

Dolor músculo-esquelético en el niño

Dr.J.L.Peña

Dr.J.L.Monasterio

Hospital de Basurto- Bilbao

Introducción

El dolor músculo-esquelético es un motivo de consulta frecuente, tanto en Pediatría como en Traumatología

Cada edad tiene su patología específica

Las causas pueden ser múltiples, la mayoría benignas, pero es esencial su identificación y diferenciación de enfermedades potencialmente graves.

El diagnóstico se realiza por una Hª clínica detallada, un minucioso examen, y la realización de pruebas complementarias básicas.

El control evolutivo es esencial para descartar o confirmar un proceso patológico.

Hablaremos del método para una aproximación diagnóstica al dolor músculo-esquelético, excluyendo procesos fracturarios, infecciosos, o tumorales.

Anamnesis

Se debe preguntar a los padres y al niño (según edad)

Es muy importante documentar las características del dolor: instauración, evolución, duración, intensidad...

Así como la presencia de otros síntomas: fiebre, alteración del peso, astenia, debilidad, manchas piel...

Incluir los antecedentes personales y familiares (espondiloartropatias, psoriasis,..).

Valoraremos si se produjo un proceso infeccioso previo, o traumático.

Si sospechamos cierto componente psicológico, indagaremos sobre problemas familiares, escolares, deportivos...

Exploración física

La exploración general ha de ser sistemática.

Posteriormente, exploraremos con más detalle la zona afectada

Observación

Palpación

Movilidad activa y pasiva

Finalizaremos con una exploración de la marcha, intentando descubrir cojeras, o actitudes de defensa.

Pruebas complementarias

Se realizarán según un diagnóstico de presunción previo.

A veces, sólo es necesario un seguimiento y control evolutivo en consultas.

Comenzaremos con una analítica básica: Hemograma y VSG

Rx AP y Lat. De la zona, si el dolor es localizado

Gammagrafía ósea: muy útil para localizar dolores poco definidos, o cuando sospechamos una causa infecciosa o inflamatoria.

La realización de Pruebas específicas como el TAC, la RMN, la reservaremos para una fase posterior.

Dolor óseo recurrente benigno

Se le ha denominado también dolor de crecimiento; sin embargo no se ha podido establecer su relación con este evento fisiológico. Se presenta en alrededor del 10% de la población infantil, de preferencia pre-escolares y escolares con historia familiar de dolores recurrentes: dolor abdominal, cefalea, etc. y se caracteriza por:

Edad de presentación habitual: de 3 a 12 años

Distribución por sexo: igual

Dolor: periódico, vespertino o nocturno, de intensidad moderada, profundo, habitualmente bilateral, de predominio en extremidades inferiores, de localización cambiante, de preferencia en muslos y pantorrillas y de menor frecuencia en segmentos proximales de extremidades superiores.

Examen físico y exámenes de laboratorio normales.

En el 5-10% de los casos el dolor es intenso. El diagnóstico es clínico; sin embargo se recomienda efectuar hemograma y VSG ante dudas de diagnóstico o en casos con dolor intenso.

El manejo fundamental es la educación a la familia y al niño, en relación a la naturaleza benigna de estos dolores. Sí el paciente lo requiere se le puede indicar masaje local y paracetamol 10 mg/kg, al presentar el dolor.

Síndromes dolorosos

SÍNDROME DE HIPERMOVILIDAD

Se ha asociado hiperlaxitud articular con dolor óseo o articular recurrente. Los criterios de hiperlaxitud articular son:

Oposición pasiva del pulgar sobre el antebrazo

Hiperextensión pasiva de metacarpofalángicas 5° a 90° o más

Hiperextensión de codos de 10° o más

Hiperextensión de rodillas de 10° o más

Dorsiflexión pasiva de tobillos de rango excesivo

SENSIBILIDAD AL FRÍO

Se presenta en escolares y adolescentes en períodos de baja temperatura ambiental. Se manifiesta por dolor de manos y/o pies, disminución de temperatura, sudoración y coloración violácea. El dolor se puede asociar al antecedente de exposición al frío o haber permanecido de pie en un lugar húmedo. Se debe distinguir del eritema pérmio, por el examen físico, y del Síndrome de Raynaud ya que los pacientes no refieren las tres fases típicas de éste.

Traumatismos

Aunque omitimos las fracturas en esta Comunicación, llamamos la atención sobre las fracturas de Stress, donde se produce dolor localizado de carácter insidioso y en relación con el deporte.

En estos casos, la Gammagrafía es muy útil si la Rx. es normal.

También destacamos el Sd. del niño golpeado: fracturas múltiples y en proceso de consolidación.

