funcional en el momento del examen) y los que presentaban **Artritis** (dolor articular con limitación de la motilidad y/o tumefacción y/o flogosis durante el examen físico)^{1,2,3}.

Se utilizaron los siguientes criterios diagnósticos: los unificados por la Task Force of the Pediatric Standing Committee of the International League of Associations for Rheumatology para el diagnóstico de Artritis Juvenil, (que incluye enfermedad sistémica, poliartritis con seronegatividad o seropositividad del factor reumatoideo, oligoartritis, oligoartritis extendida, artritis con entesitis y artritis psoriásica)⁴; los preestablecidos para el diagnóstico de hiperlaxitud articular⁵ y los de Jones modificados para el diagnóstico de Fiebre Reumática⁶. Se realizó el diagnóstico de Púrpura de Schonlein Henoch por la presencia de púrpura palpable, dolor abdominal y artritis³ y de enfermedad del suero según lo definido por Kunano⁷. Se interpretó como artritis reactivas las que se desarrollaron durante o poco después de una infección a distancia sin aparente infección articular^{8,9}. En el caso particular de las artritis reactivas posestreptocócicas se las asumió como tales cuando se comprobó la etiología pero no cumplían los criterios de Jones o tenían un curso atípico para Fiebre Reumática^{10,11}.

Los estudios de laboratorio y radiología se realizaron con criterio asistencial ajustándolo a cada paciente en particular. Los datos obtenidos fueron volcados a una planilla confeccionada para tal fin.

Posteriormente fueron analizados estadísticamente los datos clínicos: fiebre, signos de flogosis y de laboratorio: anemia, aumento de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos (VSG), mediante el Test del chi cuadrado con corrección de Yates y el test exacto de Fisher. Se usó como índice de medición de exactitud de los procedimientos diagnósticos de laboratorio (anemia, VSG) la determinación de la sensibilidad y la especificidad.

Los pacientes fueron medicados acorde a su patología y controlados posteriormente en consultorios externos; en algunos casos debido a la distancia o a las dificultades económicas, el seguimiento se realizó por carta o teléfono, solicitando a los padres que nos informaran sobre el estado actual del niño, la recurrencia o no de los síntomas y la funcionalidad articular. Si presentaban algún tipo de molestias se los citaba a control por consultorios externos. Tres pacientes incluidos en el presente trabajo con diagnóstico de certeza en la primera consulta no volvieron a control. El tiempo de seguimiento osciló entre diez días y quince meses.

RESULTADOS

Sobre 16.000 consultas atendidas en el Consultorio de Mediano Riesgo en el período de estudio, 81(0,5%) fueron por dolor articular, llegándose al diagnóstico definitivo en 73 pacientes en ese período. Cuarenta y dos (57,54%) eran mujeres y 31 (42,46%) varones, con una edad media de 9,9a (rango 1,5a -15,11a). Procedían del GBA 29 pacientes (39,73%), 5 (6,85%) de la provincia de Buenos Aires, 24 de otras 12 provincias (32,88%) y 15 de la Capital Federal (20,54%). La proporción de pacientes del interior del país que consultaron por dolor articular fue significativamente mayor que la observada para la población general del Hospital ($p=0.001$)

Catorce (19,18%) niños presentaban exclusivamente artralgias y 59 (80,82%) artritis.

Pacientes con artralgias

Las características del grupo con artralgias se describen en la Tabla 1. Ningun paciente de este grupo tuvo compromiso axial o extraarticular. Se reconocieron 2 subgrupos: 5 pacientes (6,85%) que al examen físico cumplían con los criterios de hiperlaxitud, y 9 niños con examen clínico normal (12,33%). En 8 de estos últimos se estableció, tras haber excluido patología orgánica, la etiología psicógena por anamnesis o por sicodiagnóstico. El noveno paciente correspondió a un síndrome facticio (Munchausen por poder). Los pacientes hiper laxos presentaron artralgias de 2 a 10 articulaciones (preferentemente grandes), en forma simultánea o sucesiva, mientras que los pacientes con etiología psicógena tuvieron compromiso de una a 6 articulaciones, grandes o pequeñas. El grupo de pacien-

TABLA 1: ARTRALGIAS (n = 14).

Diagnóstico	n (%)	Sexo (F/M)	Edad Media (Rango)	Tiempo de evolución previo Media (Rango) Meses	Tiempo de seguimiento Media (Rango) Meses	Tiempo empleado para el diagnóstico Media (Rango) Meses
Hiperlaxitud	5 (35,71)	1/4	6 a 3m (4a3m-10a7m)	15,1 (1,5-36)	2,4 (0,3-6)	0,62 (0-2)
Psicógeno	8 (57,14)	5/3	11 a 6m (5a4m-15a10m)	16,68 (0,5-48)	6,6 (1,2-13)	1 (0-4)
Síndrome Facticio	1 (7,14)	0/1	9 a 8m	24	15	7

tes hiperlaxos tuvo menor promedio de edad, su diagnóstico se realizó en menos tiempo y su seguimiento fue más corto que en los pacientes de etiología psicógena.

