

DOLOR MÚSCULOESQUELÉTICO EN PEDIATRÍA: NO TODO ES BANAL.

Claudia García Barrionuevo¹, Adrián Muñoz-Cruzado Rosete¹, Gema Lozano Sánchez¹, Alejandra Doroteo Lobato², Carlos Trillo Belizón¹, José Manuel Ramón Salguero³.

¹ FEA Pediatría, ² FEA Radiología, ³ Director de UGC de Área de Pediatría y Neonatología.
Hospital Comarcal de la Axarquía (Vélez-Málaga).

• **INTRODUCCIÓN:**

El dolor musculoesquelético representa, junto a la cefalea y el dolor abdominal, una de las causas más frecuentes de dolor recurrente en pediatría.

La aparición en la segunda década de la vida, la sintomatología sistémica, el empeoramiento de los síntomas con el reposo, la persistencia de la clínica y el desarrollo de impotencia o alteración funcional son **signos de alarma** sugerentes de patología inflamatoria y tumoral.

• **RESUMEN:**

- ✓ **Caso 1:** niña de 9 años que ingresa por dolor lumbar de 6 meses de evolución con empeoramiento en últimos 2 meses. Exploración física: dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares, limitación de dolorosa de flexión de columna y debilidad de miembros inferiores. Pruebas complementarias: analítica de sangre normal, TC de columna lumbo-sacra con lesión lítica expansiva, en apófisis espinosa y lámina de T4. Gammagrafía ósea: lesión vertebral. Biopsia: compatible con osteoblastoma. Se realizó exéresis completa de la lesión con buena respuesta.



- ✓ **Caso 2:** Niña de 11 años que ingresa por dolor y tumefacción de la articulación clavículo-esternal derecha de dos semanas de evolución, afebril, sin síntomas constitucionales. Pruebas complementarias: VSG elevada. Radiografía de tórax normal. Ecografía y RM: lesión lítica con reacción perióstica y edema óseo, sospecha de osteomielitis no bacteriana (OMCR). Gammagrafía ósea: no otros focos infecciosos/inflamatorios. Biopsia estéril con foco de fibrosis e inflamación crónica agudizada.
Inició antiinflamatorios y corticoides con mejoría. A los pocos meses recidiva de lesión inicial y aparición de nueva lesión coxofemoral derecha, actualmente con inmunomoduladores.



- ✓ **Caso 3:** Niño de 13 años con dorsalgia y dolor costal de un mes de evolución de predominio nocturno y que empeoraba con la deambulación. Pruebas complementarias: Radiografía simple AP de columna sin hallazgos. TC y RM de columna con fractura-aplastamiento de D7 de evolución subaguda/crónica, posible etiología tumoral. El estudio gammagráfico en centro de referencia con varios focos de posible origen tumoral (femoral, costal y vertebral). Biopsia de lesión femoral compatible con osteosarcoma. Se instauró tratamiento según protocolo específico, siendo exitus.

• **CONCLUSIONES:**

La patología ósea inflamatoria y tumoral debe ser tomada en cuenta ante la presencia de dolor osteoarticular con signos de alarma. En todo paciente con una lesión ósea se debe llevar a cabo una completa historia clínica y exploración física, acompañadas de estudio de imagen que será completado, en numerosas ocasiones, de estudio de extensión y anatomía patológica.