Dolor óseo psicósomático

Se reconocen:

Reacción de conversión: miedos o temores se cambian a síntomas

Histeria: con prolongación de síntomas originalmente orgánicos o trauma menor

Enfermedad orgánica con un componente psicológico: El dolor es habitualmente de extremidades inferiores y se puede asociar a anestesia, parestia o parálisis. Lo típico es la discordancia entre la intensidad de los síntomas y el examen físico normal.

Un estudio en 100 pacientes con dolor músculo-esquelético psicósomático demostró un predominio en pre-adolescentes y adolescentes de sexo femenino, con dolor óseo continuo o intermitente asociado con frecuencia a cefalea y dolor abdominal recurrente. Los pacientes típicamente experimentaban tensión escolar o familiar, eran de buen rendimiento escolar, provenientes de familias de predominio cohesivas, estables pero con dificultad para expresar emociones, o bien de familias caóticas, con alto nivel de tensión emocional y desintegración.

Patología músculo-esquelética más frecuente

Definiremos por localizaciones: EESS, EEII, Raquis y valoraremos según edades

Hombro-Brazo

Tendinitis manguito rotadores: en relación a deportes, especialmente de lanzamiento

Tendinitis biceps

Inestabilidades hombro

Arrancamientos apofisarios: apófisis coracoides

Codo-Antebrazo

Epicondilitis- codo tenista

Epitrocleitis- codo golfista

Osteocondrosis de Códilo: enf. de Panner

Tendinitis biceps-triceps-braquial ant.

Sinostosis radio-cubitales

Muñeca-Mano

Tenosinovitis estenosante de muñeca: Enf de De Quervain

Gangliones

Hiperlaxitud

Rigideces

Cadera-Muslo

Tendinitis adductores, recto anterior, cuádriceps, etc.

Rotura de fibras musculares

Arrancamientos apofisarios: isquion, EIAI, EIAS, etc.

Sinovitis Transitorias

Enf. Perthes

Epifisiolisis cabeza femoral

Osteocondrosis isquio-pubiana

Rodilla-Pierna

Sd. Compartimental crónico

Tendinitis rotuliana, Cintilla Meissat, etc

Sd. hiperpresión rotuliana

Inestabilidades rotulianas

Osteocondrosis: Osgood- Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson

Osteocondritis disecante-enf. de Koenig
Menisco discoideo
Plica rotuliana
Artritis Reumatoide infanto-juvenil
Rótula bipartita
Quieste Baker

Tobillo-Pie

Tendinitis tibial ant. y post, peroneos, Aquiles
Fascitis Plantar
Sd. Impactación ant. y post.
Osteocondrosis de Calcaneo: Enf de Sever
Osteocondritis disecante Astrágalo
Osteocondrosis de Escafoides Tarsiano: Enf. Köehler
Apofisitis escafoides tarsiano/ escafoides accesorio
Osteocondrosis 2º Metatarsiano: Enf. de Freiberg
Fractura stress metatarsianos
Coaliciones tarsianas

Raquis

Dolor de causa común:

Sobrecarga muscular / apofisitis / uso excesivo
Espondilolisis
Espondilolistesis
Trauma: microfracturas

Causas menos comunes:

Infección: discitis / osteomielitis
Osteocondrosis vertebral: Enf. de Scheuermann
Trauma: fracturas

Causas infrecuentes:

Hernia de Núcleo Pulposos
Espondilitis Anquilosante
Artritis Reumatoide Juvenil
Tumores Óseos
Tumores de Médula Espinal
Dolor Psicogénico

Tumores óseos benignos

Dolor óseo es localizado y progresivo
La clínica se debe al aumento de volumen o a una fractura patológica
Sin alteración del estado general
Osteoma Osteoide:
Dolor profundo, en extremidad inferior, predominio nocturno, y mejora con AINES
Diagnóstico: Rx., Gammagrafía
Tto.: Exéresis en bloque, destrucción del nidus por radiofrecuencia
Osteocondroma
Encondroma
Displasia fibrosa
Fibroma no osificante

Tumores óseos malignos

Rápida evolución

Suele aparecer una masa, asociada a mal estado general

Los más frecuentes son el Osteosarcoma y el Tumor de Ewing

Lesiones paratumorales óseas

Histiocitosis

Quiste óseo simple

Quiste óseo aneurismático

Infecciones osteoarticulares

Vías: hematógena, contigüidad, inoculación directa

Pruebas: leucocitosis, VSG, PCR

Tipos: aguda, subaguda, crónica

Imagen: rxs, gammagrafía, ecografía, TAC, RMN

Artritis séptica

Conclusiones

Si el niño se queja, siempre existe un motivo

Nosotros somos los responsables de encontrar la causa

Aunque,... no siempre conseguimos la solución

Evitemos tratar al niño para conseguir la satisfacción de los padres

Propondremos tratamientos sólo cuando sean necesarios y efectivos

La limitación de las actividades del niño debe ser una decisión bien meditada

Antes de prescribir cualquier tratamiento hay que considerar al niño en conjunto