Pacientes con artritis

Cincuenta y nueve (80,82%) niños presentaron artritis. Los diagnósticos diferenciales se observan en la Figura 1. La causa más habitual fue la reumatológica (46 enfermos: 77,97%) y dentro de ésta, la Artritis Juvenil (AJ) que fue diagnosticada en 25 pacientes (54,35%) (Tabla 2).

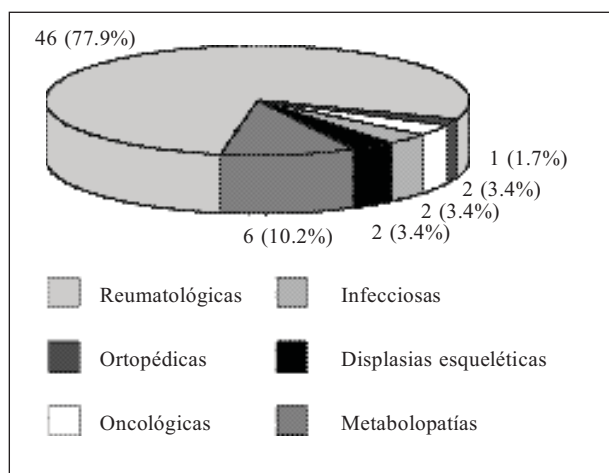


Figura 1: Artritis (n:59).

TABLA 2: ENFERMEDAD REUMATOLOGICA (n=46).

Diagnóstico	n	%
Artritis juvenil	25	54,35
Artritis Reactivas	12	26,09
Enf. Del Suero	4	8,69
Fiebre Reumática	2	4,35
Misceláneas	3	6,52
Total	46	100

Artritis reumatológicas

Los datos de los pacientes con AJ se ven en la Tabla 3.

Se detallan a continuación algunas características de los subtipos de AJ. Los pacientes con evolución más larga, cuyo diagnóstico se realizó en menor tiempo fueron los que presentaron poliartitis Factor Reumatoideo (FR) positivo.

De los niños con poliartitis FR negativo, interesa destacar que una paciente tuvo queratitis sicca, un niño presentó rash y dos fiebre de 7 días y 3 meses de duración, respectivamente.

Los niños con poliartitis FR positivo no presentaron compromiso ocular, rash o fiebre.

De los diez pacientes con compromiso oligoarticular, seis tenían afectada la rodilla (2: forma monoarticular). Una niña presentó queratitis leve bilateral. Dos pacientes tuvieron fiebre (1-3 días). Ninguno presentó rash.

Los pacientes con compromiso sistémico (3 varones) presentaron rash, fiebre y artritis. Uno tuvo además pericarditis y otro plaquetopenia .

Tres pacientes presentaron artritis con entesitis (inflamación de la zona de inserción de ligamentos y tendones en el hueso): uno SEA (síndrome de entesopatía y artropatía seronegativa), un síndrome de Reiter y el tercero colitis ulcerosa. El niño con SEA tenía compromiso de ambas sacroilíacas, de caderas y entesitis aquileana derecha. La niña con síndrome de Reiter comenzó luego de una diarrea con conjuntivitis bilateral y al cuarto día apareció poliartitis y entesitis. Al noveno día se encontró piuria, realizándose el diagnóstico. El niño con colitis ulcerosa llevaba a su ingreso 8 meses de diarrea con sangre intermitente y poliartitis de tres meses de evolución. Se realizó el diagnóstico por colonoscopia.

Otras artritis reumatológicas

Los datos generales de las entidades reumatológicas diferentes a la artritis juvenil se observan en la Tabla 4.

Doce pacientes (20,33%) presentaron artritis reactiva, 6 tuvieron hipertermia. 10 presentaron ex-

TABLA 3: ARTRITIS JUVENIL (n=25).

Tipo	n (%)	Sexo (F/M)	Edad Media (Rango)	Tiempo de Evolución Previo Media (Rango) (meses)	Tiempo de seguimiento Media (Rango) (meses)	Tiempo empleado para el diagnóstico Media (Rango) (meses)
Poliarticular FR¹ (-)	6 (24)	4 / 2	10a8m (6-13a9m)	13,58 (0,5-30)	8 (3-13)	0,17 (0-1)
Poliarticular FR(+)	3 (12)	2 / 1	14a1m (13-15a11m)	25 (9,0-48)	1,33 (0-4)	Al ingreso
Oligoarticular	10 (40)	8 / 2	7a1m (2a3m-12a11m)	8,33 (1-24)	6,5 (1,5-12)	0,33 (0-3)
Sistémico	3 (12)	0 / 3	7a4m (3a4m-12a11m)	0,32 (0,3-0,33)	4,66 (3-6)	0,78 (0,67-1)
Espondiloartropatías	3 (12)					
SEA ²		0 / 1	10a8m	21	2	Al ingreso
Sind. Reiter		1 / 0	10a1m	0,3	0,5	Al ingreso
Colitis Ulcerosa		0 / 1	3a7m	3	5	Al ingreso

1: Factor Reumatoideo; 2: Síndrome Entesopatía - Artropatía.

