

Coxalgia en el niño: diagnóstico diferencial

Juan Carlos Hernández B.¹

El compromiso de la cadera en el niño puede manifestarse clínicamente de diversas formas dependiendo entre otras causas de su capacidad de marcha. Por este motivo denominamos coxalgia al dolor referido a la articulación de la cadera, y coxalgia con claudicación a la cojera dolorosa producida por el acto de andar cuando alguna enfermedad afecta directa o indirectamente a la articulación coxofemoral.

Existen variadas causas que pueden comprometer la cadera, a saber: traumatismos, infecciones, tumores, patologías específicas como la enfermedad de Perthes, epifisiolisis, sinovitis de cadera, enfermedades reumatólogicas, etc, algunas de ellas más prevalentes en ciertos grupos etéreos. El objetivo de esta revisión es establecer un orden de las patologías de mayor frecuencia y en las que debemos pensar ante un niño con síntomas y signos relacionados con la cadera.

Enfrentados a un niño de cualquier edad con coxalgia y/o claudicación nuestra primera aproximación para llegar al diagnóstico definitivo será pensar: 1) que se deba a alguna patología que comprometa efectivamente la cadera; 2) que se trate de un dolor referido, esto es, una manifestación clínica atribuida a la cadera cuyo origen puede estar a distancia, como por ejemplo en la columna, articulación sacroiliaca, partes blandas, etc; 3) que sea secundaria a un sobreesfuerzo y/o traumatismo de cualquier segmento de las extremidades inferiores, situación muy frecuente en la población infantil y muchas veces subvalorados por el paciente o su familia ya que el antecedente de traumatismo no está siempre claro, y 4) que la enfermedad puede manifestarse clínicamente como molestias en muslo o rodilla (la cadera llora por la rodilla).

La patología de la cadera resulta ser más

grave dada las características circulatorias de ella. El aporte sanguíneo terminal de la cabeza femoral dado por las arterias circunflejas medial y lateral sumado al escaso e inconstante aporte de la arteria del ligamento redondo, la presencia de una metáfisis intraarticular, y la permeabilidad de la fisis al paso de vasos hacia metáfisis en ciertas edades de la infancia, determinan una mayor labilidad vascular y riesgo de necrosis isquémica del segmento proximal del fémur.

Es importante recordar que alrededor de la cadera a toda edad es posible que ocurra, y se debe buscar, infecciones (articulares, del fémur proximal o huesos pélvicos), tumores (sólidos y sistémicos), traumas, y debemos considerar siempre el maltrato infantil como una situación no infrecuente en cualquier estrato socioeconómico.

En el diagnóstico diferencial de las coxalgias es fundamental considerar el factor edad, pues existen patologías que son características de algunos grupos etéreos. El reconocer este hecho nos orientaría al diagnóstico oportuno y a una adecuada resolución de la patología.

En el período de recién nacido, lactantes y preescolares, las infecciones osteoarticulares constituyen la causa más frecuentes y sobre todo más importantes por las posibles secuelas que dejan al no ser diagnosticadas y tratadas en forma oportuna y eficaz. La sospecha clínica, el compromiso del estado general, fiebre, irritabilidad, pseudoparálisis de la extremidad comprometida, (falta de movilidad de ella por dolor), dolor al intento de movilizar la extremidad y disminución de los rangos articulares sobre todo las rotaciones de la cadera, nos permiten aproximarnos al diagnóstico. A lo anterior debemos sumar los exámenes de laboratorio sugerentes: leucocitosis con desviación

