

EL NIÑO QUE COJEA: SINOVITIS TRANSITORIA Y CUÁNDO SOSPECHAR UNA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR

Autor: Dr. Rodrigo Montoya S, Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Pamela Rojas G, Docente Medicina Familiar UC

Fecha Seminario: 8 septiembre 2020

Resumen portada: La cojera en el niño es un motivo de consulta que genera ansiedad en padres y cuidadores, este artículo revisará su etiología más frecuente que es la sinovitis transitoria y cuándo sospechar infección osteoarticular.

INTRODUCCIÓN ^{(1) (2)}

La cojera no traumática en el niño siempre se considera patológica. Se presenta con mayor frecuencia en niños de sexo masculino con una relación 1.7:1, siendo la sinovitis transitoria la causa más frecuente en lactantes y preescolares.

En la consulta ambulatoria es prioritario identificar a quienes requieren una derivación oportuna y resolución urgente, como es el caso de las infecciones osteoarticulares.

ETIOLOGÍA

La tabla 1 resume las distintas etiologías detrás de un niño que cojea, agrupado por edades.

Tabla 1: Etiología de la cojera infantil ⁽¹⁾

1-5 años	5-12 años	13-19 años
Sinovitis transitoria	Sinovitis transitoria	Esguinces
Displasia de caderas	Fracturas	Epifisiolisis
Enfermedades Neuromusculares	Enfermedad de Perthes	Enfermedad de Perthes
Fractura de Toddler	Artritis Séptica	Osteomielitis
Artritis Séptica	Tumores	Artritis reumatoide juvenil
Osteomielitis	Osteomielitis	Tumores

Fuente: elaboración propia a partir de fuentes citadas ⁽¹⁾

Un estudio prospectivo de carácter observacional realizado en 2018 en una urgencia infantil identificó las causas más frecuentes de cojera no traumática en niños. Reportó que un 57 % de los casos la causa era una sinovitis transitoria, y en un 3.5% a infecciones osteoarticulares. ⁽²⁾

1. SINOVITIS TRANSITORIA

La sinovitis transitoria es la primera causa de cojera en lactantes y preescolares, siendo más común en niños de sexo masculino con una relación 2:1. La cadera es la articulación más afectada. Su etiología aún no está clara; se plantea que podría existir una infección viral previa hasta en el 30 % de los casos, pero la evidencia actual no es concluyente al respecto. ⁽³⁾

La clínica de las sinovitis transitorias es inespecífica; generalmente son niños que consultan con buen estado general, afebriles, cojera y coxalgia de lado afectado. Al examen físico destaca la limitación de los arcos de movilidad de la articulación afectada.

El tratamiento es conservador: analgésicos, reposo y control precoz en las primeras 24-48 horas: La evolución es favorable, autolimitada, y de buen pronóstico. (4)

Una revisión sistemática realizada en 2013, de buena calidad metodológica sin metaanálisis, evaluó el curso clínico de niños con sinovitis transitoria. El estudio reportó (5):

- a las 2 semanas del diagnóstico la mayoría de los niños estaba libre de síntomas
- la recurrencia ocurrió entre el 1-26 % de los niños.
- hasta un 10 % presentó necrosis avascular de la cabeza femoral o Enfermedad de Perthes. Estos resultados deben analizarse con cautela, dado las características de los estudios; si bien puede existir una asociación, esto no implica que la sinovitis transitoria sea un factor de riesgo para desarrollar Enfermedad de Perthes. Por recomendación de expertos se recomienda realizar seguimiento a los 3 y 6 meses.

2. INFECCIONES OSTEOARTICULARES

La artritis séptica se considera una urgencia traumatológica que amerita antibioterapia precoz y punción de la articulación afectada. La artritis séptica es una infección del espacio articular. Ocorre más frecuentemente en la articulación de la cadera y en varones menores de 5 años.

Su presentación clínica es aguda, con compromiso del estado general, fiebre, cojera y coxalgia del lado afectado. Al examen físico el niño toma una postura antiálgica, con impotencia funcional, rotación externa y flexión de la cadera afectada (6)

La osteomielitis, por su parte, corresponde a una infección ósea de la cavidad medular y el periostio, causada en la mayoría de los casos *S. Aureus*. Es más frecuente en niños preescolares y escolares de sexo masculino, comprometiendo principalmente articulaciones de huesos largos de las extremidades inferiores.

