

COJERA PROLONGADA

Autora: Lucía Lacruz Pérez.
Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

La cojera es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en unidades de Atención Primaria, Urgencias de Pediatría o de Reumatología Pediátrica, incluso de Traumatología Pediátrica. Vamos a dejar aparte las causas de cojera aguda o las transitorias, para centrarnos en la cojera prolongada.

ETIOLOGÍA

Las causas que pueden causar dolor y/o cojera prolongada son diferentes en función de la edad de los pacientes. Las causas, en general, engloban los traumatismos y causas mecánicas, infecciones crónicas, causas inflamatorias o reumáticas, causas tumorales y causas extrínsecas. Cuanto menor sea la edad del niño, más importancia tendrán las causas sistémicas (infecciosas, tumorales) y en cambio, en el niño mayor y el adolescente cobran más importancia las causas mecánicas. Las causas inflamatorias o reumáticas pueden aparecer en cualquier grupo de edad, y para detectarlas es fundamental una anamnesis básica, dirigida a distinguir el dolor de origen mecánico del inflamatorio, así como a detectar los síntomas y signos que típicamente acompañan a los procesos reumáticos. Posteriormente debemos aprender una sistemática de exploración y conocer las distintas posibilidades diagnósticas, para poder orientar correctamente al paciente.

ANAMNESIS BÁSICA EN NIÑOS QUE ACUDEN POR DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

- ¿Dónde se localiza el dolor? ¿es un dolor fijo, o se irradia?
- ¿Desde cuándo refiere este dolor?
- ¿Existe algún antecedente con el que lo relacionen (caída, traumatismo, ejercicio físico)? ¿hay algún antecedente infeccioso en el último mes?
- ¿Se acompaña de: tumefacción? calor? enrojecimiento? impotencia funcional (cojera, etc.)? alguna manifestación sistémica (fiebre, astenia, anorexia, decaimiento,...) o cutánea?
- ¿Cuánto dura?
- ¿Cede espontáneamente o tiene que tomar analgésicos o antiinflamatorios (AINE)?
- A lo largo del día, ¿en qué momento aparece?: ¿le despierta por la noche?, ¿aparece por la mañana, al levantarse? ¿asocia rigidez tras el reposo, le cuesta más realizar el movimiento durante algún tiempo? ¿aparece con o tras el ejercicio? ¿se presenta sobre todo al final del día? ¿está presente todo el día, sin apenas variación?

- ¿Le impide realizar su actividad habitual? ¿es capaz de realizar la misma actividad, juegos, que sus compañeros?
- ¿Con qué frecuencia aparece: diaria, varios días a la semana, varios días al mes, cada 15 días, ...?
- Debemos preguntar acerca de la presencia de otros síntomas o signos asociados, como:
 - Otras artralgias.
 - Talalgia.
 - Dolor de espalda.
 - Aftas bucales (al menos 2-3 episodios al año).
 - Enrojecimiento ocular frecuente, dolor, lagrimeo, fotofobia.
 - Disuria, episodios de irritación balanoprepucial o vulvovaginitis de repetición, aftas en zona genital.
 - Fotosensibilidad o lesiones cutáneas que aparezcan con frecuencia.
 - “Manos frías”, cambios de coloración de manos o pies con el frío (palidez, cianosis).
 - Dolor abdominal recurrente, +/- diarreas de repetición.
 - Episodios febriles “sin foco” frecuentes.
 - Caries.
- Debemos recoger los antecedentes familiares habituales, haciendo hincapié en:
 - Presencia de enfermedades reumáticas conocidas en la familia.
 - Síntomas como artralgias o raquialgia en familiares próximos.
 - Historia familiar de abortos de repetición.
 - Problemas “vasculares” del tipo infartos agudos de miocardio, trombosis, accidentes cerebrovasculares, etc.
 - Psoriasis.
 - Enfermedades inflamatorias intestinales.
- Como siempre, recoger los antecedentes personales de forma detallada.

EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA

Los procesos que van a ocasionar cojera prolongada afectarán casi siempre a los miembros inferiores, es decir, dolor y patología a nivel de caderas, rodillas, tobillos y pies, así como de las diáfisis de fémur y tibia. En ocasiones la patología que se localiza a nivel de columna vertebral también puede ocasionar una cojera prolongada. Además de una anamnesis orientada, será fundamental la exploración, que deberá ser sistemática para que podamos detectar la causa. En esa sistematización, sugerimos seguir siempre un mismo orden y dejar la parte que nos refieran dolorosa para el final.

La sistemática que propondríamos sería:

- Primero, explorar al paciente en bipedestación para detectar asimetrías: tumefacción, atrofiaciones, deformidades, posturas antiálgicas.
- Haremos andar al niño primero con una marcha normal, después de puntillas y finalmente de talones descalzo. Comprobaremos el estado del calzado (desgaste) y la posibilidad de cuerpo extraño (piedra en el zapato):

- Alteraciones de la deambulaci3n por afectaci3n de la columna dorso lumbar (discitis espondilolisis o listesis y espondiloartropatías): marcha con el tronco flexionado hacia delante.
- Alteraci3n de la deambulaci3n en la patología de cadera: “marcha salutaria” porque al apoyar el miembro afectado el tronco se inclina dando un bandazo hacia la cadera enferma lo que produce una actitud antiálgica que relaja los abductores de la cadera patológica y así la extremidad inferior afectada avanza más rígida y lentamente pero el apoyo es más breve .
- Alteraci3n de la marcha en la patología de rodilla: suele existir dificultad manifiesta a la marcha en puntillas y talones. La deformidad en flexi3n provoca una marcha antiálgica con pasos cortos y la extensi3n fija produce una marcha con movimiento circular en bloque de toda la pierna.
- Exploraci3n en decúbito supino:
 - Cadera:
 - Inspecci3n: postura en flexi3n y rotaci3n interna sugiere derrame.
 - Palpaci3n del pliegue inguinal buscando puntos dolorosos.
 - Rolling o rodamiento de la cadera: es la maniobra menos dolorosa y de gran utilidad porque informa sobre la limitaci3n en la rotaci3n apoyando y rodando las palmas en rodilla y tibia a la vez que se distrae al ni3o. Si se consigue rotar > 30° la cadera sin dolor el diagn3stico probable sea de sinovitis transitoria de cadera. A continuaci3n se reexplora la rotaci3n interna y externa: aproximando o separando el pie hacia la línnea media manteniendo la cadera y rodilla en flexi3n 90° El dolor o las limitaciones a las rotaciones son el primer signo de alteraciones de origen intraarticular (derrame)
 - Flexi3n (normal 135° entre el eje del muslo flexionado y pierna)
 - Abducci3n (normal > 45°) y aducci3n separando o acercando toda la extremidad de la línnea media del cuerpo.
 - Sacroilíaca: La maniobra de Fabere (consistente en flexi3n de la cadera, abducci3n y rotaci3n externa: fig) es específica para esta articulaci3n. Una prueba positiva produce dolor en glúteo homolateral y no en cara externa del muslo) cuando el ni3o en decúbito supino con el tobillo homolateral colocado sobre la rodilla opuesta y se realiza una suave presi3n sobre la rodilla flexionada homolateral. La maniobra de compresi3n lateral se realiza ejerciendo una compresi3n hacia abajo en decúbito lateral con las manos en cresta iliaca.
 - Rodilla:
 - Inspecci3n de las rodillas (postura en flexi3n siempre es patológico), del estado del cuádriceps (atrofia o hipertrofia) y presencia de tumefacci3n generalizada (distorsi3n global del contorno de la rodilla a nivel subcuadricipital) o localizada (sobre todo a nivel rotuliano: bursitis prerotuliana, tuberosidad tibial: bursitis infrarotuliana y cara interna tuberosidad tibial: bursitis de la pata de ganso). Explorar puntos dolorosos

