

## Cojera no dolorosa como forma de presentación de una artritis tuberculosa

S. Piris Borregas<sup>1</sup>, J. de Inocencio Arocena<sup>1</sup>, P. Rojo Conejo<sup>1</sup>, M. Vidart Anchia<sup>2</sup>, S. Negreira Cepeda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. <sup>2</sup>Sección de Traumatología Infantil. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid

### Resumen

La coxalgia unilateral puede representar un importante reto diagnóstico en pediatría. Aunque la causa más frecuente es la sinovitis transitoria de cadera, hay otros diagnósticos que deben tenerse en cuenta, como la artritis séptica, las formas de inicio de artritis inflamatoria, en especial las asociadas a entesitis, las enfermedades ortopédicas (Perthes y epifisiolisis de cadera) y las neoplasias.

**Palabras clave:** Cojera, artritis, tuberculosis.

### Abstract

*Title:* Painless limp as a presentation of tuberculous arthritis

The unilateral hip pain can be a major diagnostic challenge in pediatrics. Although the most common cause is transient synovitis, there are other diagnoses that should be taken into consideration as septic arthritis, onset forms of inflammatory arthritis, especially those associated with enthesitis, orthopedic disease (Perthes and epiphysiolysis hip) and neoplasms.

**Keywords:** Limp, arthritis, tuberculosis.

### Caso clínico

Niña de 3 años de edad que consultó por un dolor en la ingle derecha y cojera de 7 días de evolución. En sus antecedentes destacaba la presencia de síntomas catarrales con fiebre de hasta 39,5 °C los días previos, y un viaje realizado a Marruecos, de donde es originaria su familia, el mes anterior. La niña había nacido en España y estaba vacunada según el calendario de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Fecha de recepción: 24/11/12. Fecha de aceptación: 11/12/12.

**Correspondencia:** S. Piris Borregas. Calle Inmaculada, 5, 1.º B. 28931 Móstoles (Madrid). Correo electrónico: dockbps@hotmail.com

**Cómo citar este artículo:** Piris Borregas 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(10): e315-e318.

Fue evaluada en el servicio de urgencias tras ser remitida desde otro centro, y se apreciaba un dolor y una limitación de la movilidad de la cadera derecha que la niña mantenía en flexión y rotación externa. Las exploraciones complementarias revelaron la ausencia de anemia o leucocitosis, la proteína C reactiva era de 4,4 mg/dL y se constató la presencia de un derrame sinovial en la ecografía. Con la sospecha de artritis séptica se realizó una artrocentesis, en la que se obtuvo una cantidad tan escasa de líquido articular que sólo se pudo remitir al laboratorio para el cultivo de gérmenes aerobios y anaerobios. La paciente permaneció ingresada en tratamiento con cefotaxima y cloxacilina i.v. Los cultivos resultaron estériles, por lo que se pautó a la paciente cefuroxima oral al alta.

Tras la antibioterapia la niña presentó una limitación significativa no dolorosa de la movilidad de la cadera, por lo que fue remitida a consultas externas de traumatología con la sospecha de enfermedad de Perthes. Unas semanas después del ingreso persistía la sintomatología sin alteraciones en las pruebas de imagen, por lo que se derivó al servicio de reumatología. Dado que las monoartritis de cadera de etiología inflamatoria son excepcionales a los 3 años de edad, se reevaluó a la paciente solicitando, entre otras exploraciones, un Mantoux, que demostró una induración de 25 mm a las 72 horas. Se realizó una radiografía de tórax, que mostró una pérdida de volumen en el lóbulo superior derecho, por lo que la paciente ingresó en la planta de infectología pediátrica con la sospecha de coxitis tuberculosa y tuberculosis pulmonar.

Durante el ingreso se recogieron jugos gástricos para baciloscopia y cultivo de micobacterias, cuya tinción resultó negativa, y se realizó una resonancia magnética de cadera, que demostró una hipertrofia sinovial y una distensión capsular (figura 1). Dado el elevado índice de sospecha, se realizó una artrotomía, en la que se obtuvo un escaso líquido sinovial que fue remitido para cultivos y detección de ADN de *Mycobacterium tuberculosis*, así como una biopsia sinovial, en la que se observaron granulomas epiteloideos con necrosis caseosa.

