

# CAPÍTULO 110

## MONOARTRITIS EN EL NIÑO

**Autoras:** Denise González Acuña, Marina Sabater Jofré

**Coordinador:** Marcos Sánchez Jiménez  
Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

### 1. INTRODUCCIÓN

La **monoartritis** se define como la inflamación (tumoración, limitación funcional) de una única articulación. La prevalencia de la artritis en la infancia es de 71:100.000, siendo en el 75% de estos casos la presentación en forma de monoartritis.

### 2. DIAGNÓSTICO

El objetivo inicial del diagnóstico de la monoartritis es diferenciar de las causas que requieren de un manejo urgente, como pueden ser las infecciones o la malignidad,

de las que precisan de ampliación del estudio pudiendo posponer el tratamiento al tener el diagnóstico de confirmación.

Para el correcto diagnóstico es importante la anamnesis, la exploración física, las pruebas complementarias y la evolución (Figura 1).

### 2.1. Anamnesis

En la población pediátrica, y sobre todo en pacientes menores de 2 años, la clínica puede ser difusa, presentando cojera o evitando el uso de la extremidad afectada, en lugar de quejarse de dolor.

Es importante conocer si existe antecedente traumático, cuánto tiempo antes han aparecido los síntomas, si el patrón del dolor sigue un ritmo mecánico o inflamatorio, si el paciente presenta otra clínica acompañante (fiebre, afectación cutánea como exantemas, psoriasis...), infecciones previas y los antecedentes personales (Tabla 1) y familiares...

