

El niño con dolor de piernas

Leg Pain in Children.

Reyes-Cadena A

INTRODUCCIÓN

El dolor musculoesquelético representa una de las causas más frecuentes de dolor recurrente en pediatría. En general no existe un antecedente traumático evidente sino que los pacientes presentan síntomas, de manera intermitente, desde tiempo antes de solicitar la evaluación; en estos casos, los niños son llevados a consulta por otro motivo y, una vez allí, sus padres mencionan la presencia de dolor musculoesquelético. Menos frecuentemente el motivo de consulta es cojera o incapacidad funcional de aparición brusca sin antecedente traumático previo.

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología del dolor musculoesquelético en pediatría ha sido poco estudiada. Encuestas realizadas en Finlandia o el Reino Unido, en escolares, revelan que alrededor de 15% de los niños presenta dolor musculoesquelético. En Estados Unidos el dolor musculoesquelético es responsable de 7% de las consultas de atención primaria pediátrica.

ETIOLOGÍA

Es fundamental tener presente la edad de los pacientes, ya que patologías que pueden ser frecuentes a una edad resultan excepcionales a otra. Existe una gran variedad de etiologías que lo pueden producir, desde cuadros cuyo pronóstico depende de un diagnóstico precoz, hasta cuadros cuya etiología es benigna y que, a pesar de su larga evolución, tienden a la resolución espontánea (Cuadro 1).

Médico Pediatra Adscrito al servicio de Consulta Externa de Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría.

Recibido: 18 de enero del 2016

Aceptado: 18 de abril del 2016

Correspondencia

Dr. Reyes-Cadena Armando
Médico Pediatra Adscrito al servicio de
Consulta Externa de Pediatría.
Instituto Nacional de Pediatría.
Insurgentes Sur 3700-C
Col. Insurgentes Cuicuilco
cadenadr@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Reyes-Cadena A. El niño con dolor de piernas. Acta Pediatr Mex 2016;37(3):183-187.

Cuadro 1. Etiología del dolor musculoesquelético en pediatría a nivel de atención primaria

Edad	Causas frecuentes (>10%)
Preescolares (3-5 años)	Traumatismos Dolores de crecimiento Sinovitis transitoria Hiper movilidad
Escolares (6-9 años)	Traumatismos Etiología mecánica Osteocondrosis (enfermedad de Sever)
Adolescentes (10-14 años)	Traumatismos Etiología mecánica/síndrome por sobrecarga Osteocondrosis (Osgood -Schlatter)

EVALUACIÓN

Debido a que cualquier componente del sistema musculoesquelético puede originar dolor, el primer objetivo a la hora de evaluar un paciente con dolor musculoesquelético es determinar de dónde proviene la sintomatología. Para poder diferenciar unos cuadros de otros es útil obtener de manera sistemática la información clínica que permita determinar: 1) qué pacientes deben derivarse inmediatamente a otros especialistas hospitalarios; 2) a quiénes se debe solicitar exploraciones complementarias y 3) quiénes precisan un seguimiento clínico sin otro tipo de intervención.

En la anamnesis se preguntará, además de los antecedentes familiares y personales, por el tiempo de evolución del dolor, ya que esto puede ayudar

al diagnóstico. Síntomas de inicio agudo pueden sugerir una enfermedad aguda como artritis séptica, osteomielitis, fractura o malignidad. Se interrogará además por antecedentes traumáticos significativos (se entienden como tales aquellos que producen dolor, impotencia funcional, tumefacción o hematoma inmediatamente después o en las primeras 24 horas después del traumatismo). Es importante averiguar si el dolor es constante o intermitente, los síntomas matutinos que mejoran a través del día son más sugestivos de etiología reumatológica. El dolor después de la actividad es sugestivo de síndrome por sobreuso o fractura por estrés. El dolor que provoca despertar nocturno puede tener una etiología benigna como dolores de crecimiento o etiología más seria como malignidad u osteoma osteoide. En los niños que ya hablan se debe interrogar la localización y tipo de dolor. También se debe constatar la duración de los intervalos sin síntomas y si hubo evaluaciones previas por el mismo motivo u otro similar.