TABLA 4: ARTRITIS: OTRAS ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS (n=21).

Tipo	n (%)	Sexo (F / M)	Edad Media (Rango)	Tiempo de Evolución Previo Media (Rango) (meses)	Tiempo de seguimiento Media (Rango) (meses)	Tiempo empleado para el diagnóstico Media(Rango) (meses)
Artritis reactivas	12 (57,14)	5 / 7	9a1m (3a9m-13a10m)	0,76 (0,33-2)	3,6 (1-13)	1,18 (0-7)
Enfermedad del Suero	4 (19,05)	3 / 1	8a9m (5a2m-11a7m)	0,36 (0,07-0,7)	6,66 (1-12)	Al ingreso
Fiebre Reumática	2 (9,52)	2 / 0	10a5m (7a10m-13a1m)	0,63 (0,25-1)	0,36 (0,33-0,4)	Al ingreso
Misceláneas	3 (14,29)					
Sind. Superposición		1 / 0	11a7m	12	9	Al ingreso
P. Schonlein- Henoch		0 / 1	8a1m	0,03	12	Al ingreso
S.F.E.A.R.N. *		1 / 0	1a5m	16	4	Al ingreso

* Síndrome de fiebre, erupción y artropatía de recién nacido.

clusivamente artritis de grandes articulaciones. El número de articulaciones comprometidas osciló entre uno y siete. El compromiso fue simultáneo, aditivo o migratriz. En 7 pacientes se encontró el antecedente de angina, en uno de diarrea. Tres pacientes presentaron serología positiva para *estreptococo* y se asumieron como artritis reactiva postestreptocócica. Un paciente presentó panuveítis unilateral, fiebre, poliartritis y rash. La serología solicitada por las características del compromiso ocular fue positiva para toxocara canis. Remitió la sintomatología articular, pero perdió la visión de ese ojo. La sintomatología del grupo de artritis reactiva remitió a la sexta semana de evolución en promedio (rango de 4 días a catorce semanas).

En cuatro pacientes (6,78%) se diagnosticó en-

fermedad del suero. Habían recibido antibióticos beta lactámicos (penicilina, cefalexina, amoxicilina, cefixima) por cuadros infecciosos de vías aéreas superiores o la piel dentro de la semana previa a presentar rash urticariano o morbiliforme pruriginoso, fiebre y artritis (de 4-12 articulaciones grandes preferentemente). Un paciente tuvo orquitis como parte de su cuadro clínico. La sintomatología articular remitió en 4 a 21 días.

En dos niñas (3,39%) se diagnosticó Fiebre Reumática tipo 1.

Tres niños (5,08%) presentaron patología reumatológica diversa. Un varón de 8,1a consultó por artritis de cadera y rodilla, constatándose al examen físico lesiones púrpuricas de Schonlein -Henoch. Una niña de 11,7a presentó fiebre intermitente, adelgazamiento, artritis de pequeñas articulaciones, erite-

ma bipalpebral heliotropo y miopatía. Se planteó desde el ingreso síndrome de superposición dermatomiositis-artritis reumatoidea. Una niña de 17 meses (la más pequeña de toda la serie), fue traída por adelgazamiento, artritis de ambas rodillas, rash papuloeritematoso, alopecia, hipotonía y leve retraso madurativo, de dieciséis meses de evolución. Se detectó papilitis en el fondo de ojos. La radiografía de las rodillas mostro osteoporosis y calcificación de las rótulas. Se diagnosticó Síndrome de fiebre, erupción y artropatía del recién nacido.

Artritis no reumatológicas

Los datos de los trece pacientes restantes con artritis no reumatológica, como fue definida en material y métodos, pueden verse en la Tabla 5. La etiología más frecuente fue ortopédica, presentándola seis pacientes (10,17% de 59). Dos de ellos tuvieron sinovitis recurrente de cadera y eran hiperlaxos.

Una niña de 5 a 6m, que consultaba por sinovitis de cadera a repetición de 2 años de evolución, tuvo diagnóstico final de Enfermedad de Perthes, por Rx y centellografía.

Dos (3,39%) tuvieron diagnóstico de LLA (leucemia linfoblástica aguda). Un varón de 7,10a llevaba 50 días de coxalgia e impotencia funcional y fue derivado con diagnóstico de enfermedad de Perthes; también había presentado raquialgia cervical y lumbar que cedió con corticoides. La semiología detallada podía demostrar dolor óseo y no sólo articular. Una niña de 13,8a llevaba un mes de evolución de una poliartritis con intenso dolor y síndrome febril prolongado; ninguno de estos pacientes presentaba adenopatías o visceromegalias, pero sí palidez. En ambos, el hemograma demostró depresión de las tres series y médula ósea infiltración por blastos.

me febril prolongado; ninguno de estos pacientes presentaba adenopatías o visceromegalias, pero sí palidez. En ambos, el hemograma demostró depresión de las tres series y médula ósea infiltración por blastos.