1. Traumatología y Ortopedia infantil. Hospital de niños Roberto del Río.

izquierda, PCR elevada, VHS elevada, ecografía que demuestra aumento del líquido articular con incluso imágenes sugerentes de partículas en suspensión (pus), y el estudio radiológico, que en una primera etapa sólo demuestra aumento de las partes blandas y abombamiento de la cápsula articular, siendo esperable encontrar signos radiológicos luego de 2 semanas de iniciada la patología. Estas infecciones deben ser consideradas también en niños hospitalizados por otras causas y que mantienen catéteres en vías venosas por largo tiempo o son sometidos a múltiples procedimientos invasivos, y que cursan con un cuadro febril no aclarado o con algún compromiso del estado general no atribuible a otra causa. En esta situación, aparte de la sospecha y el examen clínico, adquiere real importancia la cintigrafía ósea trifásica para descartar otros sitios comprometidos. Finalmente es necesario recalcar que ante un cuadro sugerente la sospecha clínica nos debe hacer obrar en consecuencia aunque los exámenes de laboratorio no sean concordantes en el momento: hospitalizar, tomar hemocultivos, efectuar una artrotomía de cadera, tomar muestras para cultivo y biopsia de sinovial y cápsula articular, drenaje y lavado prolijo de la cavidad articular, terapia antibiótico por vía sistémica y estabilización y protección de la articulación. *Es preferible abrir una cadera de más, que operar una cadera tardíamente y cuyo pronóstico futuro en esas circunstancias está perdido.*

En niños de 3 a 7 años es habitual que nos consulten por coxalgia atribuible a la

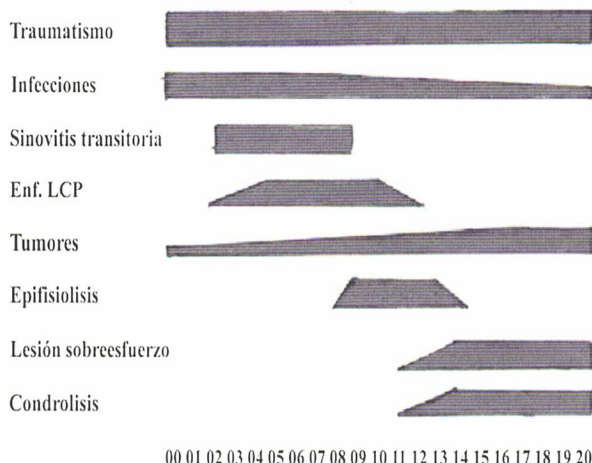
sinovitis aguda transitoria, cuadro inflamatorio inespecífico, más frecuente en hombres y que clínicamente se caracteriza por impotencia funcional aguda con disminución de la movilidad articular con menor compromiso sistémico que la infección osteoarticular, que es el diagnóstico diferencial más importante. Se asocia a alguna patología infecciosa viral sistémica previa, y la ecografía muestra el aumento de líquido articular. Su evolución es favorable, y va a la mejoría espontánea con reposo en cama ayudado a veces de tracción esquelética de partes blandas para relajar y descomprimir la cadera. Los antiguos maestros llamaban a este cuadro un "resfrío de la cadera".

En niños mayores, grupo de preescolares entre 4 y 8 años la patología de cadera prevalente es la Enfermedad de Perthes, necrosis isquémica de la epifisis femoral proximal, de causa desconocida, más frecuente en hombres con una relación 4:1, con un compromiso bilateral de 10%, cuya manifestación clínica se caracteriza por dolor articular en la cadera y/o de muslo y rodilla, cojera y disminución de rangos de movilidad articular de la cadera con radiografía que puede mostrar un compromiso epifisiario cuyas características imagenológicas estarán determinadas por la etapa en que se encuentre la enfermedad. La información clínica asociada a los hallazgos radiológicos nos permiten establecer un pronóstico de la evolución y secuela de la articulación de tal forma de ofrecer un manejo adecuado y oportuno para cada paciente en particular. Es importante destacar que a menor

Tabla 1. Hallazgos clínicos y de laboratorio v/s diagnóstico

	Dolor	Dolor nocturno	Ant. trauma	CEG	Seudo-parálisis	Alt. Rotación	Rx	Eco	PCR	Leuc
Traumatismo	+++		++		+	++				
Infecciones	+++			++	+	++++	+	+	+	++
Sinovitis T.	++					+++	+	+		
Enf. Perthes	+					++	+			
Tumor (o.o)	+	++		+		++	++		+	
Epifisiolisis	+					++	++			
Lesión sobreesfuerzo	+		++			+	+			
Condrolisis	++					+++	++			

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN EDAD:



EDAD

Figura 1.

edad de inicio de la enfermedad la evolución y el pronóstico funcional de la cadera es mejor.

