



Sábado 15 de octubre de 2005

Mesa Redonda:
**“Actualización de temas
prevalentes en Pediatría
de Atención Primaria”**

Moderadora:

Alfonsa Lora Espinosa
Pediatra, CS Ciudad Jardín, Málaga

■ **Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica**

Maite Callén Bleuca
Pediatra, CS de Bidebieta, San Sebastián

■ **Dolor musculoesquelético en pediatría de Atención Primaria**

Jaime de Inocencio Arocena
Pediatra, CS Estrecho de Corea, Área 4, Madrid

■ **Estreñimiento crónico**

Gerardo Prieto Bozano
Pediatra, Hospital Infantil La Paz, Madrid

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

De Inocencio Arocena J. Dolor musculoesquelético en pediatría de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 89-97.

Dolor musculoesquelético en pediatría de Atención Primaria

Jaime de Inocencio Arocena
Pediatra, CS Estrecho de Corea, Área 4, Madrid.
deinocjm@eresmas.net

RESUMEN

El dolor musculoesquelético (DME) es frecuente en Pediatría de Atención Primaria (PAP), representando entre el 3,6 y el 6,1% de las consultas en niños > 3 años. Su prevalencia aumenta con la edad, de manera que en adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años el 11,6% de las consultas se hallan relacionadas con DME. Su etiología varía con la edad, siendo las más frecuentes los traumatismos (44%), los síndromes (S) por sobrecarga (24%) y las osteocondrosis (10%). A pesar de la alta tasa de recurrencias, los cuadros responsables de DME en PAP suelen ser benignos, siendo poco frecuentes los procesos inflamatorios y traumatológicos que requieran derivación al hospital. Otras enfermedades cuyo retraso diagnóstico puede asociar una gran morbilidad, como neoplasias, infecciones osteoarticulares, etc., son excepcionales en Atención Primaria.

La edad inferior a los 3 años, la presencia de sintomatología sistémica, el empeoramiento de los síntomas con el reposo, la persistencia de la sintomatología durante más de 2-3 meses y el desarrollo de impotencia o alteración funcional son signos de alarma que indican la conveniencia de derivar al paciente a otro nivel asistencial.

INTRODUCCIÓN

El dolor musculoesquelético (DME) representa, junto al dolor de cabeza y al abdominal, una de las causas más frecuentes de dolor recurrente en pediatría^{1,2}. Habitualmente no existe un antecedente traumático evidente, y los pacientes presentan síntomas intermitentemente días o semanas antes de acudir a consulta. Más raramente el motivo de

consulta consiste en una cojera de aparición brusca. A continuación se comentan las patologías más frecuentemente responsables de esta sintomatología en Atención Primaria, así como una aproximación a su diagnóstico.

EPIDEMIOLOGÍA

Encuestas realizadas en colegios de Finlandia o Reino Unido revelan que alrededor del 15% de los niños en edad escolar presenta DME, aunque sólo en un 30% de los mismos la intensidad o persistencia (>3 meses) de los síntomas motiva que acudan a consulta para evaluación^{3,4}. Asimismo, el DME es responsable del 7% de las consultas de Pediatría de Atención Primaria (PAP) en EE.UU.⁵, siendo la patología musculoesquelética el tercer motivo de consulta en adolescentes⁶ en este país.

En España la prevalencia de DME en consultas de PAP en mayores de 3 años oscila entre un 3,6% (Vizcaya)⁷ y un 6,1% (Madrid)⁸. Una de cada 3 consultas por DME, sin embargo, se realiza **aprovechando** que se acude al centro de salud por otros motivos⁹. El DME presenta una clara relación con la edad, de manera que según aumenta ésta se incrementa el número de niños con DME⁸.

ORIGEN DE LA SINTOMATOLOGÍA

Cualquier componente del sistema musculoesquelético (huesos, tendones, músculos, ligamentos o articulaciones) puede ser el origen del dolor. Por tanto, el primer objetivo a la hora de evaluar a un paciente con DME es determinar de dónde proviene la sintomatología, dado que, dependiendo de ello, la actitud a seguir será diferente. La Tabla I presenta una propuesta de recogida sistemática de información clínica.

