



www.pediatric-rheumatology.printo.it

SÍNDROMES DOLOROSOS

FIBROMIALGIA

Sinónimos: La fibromialgia forma parte del grupo de enfermedades denominado “dolor musculoesquelético idiopático difuso”.

¿Qué es?

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por la presencia de dolor musculoesquelético difuso de larga duración, puntos dolorosos en partes blandas (músculos y tendones), e intenso cansancio.

¿Cómo es de frecuente?

La fibromialgia es una enfermedad que se produce principalmente en adultos. No es frecuente que afecte a niños aunque, cuando sucede, suele darse en adolescentes. La enfermedad afecta con mayor frecuencia a niñas que a niños. Los niños con fibromialgia comparten muchas características clínicas con niños que padecen dolor musculoesquelético idiopático localizado (discutido a continuación).

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Los pacientes refieren dolor difuso en tejidos profundos. El dolor, cuya intensidad es subjetiva, se produce en ambos lados del cuerpo y afecta tanto a los brazos como a las piernas. El sueño de los pacientes con fibromialgia es agitado y escaso, despertándose por la mañana con la sensación de no haber descansado. Otro síntoma característico es la sensación de intenso cansancio, que se acompaña de una disminución de su capacidad física. También es frecuente que los pacientes con fibromialgia refieran síntomas generalizados, como dolor de cabeza, o una sensación de hinchazón (que no está presente) y hormigueo de los dedos. Estos síntomas terminan produciendo ansiedad, depresión, y ausentismo escolar.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza por los antecedentes de dolor generalizado de más de 3 meses de evolución en 4 áreas corporales, y la presencia a la exploración física de dolor en 11 de 18 puntos gatillo, así llamados porque la presión en unas zonas delimitadas muy bien localizadas produce dolor.

Los puntos gatillo se valoran clínicamente mediante la presión digital, método tan fiable como el dolorímetro (aparato especial que permite medir el dolor).

¿Cuál es su tratamiento?

En primer lugar es muy importante reducir la ansiedad que produce la enfermedad explicando a los pacientes y a sus familiares que, aunque el dolor es intenso y real, no es una enfermedad que dañe las articulaciones o que produzca secuelas físicas.

El tratamiento es complejo, por lo que debe ser abordado por equipos multidisciplinares (especialistas en distintos campos); se basa en tres puntos: El más importante es iniciar un programa de ejercicio aeróbico (entrenamiento cardiovascular), siendo la natación el más adecuado. El segundo punto es comenzar una terapia cognitiva, individual o grupal. Finalmente, algunos pacientes necesitan medicación para ayudarles a mejorar la calidad del sueño. En este sentido puede ser útil utilizar almohadas con soporte cervical.

¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?

Recuperarse de esta enfermedad no es sencillo y requiere un gran esfuerzo del paciente y un gran apoyo de su familia. A pesar de ello, el pronóstico de la fibromialgia en niños es mucho mejor que en adultos, y la mayoría de los pacientes se recuperan completamente. El factor más importante para ello es el estricto cumplimiento del régimen de ejercicios físicos.

2) SÍNDROME DE DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO IDIOPÁTICO LOCALIZADO

Sinónimos:

Distrofia simpático refleja, Síndrome de dolor regional complejo tipo I.

¿Qué es?

Dolor extremadamente intenso de una extremidad, de causa desconocida, que frecuentemente asocia alteraciones cutáneas.

¿Cómo es de frecuente?

No hay información fiable acerca de su frecuencia. Sí es conocido, sin embargo, que es más frecuente en adolescentes (edad media alrededor de los 12 años), y en niñas.

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Generalmente existe dolor muy intenso y prolongado en un miembro, que no responde a distintos tratamientos, y que se intensifica a lo largo del tiempo. El dolor puede hacer que se tienda a utilizar menos el miembro afectado. Una característica de la enfermedad es que sensaciones que no resultan dolorosas a la mayor parte de la gente, como que un objeto roce la piel, pueden resultar extremadamente dolorosas para ellos. Esta hipersensibilidad dolorosa se denomina alodinia. La combinación de estos síntomas interfiere con las actividades diarias de estos niños, resultando en un ausentismo escolar muy significativo.