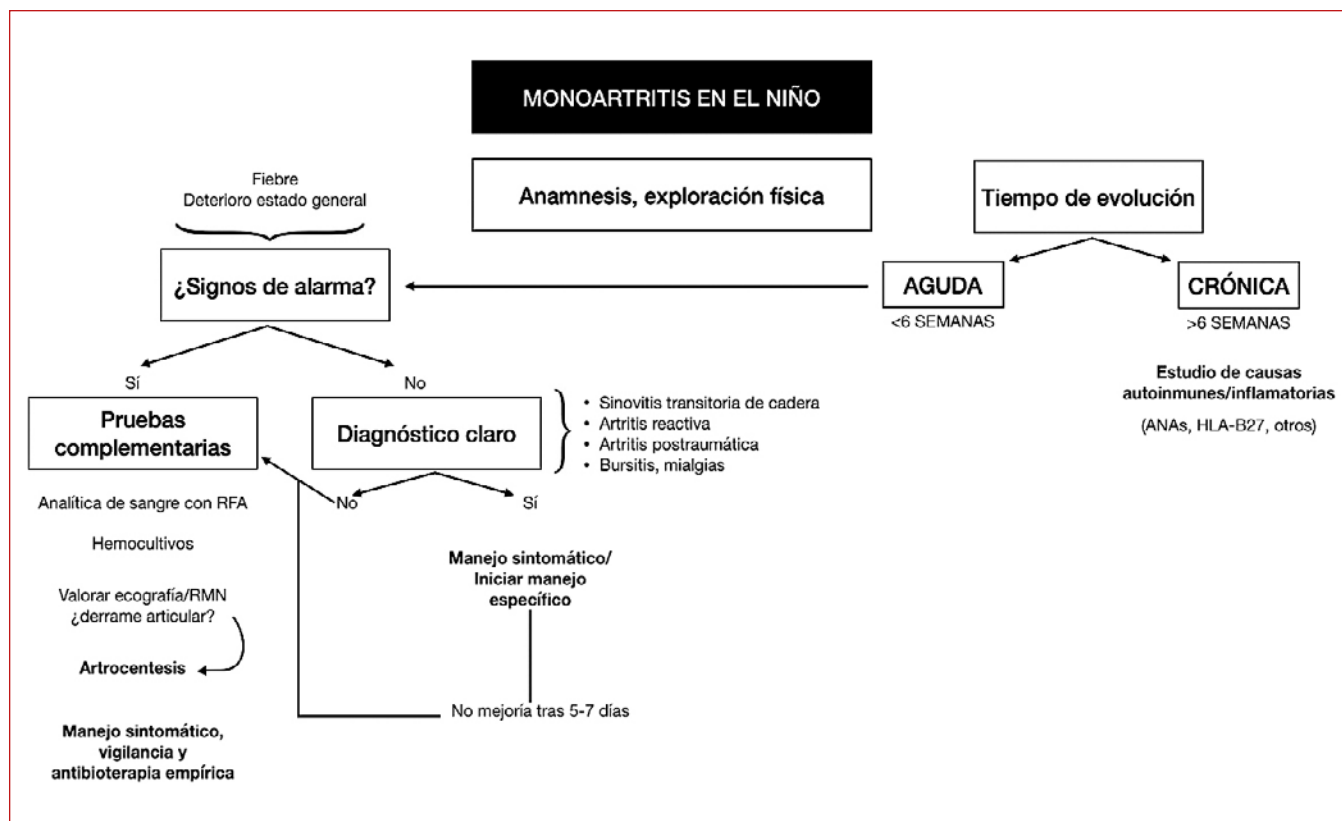


Figura 1. Monoartritis en el niño.

**Tabla 1. Causas más frecuentes de monoartritis en niños**

Artritis séptica	Fiebre, dolor, sintomatología general
Sinovitis transitoria de cadera	Coxalgia sin fiebre, limitación funcional brusca en niños de 3-6 años
Artritis postinfecciosa	3-15 días tras una infección viral o bacteriana
Enfermedad de Lyme	Mordedura de garrapata, afectación de cadera o rodilla
Artritis idiopática juvenil	Antecedente familiar, ANAs +, duración >6 semanas

## 2.2. Exploración física

Además de valorar la articulación afecta (eritema, tumefacción, rango de movilidad...), también se debe explorar el resto de las articulaciones, entesitis y raquis. Con el paciente en ropa interior, buscaremos otros dolores articulares y el rango articular de forma bilateral, exploración cutánea para descartar lesiones como exantemas, hematomas, etc.

## 2.3. Pruebas complementarias:

- **Ecografía:** es muy útil para valorar la presencia de líquido intraarticular, y poder diferenciarlo de otras causas de tumefacción como podría ser la hipertrofia sinovial. Además, permite descartar patología traumática de partes blandas.
- **Radiología simple:** es útil para descartar patología traumática principalmente, aunque también se

puede observar el posible aumento de partes blandas, lesiones óseas como osteocondritis y lesiones osteolíticas.

- **Gammagrafía ósea con tecnecio99:** es útil en la cojera en pacientes pediátricos que no localizan el origen del dolor, para valorar la región afectada, pero no permite un correcto diagnóstico diferencial para la artritis.
- **Resonancia magnética:** es útil para valorar lesiones ligamentosas, cartilaginosas, y para descartar procesos infecciosos tipo osteomielitis o sinovitis.
- **Laboratorio:** la analítica sanguínea con hemograma con fórmula leucocitaria y reactantes de fase aguda (PCR, VSG) es útil para valorar parámetros inflamatorios/infecciosos tanto para el diagnóstico como para el seguimiento evolutivo. También otros parámetros como la coagulación y la función hepática pueden ser útiles para el diagnóstico diferencial. En pacientes con monoartritis de mayor evolución también se puede solicitar anticuerpos antinucleares (ANA) o la determinación de HLA-B27.
- **Microbiología:** en caso de sospecha de infección la toma de hemocultivos (hay que tener en cuenta según la edad del paciente bacterias con mayor prevalencia como puede ser la *Kingella Kingae*), coprocultivos y urocultivos puede ser útil. Según la clínica asociada y los antecedentes, serologías de *Borrelia*, *Brucella*, virus o el test de Mantoux pueden ser de ayuda en el diagnóstico diferencial.
- **Artrocentesis (Tabla 2):** se considera la prueba diagnóstica de primera línea en caso de presencia de líquido articular; es fácil de realizar sobre todo en