En el grupo de niños mayores, preadolescentes entre 9 a 15 años es factible de observar una patología conocida como epifisiolisis, que se traduce en el deslizamiento mecánico de la metáfisis hacia superior, anterior y lateral sobre la epifisis. Esta enfermedad de mayor frecuencia en hombres con sobrepeso, se produce por fuerzas de cizallamiento que afectan la capa más débil de la fisis, hipertrófica, permitiendo así que ocurra el deslizamiento que puede presentarse en forma aguda o lenta lo que determinará la clínica de dolor referido a cara anterior de muslo y/o cadera, cojera y disminución de los rangos de movilidad de la cadera especialmente las rotaciones. El estudio radiológico es fundamental para el diagnóstico y debe solicitarse siempre radiografías de pelvis anteroposterior y proyección de Lowenstein. El tratamiento es quirúrgico de relativa urgencia, mediante fijación *in situ* del deslizamiento con un tornillo canulado bajo visión de rayos.

En este mismo grupo etáreo en niños que practican deportes y actividades recreativas de alta energía resulta cada vez más frecuente encontrar lesiones por sobreesfuerzo,

fracturas de stress o avulsivas, etc. Además en estas edades aparecen patologías como la condrolisis o afección del cartílago articular en que la cadera se vuelve dolorosa rígida con un estrechamiento del espacio articular progresivo en las radiografías. Su origen es desconocido aunque también puede obedecer a traumatismos, iatrogenias y secuelas de otras patologías.

La patología tumoral debemos considerarla como causa importante de claudicación de la marcha, siendo posible encontrar lesiones benignas o malignas alrededor de la cadera como por ejemplo el osteoma osteoide, tumor benigno que da un dolor de patrón nocturno que remite habitualmente con aspirina. Radiológicamente existe un hueso reactivo con nidos hipocogénicos. Es posible encontrar otros tumores benignos que afecten la cadera (o algún otro segmento óseo) en la niñez como por ejemplo el condroblastoma, tumor benigno poco común, epifisiario, único, que aparece en la 2ª década de la vida, más frecuente en hombres y que por contigüidad da limitación de movilidad articular, derrame articular y dolor con conservación del estado general y aumento de la VHS.

Existen lesiones pseudotumorales como los quistes óseos, que por si solos o al

fracturarse producen la sintomatología referida a la cadera.

También es factible que neoplasias de manifestación sistémica como la Leucemia, el cáncer más frecuente en niños, pueda debutar con artralgia de cadera. El dolor es consecuencia de la distensión de las cavidades medulares por la proliferación masiva de tejido hemopoyético. Radiológicamente pueden existir zonas radiolúcidas transversales y angostas en metáfisis por la destrucción de trabéculas óseas por la proliferación de tejido tumoral o por disminución de hueso encondral, asociado a osteopenia generalizada y eventuales fracturas en hueso patológico. El diagnóstico definitivo es a través del estudio de médula ósea y el manejo ha de realizarse por hematólogos especialistas.

Finalmente, no debemos olvidar que existen

otras patologías no específicas de la cadera que pueden ser causales de coxalgia, como por ejemplo la artritis reumatoide, enfermedad sistémica crónica de etiología no conocida, más frecuente en mujeres y cuya patología es la inflamación del tejido sinovial, que puede asociarse a fiebre, máculas, linfadenopatías, con exámenes de laboratorio que pueden o no apoyar el diagnóstico. La sinovitis constituye el compromiso inicial con engrosamiento de la sinovial que secreta cantidad abundante de líquido, generándose aumento de volumen articular y dolor en la articulación, la cual adopta posiciones viciosas. Al persistir la inflamación o al recidivar la sinovitis, se altera la cápsula y los ligamentos vecinos limitando los movimientos articulares. El pannus puede destruir el cartílago articular llegando a la anquilosis.

AVISO A LOS AUTORES

Se recuerda a los autores que los artículos publicados en otro idioma en revistas extranjeras pueden ser propuestos para publicación secundaria si se ajustan a las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas biomédicas, Rev Chil Pediatr 1999; 70 (2): 145-161