



EDITORIAL

Reumatología pediátrica: la importancia de la anamnesis y la exploración



Paediatric rheumatology: The importance of anamnesis and physical examination

J. de Inocencio Arocena

Unidad de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Disponible en Internet el 1 de febrero de 2016

La reumatología pediátrica es la especialidad que aborda la patología médica inflamatoria y no inflamatoria del sistema musculoesquelético de los niños y adolescentes. Es una de las últimas especialidades pediátricas y, quizá por ello, sigue resultando poco conocida para las familias y para muchos pediatras. De otra manera sería difícil justificar el que mientras los niños con patología no quirúrgica cardíaca, respiratoria o nefrológica son remitidos a los correspondientes especialistas pediátricos y no al cirujano cardiovascular, torácico o urólogo, respectivamente, los niños con patología no quirúrgica, no ortopédica y no traumática del aparato locomotor son derivados habitualmente al traumatólogo, aunque dispongan de unidades de reumatología pediátrica en su entorno.

La especialidad puede ser joven, pero hace ya años que dejó atrás la pubertad. Un editorial abordaba en 2014 los orígenes de la reumatología pediátrica¹ situándolos, tanto en EE. UU. como en Europa, en la década de los cincuenta del siglo pasado. El reconocimiento oficial de la especialidad se produjo en EE. UU. en 1992 con la convocatoria por parte del *American Board of Pediatrics* del primer examen de acreditación en reumatología pediátrica, el *Subboard of Pediatric Rheumatology*. Reino Unido siguió un proceso similar y el *Royal College of Paediatrics and Child Health* reconoció la especialidad en 1996. Por lo que respecta a España, en 1995 se creó la sección de reumatología pediátrica de la

Asociación Española de Pediatría y en 1998 la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica.

La baja prioridad que recibe la enseñanza del sistema musculoesquelético comparada con la de otros órganos y sistemas en los estudios de pregrado² y posgrado tampoco ayuda a difundir la especialidad. Esta insuficiente formación en medicina musculoesquelética podría explicar la baja frecuencia con la que se registra la exploración del aparato locomotor en la historia clínica de pacientes pediátricos hospitalizados³ o evaluados en servicios de urgencias. De hecho, no es infrecuente comprobar en los informes de urgencias de pacientes atendidos por cojera no traumática o dolor en los miembros, el que se evalúe exhaustivamente el nivel de conciencia, relleno capilar o ausencia de signos meníngeos, mientras que la exploración del aparato locomotor, a menudo incompleta, se basa en descripciones del tipo «no parece existir *mucho* dolor», «rodilla *algo* globulosa» o «movilidad *aparentemente* conservada». Semejante vaguedad de términos indica la inseguridad del evaluador a la hora de explorar el aparato locomotor o, siendo más optimistas, sus dudas sobre cómo registrar dicha exploración.

La reumatología tiene la dificultad añadida de que el patrón de respuesta de la articulación ante las agresiones es limitado: se inflama o no se inflama. Por ello la realización de una completa anamnesis y exploración física, importantes en todas las áreas de la medicina, es crucial en reumatología. Una monoartritis de tobillo no deja de ser una monoartritis, pero puede ser debida a múltiples causas. Una buena anamnesis puede dar indicios de la etiología, incluso

Correo electrónico: jaimе.inocencio@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.01.001>

1695-4033/© 2015 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

antes de confirmar que el tobillo está tumefacto. El tipo de patrón doloroso, «inflamatorio» cuando el dolor aumenta con el reposo (rigidez matutina) y mejora con la actividad, o «mecánico» cuando sucede lo contrario, es tan importante como la fecha de inicio, el curso o la limitación funcional. Los antecedentes de febrícula, exantema macular y artralgias en otras localizaciones harán sospechar una infección viral; el dolor intenso acompañado de fiebre e impotencia funcional indicará una artritis séptica; el antecedente de un traumatismo directo orientará hacia una fractura o artritis traumática; la aparición de un exantema purpúrico en los miembros inferiores en un niño afebril orientará hacia una púrpura de Schönlein-Henoch, etc. En ese mismo contexto clínico, los antecedentes personales de artritis idiopática juvenil, trastorno de la coagulación o inmunodeficiencia primaria modifican el repertorio de posibles etiologías.

También es importante recoger los antecedentes familiares. Aunque no suelen existir antecedentes de enfermedades reumáticas en la familia, con las excepciones del lupus eritematoso sistémico o de las enfermedades asociadas al HLA-B27 (espondiloartropatías o enfermedad inflamatoria intestinal), es frecuente que haya familiares diagnosticados de otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, psoriasis, vitíligo).