Un subgrupo de pacientes desarrolla a lo largo del tiempo cambios cutáneos en la zona afectada, que pueden consistir en cambios de coloración (palidez o aspecto moteado), de temperatura (generalmente reducida) o de sudoración. En ocasiones el niño mantiene el miembro en posturas extrañas y rehusa moverlo.

¿Cómo se diagnostica?

Hasta hace unos años estos síndromes recibieron distintos nombres. Sin embargo, dado que la mayoría son de causa desconocida y que su tratamiento es el mismo, la tendencia actual es denominarlos a todos ellos Síndromes de dolor musculoesquelético localizado. El diagnóstico se establece mediante unos criterios bien definidos, basados en las

características del dolor (severo, prolongado, limitante, con muy escasa respuesta a los tratamientos habituales, alodinia) y en la exploración física; la combinación de estos síntomas y hallazgos clínicos resulta muy característica. El diagnóstico requiere el descartar otras enfermedades lo que, en general, ya se ha hecho para cuando el paciente es evaluado por un reumatólogo pediátrico. Los análisis son normales.

¿Cuál es su tratamiento?

El tratamiento que da mejores resultados es el inicio de un programa de ejercicio físico intenso supervisado por un fisioterapeuta, combinado o no con psicoterapia. El tratamiento es difícil para todos los implicados, los niños, la familia y el equipo terapéutico. La intervención de psicólogos o psiquiatras es habitualmente necesaria dadas las tensiones que provoca la enfermedad. Hasta la fecha se han propuesto múltiples tipos de tratamientos, aislados o en combinación (antidepresivos, biofeedback, estimulación eléctrica transcutánea o electroterapia, modificación conductual) sin que ninguno haya demostrado ser claramente superior a los otros.

¿Cuál es su pronóstico?

La enfermedad tiene mucho mejor pronóstico en niños que en adultos, ya que prácticamente todos los niños se recuperan sin secuelas.

¿Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Estos niños deben ser animados a mantener un régimen normal de actividad física, escolarización y socialización.

3) ERITROMELALGIA

También se denomina Eritermalgia. Su nombre proviene de la combinación de 3 palabras griegas: Eritros (rojo), Melos (miembro), y Algos (dolor). Es extremadamente infrecuente, aunque en ocasiones se producen varios casos en la misma familia.

La mayoría de los niños tienen alrededor de los 10 años al inicio de los síntomas. La enfermedad es más frecuente en niñas. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una sensación de quemazón acompañada de enrojecimiento, calor e inflamación de los pies o, de manera más infrecuente, las manos. Estos síntomas empeoran cuando los pies o las manos son expuestos al calor, y mejoran al aplicar frío a la extremidad, hasta el punto de que algunos niños se niegan a sacar los pies de un cubo con agua helada. Los niños presentan estos síntomas de forma continua.

El tratamiento más eficaz es evitar el calor y la práctica de ejercicio intenso. A diferencia de la enfermedad en adultos, los niños no suelen responder a antiinflamatorios no esteroideos. Los vasodilatadores pueden ser útiles.

4) DOLORES DE CRECIMIENTO

¿Qué es?

Es un proceso benigno caracterizado por un dolor característico de las extremidades. Afecta habitualmente a niños menores de 10 años.

¿Cómo es de frecuente?

El dolor en las extremidades es una de las causas más frecuentes de derivación al especialista en Pediatría siendo, de todas las causas responsables, los dolores de crecimiento una de las más frecuentes. Entre un 10 y un 20% de los niños padece de dolores de crecimiento, que afecta principalmente a niños de entre 3 y 12 años. Su frecuencia es similar en niñas y en niños.