Se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, con lo que la paciente mejoró significativamente la movilidad articular 2 meses después de iniciarlo. A las 3 semanas del cultivo se detectó *M. tuberculosis* resistente a pirazinamida en el jugo gástrico y la membrana sinovial.

## Discusión

Las causas más conocidas de coxalgia no traumática en niños pequeños son la sinovitis transitoria y la artritis séptica de cadera<sup>1</sup>. Ambas entidades cursan, como siempre que existe un derrame sinovial en la cadera, con dolor y limitación de la movilidad, principalmente de la abducción y la rotación interna<sup>2</sup>. El dolor y la limitación son más significativos en el caso de las artritis sépticas, hasta el punto de que los pacientes pueden mantener la cadera en flexión y rotación externa en reposo. A diferencia de la artritis séptica, la sinovitis transitoria es más frecuente en niños mayores de 3 años, mejora con los antiinflamatorios y el reposo en 48-72 horas, y se resuelve en 7-10 días. Otra enfermedad que cabe

considerar en casos de cojera dolorosa es la afectación de la cadera en el contexto de una oligoartritis o una poliartritis inflamatoria<sup>3</sup>, que pueden descartarse mediante el examen articular.

Otras veces cursa con cojera no dolorosa, incluida la displasia del desarrollo de cadera, sintomática desde el inicio de la deambulación en los casos más graves, y la enfermedad de Perthes. Los controles radiológicos seriados o, de manera más precoz, la gammagrafía y la resonancia magnética, permiten realizar el diagnóstico.

La tuberculosis presenta una incidencia decreciente en España, y el 48,7% del total de los afectados son originarios de otros países, principalmente de Latinoamérica. En los países desarrollados, la tuberculosis osteoarticular sigue en frecuencia a las formas ganglionares y meníngeas de la enfermedad<sup>4</sup>, representando hasta un 15% de las formas extrapulmonares. Se produce por diseminación linfohematógena desde un foco pulmonar<sup>5</sup>, afectando habitualmente a las articulaciones de carga de los miembros inferiores<sup>4,6</sup>.

Este caso confirma la existencia de tuberculosis osteoarticular en nuestro medio<sup>7,8</sup>, por lo que los protocolos de estudio de las monoartritis deben continuar incluyendo la realización de una prueba de Mantoux y el análisis del líquido sinovial buscando micobacterias.

## Bibliografía

1. Houghton KM. Review for the generalist: evaluation of pediatric hip pain. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2010; 8: 28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686695/pdf/1546-0096-7-10.pdf>. Consultado el 04/04/2012.
2. Frick SL. Evaluation of the child who has hip pain. *Orthop Clin North Am*. 2006; 37: 133-140.
3. Leung AK, Lemay JF. The limping child. *J Pediatr Health Care*. 2004; 18: 219-223.
4. Mandalakas AM, Starke JR. Current concepts of childhood tuberculosis. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005; 16: 93-104.
5. Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre el tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar y formas complicadas de tuberculosis pulmonar. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69: 271-278.
6. Mankin HJ. Tuberculosis of bone and joints: the Red King lives! *Curr Opin Orthop*. 2001; 12: 489-498.
7. Ruiz G, García Rodríguez J, Güerri ML, González A. Osteoarticular tuberculosis in a general hospital during the last decade. *Clin Microbiol Infect*. 2003; 9: 919-923.
8. Iglesias E, Camacho M, Falcón D, Neth O. Artritis tuberculosa en paciente de 2 años de edad. *Reumatol Clin*. 2011; 7: 417-418.



**Figura 1.** Resonancia magnética de caderas. En la cadera derecha se aprecia una distensión de la cápsula articular, así como una sinovial muy engrosada, que capta contraste compatible con un pannus sinovial. Las estructuras óseas y cartilaginosas no presentan alteraciones