- localizados o entesitis ejerciendo una suave presión a nivel de los puntos de inserción tendinosa del cuádriceps en la rótula y cara anterior de la tibia
- Cuando la tumefacción es escasa se utilizan dos signos:
 - Palpación o Signo de la oleada: está basado en la movilización de líquido articular aumentado de una parte a otra de la cavidad articular. Consiste en exprimir con la palma de una mano el líquido de la parte interna de la rodilla hacia la externa y posteriormente se vuelve a empujar hacia la parte interna mediante presión de la palma de la otra mano en el borde externo de la rótula para producir la oleada en cara interna de la rodilla.
 - El signo del balón es parecido al anterior pero el vaciado del líquido se hace desde la bolsa subcuadrípital colocando el pulgar en borde interno de la rótula y dedo índice en borde externo notándose la oleada
 - Movilidad:
 - Flexión: normal si coloca en contacto el talón con la nalga homolateral y anormal si los coloca separados.
 - Extensión: Hasta los 8 ó 9 años es normal la hiperextensión hasta -10° .
- Tobillo y pie:
- Inspección de ambos tobillos (tumefacción difusa en cara anterior si es articular o lineal superficial si es tendinosa) y pies o articulaciones interfalángicas proximales y distales (buscar deformidades tipo “dedo en salchicha” y alteración de la uñas)
 - Palpación : Zona difusa tumefacta y puntos dolorosos localizados o entesitis en cara posterior y plantar del calcáneo o zona de inserción del talón de Aquiles ()
 - Movilidad: primero la activa y luego pasiva a través de la dorsiflexión (normal 20°), flexión plantar (normal 45°) del pie, inversión y eversión del pie con una mano (articulación subastragalina) mientras se fija la articulación tibioastragalina con la otra. A continuación, se exploran las articulaciones pequeñas del antepié de forma global comprimiendo lateralmente las articulaciones metacarpofalángicas. La primera articulación metatarso-falángica (1^{a} MTF) debe evaluarse especialmente, ya que se afecta selectivamente en niños con espondiloartritis.
- Exploración en decúbito prono:
- Palpación de raquis (apófisis espinosas y espacios intervertebrales) para descartar puntos dolorosos. En el niño pequeño, intentar la sedestación con piernas extendidas, maniobra que no suelen tolerar en casos de espondilodiscitis.
 - Articulación sacrolíaca: Palpación directa a través de la compresión sobre línea interarticular sacroilíaca y también con la hiperextensión del muslo, que produce dolor (Maniobra de Mennell).
 - Articulación de la cadera: Explorar la extensión, colocando al niño en decúbito prono, con una mano se fija la pelvis y con la otra se eleva la pierna extendida, pudiendo realizar un ángulo de 30° sobre el

plano de la mesa. Con las rodillas juntas y flexionadas 90^a podemos valorar rotación interna (separando los pies de la línea media) y rotación externa (aproximando a la línea media).

- Articulación de la rodilla: Flexión normal cuando el niño es capaz de tocar el talón con la nalga.

ORIENTACIÓN DE LA COJERA POR GRUPOS REGIONALES

A. RAQUIS.

- Problemas traumáticos: existe un antecedente traumático claro, o de ejercicio físico que se relaciona con el inicio de los síntomas: traumatismos (suelen ser dolores autolimitados por estiramiento o distensión de músculos, tendones y ligamentos); lesiones por sobreuso (generalmente deportivas), que no suelen revestir severidad.
- Otros problemas mecánicos: hernia discal, fracturas vertebrales secundarias a osteopenia, espondilolisis, enfermedad de Scheuermann lumbar, etc.
- Causas infecciosas: espondilodiscitis, absceso epidural, sacroilitis infecciosa, espondilitis tuberculosa o enfermedad de Pott y otras (Brucelosis).
- Causas inflamatorias: Espondiloartropatías Juveniles y Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) (ver tabla de criterios de clasificación), en su forma artritis asociada a entesitis, Osteomielitis crónica multifocal recurrente (proceso inflamatorio infrecuente, de etiología desconocida, que se manifiesta con dolor y fiebre, cuyo diagnóstico es anatomopatológico).
- Causas tumorales: tumores benignos, como el osteoma osteoide, el osteoblastoma o el quiste óseo aneurismático, o malignos como la leucemia, la histiocitosis, el neuroblastoma, el Sarcoma de Ewing, linfoma, etc.