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

El dolor suele aparecer en las piernas (espinillas, gemelos, detrás de las rodillas o en los muslos), con frecuencia de manera bilateral. El dolor suele aparecer al final de la tarde o por la noche, siendo frecuente que despierte al niño. Muchos padres refieren que sus hijos se quejan de dolor los días en que han realizado una mayor actividad física. El dolor dura habitualmente entre 10 y 30 minutos, aunque puede variar desde pocos minutos hasta horas. Su intensidad es también muy variable, y puede ser desde muy leve a muy intensa.

Los dolores de crecimiento son generalmente intermitentes, alternando su presencia con intervalos sin dolor que pueden oscilar entre días a semanas. Ocasionalmente pueden ser diarios.

¿Cómo se diagnostica?

El patrón doloroso característico combinado con una exploración física normal confirma el diagnóstico. No es necesario realizar radiografías o análisis, que son siempre normales.

¿Cuál es su tratamiento?

Es muy importante tranquilizar a la familia y al niño explicándoles la naturaleza benigna de estos episodios. El masaje y la administración de analgésicos suaves contribuyen a calmar el dolor. En niños con muchos episodios puede ser útil la administración de ibuprofeno por la tarde.

¿Cuál es su pronóstico?

Los dolores de crecimiento no se asocian a ninguna enfermedad orgánica seria, y suelen desaparecer al final de la infancia. En el 100 % de los casos los dolores desaparecen con la edad.

5) HIPERMOVILIDAD ARTICULAR

¿Qué es?

Dolor en las extremidades producido por un aumento de la movilidad de las articulaciones, sin que se asocie a ninguna enfermedad congénita o del tejido conjuntivo. La hipermovilidad no es una enfermedad sino un hallazgo normal.

¿Cómo es de frecuente?

Es muy frecuente en niños, habiendo sido descrita hasta en un 25-50% de aquellos menores de 10 años. Su frecuencia disminuye con la edad. La hipermovilidad tiende a ser familiar.

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

La hipermovilidad con frecuencia produce un dolor intermitente, profundo, recurrente a nivel de rodillas, pies o tobillos, al final del día o por la noche. En niños que tocan determinados instrumentos (piano, violín, etc.) puede afectar a los dedos de las manos. La actividad física y el ejercicio desencadenan o empeoran el dolor. De manera excepcional puede producir un leve derrame articular.

¿Cómo se diagnostica?

Por la exploración, utilizando unos criterios que cuantifican la movilidad articular.

¿Cuál es su tratamiento?

Es excepcional que precise tratamiento. Si el niño practica determinados deportes de impacto como fútbol o gimnasia, y tiene esguinces de repetición, puede ser conveniente pautar ejercicios de potenciación muscular y poner un vendaje funcional a las articulaciones afectadas.

¿Cómo afecta a las actividades cotidianas?

La hipermovilidad es un proceso benigno que desaparece con la edad. Los familiares deben ser advertidos de que el mayor riesgo que presenta este proceso es el que se modifiquen o limiten las actividades diarias de los niños. Los niños deben ser animados a mantener un nivel normal de actividad física, incluyendo la práctica de deportes.

6) SINOVITIS TRANSITORIA

¿Qué es?

Derrame en la articulación de la cadera de causa desconocida que desaparece espontáneamente sin dejar daño.

¿Cómo es de frecuente?

Es la causa más frecuente de dolor de cadera en Pediatría. Afecta a un 2-3% de los niños entre los 3 y los 10 años. Es más frecuente en varones, de manera que por cada niña con este proceso hay unos 3 ó 4 niños.

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Dolor de la cadera y cojera, generalmente de aparición bruscas. El dolor de cadera puede aparecer como dolor en la ingle, parte superior del muslo o, más raramente, en la rodilla. La presentación más frecuente es el niño que se levanta por la mañana con cojera o que se niega a caminar.

¿Cómo se diagnostica?

La exploración física es característica, cojera y una cadera con movilidad limitada y dolorosa. En un 5% de los casos el proceso afecta a las dos caderas. Las radiografías son normales, por lo que habitualmente no se solicitan.