ETIOLOGÍA DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO EN PEDIATRÍA

Las principales causas de DME en PAP se hallan recogidas en la Tabla II. Algunas (dolores de crecimiento, hiper movilidad, sinovitis transitoria) son más frecuentes en el niño pequeño mientras que otras (fracturas, es-

guinces, síndromes por sobrecarga, osteocondrosis) lo son en el niño mayor.

Traumatismos

Constituyen la principal causa de DME en PAP a todas las edades. Por lo general existe un antecedente traumático evidente. A la hora de evaluar a estos pacientes conviene determinar: **(1) la localización del dolor** (diafisario: hematomas o contusiones musculares, fracturas con o sin deformidad; metafisario: epifisiolisis; periarticular: esguinces, artritis traumáticas), **(2) si existe dolor a la palpación** (masas musculares indicativo de contusiones, óseo a punta de dedo sugerente de fracturas), **(3) si se produce dolor a la movilización activa y contra resistencia** (músculos: contusiones; articulaciones: esguinces, artritis traumáticas), **(4) la estabilidad articular** (esguinces), y **(5) la presencia de derrame sinovial** (artritis traumáticas, roturas ligamentosas). La radiología puede ser de gran ayuda a la hora de evaluar a estos pacientes, demostrando la presencia o ausencia de lesiones óseas.

Dolores de crecimiento

Son un síndrome doloroso de etiología desconocida muy prevalente en la infancia, ya que entre un 10 y un 20% de los niños de entre 3 y 10 años los padecen. Su frecuencia es similar en niñas y en niños. Su denominación es incorrecta ya que no guardan relación con la velocidad de crecimiento ni con el cierre de las epífisis. Característicamente se producen episodios de dolor vespertino o nocturno referido a los miembros inferiores (MM.II.) de una duración de entre 10 y 30 minutos, habitualmente en la región pretibial, gemelos, huesos poplíteos o muslos. Su intensidad es muy variable.

La sintomatología es generalmente intermitente, con intervalos sin dolor que pueden oscilar de días a semanas. Ceden con calor y/o masaje, su pronóstico es benigno y tienden a desaparecer con la edad. Su diagnóstico se basa en la anamnesis así como en la ausencia de alteraciones en la exploración articular; por lo que no requiere exploraciones complementarias.

Tabla I. Propuesta de recogida sistemática de información clínica en el paciente con dolor musculoesquelético

| Anamnesis | |
|---|---|
| Fiebre | Infecciones osteoarticulares: artritis séptica, osteomielitis Neoplasias: leucemia, linfoma, neuroblastoma, etc. Procesos inflamatorios: ACJ, lupus eritematoso sistémico (LES), vasculitis |
| Antecedentes traumáticos (Mecanismo, localización, tiempo transcurrido hasta la aparición de los síntomas) | Músculos: hematomas, contusiones, roturas fibrilares Ligamentos: esguinces Huesos: contusiones, fracturas con o sin deformidad (rodete, tallo verde, epifisiolisis) Articulaciones: artritis traumáticas |
| Localización | Diafisaria: traumatismos musculares, fracturas, tumores óseos Metafisaria: epifisiolisis, osteomielitis, tumores Articular: artritis (séptica, inflamatoria), trastornos mecánicos |
| Patrón doloroso | Patrón inflamatorio: rigidez tras reposo prolongado, matutina Patrón mecánico: dolor asociado con la actividad física, vespertino |
| Exploración | |
| Inspección general | Cojera al entrar en la consulta, localización Exantemas cutáneos: Púrpura de Schönlein-Henoch, urticaria, exantemas por varicela, parvovirus, ACJ sistémica, LES, vasculitis, dermatomiositis Hematomas musculares o sobre prominencias óseas: Traumatismos |
| Palpación | Linfadenopatía, organomegalia: neoplasias, ACJ sistémica, infecciones virales Masas musculares y huesos largos: dolor a punta de dedo (afectación fibrilar, fracturas) |
| Examen articular | Tumefacción, asimetrías, movilidad (limitación, laxitud), estabilidad ligamentosa |
| Examen articular indirecto⁽¹⁾ | Valorar la presencia de disimetrías de MM.II. o diferencias en el diámetro cuadrípital o rotuliano compatibles con artritis inflamatorias asimétricas |
| ⁽¹⁾ La artritis crónica juvenil (ACJ) oligoarticular representa el tipo más frecuente de artritis inflamatoria en niños. Dado que habitualmente cursa con mínimo derrame y que es oligosintomática resulta útil la valoración de estas mediciones en niños descritos como "torpes" al levantarse por la mañana. La enfermedad suele cursar con afectación asimétrica de rodilla. | |

