

Exploración física en Reumatología Pediátrica

Dr. Joan Ros Viladoms

Unidad de Reumatología Pediátrica

Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu – Hospital Clínic

Universitat de Barcelona

En Reumatología Pediátrica (RP) la historia clínica es especialmente importante pues es una pieza fundamental para orientar el diagnóstico y el tratamiento. La información de los padres o del niño mayor es más importante que los exámenes complementarios que podamos hacer. Esto es aún más cierto en RP pues las exploraciones complementarias sólo deben valorarse dentro del contexto clínico. Es imprescindible un correcto enfoque clínico más que la gran cantidad de pruebas (anticuerpos, antiestreptolisinas, factor reumatoide...) que podemos pedir. Es preciso tener tiempo suficiente para el interrogatorio y la recogida de datos referentes a historia personal y familiar y realizar la exploración física completa, tanto del sistema músculoesquelético como pediátrica general.

Historia clínica:

El paciente acude a la consulta de RP por alguno de los siguientes motivos:

1/ Impotencia funcional de una extremidad. 2/ Inflamación articular. 3/ Dolor articular o muscular con o sin rigidez. 4/ Presencia de síntomas generales junto con algún parámetro analítico alterado.

1/ Impotencia funcional:

Es un motivo de consulta muy frecuente. Los padres observan una dificultad para la marcha; generalmente asociada a antecedente traumático. Se debe preguntar por el horario (peor por la mañana; si en reposo; tras un viaje largo...). En los niños es frecuente la cojera o la imposibilidad para el juego habitual. Cuando se afectan las extremidades superiores es más difícil de apreciar, entonces nos debemos fijar en el resultado de las tareas escolares. Preguntar por el grado de limitación para la actividad de la vida diaria, intentando fijarnos en cuales articulaciones están afectadas.

2/ Inflamación articular:

Es más fácil de ver en unas articulaciones que en otras (rodillas-tobillos), pero no en caderas y hombros. No existe relación directa entre el grado de inflamación articular y la gravedad de la artritis, en cuanto a agresividad o a capacidad para producir erosiones. Existen formas de afectación muy destructivas con poco derrame articular (ej: artritis psoriásica) y otras con gran derrame y pocas secuelas (ej: artritis por borrelia o por parvovirus). Interesa preguntar por los tratamientos recibidos y su respuesta clínica.

3/ Dolor articular:

Es motivo de consulta menos frecuente en pediatría. Si un paciente nos viene con mucho dolor pensar antes en infección o en tumor. Hay que intentar saber cómo es, cómo empieza, cuando aparece, cuanto tiempo dura y su localización. El dolor inflamatorio se manifiesta tras periodos de descanso, pocas veces despierta por la noche y mejora con los analgésicos tipo paracetamol. Si el dolor interfiere las actividades de la vida diaria, despierta por la noche y no cede con analgesia menor sospechar infiltración tumoral. El dolor mecánico, en adolescentes, es más intenso tras la actividad y aumenta al final del día. A veces el dolor es mixto y otras es referido. También es interesante conocer si el dolor es migratorio, aditivo o en brotes.

Existen, también en RP, síndromes de ampliación del dolor en el que el componente psicológico es muy importante y no cede con la analgesia habitual (fibromialgia-distrofia simpática refleja).

3/ Rigidez articular:

Es difícil de precisar. Se traduce como dolor, cansancio, molestia, debilidad muscular, torpeza, agarrotamiento o endurecimiento muscular. Puede llegar a ser el signo más importante en RP. En el niño pequeño puede apreciarse poca movilidad en la cuna con postura fija en descanso. Interesa su duración para el seguimiento y para comprobar la eficacia del tratamiento.

4/ Parámetros analíticos alterados:

A menudo acuden a la consulta enviados por sus médicos por encontrar datos biológicos sospechosos de enfermedad reumática o cualquier otra colagenosis. Casi siempre son casos sin verdadera enfermedad sólo son portadores de ASLOS (antiestreptolisinas) elevadas o algún anticuerpo o factor reumatoide positivo pero sin ninguna repercusión clínica, sólo precisan seguimiento. Estos parámetros se deben valorar en el contexto clínico de cada paciente. Se debe recordar que las ASLOS altas sólo indican infección estreptocócica y el factor reumatoide y los ANA positivos pueden verse en infecciones y no forzosamente se deben interpretar como marcadores de colagenosis.