Las patologías de mayor gravedad generalmente causan síntomas sistémicos, por lo cual se debe interrogar acerca de fiebre, así como su tiempo de duración, asociación con *rash*, pérdida de peso, limitación en la actividad física, hiporexia, cambio en el patrón del sueño (Cuadro 2). A continuación se describen las causas más frecuentes de dolor musculoesquelético en la edad pediátrica (Cuadro 3):

Cuadro 2. Propuesta de obtención sistemática de información clínica en el paciente con dolor musculoesquelético

Anamnesis	
Fiebre	Infecciones osteoarticulares: artritis séptica, osteomielitis. Neoplasias: leucemia, neuroblastoma. Procesos inflamatorios: artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico, vasculitis
Antecedentes traumáticos (mecanismo, localización, tiempo transcurrido hasta la aparición de los síntomas)	
Localización	Diafisaria: traumatismos musculares, fracturas, tumores óseos. Metafisaria: epifisiolisis, osteomielitis, tumores. Articular: artritis (séptica, inflamatoria), trastornos mecánicos.
Patrón doloroso	Inflamatorio: rigidez tras reposo prolongado, matutina. Mecánico: dolor asociado con la actividad física, vespertino.

Cuadro 3. Causas más frecuentes de dolor de extremidades inferiores en pediatría (Continúa en la siguiente página)

Causa	Frecuencia	Síntomas/exploración física	Diagnóstico/tratamiento
Traumatismos	Corresponde a 40% de las consultas por dolor musculoesquelético en consulta de atención primaria pediátrica	Al evaluar a los pacientes con traumatismo se sugiere el siguiente orden: a) Localizar el dolor b) Determinar si hay dolor a la palpación c) Detectar dolor a la movilización activa y contra resistencia d) Estabilidad articular e) Derrame sinovial	Las radiografías del sitio donde se localiza el dolor son de gran ayuda para evaluar a los pacientes ya que pueden revelar lesiones óseas
Dolores de crecimiento	Afecta 10-20% de los niños entre 3-10 años. Su frecuencia disminuye con la edad Frecuencia similar en ambos sexos	Episodios de dolor en extremidades inferiores de predomino vespertino o nocturno Duración de 10-30 minutos Localización: habitualmente en región pretibial, gemelos, huesos poplíteos o muslos Intensidad: variable Síntomas intermitentes, con ausencia de dolor por días o semanas	El dolor cede con calor, masajes o ambos Pronóstico benigno Diagnóstico se basa en la anamnesis y ausencia de alteraciones a la exploración física
Sinovitis transitoria	Causa más frecuente de sinovitis en la infancia Afecta 2-3% de los niños de 3-10 años de edad Su frecuencia disminuye con la edad Es más frecuente en varones que en mujeres	Generalmente debuta como una cojera de aparición brusca con dolor referido a ingle o rodilla Sin antecedentes significativos, fiebre ni ataque al estado general Sinovitis bilateral en 5% de los casos Exploración física característica con dolor y limitación a la flexión y sobre todo a la rotación interna de la cadera afectada	Radiografías son normales Ultrasonido con derrame sinovial Tratamiento: reposo y administración de antiinflamatorios no esteroideos, habitualmente ibuprofeno
Síndrome de Osgood Schlatter	Se produce en alrededor de 1% de los adolescentes y es más frecuente en aquellos que practican deportes	Afecta la tuberosidad tibial anterior Curso con dolor en la epífisis proximal de la tibia, donde también puede haber tumefacción Proceso que se resuelve espontáneamente al final de la adolescencia	El diagnóstico se establece por la presencia de dolor selectivo a la palpación en la tuberosidad tibial anterior Tratamiento: reposo relativo
Enfermedad de Sever	Suele aparecer alrededor de los 10 años de edad Es más frecuente en varones Se relaciona con el nivel de actividad física	Es una osteocondrosis de la apófisis del calcáneo, probablemente relacionada con la tracción producida por el talón de Aquiles Es una de las causas más frecuentes de dolor de talones en pediatría. Se puede manifestar ocasionalmente con cojera después de hacer ejercicio	El diagnóstico se puede hacer con la exploración física No requiere más tratamiento que ajustar el nivel de actividad física para evitar el dolor Pueden utilizarse taloneras de descarga Tiende a resolverse con la edad

Cuadro 3. Causas más frecuentes de dolor de extremidades inferiores en pediatría (Continuación)