¿Cuál es su tratamiento?

La base del tratamiento es el reposo, que debe ser proporcional a la intensidad del dolor. Los antiinflamatorios no esteroideos ayudan a disminuir el dolor. El proceso siempre se resuelve espontáneamente en el plazo de 6 a 8 días.

¿Cuál es su pronóstico?

Es excelente, con recuperación completa en más del 99% de los casos. No es infrecuente el tener nuevos episodios de sinovitis transitoria, generalmente más leves y de menor duración que el inicial.

7) SÍNDROME PATELOFEMORAL

Introducción

El síndrome patelofemoral es el síndrome por sobreuso pediátrico más frecuente. Este grupo de enfermedades se producen por el movimiento repetitivo de una articulación o por el daño causado por el ejercicio a una parte determinada del esqueleto.

Estos procesos son más frecuentes en adultos (codo del tenista, codo del golfista, síndrome del túnel carpiano, etc.) que en niños.

Sinónimos: Condromalacia rotuliana, Condromalacia.

¿Qué es?

El síndrome patelofemoral se refiere al desarrollo de dolor en la parte anterior de la rodilla con actividades que producen tensión a nivel de la articulación patelofemoral (articulación formada por la rótula y la parte inferior fémur, el hueso del muslo). Cuando el dolor se acompaña de cambios en la superficie que recubre la cara interna (cartílago) de la rótula se habla de condromalacia.

¿Cómo es de frecuente?

Es muy infrecuente en niños menores de 8 años, siendo progresivamente más frecuente en adolescentes y en niñas. Puede ser más frecuente en niños con angulaciones significativas de las rodillas como el genu valgo (rodillas en X) o genu varo (en paréntesis), al igual que en aquellos con alteraciones de la rótula (inestable o mal alineada).

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Lo más característico es dolor en la cara anterior de la rodilla que aumenta con actividades como correr, saltar, subir o bajar escaleras, o ponerse en cuclillas. El dolor también aumenta cuando se está sentado con las rodillas en flexión durante mucho tiempo (en clase o en el cine).

¿Cómo se diagnostica?

El síndrome patelofemoral es un diagnóstico clínico, por lo que no es necesario realizar análisis o radiografías. El dolor puede ser reproducido al apretar la rótula o impedir su movimiento durante la contracción activa del cuádriceps (músculo del muslo).

¿Cuál es su tratamiento?

La mayoría de niños sin otros procesos asociados (trastornos angulares o inestabilidad rotuliana) no necesitan tratamiento. Es un proceso benigno que habitualmente se resuelve espontáneamente. Si el dolor interfiere con la práctica deportiva o con las actividades cotidianas es recomendable iniciar un programa de ejercicios para fortalecer el cuádriceps. En ocasiones la aplicación de frío alivia el dolor producido por el ejercicio.

¿Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Los niños no deben modificar en absoluto sus actividades diarias. El nivel de actividad física debe adaptarse al nivel de sus molestias de manera que no tengan dolor. Los niños que practiquen deportes pueden utilizar una rodillera con refuerzo rotuliano.

8) EPIFISIOLISIS FEMORAL

¿Qué es?

Desplazamiento, de causa desconocida, de la cabeza femoral a lo largo de la placa de crecimiento. La placa de crecimiento es una banda de cartílago que se haya localizada entre tejido óseo. Es la porción más frágil del hueso y que, una vez que se mineraliza y se convierte a su vez en hueso, cesa el crecimiento óseo.

¿Cómo es de frecuente?

Es una enfermedad infrecuente, diagnosticándose 3-10 casos por 100.000 niños al año. Es más frecuente en adolescentes y en varones. La obesidad parece ser un factor predisponente.

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Cojera y dolor en una cadera que empeora con la actividad física, acompañados de disminución de la movilidad de la articulación. Las dos terceras partes de los pacientes refieren dolor en la parte alta del muslo, mientras que el tercio restante lo refiere a la parte baja. El dolor aumenta con la actividad física. En el 15% de los casos se afectan ambas caderas.