A parte de conocer el síntoma principal o el motivo de consulta es interesante saber cómo han aparecido en el tiempo, el número de articulaciones afectadas, el comienzo brusco o gradual, los factores desencadenantes: infecciones, traumas, fármacos, exposición solar etc. Sospechar artritis reactiva cuando exista el antecedente de infección digestiva y/o genitourinaria previa.

En el niño la afectación articular puede ser el primer síntoma de enfermedad sistémica, por ello es importante la exploración completa para detectar signos de sospecha de enfermedad general. En piel y mucosas buscamos la existencia de exantemas, prurito, aftas orales y/o genitales, lesiones de fotosensibilidad, psoriasis... Se deben buscar síntomas digestivos como alteraciones en las heces, dolor abdominal. En adolescentes con síntomas digestivos sospechar enfermedad inflamatoria intestinal. En aparato cardiorespiratorio buscar signos de dificultad respiratoria, dolor torácico, tiraje, signos de pleuritis o pericarditis. En ocasiones encontramos afectación renal en forma de oliguria, cambio de color de la orina, edemas, hipertensión arterial y también síntomas generales como fiebre, astenia, anorexia, adelgazamiento, cansancio, fatiga, mal estado general con sensación de enfermedad grave.

Antecedentes personales:

Preguntar por enfermedades concomitantes, alergias a medicamentos, dolores de espalda, en talones o problemas en rodillas y antecedentes de infecciones genitourinarias o intestinales previas.

Antecedentes familiares:

En RP algunas entidades tienen componente familiar hereditario, aunque no se haya encontrado gen específico, pero sí HLA B27 positivo en pacientes con sospecha de evolución a espondiloartropatía. Se debe preguntar por otros miembros afectados de enfermedades como (AIJ, LES, A. Psoriásica; Enf inflamatoria intestinal o enfermedades de origen autoinmune como Diabetes, Tiroiditis, alteraciones córticosuprarrenales).

Historia social:

Es importante conocer el impacto de la enfermedad en la vida familiar para orientar y solicitar ayudas puesto que al ser enfermedades crónicas precisan de apoyo psicológico y social.

Exploración física:

Se debe hacer una exploración pediátrica general con especial atención en erupciones en piel, manifestaciones oculares y síntomas genitourinarios y/o intestinales anotando el peso y la talla, mirar las proporciones corporales, la facies, la auscultación cardiorespiratoria, la palpación abdominal en búsqueda de hepatoesplenomegalia, buscar adenopatías....

Exploración de piel y mucosas:

Existen lesiones muy llamativas en el Lupus eritematoso sistémico (LES) y en la Dermatomiositis (DM) como eritemas en cara y en articulaciones; exantemas, púrpuras. También podemos apreciar nódulos cutáneos, livedo reticularis y cambios en zonas acras que nos pueden hacer sospechar en vasculitis. Las lesiones de psoriasis pueden ser poco evidentes y hay que buscarlas en zonas escondidas como cuero cabelludo, zona periumbilical o zona retroauricular. No se debe olvidar la inspección de los genitales y el ano en búsqueda de aftas para descartar una vasculitis de Behçet.

Exploración del sistema músculoesquelético:

Debemos hacer un examen sistemático desde extremidades superiores (EES) a pies procurando evitar las zonas dolorosas hasta el final. Es importante para el seguimiento dedicando tiempo y paciencia para evaluar el sistema muscular y las articulaciones. Se debe observar la postura en pie y al andar con inspección de frente y perfil y la espalda; explorar la marcha normal e invitar al paciente para que camine de talones y puntillas para apreciar el grado de impotencia funcional.

Examen articular:

Nos sirve para detectar cualquier inflamación articular; la existencia de dolor a la palpación; dolor al final del movimiento y la limitación. Se debe seguir un orden riguroso desde columna cervical y cara a pies. Nos fijaremos en la *inspección* de la marcha, los contornos articulares, la distensión, las angulaciones y las deformidades. En la *palpación* investigar el dolor, la rigidez, la tumefacción, la induración y la presencia de nódulos. Observar el grado de *movimiento* y el grado de *fuerza* muscular.