Tabla II. Etiología del dolor musculoesquelético (DME) en Pediatría Atención Primaria

| Causas frecuentes | Causas poco frecuentes |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Traumatismos | Artritis Inflamatorias |
| Síndromes por sobrecarga | Infecciones osteoarticulares |
| Osteocondrosis | DME de etiología no orgánica |
| Dolores de crecimiento ⁽¹⁾ | S. de amplificación dolorosa |
| Sinovitis transitoria ⁽¹⁾ | Neoplasias |

⁽¹⁾Etiologías más frecuentes en niños de 3-5 años de edad. Los dolores de crecimiento y la sinovitis transitoria representan el 17% y el 11% respectivamente de los motivos de consulta por DME en niños de esta edad. Estas etiologías, sin embargo, sólo representan el 6 y el 3% respectivamente de las consultas en niños de 6 a 9 años, sin llegar al 1% de los motivos de las consultas en adolescentes.

Hipermovilidad articular benigna

El síndrome de hipermovilidad articular benigna hace referencia a la hipermovilidad no asociada a trastornos del tejido conectivo (S Ehlers-Danlos, S Marfan, etc.). La sintomatología parece producirse por el excesivo arco de movimiento articular, que genera un aumento de tensión tanto en la cápsula como en los ligamentos responsables de mantener la estabilidad articular. Ello justifica que los dolores tengan un patrón mecánico y que se localicen con mayor frecuencia en articulaciones de carga, principalmente rodillas y tobillos. El diagnóstico de este síndrome se basa en el cumplimiento de los criterios expuestos en la Tabla III. La hipermovilidad benigna no es una enfermedad sino una variación de la normalidad^{10,11}, presente en un 25-50% de los niños menores de 8-10 años. El tratamiento de la fase aguda se basa en el reposo relativo, aunque lo más importante es tranquilizar a la familia explicándoles que es un proceso benigno que tiende a la resolución con la edad.

Sinovitis transitoria

Representa la causa más frecuente de sinovitis en la infancia. Su etiología es desconocida, afecta a un 2-3% de los niños de 3-10 años de edad, y es mucho más frecuente en varones que en mujeres (relación V:M 3-4:1). En general debuta como una cojera de aparición brusca con dolor referido a la ingle o a la rodilla en un niño sin antecedentes significativos, fiebre ni afectación del estado general. La sinovitis es bilateral en un 5% de los casos. La exploración es muy característica, con dolor y limitación a la flexión y, sobre todo, a la rotación inter-

na de la cadera afectada. Las radiografías son normales y en la ecografía se aprecia un pequeño derrame sinovial. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la artritis séptica, que siempre debe tenerse presente si (1) el niño es **menor de 3 años**, (2) existe fiebre o elevación de reactantes, o (3) la **impotencia funcional** o el **dolor son muy intensos**. Tiende a la recidiva¹² y no se ha demostrado que episodios repetidos favorezcan el desarrollo de una enfermedad de Perthes^{13,14}. Conviene recordar que la sinovitis transitoria de cadera altera la movilidad de la misma, por lo que no se puede realizar este diagnóstico en niños con cojera pero con exploración de caderas normal. Su tratamiento se basa en el reposo y en la administración de antiinflamatorios no esteroideos orales, habitualmente ibuprofeno.

Síndromes por sobrecarga

Representan un conjunto de procesos producidos por microtraumatismos repetidos. Pueden afectar a músculos (sobrecargas y desgarros fibrilares), tendones (epitrocleititis, epicondilitis), fascias (fasciitis plantar), huesos (fracturas de estrés) o cartílagos (S. sobrecarga patelofemoral). De todos ellos el más frecuente es el síndrome de sobrecarga patelofemoral.

