

Traver Cabrera, P.; Miralbés Terraza, S.; Alquézar González, A.; Galbe Sánchez-Ventura, J.
Cojera en una niña de 20 meses, ¿es siempre una sinovitis de cadera?
Pediatría Atención Primaria, vol. XVI, núm. 64, 2014, pp. 337-339
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366634032013>



Pediatría Atención Primaria,
ISSN (Versión impresa): 1139-7632
revistapap@pap.es
Asociación Española de Pediatría de Atención
Primaria
España



Nota clínica

Cojera en una niña de 20 meses, ¿es siempre una sinovitis de cadera?

P. Traver Cabrera^a, S. Miralbés Terraza^a, A. Alquézar González^b, J. Galbe Sánchez-Ventura^c

Publicado en Internet:
30-octubre-2014

Pilar Traver Cabrera:
pitruver@gmail.com

^aPediatra. CS Binéfar. Huesca. España • ^bEnfermera Pediatría. CS Binéfar. Huesca. España
• ^cPediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España.

Resumen

La cojera o el dolor musculoesquelético es una consulta frecuente en la infancia. Su etiología es diversa y frecuentemente banal. En algunas ocasiones la cojera puede ser el síntoma inicial de procesos neoplásicos.

Presentamos el caso de una lactante de 20 meses de edad que presentó una cojera de dos semanas de evolución. En la valoración inicial en Atención Primaria no se apreció patología de gravedad, se realizó una ecografía de caderas y fue diagnosticada de sinovitis transitoria. Tras un periodo de reposo relativo y antiinflamatorios no se apreció mejoría. Varias semanas después presentó dolor nocturno de extremidades de forma intermitente. Se realizó una analítica en la que se apreciaba una neutropenia. Ante la persistencia de la cojera, la presentación del dolor nocturno y la neutropenia, se procedió a derivar a la paciente al Servicio de Oncohematología de referencia donde se diagnosticó de leucemia linfoblástica aguda.

Palabras clave:

- Leucemia
- Neutropenia
- Cojera
- Dolor musculoesquelético

Lameness in a 20 months girl, is it always a synovitis of the hip?

Abstract

Lameness or musculoskeletal pain is a frequent consultation in the infancy. Its etiology is diverse and frequently not severe. In some cases lameness can be the initial symptom of neoplastic processes. Caucasian woman aged 20 months who presented lameness of two weeks of evolution. In the initial evaluation in Health primary care center we didn't appreciate any severity process. An ultrasound scan of hips was realized and she was diagnosed of transient synovitis of the hip. After a period of relative rest and anti-inflammatory treatment medical staff didn't appreciate any improvement. Several weeks later she presented intermittent night pain in the legs. A blood sample was taken and discovered neutropenia. Given the persistence of the lameness, night pain and neutropenia, paediatrician sent the patient to paediatric oncohematology department where the diagnosis of lymphoblastic leukaemia was realized after bony marrow aspiration.

Key words:

- Leukemia
- Neutropenia
- Musculoskeletal pain
- Limp
- Lameness

CASO CLÍNICO

Mujer caucásica de 20 meses de edad sin antecedentes familiares ni perinatales de interés. Tres meses antes del inicio del proceso actual, sufrió

una estomatitis aftosa acompañada de fiebre alta y moderada afectación del estado general. Cuando acude a la consulta presenta, desde hace dos semanas, cojera intermitente de la extremidad izquierda. En la exploración no tiene limitación a la

Cómo citar este artículo: Traver Cabrera P, Miralbés Terraza S, Alquézar González A, Galbe Sánchez-Ventura J. Cojera en una niña de 20 meses, ¿es siempre una sinovitis de cadera? Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:337-9.

abducción, la movilidad pasiva es normal, no presenta bloqueo de la articulación ni signos inflamatorios, y marcha arrastrando la pierna izquierda. No había tenido fiebre y el resto de la exploración estuvo dentro de la normalidad, sin palidez, adenopatías ni hepatoesplenomegalia.

Se pauta tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno. Una semana después, ante la persistencia de los síntomas, es remitida al hospital comarcal de referencia, donde se realiza una ecografía de caderas que no muestra hallazgos patológicos, tan solo algo de líquido dentro de la cápsula sinovial. Ante la sospecha de sinovitis de cadera (SC) se decide continuar el tratamiento antiinflamatorio y controlar evolutivamente con realización posterior de una nueva ecografía de caderas, informada como normal. Cuatro semanas después del inicio del cuadro, las molestias descritas persisten y aparecen dolores nocturnos en las extremidades. La niña no localiza bien el dolor pero presenta llanto intenso por la noche. Durante el día los padres observan caídas frecuentes. Es valorada por un traumatólogo, que no detecta anomalías significativas.

Ante la persistencia del cuadro, el pediatra de Atención Primaria (AP) realiza una analítica con los siguientes datos: hemograma: (por microlitro si no se indica otra medida) leucocitos 7900, neutrófilos 480, linfocitos 7270, monocitos 120, eosinófilos 20 y basófilos 10; serie roja: hematíes $4,03 \times 10^6$, hemoglobina 11,7 g/dl, hematocrito 34,4%, velocidad de sedimentación globular 4 mm/h; morfología de sangre periférica: no se observan células anormales. Bioquímica general con transaminasas, creatinfosfocinasa y metabolismo del hierro dentro de los parámetros normales. Ante estos valores, se decide repetir la analítica siete días después. El estudio muestra, entonces, persistencia de la neutropenia con cifra de neutrófilos de $490/\mu\text{l}$ y leucocitos de $5600/\mu\text{l}$. La serología de parvovirus B19 resultó negativa. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal fueron normales. Ante la persistencia de los síntomas se procedió a realizar una tercera analítica siete días después. Los resultados de esta tercera analítica fueron: leucocitos $9400/\mu\text{l}$, neutrófilos $820/\mu\text{l}$, y enolasa neuronal específi-

ca: 31,08 ng/ml (0-16,3 ng/ml), lactatodeshidrogenasa (LDH) 500 UI/l (240-480 UI/l). Con estos resultados, se valora la realización de una gammagrafía ósea, a la vez que se consulta con el Servicio de Oncohematología de referencia, que recomienda derivar el caso para su estudio. Finalmente, la niña fue diagnosticada de leucemia linfoblástica tras realizar una punción medular. Se observaron blastos únicamente en la médula ósea y no en sangre periférica.