Dos niños (3,39%) presentaron artritis séptica secundaria al ingreso de un cuerpo extraño (espina). En ambos casos se realizó punción articular que extrajo líquido purulento con cultivo negativo.

Dos niñas que se presentaron con diagnóstico clínico de artritis, tuvieron diagnóstico final de displasia esquelética: una síndrome tricorriofalángico, con dolor y deformidad en las manos y enanismo de miembros cortos no tipificado, con dolor e impotencia funcional axial y de grandes articulaciones periféricas: su diagnóstico se hizo por clínica e imágenes.

Una niña de 6,8a consultó por gonalgia bilateral, engrosamiento de las rodillas, genu valgo y pie plano valgo de 3 años de evolución, diagnosticándose raquitismo hipofosfatémico.

Diferencias entre los diferentes grupos

Dentro de las artritis, la presencia de fiebre fue significativamente más frecuente (p=0,03) en el grupo de las artritis reactivas, enfermedad del suero y Fiebre Reumática que en el grupo de las AJ oncológicas e infecciosas. La presencia de flogosis, fue significativamente mayor en las AJ (p=0,004) con respecto a las otras artritis reumatológicas, oncológicas e infecciosas.

Los datos de laboratorio de artralgiyas y artritis se ven en la Tabla 6. El grupo con artralgiyas no

TABLA 5: ARTRITIS: CAUSAS NO REUMATOLOGICAS (n=13).

Tipo	N (%)	Sexo (F / M)	Edad Media (Rango)	Tiempo de Evolución Previo Media (Rango) (meses)	Tiempo de seguimiento Media (Rango) (meses)	Tiempo empleado para el diagnóstico Media(Rango) (meses)
Ortopédicas	6 (46,16)					
Sinovitis cadera	3	2 / 1	5a9m (3-9)	1,3 (0,23-3)	0,67 (0,33-1)	Al ingreso
Enf. de Perthes	1	1 / 0	5a6m	24	12	0,5
Sinovitis postraumática Rodilla	1	1 / 0	13a3m	1	2	Al ingreso
Subluxación recidivante Rodilla	1	1 / 0	12	12	-	Al ingreso
Oncológicas	2 (15,38)	1 / 1	10a9m (7a10m-13a8m)	1,33 (1-1,66)	10 (9-11)	0,13 (0,1-0,16)
Infecciosas	2 (15,38)	1 / 1	7a1m (7a2m-8a9m)	1,25 (0,5-2)	5 (0-10)	Al ingreso
Displasia Esquelética	2 (15,38)	2 / 0	12a6m (12-13)	18 (12-24)	0,25 (0-0,5)	0,25 (0-0,5)
Metabólica	1 (7,69)	1 / 0	6a8m	5	9	Al ingreso

presentó anemia. La presencia de VSG normal fue significativa en el grupo de artralgias ($p=0,03$) en comparación con el grupo de artritis. La presencia de anemia fue significativa ($p=0,004$, con una sensibilidad del 100% y especificidad del 80%) y la presencia de VSG elevada fue significativa ($p= 0,04$, con una sensibilidad del 100% y especificidad del 83%), en ambos casos en el grupo de las artritis juveniles con respecto a las otras artritis reumatólogicas y las infecciosas.

TABLA 6: DOLOR ARTICULAR. LABORATORIO.

Diagnóstico	N	Anemia Si/Nº Efectuadas	VSG acelerada/Nº Efectuadas
* Artralgias * Ortopédicas * Displasias * Metabólicas	23	0/18	0/12
* Artritis juveniles	25	15/23	15/22
* Otras reumatólogicas	21	8/21	11/21
* Oncológicas y Sépticas	4	3/4	4/4

Los dos pacientes oncológicos tuvieron anemia y aceleración de la VSG.

Se efectuaron 35 radiografías a los 73 pacientes, de las cuales 15 fueron patológicas y correspondieron a las artritis juveniles (5/14) y a la patología ortopédica, displásica, metabólica e infecciosa. (10/10).

De toda la serie se internaron doce pacientes, para tratamiento (artritis infecciosas, oncológicos) o por la gravedad del compromiso del estado general o, en un caso, para confirmar el diagnóstico (síndrome facticio).

El seguimiento confirmó el diagnóstico inicial en 62 pacientes (84,93%). En once enfermos, que ingresaron con diagnóstico de Fiebre Reumática, enfermedad del suero, artritis reactiva o artritis juvenil, el diagnóstico final fue de otro tipo de artritis reumatólogica diferente a la inicialmente planteada y en un caso, síndrome facticio.