FRACTURAS DE ESTRÉS

Son poco frecuentes y de difícil diagnóstico. Se producen por microtraumatismos repetidos, localizándose principalmente a nivel de la epífisis proximal de tibia y en la cabeza del 2.º metatarsiano. Este tipo de fracturas puede producir sintomatología sin que se aprecien cambios ra-

Tabla III. Criterios de Beighton para el diagnóstico de hipermovilidad articular

- Aposición del pulgar a la cara volar del antebrazo
- Flexión dorsal del 5.º dedo hasta quedar paralelo a la cara dorsal del antebrazo
- Hiperextensión de rodillas superior a 10.º
- Hiperextensión de codos superior a 10.º
- Hiperflexión de columna (tocar el suelo con las palmas manteniendo las rodillas extendidas)

Los cuatro primeros se valoran de manera bilateral, por lo que la puntuación máxima posible es de 9. La hipermovilidad se define por la presencia de al menos cuatro de los nueve criterios posibles.

diológicos hasta después de 3 ó 4 semanas. La gammagrafía ósea permite realizar el diagnóstico de manera precoz.

S. DE DOLOR O SOBRECARGA PATELOFEMORAL

Consiste en la alteración del cartílago articular de la rótula por impactos repetidos contra los cóndilos femorales. En general se trata de un trastorno del desarrollo mediado por una deficiente coordinación de la contracción del cuádriceps femoral, que motiva que la rótula no se mueva libremente en el espacio intercondilar sino que en su desplazamiento golpea a los cóndilos. Con menor frecuencia puede ser secundario a trastornos torsionales o angulares de los MM.II.

Habitualmente los pacientes son adolescentes que refieren dolor perirotuliano tras actividades deportivas o la realización de un ejercicio físico inhabitual en ellos. Actividades como subir o bajar escaleras o sentarse en cuclillas exacerban los síntomas¹⁵. La exploración debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y con las rodillas extendidas. Resulta característica la sensación de irregularidad o crepitación rotuliana tanto al movilizar pasivamente la rótula en dirección céfalo-caudal aplicando una cierta presión como, en menor grado, al flexionar la rodilla. Asimismo, la contracción activa del cuádriceps al tiempo que se mantiene la rótula inmovilizada reproduce el dolor.

Es un proceso transitorio que mejora con la madurez del sistema locomotor. En caso de que se precise intervenir, el tratamiento consiste en la potenciación del cuádriceps mediante ejercicios de rehabilitación. Cuando los pacientes presentan una marcada deformidad torsional o angular deben ser derivados al traumatólogo para evaluación.

Osteocondrosis

Constituye un grupo diverso de enfermedades características de la edad pediátrica, ya que se relacionan con el crecimiento óseo y sólo se presentan sobre un hueso inmaduro, con las fisis abiertas¹⁶. El dolor es el síntoma prin-

cipal de estas enfermedades, que se confirman mediante estudios de imagen. Con la posible excepción de la afectación grave de la cabeza femoral, su pronóstico es excelente. Las osteocondrosis más frecuentes en PAP son el Síndrome de Osgood-Schlatter y la Enfermedad de Sever.

Síndrome de Osgood-Schlatter. Es una osteocondrosis de la tuberosidad tibial anterior; punto de inserción distal del tendón rotuliano. Se produce en alrededor del 1% de los adolescentes, siendo más frecuente en aquellos que practican deporte. Cursa con dolor en la epifisis proximal de tibia (donde también puede existir tumefacción) o en el área perirotuliana. Es un proceso autolimitado que se resuelve al final de la adolescencia. El diagnóstico se establece por la presencia de un dolor muy selectivo a la palpación de la tuberosidad tibial anterior. Su tratamiento consiste en reposo relativo.

Enfermedad de Sever. Es una osteocondrosis de la apófisis del calcáneo, probablemente relacionada con la tracción que sobre él produce el tendón de Aquiles. Es una de las causas más frecuentes de talalgia en Pediatría. Se relaciona con el nivel de actividad física, siendo más frecuente en varones. Suele aparecer sobre los 10 años de edad con dolor en la zona del talón y, ocasionalmente, cojera después de hacer ejercicio. El diagnóstico se puede hacer con la exploración física, no siendo necesario más tratamiento que ajustar su nivel de actividad física para evitar el dolor. Si esta estrategia no es suficiente, se pueden utilizar taloneras de descarga. Se resuelve con la edad.