B. CADERAS.

- Causas infecciosas: como causas de cojera prolongada, habría que contemplar procesos crónicos (artritis u osteomielitis) como tuberculosis o brucelosis, o absceso del psoas (mucho más raro).
- Enfermedad de Perthes o necrosis avascular de la cabeza femoral: afecta al mismo grupo de edad que la sinovitis transitoria de cadera, y la radiografía inicial también es normal. La evolución en cambio es totalmente diferente, y persiste la cojera con dolor pese al uno o varios tratamientos realizados de forma correcta.
- Causas inflamatorias: AIJ, fundamentalmente en sus formas poliarticular y sistémica. También puede manifestarse como tal una artritis reactiva (recordar: aproximadamente 3 semanas tras el proceso infeccioso).
- Causas tumorales: recordar sobre todo el neuroblastoma, el sarcoma de Ewing, las metástasis. Dentro de los benignos, el osteoma osteoide.
- Epifisiolisis de la cabeza femoral: se trata del deslizamiento posterior de la cabeza femoral, típico de adolescentes. Se presenta como dolor (en el 30% de casos referido en rodilla) y cojera.

- Otras causas “extrínsecas”: si los niños no toleran la sedestación con las piernas extendidas o la flexión del raquis, pensar en la posibilidad de discitis o espondilodiscitis; si el dolor “de cadera” lo refieren en la cara externa de los muslos o en los glúteos, pensar en la sacroileitis.

C. RODILLAS.

- Problemas traumáticos:
 - Traumatismos: existe un antecedente claro.
 - Antecedente de ejercicio físico con lesión por estiramiento o distensión de ligamentos, tendones, meniscos.
 - Fracturas de estrés: en niños deportistas que realizan regularmente ejercicio físico moderado o intenso, o en adolescentes sedentarios que realizan, en un momento determinado, un ejercicio más intenso. Suelen afectar a epífisis proximal de tibia.
- Causas infecciosas: como en el punto anterior, se trataría de infecciones crónicas.
- Causas inflamatorias: cualquiera de las formas de la AIJ, espondiloartropatías juveniles o enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, etc.). Recordar lo importante de la exploración ya que el dolor puede deberse a la presencia de entesitis o tendinitis (el tendón rotuliano es de los que más se afecta).
- Causas tumorales: las ya descritas, pero destacando el sarcoma de Ewing dentro de los malignos. En los procesos benignos, recordar los encondromas.
- Osgood-Schlatter: osteocondrosis de la tuberosidad tibial anterior, punto de inserción distal del tendón rotuliano. Es más frecuente en adolescentes “deportistas”.
- Síndrome de dolor rotulofemoral o condromalacia rotuliana: suelen ser adolescentes con dolor perirrotuliano que empeora con el deporte o al realizar un ejercicio físico inhabitual en ellos. Es muy característica la crepitación rotuliana. Precisa de reposo y rehabilitación para potenciar el cuádriceps.
- Causas “extrínsecas”: descartar siempre patología de cadera, en la que el dolor puede referirse a rodillas.

D. TOBILLOS / TARSOS.

- Problemas traumáticos:
 - Muy importantes los esguinces, en los que nos deben referir el antecedente de traumatismo o torcedura.
 - Fracturas de estrés, como en el apartado anterior, pero que afectan a la cabeza del segundo metatarsiano.
 - Traumatismos claros.
- Causas inflamatorias:
 - AIJ (cualquiera de sus formas).
 - Destacar las tarsitis, que se deben a artritis de las articulaciones del tarso (espondiloartropatías juveniles), y la artritis de la