DISCUSION

La evaluación de niños y adolescentes con dolores del sistema musculoesquelético y particularmente articular suele ser dificultosa y prolongada ya que el problema es diferenciar entidades benignas de aquellas de riesgo¹. El pediatra es el que debe habitualmente iniciar y guiar esa evaluación por lo que es importante el reconocimiento de las diferentes entidades clínicas que generan dichos síntomas y el entrenamiento en las particularidades semiológicas de las mismas.

Los datos de frecuencias relativas de estos pa-

decimientos que ofrece la literatura, particularmente en América Latina^{3,12}, son difíciles de interpretar pues existen diferencias de nomenclatura, agrupamiento y criterios que han surgido en los últimos años para clasificar las artritis crónicas, de manera que las categorías diagnósticas empleadas en las publicaciones no son iguales. También se comparan datos provenientes de centros especializados en reumatología y de centros pediátricos de atención general. Por otra parte existe subregistro de las formas más leves de las enfermedades reumáticas³.

Nuestra muestra tiene el sesgo de la modalidad de recepción de pacientes explicada en Material y Métodos, por lo cual están subrepresentadas las artritis infecciosas, los dolores de menor cuantía y algunos problemas ortopédicos.

En nuestro consultorio la consulta por dolor articular representa 0.5% de todas las consultas. En Melbourne los problemas articulares o musculares no traumáticos representan el 1,6% sobre 110.000 consultas de emergencia ambulatorias pediátricas². En nuestra muestra por dolor articular las causas reumatólogicas representan el 63%, las ortopédicas (incluyendo los niños hiperlaxos) 15%, las misceláneas (más de la mitad sicógenos) 19% y las infecciones el 3%. Estas cifras nos aproximan a centros reumatológicos internacionales. En el Reino Unido¹³ en una población pediátrica con problemas músculo-esqueléticos, 51% correspondió a las artritis de origen reumatológico seguidas por los problemas ortopédicos (23%), misceláneas (21%) donde se destacaron los problemas psíquicos, mientras que las infecciones representaron el 5%. En Costa Rica¹⁴ se menciona una experiencia de pacientes derivados a un centro reumatológico de referencia nacional por molestias articulares no infecciosas que mostraron 65% de artritis crónicas reumatólogicas, 2% de FR, 9% de artritis reactivas, 16% de artralgias, 8% de condiciones no reumatólogicas.

Surge de la evaluación realizada, una primera división entre los pacientes con dolor articular: los que tienen artritis y los que no. Esto permite seleccionar también las patologías, ya que ningún niño con artralgia presentó enfermedades de riesgo físico. La causa más frecuente de este grupo de artralgias fue la psicógena, hecho descrito menos habitualmente que otras somatizaciones¹⁵. No es usual el relato de artralgias en los síndromes facticios, pero nuestro paciente también refería fiebre, nunca constatada, síntoma mucho más frecuente dentro de esos síndromes, al igual que el largo tiempo transcurrido para el diagnóstico. Muchos niños con artralgias tuvieron síndrome de hipermovilidad, situación frecuente (12% de la población y predominio femenino) que representa un extremo de la normalidad de la movilidad articular y causa reconocida de dolor articular. También puede predisponer a dislocaciones recurrentes, como se propo-

ne en la subluxación recurrente de rótula que tuvo 1 de nuestros pacientes y a efusiones, como se observó en otros 2 con sinovitis recurrentes. La presentación en edades medias bajas coincide con la literatura¹⁶.

El grupo más numeroso estuvo representado por las artritis, y los diagnósticos son de mayor gravedad clínica. La artritis infecciosa figura en primer lugar en fuentes latinoamericanas¹². Una muestra pediátrica de México¹⁷ partiendo también del diagnóstico de Artritis indica: causa séptica 52%, Fiebre Reumática 19%, Artritis Reumatoidea Juvenil 17%, Lupus Eritematoso Sistémico 4%, Hemofilia debut 2%, otras colagenopatías 1.5%, reactivas o virales 5%. Ya hemos mencionado que en nuestra muestra están subrepresentadas las artritis sépticas, por la metodología de la selección de pacientes.

Sin embargo, en nuestro Hospital, en una evaluación reciente realizada durante cuatro años¹⁸, ingresaron alrededor de 34 casos de artritis sépticas por año, lo cual teniendo en cuenta el presente trabajo, representaría la etiología más frecuente de artritis. Es mandatorio considerar la etiología infecciosa en monoartritis, sobre todo en lactantes, en quienes es casi la única causa de artritis y en preescolares, en quienes sigue siendo predominante.

Las artritis sépticas incluídas en este estudio fueron por cuerpo extraño. Pueden tardar meses en ser diagnosticadas por su curso lento y el poco compromiso general^{1,3,19}.