Enfermedad de Perthes. Es una necrosis avascular de la cabeza femoral de etiología desconocida. En el 10% de los casos es bilateral. Suele afectar a niños de 3-10 años (mismo grupo etario que la sinovitis transitoria), aunque su prevalencia (1/10.000 niños) es 200 a 300 veces inferior a la de la sinovitis transitoria. En general, los pacientes presentan una sintomatología subaguda, con la instauración progresiva de dolor referido a la ingle o rodilla que puede progresar a cojera. No asocia síntomas sistémicos o elevación de reactantes inflamatorios. Característicamente existe una limitación a la movilidad de cadera, principalmente a la rotación inter-

na. El diagnóstico se realiza mediante la radiografía de caderas; inicialmente se observa el denominado "signo de la uña", consistente en la aparición de una semiluna hipodensa en el hueso subcondral. Progresivamente se desarrolla una esclerosis de la cabeza femoral con irregularidad del contorno articular. En estadios iniciales la gammagrafía ósea permite un diagnóstico precoz, demostrando una disminución o ausencia de captación del isótopo al nivel de la cabeza femoral afectada. Estos pacientes deben ser derivados al traumatólogo inmediatamente.

Artritis

El término artritis sólo implica la existencia de inflamación de la membrana sinovial. De acuerdo a su etiología, las artritis se clasifican en infecciosas, reactivas, inflamatorias, traumáticas, mecánicas y neoplásicas. El diagnóstico genérico de artritis se realiza por la presencia de (1) derrame sinovial y/o (2) dolor con limitación de la movilidad articular. La exploración, por tanto, es clave a la hora de diferenciar si un paciente con dolor articular presenta artritis o artralgiás (dolor sin artritis). Característicamente los pacientes con artritis presentan rigidez y/o dolor tras períodos prolongados de inactividad, en particular tras el reposo nocturno. En el caso de niños pequeños, esta sintomatología puede resultar extraordinariamente sutil, por lo que con frecuencia lo único que refieren los padres es que el niño presenta cierta torpeza matutina para realizar actividades que a otras horas del día no le suponen ningún problema.

Su diagnóstico diferencial es extenso y difícil, por lo que suele ser necesario realizar artrocentesis diagnósticas y solicitar exploraciones complementarias no disponibles en Atención Primaria. Sin embargo, una anamnesis completa puede orientar el diagnóstico, incluyendo (1) el **tiempo de evolución** de los síntomas; (2) los **antecedentes infecciosos** previos (catarrales en caso de sinovitis transitorias y púrpura de Schönlein-Henoch; infecciones ORL antecedendo episodios de fiebre reumática, artritis reactiva post-estreptocócica; infecciones entéricas cuando se sospecha una artritis reactiva); (3) la presencia de **síntomas sistémicos** (fiebre, pérdida de

peso, etc.) que puedan sugerir infecciones osteoarticulares, artritis inflamatorias o neoplasias; (4) la existencia de **impotencia** funcional, que pueda orientar hacia una patología articular o neurológica; y (5) el **patrón articular**: mono, oligo (< 4 articulaciones) o poliarticular (> 5 articulaciones). En caso de existir varias articulaciones afectadas, determinar si la artritis es **aditiva** (se suman nuevas articulaciones a las ya afectadas, característico de las artritis inflamatorias) o **migratoria** (la inflamación pasa de unas articulaciones a otras, característico de las artritis reactivas y fiebre reumática). Independientemente de la exploración, la constatación de la existencia de sintomatología sistémica o persistente ("artralgiás" varios días a la semana durante un período de 2-3 meses), impotencia funcional o poliartitis son indicaciones para derivar al paciente a una unidad de Reumatología pediátrica para estudio.

La edad es un factor muy importante a tener en cuenta. Tanto la artritis crónica juvenil (ACJ) mono/oligoarticular como las artritis sépticas son más frecuentes en el grupo de niños de 1 a 3 años de edad. Dado que esta forma de ACJ es oligosintomática (con frecuencia los pacientes no presentan dolor; y tanto los derrames sinoviales como la limitación del movimiento pueden ser muy discretos) es importante intentar obtener información indirecta adicional. Dado que la rodilla está afectada en la mayoría de los casos, es importante comprobar la ausencia de los parámetros indicados en la Tabla IV. Por lo que respecta a las artritis sépticas, conviene recordar que el espectro de gérmenes responsables de esta patología está variando, de manera que cada vez es más frecuente encontrar a pacientes con artritis sépticas sin gran afectación del estado general ni fiebre, sino sólo con febrícula. Por tanto, es útil considerar que toda monoartritis –máxime en pacientes entre 1 y 3 años– es séptica hasta que se demuestre lo contrario.