¿Cómo se diagnostica?

La exploración física es característica, con disminución de la movilidad de la cadera. El diagnóstico se confirma con radiografías, sobre todo mediante la proyección axial de caderas.

¿Cuál es su tratamiento?

Los niños con epifisiolisis deben ser siempre derivados a un Servicio de Ortopedia Infantil para la fijación quirúrgica de la cadera (se ponen agujas para mantener la cabeza del fémur en la posición adecuada).

¿Cuál es su pronóstico?

Depende del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta que se realiza el diagnóstico, así como del grado de desplazamiento.

9) OSTEONCROSIS

Sinónimos: Osteonecrosis, Necrosis avascular

Introducción

El término “Osteocondrosis” significa “hueso muerto”. Constituye un grupo diverso de enfermedades de causa desconocida que se caracterizan por la interrupción del flujo sanguíneo al centro de osificación primario o secundario de un hueso. Los huesos al

nacimiento se hallan constituidos principalmente por cartílago, un tejido más blando, que se recambia a lo largo del tiempo por un tejido más mineralizado y resistente, el hueso. Este recambio se produce en lugares determinados en cada hueso, los llamados “centros de osificación”, extendiéndose posteriormente al resto del hueso.

¿Qué es?

El término Osteocondrosis hace referencia al proceso asociado a la pérdida de flujo sanguíneo del centro de osificación del hueso, y a su posterior reemplazo por tejido de reparación. El dolor es el principal síntoma de este conjunto de enfermedades. El diagnóstico se confirma por estudios de imagen. Las radiografías muestran, de manera secuencial, fragmentación (como “islotos” dentro del hueso), colapso (hundimiento), esclerosis (aumento de la densidad, el hueso se ve “más blanco” en las radiografías) y, frecuentemente, reosificación (nueva formación de hueso) con la recuperación del contorno original del hueso.

Aunque pueden parecer enfermedades graves estos procesos son bastante frecuentes en niños y, con la posible excepción de la afectación grave de la cadera, tienen un pronóstico excelente. Algunas formas de osteocondrosis son tan frecuentes que se consideran variaciones de la normalidad del desarrollo del hueso (Enfermedad de Sever). Otras pueden ser clasificadas dentro de los síndromes por sobreuso (Enfermedad de Osgood-Schlatter o de Sinding-Larsen-Johansson).

9.1) ENFERMEDAD DE PERTHES

¿Qué es?

Necrosis avascular de la cabeza femoral (porción del hueso del muslo más próxima a la cadera).

¿Cómo es de frecuente?

No es una enfermedad frecuente, diagnosticándose 1 caso cada 10.000 niños aproximadamente. Es más frecuente en varones (4 ó 5 niños por cada niña con la enfermedad) entre los 3 y los 12 años de edad. Se observa con máxima frecuencia entre los 4 y los 9 años.

¿Cuáles son los síntomas más habituales?

La mayoría de los niños presentan cojera y dolor en la cadera. El dolor, sin embargo, es de intensidad variable estando en ocasiones ausente. Generalmente sólo afecta una cadera pero el 10% de los casos son bilaterales.

¿Cómo se diagnostica?

La movilidad de la cadera se haya reducida y puede ser dolorosa. Las radiografías son normales al principio pero posteriormente muestran los cambios mencionados en la introducción. La gammagrafía ósea o la resonancia magnética detectan la enfermedad antes que las radiografías convencionales.

¿Cuál es su tratamiento?

Los niños con esta enfermedad deben ser derivados a un Servicio de Ortopedia Infantil. El tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad. En casos leves la observación puede ser suficiente. Por contra, en casos más graves el tratamiento se dirige a mantener la cabeza femoral dentro de la articulación de la cadera, de manera que cuando comience la formación de nuevo hueso la cabeza del fémur recobre su forma esférica. Este objetivo puede ser alcanzado de manera variable utilizando férulas ortopédicas (niños pequeños) o mediante cirugía del fémur (osteotomías, hacer cuñas en el hueso para mantenerlo en una mejor posición, en niños más mayores).