Dentro del grupo de artritis, las reumatológicas (78%) fueron mayoritarias, y dentro de ellas predominaron las Artritis Juveniles, lo cual concuerda con la literatura³. La distribución porcentual de los subgrupos es similar a la publicada^{3,13,20}: sistémica entre 11 y 26.5%, poliarticular entre 26 y 40%, oligoarticular entre 53.4 y 62%. Es igualmente reiterada la baja frecuencia del tipo poliarticular con FR +, si bien en nuestra muestra estuvo más representada que en la literatura (5%). Es posible que por ser hospital de derivación y por la mayor procedencia de zonas alejadas de Buenos Aires, recibamos las formas más graves del espectro de las artritis juveniles. La edad media de los subtipos coincide con otras experiencias publicadas. Los tiempos de evolución previos a la consulta no reflejan necesariamente períodos sin diagnóstico sino búsqueda de otras opiniones médicas.

Las artritis reactivas, constituyen un desafío diagnóstico⁸, donde puede estar en juego un fenómeno inmunológico o ser artritis virales habitadas^{3,9}. La frecuencia relativa a otras artritis reumatológicas es similar a otras fuentes^{14,21}. El aislamiento viral está fuera del encuadre asistencial habitual y la determinación de serologías no llega a cubrir todas las posibilidades etiológicas. Puede aparecer vinculada a las más diversas enfermedades bacterianas, virales o parasitarias, pero no observamos, ante-

cedentes frecuentes de diarrea o enfermedades venéreas como se describe en la literatura^{4,21}. Dentro de este grupo debe destacarse la artritis reactiva posestreptocócica, por las implicancias terapéuticas similares a la Fiebre Reumática^{10,11}.

Se presentó una enfermedad desencadenante muy inusual, si bien descrita, la Toxocariasis^{22,23}. En estas publicaciones se describe como mono o poliartitis de pequeñas articulaciones siendo la eosinofilia el dato más orientativo.

En el síndrome de Reiter, en cuya trada diagnóstica, la artritis puede interpretarse como reactiva, la uretritis suele ser asintomática y encontrarse por el análisis de orina más que por los síntomas^{4,21}, tal como en el caso de nuestra serie. La inclusión de éste síndrome como otras artritis reactivas dentro de las espondiloartropatías en algunas series responde al hecho de compartir la prevalencia del antígeno HLA B27.

La enfermedad del suero se describe con una frecuencia del 5% de las artritis en Finlandia, similar al Schonlein-Henoch⁷. Las manifestaciones de poliartitis aguda y lesiones de piel urticarianas o eritematosas, que evolucionan en menos de 2 semanas, generalmente relacionadas con infecciones y con administración de antibióticos dentro del mes previo, coinciden con nuestros hallazgos.

La Fiebre Reumática fue infrecuente pero figura como segunda causa de artritis en América Latina, con diferencias regionales muy marcadas¹². Es importante recordar los errores que se suelen cometer al diagnosticar esta enfermedad, aceptando un resultado de laboratorio como el ASTO (antiestreptolisina O) elevado aislado o la mera presencia de artralgiyas como criterios mayores de Jones, lo que lleva al sobrediagnóstico²⁴.

Se incluyó un enfermo con vasculitis de Schonlein y artritis, porque fue el motivo inicial de consulta. Aproximadamente el 66% de los pacientes con esta entidad tienen artritis, que ocasionalmente puede preceder a los otros elementos clínicos³. Es generalmente aguda, no migratriz y se resuelve en pocos días sin secuelas.

Las artritis previas o simultáneas con enfermedad inflamatoria intestinal se describen en 7.5-21% de los casos^{3,4,21}. No tuvimos en nuestra población enfermos con lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, esclerodermia o enfermedad de Kawasaki, probablemente porque en estas enfermedades las artralgiyas y artritis, si bien frecuentes, no suelen ser los síntomas más relevantes. Sí en cambio atendimos un paciente con síndrome de superposición dermatomiositis-artritis reumatoidea, que es una de las enfermedades reumatológicas menos frecuentes, así como una niña con Síndrome de fiebre, erupción y artropatía del recién nacido, entidad muy inusual de clasificación dudosa²⁵.

La leucemia es la enfermedad oncológica que

más frecuentemente causa dolor músculo-esquelético³. La mayoría lo presenta en hueso y puede ser localizado o difuso. Además de artralgiás puede haber en 11-12% artritis como único signo de presentación, casi siempre de grandes articulaciones, similares a ARJ o FR, y que pueden²⁶ ser continuas o recurrentes por 1-7 meses²⁷. El diagnóstico en nuestros pacientes se demoró una media de 1, 33 meses pero los tiempos publicados en la literatura son más prolongados²⁸. El porcentaje de leucemias en relación a todos los problemas artríticos es bajo en nuestra serie y otras¹³, pero la gravedad del diagnóstico hace imprescindible mantener un alto índice de sospecha. Este gira alrededor de dolor intenso, dolor óseo adyacente a la articulación, dolor nocturno, falta de rigidez matinal y anormalidades hematológicas (neutropenia, plaquetopenia, anemia), teniendo en cuenta que pueden demorar en aparecer blastos, y el diagnóstico depender de la médula ósea²⁸. Los valores de fiebre, eritrosedimentación, las linfadenopatías y/o hepatoesplenomegalia no suelen ayudar al diagnóstico diferencial, pues pueden o no estar presentes o son inespecíficos²⁷. El centellograma óseo puede mostrar hipercaptación generalizada y no local, las radiografías son patológicas en alrededor del 41% de los casos. No lo fueron en nuestros enfermos. La demora en el diagnóstico y el uso de corticoides antes del mismo complican el pronóstico^{26,27,28,29}.