Epifisiolisis

Esta entidad consiste en un deslizamiento medial y posterior de la cabeza femoral de etiología desconocida. La presentación clínica y exploración es muy similar a la de la enfermedad de Perthes, aunque afecta a ado-

Tabla IV. Signos indirectos de artritis crónica de rodilla

| Exploración | Medición | Hallazgos en rodilla afectada |
|------------------------|---|---------------------------------------|
| Asimetría de rodillas | Inspección | Aumentada de tamaño |
| Disimetría de MM.II. | Ombligo a maleolo tibial | Longitud del miembro afecto aumentada |
| Diámetro rotuliano | Diámetro en el punto medio de la rótula | Aumentado |
| Diámetro cuadricipital | Diámetro del muslo a 5-10 cm del polo superior de la rótula | Disminuido |

lescentes. El diagnóstico se realiza, asimismo, mediante la radiografía de caderas. En esta enfermedad, sin embargo, es fundamental obtener junto a la proyección AP de caderas una axial, dado que el desplazamiento de la cabeza femoral es mucho más evidente en esta proyección. Estos pacientes deben ser derivados al traumatólogo inmediatamente.

DME de etiología no orgánica

Este tipo de patología es más frecuente en niñas adolescentes (relación V:M 1:3). Habitualmente se trata de pacientes con una personalidad "doliente", que manifiestan multitud de síntomas en diversos órganos (cefaleas, epigastralgias, problemas en la deglución, dificultad respiratoria, parestesias o anestias de distribución atípica, etc.). Por lo que respecta al sistema musculoesquelético, es muy frecuente la descripción de artromialgias difusas intensas, tumefacciones articulares intermitentes no objetivadas por ningún profesional sanitario e impotencia funcional. A pesar de la intensidad y frecuencia de los síntomas, los niños afectados suelen presentar una gran indiferencia por sus dolencias¹⁷. También es habitual que existan discrepancias en la exploración cuando se sienten examinados (coxalgia con imposibilidad para flexionar la cadera en supino) y cuando se examina la misma articulación sin que sean conscientes de ello (solicitar que se pongan en cuclillas o flexionen el tronco). El diagnóstico puede resultar difícil, aunque la constelación de síntomas, la forma en que vive la enfermedad el paciente y su familia, y la exploración física normal son muy orientativas.

Neoplasias

Múltiples tumores pueden producir DME. Los más frecuentes, las leucemias, pueden asociar sintomatología musculoesquelética (dolores difusos y artralgias). Habitualmente cursan con sintomatología sistémica, siendo su principal diagnóstico diferencial el de ACJ sistémica. Una de las claves de este diagnóstico diferencial viene dada por el número de plaquetas, generalmente elevado en el caso de la ACJ (reactante de fase aguda) mientras que suele estar normal o disminuida en el caso de las leucemias. Otros tumores óseos tanto benignos (osteoma-osteoides) como malignos (osteosarcoma, sarcoma de Ewing, etc.) pueden producir dolor. Dada su baja frecuencia, sólo conviene recordar la utilidad de obtener radiografías en aquellos casos en los que la localización del dolor (vertebral o diafisaria) o la persistencia de síntomas no sean explicables por otras patologías.

CONCLUSIONES

El dolor musculoesquelético puede tener múltiples orígenes (partes blandas, huesos, articulaciones) y estar producido por múltiples etiologías. Generalmente las causas responsables son benignas, aunque debe tenerse presente que el diagnóstico diferencial incluye enfermedades cuyo pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz (infecciones osteoarticulares, artritis inflamatorias, neoplasias y patología traumática).