Causa	Frecuencia	Síntomas/exploración física	Diagnóstico/tratamiento
Enfermedad de Perthes	Suele afectar a niños de 3-10 años de edad	Es una necrosis avascular de la cabeza femoral En 10% de los casos es bilateral La sintomatología es subaguda, con instauración progresiva de dolor referido a la ingle o rodilla que puede progresar a cojera Característicamente existe limitación en la movilidad de la cadera, principalmente a la rotación interna	Diagnóstico: a) Radiografía de caderas: inicialmente se puede observar la aparición de una semiluna hipodensa en el hueso subcondral; más adelante se aprecia esclerosis de la cabeza femoral con irregularidad del contorno articular b) Gammagrama óseo: permite realizar diagnóstico precoz al demostrar disminución de la captación del isótopo en el lado afectado. Estos pacientes deben derivarse de inmediato al ortopedista.
Epifisiolisis	Incidencia oscila entre 2-10 por 100 mil niños de 10-14 años de edad Afecta principalmente a adolescentes Es más frecuente en varones En 15-20% de los casos es bilateral	Es un deslizamiento posterior de la cabeza femoral Síntomas consisten en dolor de tipo mecánico, referido a rodilla en 30% Alteración de la marcha en rotación externa A la exploración física demuestra disminución de la rotación interna, se puede apreciar incluso acortamiento del miembro pélvico	Diagnóstico se realiza mediante radiografías de caderas en donde es más evidente el desplazamiento de la cabeza femoral en la proyección axial que en la anteroposterior Estos pacientes se deben derivar de inmediato al ortopedista

Síndromes por sobrecarga

Representa un conjunto de procesos producidos por microtraumatismos repetidos. Se observan principalmente en deportistas y durante la edad pediátrica en adolescentes. Puede afectar a músculos (sobrecargas musculares), tendones (epitrocleititis, epicondilitis), fascias (fascitis plantar), huesos (fracturas de estrés) o cartílagos (condromalacia rotuliana).

Neoplasias

Múltiples tumores pueden producir dolor musculoesquelético. Los más frecuentes son leucemia que puede provocar dolor difuso y artralgiás. Habitualmente cursan con sintomatología sistemática y su principal diagnóstico diferencial es la artritis idiopática juvenil sistémica. Otros tumores óseos tanto benignos (osteoma osteoide) como malignos (osteosarcoma, sarcoma de Ewing) pueden provocar dolor esquelético (Cuadro 4).

El dolor musculoesquelético puede estar producido por distintas patologías. Generalmente la etiología es benigna, aunque su diagnóstico diferencial incluye enfermedades cuyo pronós-

Cuadro 4. Hallazgos útiles para distinguir dolor musculoesquelético benigno del potencialmente grave

Dolor benigno	Signos de alarma
Alivio con el descanso y empeora con la actividad	Mejora con la actividad y se presenta durante el reposo
Aparición a última hora del día	Rigidez matutina
Dolor nocturno que se alivia con analgésicos y masajes	Dolor nocturno que no se alivia con analgésicos y empeora con masaje
Ausencia de inflamación articular	Presencia de inflamación articular
Hiperlaxitud articular	Rigidez articular
Ausencia de hipersensibilidad ósea	Hipersensibilidad ósea
Fuerza normal	Debilidad muscular

El diagnóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz. Una anamnesis minuciosa puede dar claves necesarias para realizar el diagnóstico o para decidir derivar al paciente al especialista adecuado. Sin embargo, el diagnóstico etiológico depende en gran medida de una exploración física detallada.

La utilidad de las exploraciones complementarias en atención primaria se limita al hemograma y reactantes de fase aguda en caso de sospecha de neoplasias o infecciones osteoarticulares y a

las radiografías, en caso de fracturas, patología ortopédica y tumores óseos.

Lecturas recomendadas

1. De Inocencio-Arocena J. Dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación diagnóstica. Arch argent pediatr 2006;104(3):275-283.
2. López-Robledillo J.C. Síndrome de dolor musculoesquelético en la edad pediátrica. Pediatr Integral 2013;XVII(1):15-23.
3. M.L.-Tse S,M. Laxer.R. Approach to Acute Limb Pain in Childhood. Pediatrics in Review May 2006;27(5):170-180.
4. Gedalia A. Joint Pain in children: An Algorithmic Approach. IMAJ 2002;4:837-842.