Las displasias esqueléticas están dentro de los diagnósticos diferenciales de las artritis reumáticas, particularmente si no se acompañan de enanismo severo o desproporciones corporales marcadas. Si no se observan las particularidades de la nariz y el pelo del síndrome tricorriñofalángico se puede confundir con la artritis reumatoidea juvenil^{3,30}.

Es muy improbable que el raquitismo hipofosfatémico se preste a confusión, salvo cuando los dolores articulares son muy marcados, como en nuestra paciente, que llevaba tres años de evolución³.

La enfermedad de Perthes puede ser precedida por episodios de sinovitis recurrente de cadera como ocurrió en uno de nuestros pacientes³¹.

El diagnóstico de una enfermedad articular cuya etiología se desconoce se hace en base a las manifestaciones clínicas. Los criterios pueden variar para cada enfermedad, pero incluyen elementos de la historia, del examen físico, del laboratorio, radiológicos y aún histopatológicos. En algunos casos, sólo el curso de la enfermedad revela el diagnóstico correcto³, como ocurrió con el 15% de nuestros pacientes. La fiebre estuvo ausente en los pacientes con enfermedades ortopédicas, metabólicas, displásicas y en las artralgiás, pero fue inconstante en los cuadros inflamatorios. En cuanto a los exámenes complementarios, no hubo anemia ni VSG acelerada en los pacientes con artralgiás o

artritis de origen ortopédico, metabólico o displásico. La presencia de anemia se dió en alrededor de la mitad de los pacientes con componente articular inflamatorio y en los pacientes con patología oncológica. Aproximadamente el 61% de los pacientes con artritis reumatológicas y los 4 con infección o leucemia tuvieron VSG aceleradas. La fiebre y las VSG > 30 mm tuvieron valor predictivo útil para identificar pacientes reumatológicos e infecciosos³². La VSG no debe ser usada para eliminar o confirmar el diagnóstico de enfermedad física¹ ya que hay resultados falsos negativos y falsos positivos³². En función de lo expuesto, los datos de fiebre, anemia y VSG tienen sólo valor orientativo para el diagnóstico de las enfermedades inflamatorias.

Según Kunnano, el test más decisivo en el diagnóstico de las diferentes causas de artritis agudas fue el seguimiento clínico durante 2 semanas³³, pudiendo ser necesario más tiempo para un diagnóstico definitivo en nuestra experiencia.

CONCLUSIONES

Algunas de las entidades que hemos presentado no son extremadamente frecuentes pero el diagnóstico oportuno puede ser crucial en el pronóstico, por lo que es fundamental distinguir las entidades benignas con o sin artritis de las que no lo son, para encarar el seguimiento más apropiado y reducir los estudios y visitas innecesarias. La evaluación que hemos efectuado es fundamentalmente clínica, basada en la historia y los hallazgos de un examen físico minucioso y los estudios de apoyo diagnóstico, habituales y de baja complejidad, que deben ser tomados como orientativos de la presencia de una enfermedad sistémica y no con valor de diagnóstico específico. El diagnóstico presuntivo inicial debe ser revalorado en los controles posteriores. Este seguimiento estrecho también permite disminuir la internación y limitar esta situación traumática sólo a los enfermos severamente comprometidos o que necesitan terapéutica endovenosa.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Ricardo Russo, del Servicio de Reumatología, por su colaboración asistencial cotidiana y por sus amables sugerencias para la elaboración del presente trabajo y al ingeniero Horacio Merovich por la asistencia informática.

REFERENCIAS

1. Brewer E. Pitfalls in the Diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis. *Ped Clin North Am* 1986; 33 :1015- 1032.
2. Cuttica R. Artritis. PRONAP (Programa Nacional de Actualización Pediátrica) Sociedad Argentina de Pediatría. 1998. Módulo 3 pág 11-31.
3. Textbook of Pediatric Rheumatology. Cassidy J and Petty R. 2nd Edition. Churchill Livingstone. New York. 1990.
4. Fink C, Fernandez-Vina M, Stasny P. *Pediatr. Clin. North Am.* 1995; 42 :1155-1170.