Una anamnesis minuciosa puede dar muchas de las claves necesarias para realizar el diagnóstico o para decidir derivar al paciente al especialista adecuado. El diagnóstico de la patología responsable del dolor, sin embargo, depende en gran medida de una exploración física detallada. Al evaluar a pacientes con DME, máxime si éste es persistente, hay que evaluar el patrón doloroso, realizar una exploración general y del aparato locomotor completa, determinar la localización y el posible origen del dolor teniendo en cuenta la posibilidad de que se trate de dolores referidos (gonalgias por patología de cadera o coxalgias por patología de columna), valorar la existencia de tumefacción, dolor o limitación de la movilidad articular, y evaluar la presencia de asimetrías musculares.

La utilidad de las exploraciones complementarias se ve limitada al hemograma y velocidad de sedimentación/proteína C reactiva en caso de sospecha de neoplasias o infecciones osteoarticulares, y a las radiografías, en casos de enfermedad de Perthes/Epifisiolisis o tumores óseos. Otras pruebas requieren una indicación más precisa (anti-

cuerpos antinucleares y complemento en caso de artritis inflamatorias, cultivos en caso de artritis sépticas, gammagrafía o TAC en caso de tumores óseos, etc.) y no se hallan disponibles ni deben ser solicitadas desde Atención Primaria.

Los signos de alarma que deben motivar el referir al paciente a una Unidad de Reumatología pediátrica son:

- Edad igual o inferior a 3 años (artritis sépticas, neoplasias, oligoartritis inflamatorias).
- Sintomatología sistémica (neoplasias, infecciones osteoarticulares).
- Patrón doloroso inflamatorio.
- Sintomatología persistente (> 2-3 meses de evolución).
- Impotencia o alteración funcional.

Bibliografía

1. Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: A review. *Pain*. 1991;46:247-264.
2. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*. 2005;115:e152-162. [Fecha de consulta: 15 jun 2005]. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.154/peds.2004-0682
3. Naish JM, Apley J. Growing pains: A clinical study of non-arthritic limb pains in children. *Arch Dis Child*. 1951;26:134-140.
4. Øster J, Nielsen A. Growing pains. A clinical investigation of a school population. *Acta Paediatr Scand*. 1972;61:329-334.
5. Vital and Health Statistics. Patient's reasons for visiting physicians: National Ambulatory Medical Care survey, U.S. 1977-78. DHHS publication number 82-1717. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 1981.
6. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. *Pediatrics*. 1999;104:35-42.
7. Abad Therón I, Cabeza Díez I, Sánchez Etxaniz J. Dolor musculoesquelético en la consulta de Atención Primaria. *Actas del III Congreso Nacional de Reumatología Pediátrica*, 22-24 nov 2001, Bilbao. *An Esp Pediatr*. 2002;56:386.
8. De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child*. 2004;89:431-434.
9. De Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: Analysis of 1,000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics*. 1998;102:e63. [Fecha de consulta: 15 jun 2005]. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/6/e63.
10. De Cunto CL, Moroldo MB, Liberatore DI, Imach E. Hiperlaxitud articular: estimación de su prevalencia en niños en edad escolar. *Arch Argent Pediatr*. 2001;99:105-110.
11. De Inocencio Arocena J, Ocaña Casas I, Benito Ortiz L. Laxitud articular: prevalencia y relación con dolor musculoesquelético. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:162-166.
12. Taylor GR, Clarke NM. Recurrent irritable hip in childhood. *J Bone Joint Surg*. 1995;77:748-751.
13. Mukamel M, Litmanovitch M, Yosipovich Z, Grunebaum M, Varsano I. Legg-Calve-Perthes disease following transient synovitis. How often? *Clin Pediatr (Phila)*. 1985;24:629-631.
14. Mattick A, Turner A, Ferguson J, Beattie T, Sharp J. Seven year follow up of children presenting to the accident and emergency department with irritable hip. *J Accid Emerg Med*. 1999;16:345-347.
15. Henrickson M, Passo MH. Recognizing patterns in chronic limb pain. *Contemp Pediatr*. 1994;11:33-62.

16. García-Trevijano Forte JL, González López JL. Epifisitis de crecimiento. Semin Fund Esp Reumatol. 2004;192-204.
17. Sherry DD, McGuire T, Mellins E, Salmonson K, Wallace CA, Nepom B. Psychosomatic musculoskeletal pain in childhood: Clinical and psychological analyses of 100 children. Pediatrics. 1991;88:1093-1099.