**Tabla 2. Artrocentesis**

	Líquido sinovial				Otros datos
	Edad (años)	Aspecto	Leucocitos (µL)	Cultivo/Gram	
Séptica	<3	Turbio o purulento	>30.000	+	Dolor, fiebre
Vírica		Amarillo transparente	<10.000	-	Exantema, leucopenia, serología
Postinfecciosa		Amarillo turbio	>10.000	-	Antecedente infeccioso (faringitis, diarrea...)
Traumática	>10	Hemático o amarillo transparente	<2.000	-	Antecedente traumático
Artritis idiopática juvenil		Amarillo turbio	>10.000	-	Artritis persistente, HLAB27+, ANA+...
Trastorno de coagulación		Hemático		-	
Sinovitis transitoria de cadera	3-9	No indicada la artrocentesis por ser de diagnóstico clínico			Resolución en 5-7 días

pacientes mayores de 5 años. Es importante realizarla en condiciones estrictas de esterilidad. A pesar de ser una herramienta muy útil para el diagnóstico, debe considerarse la edad del paciente y la orientación diagnóstica para indicar su uso, ya que en pacientes sobre todo de menos edad, requiere de sedación/anestesia general para realizarla.

No será necesaria realizarla cuando exista un diagnóstico claro mediante la anamnesis y la exploración física, asociada a otras pruebas complementarias. Macroscópicamente el líquido articular proporciona una orientación diagnóstica (hemartros en caso de lesión traumática o coagulopatía, líquido turbio en caso de infección, transparente/translúcido en caso de patología inflamatoria). También es importante realizar un estudio bioquímico y cultivo del líquido articular, que permite orientar el diagnóstico.

### 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

#### 3.1. Monoartritis agudas

**3.1.1. Artritis séptica:** se trata de una entidad frecuente, sobre todo en pacientes menores de dos años, debida a la presencia de un microorganismo patógeno en el líquido articular. Debe ser la primera entidad que descartar ante un paciente con clínica de monoartritis aguda, dado el alto riesgo de secuelas en caso de un manejo inadecuado.

La clínica más habitual es el dolor articular acompañado de limitación funcional. Con menos frecuencia, se puede encontrar deterioro del estado general y fiebre. La localización más habitual, por orden de frecuencia son: cadera, rodilla, hombro y articulación esternoclavicular.

Como hallazgos analíticos se puede hallar leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Sin embargo, estos estudios con frecuencia resultan anodinos en niños.

El agente etiológico más frecuente es el *S. Aureus* (50-70% aislamientos en líquido articular), seguido del *Streptococcus A*, *Haemophilus influenza* y *Kingella kingae*. Con menor frecuencia, se puede encontrar *Mycobacterium tuberculosis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Será imperativo instaurar de manera precoz antibioterapia endovenosa (Ver capítulo artritis séptica). Con un manejo adecuado, la evolución será favorable en un plazo de 3 a 4 semanas.

En caso de fiebre elevada y dolor, se recomienda ampliar el estudio con RMN para descartar un posible foco de osteomielitis.

**3.1.2. Sinovitis transitoria de cadera:** se trata de una entidad frecuente, pero de etiología desconocida, que

afecta a niños de entre 3 y 6 años con predominancia en varones (ratio 2:1). La evaluación es favorable y autolimitada en un plazo aproximado de 7 días.

Los estudios radiográficos y analíticos no evidencian alteraciones. Algunos autores recomiendan realizar un estudio radiográfico de control al mes del debut para descartar una posible osteocondritis disecante.

**3.1.3. Artritis postinfecciosa:** ocurre tras una infección reciente a otro nivel, con una evolución benigna en cuestión de semanas. No se identifica el microorganismo causante en el líquido articular, aunque puede evidenciarse en muestras extraarticulares (heces, sangre, faringe, etc).

**3.1.4. Artritis reactiva:** se asocia a antecedentes de infección del tracto gastrointestinal o respiratorio. Habitualmente se resuelve de manera espontánea en menos de 6 semanas. El líquido articular será estéril. Puede ser producida por bacterias como *Yersinia*, *Shigella*, *Salmonella* y *Campylobacter* o resultado de infecciones virales, en las que con frecuencia se asocian mialgias y erupciones cutáneas, como es el caso del Parvovirus B19, VHB, VIH y la vacuna de rubéola.

**3.1.5. Artritis postestreptocócica:** debuta a los 7-14 días de una infección estreptocócica. La localización más frecuente es la cadera, seguida de la rodilla y el tobillo.