5. Bird H A. Joint Hypermobility : Reports from special interest groups of the annual meeting of the British Society of Rheumatology. *Br J Rheumatol* 1992; 31 :205-208.
6. American Heart Association. Special report. Jones Criteria (Revised) for Guidance in the diagnosis of Rheumatic Fever. *Circulation* 1984; 69 :204A-208^a.
7. Kunnano I, Kallio P, Pelkonen P, Viander M . Serum-sickness-like disease is a common cause of acute arthritis in children. *Acta Paediatr Scand*. 1986; 75 : 964-969.
8. Rennebohm R and Editorial Board. Reactive Arthritis. *PIR* 1990; 12 (1):10.
9. Fink C. Reactive arthritis. *Pediatr Infect Dis*. 1988; 7 :58-65.
10. De Cunto C, Giannini E, Fink C et al. Prognosis of children with poststreptococcal reactive arthritis. *Pediatr Infect Dis J* 1988; 7 :683-686.
11. Herold B, Shulman S. Poststreptococcal arthritis. *Pediatr Infect Dis J* 1988; 7 :681-682.
12. Alarcón G . Epidemiología de las enfermedades reumáticas en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 1986; 101 :309-327.
13. Symmons D, Jones M, Osborne J et al . Pediatric rheumatology in the United Kingdom : Data from the British Pediatric Rheumatology Group National Diagnostic Register.. *J Rheum* 1996; 23 :1975-1980.
14. Arguedas O, Porras O, Fasth A. Juvenile chronic arthritis in Costa Rica. A pilot referral study. *Clin Exp Rheum*. 1995; 13 :119-123.
15. Sherry D, McGuire T, Mellins E, et al. Psychosomatic musculoskeletal pain in childhood : Clinical and Psychological analyses of 100 Children. *Pediatrics* 1991; 88 :1093-1099
16. Gedalia A, Person D, Brewer E, et al. Hypermobility of the joints in juvenile episodic arthritis/arthralgia. *J Pediatr* 1985; 107 :873-876.
17. Frati Munari A, Ayala Alcalá H, Martínez Cairo S. Causas de artritis en la infancia. Relación con la edad, sexo y articulaciones afectadas. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* 1980; 37 :153-161.
18. Toziano R, Roncoroni J, Lopardo H et al. Artritis infecciosa en el paciente pediátrico. Experiencia sobre 135 casos. *Med Infantil* 1993; 1 :64-71.
19. Barton L, Saied K. Thorn-induced arthritis. *J Pediatr* 1978; 93 :322-327.
20. Miranda M, Talesnik E, Gonzalez B. Enfermedades reumáticas y del tejido conectivo en niños de Santiago de Chile. *Rev Chil Ped* 1996; 67 :200-205.
21. Cabral D, Malleson P, Petty R. Spondyloarthropathies of childhood. *Pediatr. Clin. North Am*. 1995; 42 :1051-1070.
22. Richardson de Corral V, Lozano-García J, Ramos Corona L. Una presentación poco usual de toxocariasis sistémica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1990; 47 :841-844.
23. T Kraus A, Valencia J, Cabral A, de la Vega G . Visceral Larva Migrans Mimicking Rheumatic Diseases. *J Rheumatol* 1995; 22 :497-500.
24. Costello P, Brecher M, Starr J et al. A Prospective analysis of the frequency, course, and possible prognostic significance of the joint manifestations of childhood leukemia. *J Rheumatol* 1983; 10 :753-757.
25. Schaller J. Arthritis as a presenting manifestation of malignancy in children. *J. Pediatr*. 1972; 81 :793-797.
26. Ostrov B, Goldsmith D, Athreya B. Differentiation of systemic juvenile rheumatoid arthritis from acute leukemia near the onset. *J Pediatr* 1993; 122 :595-598.
27. Spilberg I, Meyer G. The arthritis of leukemia. *Arthritis Rheum*. 1972; 15:630-635.
28. Breitman F, Rocco R, El Kik S. Detección de errores en el diagnóstico de Fiebre Reumática. Presentado en las 2as Jornadas Multidisciplinarias del Hospital de Pediatría "Prof. J P Garrahan". Agosto 1993.
29. Maroteaux , Lamy . Les maladies osseuses de l'enfant. 3er édition. *Medicine_Sciences*. Flammarion, Paris. 1995.
30. Koop S, Quanbeck D. Three common causes of childhood hip pain. *Pediatr Clin North Am*. 1996; 43 :1053-1066.
31. Hashkes P, Lovell D, Rowe W. Recognition of Infantile onset multisystem Inflammatory disease as a unique entity. *J Pediatr* 1997; 130 :513-515.
32. MacArthy P, Wasserman D, Spiesel S et al. Evaluation of arthritis and arthralgia in pediatric patient. *Clinical Pediatrics* 1980; 19 :183-1190.
33. Kunnano I, Kallio P, Pelkonen P, Hovi T. Clinical signs and laboratory tests in differential diagnosis of arthritis in children. *AJDC* 1987; 141:34-40.