DISCUSIÓN

El presente caso ilustra las dificultades que existen en AP para el diagnóstico de enfermedades de baja prevalencia cuando los síntomas son aún inespecíficos y las pruebas no concluyentes. En este contexto es precisamente cuando se ha de tener especial cuidado con algunos diagnósticos como el de SC, que sirven de cajón de sastre y que pueden proporcionarnos la falsa seguridad del etiquetado diagnóstico. Sin embargo, no toda SC es siempre lo que parece. En ocasiones, detrás de este diagnóstico se esconde algo más, como se ha documentado en la bibliografía^{1,2}. En la SC es típica la presencia de derrame dentro de la cápsula articular detectable mediante ecografía³. Recientemente, otros autores señalan que hasta el 60% de los casos de leucemia linfoblástica aguda se manifiestan con dolores osteoarticulares^{4,5}.

En nuestro caso hubo datos que alertaron al pediatra de AP, como la persistencia de los síntomas, la exploración normal de la cadera sin bloqueo de la misma, la intensificación de los dolores nocturnos, la marcha arrastrando la pierna y las caídas que presentaba esta niña. Estos síntomas son a veces la forma de presentación de leucemias y linfomas, como por otra parte se ha documentado por otros autores⁴⁻⁹. Las alteraciones analíticas condujeron a otras pistas, como la existencia de una neutropenia moderada y mantenida a lo largo de varias semanas acompañada de una discreta anemia y la elevación de la enolasa neuronal específica y de la LDH. Esta última determinación se ve alterada en las leucemias por infiltración hepática, lisis celular y

hematopoyesis ineficaz¹⁰. Se debe llamar la atención sobre que el diagnóstico de leucemia se buscó en este caso a lo largo de todo el proceso, incluso se solicitó la investigación de células anormales en la extensión de sangre periférica por parte de Hematología, con resultados negativos. La persistencia de la clínica asociada a alteraciones de las series roja y blanca, junto con la elevación de la LDH son las que finalmente motivaron al pediatra de AP a derivar a la niña al Servicio de Oncohematología pediátrica de referencia, donde finalmente se llegó al diagnóstico de leucemia tras practicar una punción aspirado de médula ósea. Todo el proceso narrado se desarrolló a lo largo de unos 40 días, tiempo que podemos considerar breve. La coordinación

de profesionales y servicios sanitarios condujo en este caso al diagnóstico en un tiempo adecuado, lo que sin duda repercutirá en un mejor pronóstico de la niña.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **LDH:** lactatodeshidrogenasa • **SC:** sinovitis de cadera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argemí Renom S, Aldecoa Bilbao V, Vilá de Muga M, Ramírez Rodríguez FJ, Travería Casanova FJ. Fracturas ocultas en lactantes: a propósito de dos casos. *Acta Pediatr Esp.* 2007;65:137-9.
2. Piris Borrega S, De Inocencio Arocena J, Rojo Conejo P, Vidart Anchia M, Negreira Cepeda S. Cojera no dolorosa como forma de presentación de una artritis tuberculosa. *Acta Pediatr Esp.* 2013;71:315-8.
3. Remesal Camba A, Merino Muñoz R. Ecografía en las consultas de reumatología pediátrica. *An Pediatr Contin.* 2013;11:228-31.
4. Dorronsoro Matín I, Merino Muñoz R, Sastre Uguellés A, García-Miguel García-Rosado P, García-Consuegra Molina J. Manifestaciones reumáticas como forma de comienzo de enfermedad maligna. *An Pediatr (Barc).* 2004;61:393-7.
5. Huerta Aragonés J. Oncología para el pediatra de Atención Primaria (I): signos y síntomas sugerentes de patología neoplásica. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2014;7:4-15.
6. López Almaraz R, Raya Sánchez JM, Herráiz Cuilebras MT, Rodríguez Luis JC. Alteraciones de la marcha como forma de presentación de la leucemia linfoblástica aguda. *BSCP Can Ped.* 2001;25:1-6.
7. García Bernal M, Badell Serra I. Leucemias en la infancia: signos de alerta. *An Pediatr Contin.* 2012;10:1-7.
8. Casado Picón R, Barrios López M, De Inocencio Arocena J, Baro Fernández M, Vivanco Martínez JL. Dolor musculoesquelético: una forma de inicio frecuente de leucemia linfoblástica aguda. *An Pediatr (Barc).* 2010;72:428-31.
9. Sierra-Bonet N, Guzmán Y, Rodríguez E, Millán A, y Rodríguez MA. Leucemia aguda en niños con diagnóstico erróneo de artritis idiopática juvenil. *Reumatol Clin.* 2008;4:70-3.
10. García Insausti C, Majado Martínez MJ, García Hernández AM, Moraleda Jiménez AM. Protocolo diagnóstico de la neutropenia. *Medicine.* 2012;11:1309-12.