**3.1.6. Fiebre reumática:** dolencia endémica de áreas tropicales y del Maghreb. Su agente etiológico es el *Streptococcus pyogenes* hemolítica. Debuta a las 3-4 semanas de un episodio de faringitis, en forma de mono u oligoartritis migratoria de miembros inferiores. La severidad de la enfermedad se correlaciona con la afectación extraarticular (cardíaca más frecuentemente).

**3.1.7. Enfermedad de Lyme:** se debe pensar en esta patología ante monoartritis de grandes articulaciones de miembros inferiores con antecedente de mordedura de garrapata (la cual suele pasar desapercibida). La afectación articular es una manifestación tardía de la enfermedad. Aunque poco frecuente, es característico el eritema migratorio.

Para su diagnóstico se realiza un estudio de anticuerpos IgM e IgG y una posterior confirmación con Western-blot. Se instaurará doxiciclina como tratamiento antibiótico de elección contra *B. burgdorferi*.

**3.1.8. Artritis postraumática:** la artrocentesis puede dar información de posibles lesiones ante el traumatismo de rodilla. Si se encuentra líquido articular sanguinolento (hemartros) puede indicar la existencia de

una fractura intraarticular, una lesión ligamentosa o una luxación de rótula. Cuando la afectación es ósea en ocasiones se pueden ver gotas de grasa en el líquido.

**3.1.9. Osteomielitis:** debe sospecharse en caso de deterioro del estado general con dolor en metáfisis óseas de huesos largos. La fisis de los niños presenta una rica red capilar con vasos de flujo lento que facilita el asentamiento de patógenos que llegan por vía hematógena.

**3.1.10. Neoplasia:** la monoartritis como manifestación de malignidad en la edad pediátrica es muy poco frecuente. Suele ocurrir en grandes articulaciones. Habitualmente se trata de una enfermedad hematológica, siendo la leucemia aguda crónica y el linfoma las causas malignas más frecuentes. Sospechar malignidad ante mal estado general y fiebre.

**3.1.11. Osteocondritis disecante:** afección en la que un fragmento del hueso subcondral y su cartílago articular se desprenden total o parcialmente, pudiendo provocar sensación de cuerpo extraño y bloqueo articular. Afecta con más frecuencia la cadera, rodilla y cúpula astragalina.

**3.1.12. Otras:** enfermedades autoinflamatorias (fiebres recurrentes familiares), vasculitis (púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki, asocian manifestaciones cutáneas), enfermedades del tejido conectivo, brucelosis (segunda fase, antecedente de contacto con ovejas o cabras), artritis por punción (erizo de mar, punta de lápiz, espina de palmera).

## 3.2. Monoartritis crónicas

**3.2.1. Artritis idiopática juvenil (AIJ):** es la causa más frecuente de monoartritis crónica en niños. Se debe

descartar en el paciente pediátrico que presente monoartritis aguda de más de 6 semanas de evolución. Afecta con más frecuencia a miembros inferiores. Es recomendable solicitar una valoración por oftalmología para descartar presencia de uveítis.

**3.2.2. Oligoartritis:** enfermedad específica de la edad infantil. A diferencia de otros tipos de AIJ, no tiene equivalente en la edad adulta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cassidy JT, Petty RE. Textbook of pediatric rheumatology. 6th ed. Philadelphia, Saunders, 2010.
2. Devauchelle-Pensec V, Thepaut M, Pecquery R, Houx L. Managing monoarthritis in children. *Joint Bone Spine.* 2016 Jan;83(1):25-30.
3. Gamalero L, Ferrara G, Giani T, Cimaz R. Acute Arthritis in Children: How to Discern between Septic and Non-Septic Arthritis? *Children (Basel).* 2021 Oct 13;8(10):912.
4. Merino R. Actitud ante la monoartritis. En: González Pascual E. Manual práctico de Reumatología Pediátrica. Barcelona, Ed MRA SL, 1999: 661-72.
5. Petty RE, Southwood TR, Baum J, Bhattay E, Glass DN, Manners P, *et al.* Revision of the proposal classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban 1997. *J Rheumatol.* 1998;25:1991-4.
6. Riise OR, Handeland KS, Cvancarova M, *et al.* Incidence and characteristics of arthritis in Norwegian children: a population-based study. *Pediatrics* 2008;121:e299-306.
7. Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, *et al.* Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Joint Bone Spine.* 2014;81:112-7.