Columna cervical:

Comprobar la flexoextensión-rotación e inclinación lateral. En las AIJ sistémicas se afecta con frecuencia presentando rigidez de cuello que en el contexto de un cuadro febril obliga a descartar una reacción meníngea.

Articulación temporo-maxilar:

Pueden estar afectadas con asimetría de la apertura bucal y la presencia de crujidos o chasquidos. Si se afecta bilateralmente de manera crónica puede llegar a producir una micrognatia.

Articulación esterno-clavicular:

Se afecta poco pero no hay que olvidarla. Descartar la presencia de líquido intraarticular.

Exploración extremidades superiores:

Efectuar movilidad activa y pasiva; movimientos de abducción, rotación interna y externa; flexoextensión y pronosupinación. Buscar tumefacciones y limitaciones.

Hombro: Palpación (derrame). Rotación externa e interna.

Codo: Es una articulación más compleja. Interesa apreciar los movimientos de flexoextensión y pronosupinación. Descartar existencia de derrame.

Mano-Muñeca: Comprobar dolor, derrame, rango de movimiento desde leve limitación hasta bloqueo completo; flexoextensión; lateralización cúbito-radio.

Articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas: Apreciar fuerza de prensión; dactilitis; deformidades.

Exploración extremidades inferiores:

Cadera: Comprobar estática y marcha. Movimientos de rodamiento; rotación externa, interna, flexión, extensión, abducción, adducción. Articulación difícil de explorar. Recordar el dolor irradiado a ingles o a rodillas. Explorar la limitación.

Sacroilíaca: Su inflamación se demuestra por dolor en zona glútea y por compresión. Signo de Fabere.

Columna vertebral: Observar la estática; las asimetrías. Explorar la limitación de los movimientos de zona lumbo-sacra. Flexión anterior (test de Schober).

Rodilla: Afectación muy frecuente. Apreciar deformidades (valgo-varo); signo de la oleada; test patelar; flexión-extensión. Localización del dolor. Exploración de ligamentos y meniscos. Atrofias musculares. Hipercrecimiento articulación afecta.

Tobillo-Pie: Explorar la marcha (puntillas-talones). Rango de movimiento. Existencia derrame. Subastragalina. Mediotarsiana. Interfalángicas. Dactilitis.

Exploración de las Entesitis:

Es el dolor en el punto de inserción del tendón en el hueso. En rótula, trocánter, Aquiles, fascia plantar.

Exploración muscular:

Algunas enfermedades pueden cursar con debilidad muscular como síntoma principal. (dermatomiositis). Explorar las cinturas escapular y pelviana. Explorar la fuerza y la fatiga muscular (test de CMAS). Explorar grupos musculares individualizados. Tumefacción, dolor, atrofia, calcificaciones.

Por último hay que recordar que con un buen interrogatorio y una correcta exploración física podremos orientar a una gran mayoría de nuestros pacientes.

Bibliografía

-Modesto C. C. 1999. Semiología clínica en Reumatología Pediátrica. En: Manual práctico de Reumatología Pediátrica. González P. E. Ed mra SL. Barcelona. 21-48.

-Cruz M.J, Granados D.J; Gomez R.N; Ferreiro S.JL.1999. Historia clínica y exploración física en el paciente reumático. En: Manual de enfermedades reumáticas de la sociedad española de reumatología (SER). Mosby-Doyma libros SA. Madrid. 63-85.

-Athreya Balu H.2001. A general approach to management of children with rheumatic diseases. En: Textbook of Pediatric Rheumatology. Fourth Ed. Saunders Company. Cassidy-Petty. 189-211.

-Graham R, Sargent JS. 1998. Evaluation, signs and symptoms. En: Rheumatology. Second Ed. Mosby. Klieppel-Dieppe. Vol 1: 2-1,1-2-4,6.

-Cruz M, Jiménez R, Sancho A. 1995. Exploración del sistema esquelético. En: Tratado de exploración clínica en Pediatría. Masson SA. Barcelona. Galdó-Cruz: 507-540.

-Jacobs JC. 1993. Pediatric Rheumatology for the practitioner. 2ª ed. Springer-Verlag. New York :1-24.