Su clínica es aguda, con dolor óseo de la extremidad afectada, fiebre, compromiso del estado general, cojera e impotencia funcional (7).

El estudio inicial con radiografía simple tiene una baja sensibilidad, por lo que una radiografía inicial normal no descarta una osteomielitis aguda (8).

El tratamiento consiste en antibioterapia y desbridamiento óseo.

¿CÓMO DIFERENCIAR UNA SINOVITIS TRANSITORIA DE UNA ARTRITIS SÉPTICA?

Existen varios algoritmos de predicción clínica para el diagnóstico de la artritis séptica y para diferenciarla de la sinovitis transitoria. Dentro de los más conocidos están los criterios de Kocher, que incluyen:

- No apoyar miembro afectado,
- Fiebre $\geq 38,5\text{ C}^\circ$,
- Leucocitos en sangre $\geq 12.000/\text{mm}^3$,
- Velocidad de hemossedimentación (VHS) $\geq 40\text{ mm/h}$.

Su última validación (año 2004) mostró que en niños que presentan estos 4 criterios la probabilidad de artritis séptica es del 93 %. Esta validación se realizó en una población de niños de un hospital de alta complejidad, por lo que se deben analizar estos resultados con cautela; al aplicar los criterios de Kocher en poblaciones de baja prevalencia de la enfermedad su valor predictivo disminuye ⁽⁹⁾.

Otro estudio retrospectivo, en el cual evaluaron 2 criterios: la inhabilidad para apoyar el miembro afectado y una PCR ≥ 3.0 mg/dl, reportó que la probabilidad de artritis séptica al estar presente estos 2 criterios podría ser hasta un 81 % ⁽¹⁰⁾.

Si bien, la sospecha de artritis séptica recae en el criterio clínico del médico tratante, los criterios de Kocher siguen teniendo un rol importante. Se necesitan nuevos estudios que permitan validar una prueba altamente sensible y específica para predecir artritis séptica.

RESUMEN:

Las infecciones osteoarticulares son una etiología poco frecuente frente a un niño que cojea.

El uso del criterio clínico y de distintos predictores son importantes para lograr una evaluación correcta, que oriente el diagnóstico diferencial y permita un tratamiento oportuno, en caso de que el cuadro sea secundario a una infección osteoarticular.

REFERENCIAS

1. Samer Naranje, Derek Kelly, Jeffrey Sawyer. (2015). A Systematic Approach to the Evaluation of a Limping Child. *American Family Physician*. 92 (10): pp 908-916
2. M.I. Lázaro Carreño, R Fraile Currius, García Clemente. (2018). Non-traumatic limping in Paediatric Emergencies: Epidemiology, evaluation and results. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 62 (2): pp 127-133.
3. Kastrissianakis K, Beattie T. (2010) Transient synovitis of the hip: more evidence for a viral aetiology. *European Journal of Emergency Medicine*. 17(5) :270-3
4. Aria Nouria, David Walmsleyb, Blazej Pruszczynskic. (2014). Transient synovitis of the hip: a comprehensive review, *Journal of Pediatric Orthopaedics* .23 (1). pp 32-36
5. Asche S, van Rijn R, Bessems JH, Krul M, Bierma-Zeinstra S. (2013) What is the clinical course of transient synovitis in children: a systematic review of the literature. *Chiropractic & Manual Therapies* 21 (1) 39.
6. Ishaan Swarup, Scott LaValva, Ronit Shah, (2020). Septic Arthritis of the Hip in Children A Critical Analysis Review. *JBJS Reviews* 8(2): e0103
7. Diego Jaramillo, John P. Dormans, Jorge Delgado (2017). Hematogenous Osteomyelitis in Infants and Children. *Radiology*: 283(3) pp 629-643.

8. Malcius D, Jonkus M, Kuprionis G, Maleckas A, Monastyreckiene E, Uktveris R (2009).The accuracy of different imaging techniques in diagnosis of acute hematogenous osteomyelitis. *Medicina*. 45 (8). pp 624-31
9. Kocher M, Mandiga R (2004) . Validation of a clinical prediction rule for the differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children, *Journal of bone & Joint Surgery* . 86A(8): 1629-35.
10. Justin W. Walker , William Hennrikus (2018) .Septic Arthritis of the pediatric hip :Re-evaluating a predictive algorithm. 142 (1) meeting abstract.