- metatarsofalángica del primer dedo (típica de la AIJ en su forma artritis asociada a entesitis).
- Osteomielitis crónica multifocal recurrente o síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis palmo-plantar, **osteítis**): sospechar si apreciamos lesiones recurrentes de pustulosis plantar.
 - Entesitis o tendinitis (tendón de Aquiles, fundamentalmente).
 - Fascitis plantar: dolor muy intenso en inserción del calcáneo de la fascia plantar. Es un dolor inflamatorio (a diferencia del Sever, duele también en reposo).
 - Cualquiera de las enfermedades sistémicas.
- Causas tumorales: las ya descritas.
 - Enfermedad de Sever: osteocondrosis de la apófisis del calcáneo, probablemente relacionada con la tracción del tendón de Aquiles. Se relaciona con el nivel de actividad física, más frecuente en varones, alrededor de los diez años de edad. Provoca cojera y talalgia tras la actividad física.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Petty R., Southwood T., Manners P. et al: International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis: Second Revision, Edmonton, 2001. J Rheumatol 2004; 31:390.
- Zeidler H, Mau W, Khan MA. Undifferentiated spondyloarthropathies. Rheum Clin North Am 1992; 18: 187-202.
- Lacruz L. Lumbalgia en el niño y el adolescente. En Moraga F, editor: Protocolos de Reumatología 2001. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/reumat/index.htm>
- De Inocencio J. Dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación diagnóstica. Arch.Argent.Pediatr 2006; 104(3):275-283.
- Andreu Alapont E, Lacruz Pérez L. Exploración del aparato locomotor: signos de alarma. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008.p.13-24.
- Lacruz Pérez L, Andreu Alapont E. Síntomas de alarma o formas de presentación de las enfermedades reumáticas en los niños. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008.p.25-35.

Subtipo	Definición	Exclusiones
Sistémica	Artritis de una o más articulaciones con, o precedida, por fiebre diaria de al menos dos semanas de duración, documentada al menos 3 días y acompañada de alguno de los siguientes elementos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Exantema evanescente, no fijo, eritematoso. 2. Adenomegalias generalizadas. 3. Hepatomegalia o esplenomegalias. 4. Serositis. 	a, b, c, d
Oligoarticular	Artritis que afecta de 1-4 articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. Dos subcategorías: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oligoarticular persistente. 2. Oligoarticular extendida. 	a, b, c, d, e
Poliarticular FR negativo	Artritis que afecta a 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad; test para FR negativo.	a, b, c, d, e
Poliarticular FR positivo	Artritis que afecta a 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad, asociada con test para FR positivos en dos ocasiones, separadas por 3 meses.	a, b, c, e
Psoriásica	Artritis y psoriasis, o artritis y al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dactilitis. 2. Punteado ungueal u onicolisis. 3. Historia familiar de psoriasis en al menos un pariente de primera línea. 	b, c, d, e
Artritis asociada a Entesitis	Artritis y entesitis, o Artritis o entesitis, con al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia o historia de dolor a la palpación de la articulación sacroiliaca y/o dolor espinal inflamatorio. 2. Presencia de HLA B 27 positivo. 3. Inicio de artritis en un varón mayor de 6 años de edad. 4. Uveítis anterior aguda sintomática. 5. Historia de espondilitis anquilosante, artritis asociada a entesitis, sacroileitis con enfermedad inflamatoria intestinal, Síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda en un familiar de primera línea. 	a, d, e
Artritis Indiferenciada	Niños con artritis de causa desconocida que persiste al menos durante 6 semanas, en los que: <ol style="list-style-type: none"> 1. No se reúnen criterios diagnósticos para ninguna de las categorías anteriores, o 2. Se reúnen criterios diagnósticos para más de una categoría. 	

EXCLUSIONES

- a. Psoriasis o historia de psoriasis en el paciente o en un familiar de primera línea.
 - b. Artritis en un varón HLA B27 + que inicia después del sexto cumpleaños.
 - c. Espondilitis anquilosante, artritis asociada a entesitis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda, o historia de uno de estos desórdenes en un familiar de primera línea.
 - d. Presencia de Factor Reumatoide tipo IgM positivo en dos ocasiones separadas por al menos 3 meses.
 - e. Presencia de AIJ sistémica en el paciente.
-

Tabla 1.- Artritis Idiopática Juvenil, Criterios de clasificación (ILAR, Edmonton, 2001).