La información obtenida en la anamnesis se complementa con la exploración, que debe ser completa y sistemática, incluyendo la piel, faneras y mucosas, la auscultación cardiopulmonar y la valoración de órgano y adenomegalias. Solo después de realizar la exploración general completa se procederá al examen articular⁴.

La exploración articular, crucial en reumatología, es la que finalmente confirma tanto la impresión diagnóstica sugerida en la anamnesis (presencia de artritis u otros hallazgos) como el tipo (oligoartritis o poliartrosis). Esta requiere una técnica y un aprendizaje que un elevado número de pediatras, por distintos motivos, no ha recibido y que explica el interés que generan los talleres prácticos de exploración articular organizados por distintas sociedades pediátricas.

La escasa expresividad de la enfermedad articular en pediatría obliga a explorar todas las articulaciones porque: 1) la patología inflamatoria pediátrica suele ser asimétrica y la movilidad articular varía con la edad y el sexo, por lo que la mejor referencia es la movilidad de la articulación contralateral; 2) las artritis inflamatorias, a diferencia de las sépticas, no suelen asociar dolor ni a otros signos inflamatorios externos (calor, rubor), detectándose con frecuencia artritis clínicamente silentes que modifican el diagnóstico diferencial (oligoartritis frente a monoartritis); 3) la existencia de dolores referidos; 4) el patrón de afectación articular (simétrica o asimétrica, de grandes o pequeñas articulaciones) pueden sugerir el diagnóstico, y 5) algunos hallazgos resultan diagnósticos, incluyendo la dactilitis característica de las artritis psoriásicas o la tarsitis característica de las espondiloartropatías/artritis relacionadas con entesitis.

La reumatología pediátrica es una especialidad reconocida en muchos países que tiene claramente definido: 1) qué patologías inflamatorias y no inflamatorias son de su competencia; 2) qué formación teórica/práctica deben adquirir los profesionales que la ejercen; 3) cuáles son sus técnicas específicas, incluyendo las artrocentesis e infiltraciones, capilaroscopia y ecografía musculoesquelética, y 4) qué criterios deben cumplir las unidades donde se lleva a cabo la asistencia.

A pesar de que la reumatología pediátrica reúne los criterios de *área de capacitación específica*, sigue siendo frecuente que los niños con enfermedades reumáticas continúen siendo atendidos en nuestro país por facultativos que, en el mejor de los casos, han recibido una mínima formación en reumatología pediátrica o realizado una corta estancia en una unidad especializada pero que, por motivos organizativos o asistenciales, han tenido que hacerse cargo de la atención de estos niños. Esta situación no es exclusiva de España, y motivó un editorial de la revista *Pediatric Rheumatology Online Journal* que destacaba la falta de idoneidad para el ejercicio de la especialidad tanto de pediatras como de reumatólogos sin formación específica⁵.

En España existen unidades de reumatología pediátrica con personal adecuadamente formado y con la capacidad y la experiencia necesarias para hacerse cargo del tratamiento de los pacientes con estas enfermedades. En el año 2016 no se puede seguir admitiendo que cualquier facultativo sin formación específica, pediatra o reumatólogo, por voluntad propia o por designación de sus responsables jerárquicos, asuma la atención de estos pacientes de manera más o menos ocasional. Esta situación era la habitual cuando comenzó el desarrollo de las especialidades pediátricas en los años setenta del siglo pasado, pero está muy lejos de ser el modelo idóneo cuarenta años después. Como concluía el editorial mencionado anteriormente¹, nuestros pacientes merecen algo mejor.

Bibliografía

1. De Inocencio Arocena J, Antón López J. Reumatología pediátrica. Breve historia y situación de la especialidad en España. *Acta Rheumatologica*. 2014;1:1.
2. Al-Nammari SS, Pengas I, Asopa V, Jawad A, Rafferty M, Ramachandran M. The inadequacy of musculoskeletal knowledge in graduating medical students in the United Kingdom. *J Bone Joint Surg Am*. 2015;97:e36.
3. Gill I, Sharif F. A disjointed effort: Paediatric musculoskeletal examination. *Arch Dis Child*. 2012;97:641–3.
4. Foster HE, Jandial S. pGALS — paediatric Gait Arms Legs and Spine: A simple examination of the musculoskeletal system. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2013;11:44.
5. Spencer CH. Why should pediatric rheumatology be recognized as a separate subspecialty: An open letter to medical councils and government agencies. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2007;21:21.