



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Cojera: más allá de la sinovitis transitoria



Limp: Looking beyond transient synovitis

M. Fernández Miaja^{a,*}, S. Rodríguez Blanco^a, C. de la Fuente Domínguez^b
y A. Muñoz Lozón^a

^a Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Servicio de Medicina Nuclear, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Disponible en Internet el 19 de junio de 2014

La cojera es un motivo de consulta frecuente en Pediatría, representando hasta un 0'2% de las consultas en Urgencias Pediátricas¹.

Presentamos el caso de un niño de 6 años remitido a Reumatología Pediátrica por cojera de 3 meses de evolución que empeoraba con la actividad y no

respondía a antiinflamatorios no esteroideos. Referían torpeza, escaso balanceo de brazos y cervicalgia de larga evolución. Aportaron radiografía y ecografía de caderas, analítica sanguínea y exploración oftalmológica; estudios normales excepto anticuerpos antinucleares ANA positivos (1/80).

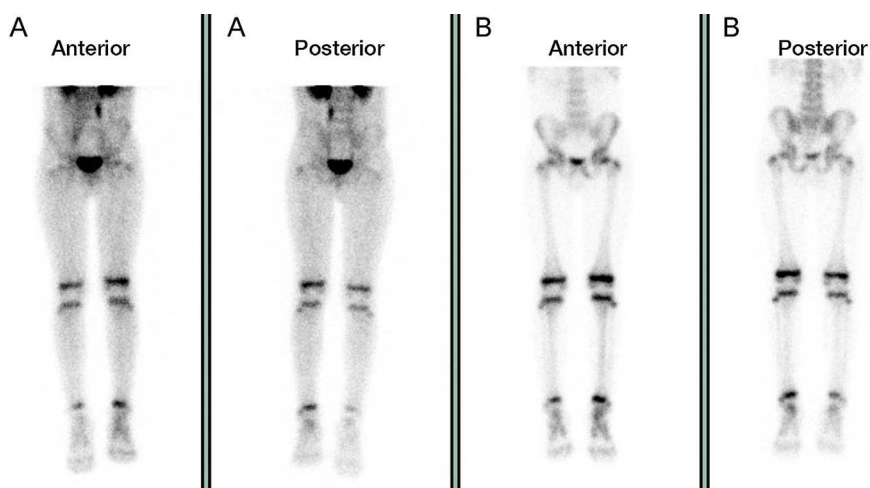


Figura 1 Gammagrafía ósea. A) Fase precoz. B) Fase tardía. Asimetría con menor captación en extremidad inferior derecha.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mfmiaja@gmail.com (M. Fernández Miaja).



Figura 2 RM en secuencia T1. Malformación Arnold-Chiari tipo 1. Herniación caudal de las amígdalas cerebelosas por debajo del foramen magno.

En la exploración, no dolor o tumefacción, cojera con balanceo hacia la derecha, disimetría de miembros inferiores (MMII) (derecho de menor longitud y perímetro: 0,5 y 1 cm, respectivamente), hiperreflexia con aumento del área reflexógena y sin clonus en bicipital y tricipital bilaterales, y en rotuliano derecho.

Se realizó una gammagrafía ósea de pelvis y MMII (fig. 1) sin alteraciones en caderas, mostrando menor captación derecha. Ante la sospecha de un proceso con afectación crónica del lado derecho, se realizó resonancia magnética cerebral y medular (figs. 2 y 3) y se diagnosticó de malformación de Arnold-Chiari tipo 1 (MCI) y siringomielia extendida hasta T8. El paciente fue derivado para intervención neuroquirúrgica que resultó exitosa.

Las causas más frecuentes de cojera son los traumatismos y la sinovitis transitoria de cadera pero el diagnóstico diferencial debe incluir patología infecciosa, inflamatoria, oncología, ortopédica y neurológica². En este caso, el paciente fue diagnosticado MCI y el tratamiento de elección es quirúrgico para eliminar los síntomas compresivos y detener la progresión de la siringomielia³.

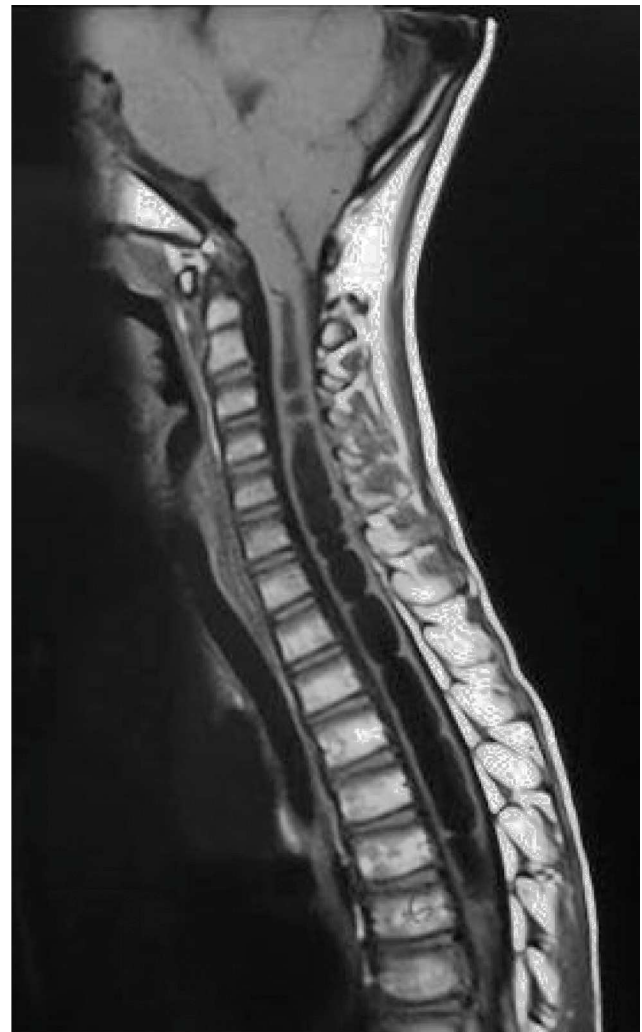


Figura 3 RM en secuencia T1. Cavity siringomielia de C1 a T8.

Bibliografía

1. Flynn JM, Widman RF. The limping child: Evaluation and diagnosis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2001;9:89-98.
2. Gascó Gómez de Membrillera J, Gascó Adrien J, Barra Pla A. La cojera en el niño. Orientación diagnóstica. *Pediatr Integral.* 2001;6:305-14.
3. Domitrovic L, Gandarillas B, Clar F, Carrasco E, Jalón P, Mezzadri JJ. Malformación de Chiari y Siringomielia: experiencia 200-2008. *Rev Argent Neuroc.* 2009;23:138-40.