¿Cuál es su pronóstico?

Depende tanto del grado de afectación de la cabeza femoral (mejor cuanto menor sea), como de la edad del niño (mejor en menores de 6 años). El proceso completo (desde la fragmentación hasta la regeneración) puede llevar entre 12 y 18 meses. En general las dos terceras partes de las caderas afectas presentan una buena evolución radiológica a largo plazo.

¿Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Depende del tratamiento empleado. Los niños bajo observación deben evitar impactos importantes sobre la cadera (salto o carrera), pero pueden desarrollar una vida por lo demás totalmente normal participando en todo tipo de actividades que no impliquen cargar peso.

9.2) ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER

Se produce por traumatismos repetidos del tendón rotuliano sobre el núcleo de osificación de la tuberosidad tibial anterior (pequeña cresta ósea presente en la parte superior de la tibia). Se produce en alrededor del 1% de los adolescentes, siendo más frecuente en los que practican deportes. El dolor aumenta con la carrera, el salto, subir o bajar escaleras o ponerse de rodillas. El diagnóstico se hace mediante la exploración física, al existir un dolor muy característico, ocasionalmente acompañado de inflamación, en la inserción del tendón rotuliano en la tibia. No es necesario obtener radiografías. Si se hacen por otro motivo pueden ser normales o poner de manifiesto pequeños fragmentos de hueso en la tuberosidad anterior. El tratamiento se basa en adaptar su nivel de actividad física de manera que no presenten dolor, aplicando frío después de practicar deportes, o recurriendo al reposo relativo. El proceso desaparece con la edad.

9.3) ENFERMEDAD DE SEVER

También se denomina “Apofisitis del calcáneo”. Es una osteocondrosis de la apófisis del calcáneo (hueso del talón), probablemente relacionada con la tracción que sobre él produce el tendón de Aquiles.

Es una de las causas más frecuentes de talalgia (dolor de talones) en Pediatría. La enfermedad de Sever se relaciona con el nivel de actividad física, y es más frecuente en varones. Suele aparecer sobre los 10 años de edad con dolor en la zona del talón y, ocasionalmente, cojera después de hacer ejercicio.

El diagnóstico se puede hacer con la exploración física. No es necesario utilizar otro tratamiento que ajustar su nivel de actividad física para evitar el dolor. Si esta estrategia no es suficiente pueden utilizar una talonera. Desaparece con la edad.

9.4) ENFERMEDAD DE FREIBERG

Osteonecrosis de la cabeza del segundo metatarsiano del pie. Su causa es probablemente traumática. Es infrecuente y casi todos los casos se producen en niñas. El dolor aumenta con la actividad física. La exploración muestra dolor en la cabeza del segundo metatarsiano y, ocasionalmente, inflamación. El diagnóstico se confirma con radiografías, aunque puede ser necesario que pasen hasta dos semanas desde el inicio de los síntomas para que los cambios sean apreciables. El tratamiento se basa en el reposo y en la utilización de plantillas.

9.5) ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN

La enfermedad de Scheuermann o “cifosis juvenil” es una osteonecrosis de la apófisis anular de los cuerpos vertebrales. Es más frecuente en varones adolescentes. La mayoría de los niños con esta enfermedad presentan una mala postura, con o sin dolor de espalda. El dolor se relaciona con la actividad física y mejora con el reposo. El diagnóstico se sospecha por la exploración física (angulación en la espalda) y se confirma con estudios radiológicos.

Para ser considerada una enfermedad de Scheuermann el niño tiene que tener irregularidades en los platillos vertebrales con un acuñaamiento anterior de 5° en al menos 3 vértebras consecutivas. La enfermedad de Scheuermann habitualmente no requiere tratamiento aparte de ajustar su nivel de actividad física y observación. En casos muy severos puede ser necesario el utilizar un corsé ortopédico.