

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MONOARTRITIS AFEBRIL EN LA INFANCIA

García Fariña M, Díaz Martín S, Palenzuela Afonso B, Gutiérrez Nieto A, González García A, Mederos Rodríguez A, Pérez De Vega B. Hospital Universitario de Canarias.

INTRODUCCIÓN

La monoartritis aguda en la infancia puede deberse a múltiples etiologías: inflamatorias, infecciosas, traumáticas, tumorales, etc. Presentamos dos casos de monoartritis aguda de rodilla en un lactante de 5 meses y una niña de 3 años.

RESUMEN CASO 1

Lactante de 5 meses afebril que acude a urgencias por un cuadro de inflamación progresiva de rodilla derecha de 4 días de evolución. Recientemente se le administró una vacuna en el muslo derecho y le picó un insecto en la misma rodilla. El lactante está correctamente vacunado y no presenta otros antecedentes. Hace un mes y medio llegó a España procedente de Colombia (Barranquilla).

Evolución

Se realiza una artrocentesis de rodilla y se inicia tratamiento empírico con cefotaxima y clindamicina. A los 7 días se realiza una RM en la que aparece un absceso que se resuelve progresivamente. Es dado de alta con amoxicilina oral y se suspende el tratamiento a los 15 días.

CONCLUSIONES

- La monoartritis séptica en la infancia no siempre cursa con fiebre y elevación de los reactantes de fase aguda, por lo que debemos recurrir al análisis del líquido sinovial para un mejor diagnóstico diferencial con otras artritis inflamatorias. La antibioterapia empírica ha de iniciarse en aquellas artritis que presenten más de 30.000 leucocitos/mm³ hasta tener el resultado del cultivo del líquido sinovial.
- En el líquido sinovial de una artritis idiopática juvenil suelen aparecer entre 10.000 y 20.000 leucocitos/mm³. No obstante esta cifra puede ser más elevada como en nuestro caso, por lo que el diagnóstico es de exclusión tras descartar la artritis séptica.
- Si la región de procedencia presenta alta incidencia de SARM es necesario añadir clindamicina o vancomicina al tratamiento empírico.

RESUMEN CASO 2

Niña de 3 años que consulta por dolor, aumento de temperatura y limitación funcional de rodilla derecha de 4 días de evolución. Afebril en todo momento. Hace un mes comenzó a quejarse de dolor en rodilla derecha por las mañanas, asociando febrícula. Niega viajes recientes, contacto con animales, picaduras de insectos o consumo de productos no pasteurizados.

Evolución

Tras extracción de líquido sinovial se realiza infiltración local con corticoides y se inicia antibioterapia empírica con cefuroxima. En el análisis de sangre los ANA resultaron positivos (1/160). Ha requerido más infiltraciones de corticoides tras el alta. Continúa en seguimiento por probable debut de artritis idiopática juvenil.

	Caso 1	Caso 2
Leucocitos	Muestra coagulada	42669 /mm ³
Glucosa	5 mg/dL	46 mg/dL
Proteínas	5,3 g/dL	4,8 g/dL
Cultivo	Streptococcus pneumoniae multisensible	Negativo

Tabla 1. Análisis del líquido sinovial.



Imagen caso 1:

IRM: colección en muslo derecho desde tercio medio hasta espacio femoropatelar.

Imagen caso 2:

Radiografía: aumento de líquido intraarticular (almohadilla grasa).