

SINOVITIS TRANSITORIA DE LA CADERA.- **Prof. Agdo. Dr. Domingo Beltramelli.-**

Clinica de Traumatología y Ortopedia Pediátrica.
Prof. Dr. Alejandro Cuneo
Facultad de Medicina. UdelaR

Es un cuadro inflamatorio inespecífico, que se autolimita y cede espontáneamente, y que es la principal causa de dolor en la cadera en los niños menores de 10 años, presentándose habitualmente luego de los 3 o 4 años.

Este cuadro patológico afecta con mayor frecuencia varones que niñas, en una relación que varía entre 3/2 a 5/1; y predomina entre los 3 y 10 años. Con mayor frecuencia suele afectarse la cadera derecha y en una baja frecuencia, menos del 5% la afectación es bilateral.

ETIOLOGÍA.-

Se desconoce la causa de la enfermedad, pero han sido implicados el traumatismo previo, la infección y la alergia como factores que intervienen en la patogenia, aunque autores como Hardinge no encuentran una relación causal entre la sinovitis transitoria de la cadera y las causas señaladas. En estudios más recientes se ha otorgado importancia como factor causal, a las infecciones de la vía respiratoria alta, de todas maneras aún no hay certeza en la etiología de la sinovitis transitoria de la cadera.

CUADRO CLINICO.-

Es un cuadro que predomina en niños menores de 10 años, en quienes en un número importante de casos está precedido por una infección de las vías respiratorias superiores.

El niño se queja de dolor en el sector anterointerno del muslo, y muchas veces en la rodilla; habitualmente cursa en apirexia, aunque en ocasiones puede presentar un aumento de la temperatura, y una marcha antálgica con claudicación del miembro afectado, fundamentalmente en la fase de apoyo.

El dolor en la rodilla, es un dolor referido, y es tan frecuente, que siempre que en un niño se presente dolor en la rodilla, hay que descartar que la patología no tenga su origen en la cadera.

En el exámen físico presenta dolor a la palpación en la región anterointerna del muslo, y limitación a la movilización de la cadera, fundamentalmente en la flexión, abducción y la rotación interna.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.-

Lo habitual es que el número de leucocitos y la velocidad de eritrosedimentación se presenten normales, aunque en ocasiones pueden presentarse ligeramente elevadas.

La punción de la articulación coxofemoral mostrará un líquido sinovial claro, que será estéril en el cultivo, que puede presentar un volumen de 3 o 4 cc., pero no es un estudio imprescindible para el diagnóstico.

El estudio histológico muestra una reacción inespecífica inflamatoria.

En la radiografía simple, puede advertirse, si el derrame es importante un aumento del espacio intraarticular entre la cápsula articular y el hueso; lo que está sugerido por el abombamiento lateral y superior de la cápsula y de los tejidos blandos por delante del plano capsular.

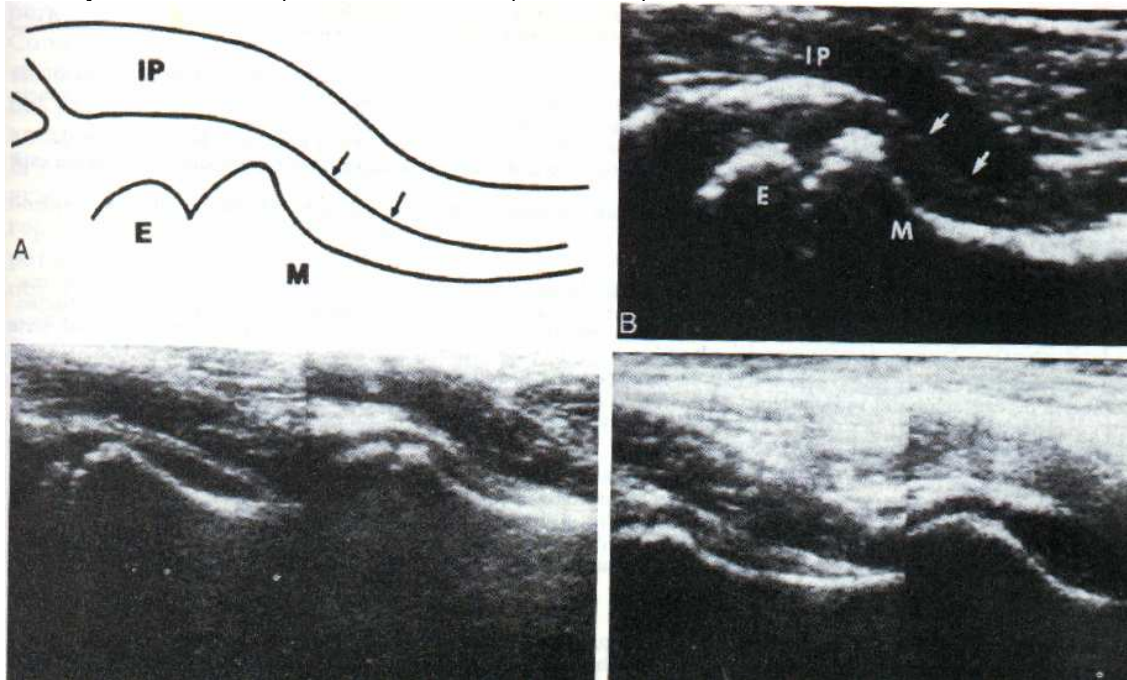


Fig.1.-Ecografías de la cadera normal y la afectada.

A y B. Esquema del contorno ultrasonográfico normal de la cadera. La sombra capsular (flecha) es cóncava (E-Epifisis proximal de fémur; M-Metáfisis proximal de fémur; IP-Psoasiliaco) **C**, ecografía de la cadera derecha con sinovitis transitoria. La sombra capsular es convexa y no cóncava; y la de la cadera izquierda normal es cóncava; **D**, ecografía de la cadera derecha con artritis séptica, y de la cadera izquierda para comparación. Se advierte notable distensión y convexidad de la sombra capsular y el líquido sinovial es turbio.

Cuando el derrame articular es muy grande puede ocasionar un desplazamiento lateral de la cabeza femoral y ensanchamiento del espacio intraarticular medial.

No se advierten cambios en la estructura ósea, lo que descarta la posibilidad de cuadros más graves como osteomielitis de cuello femoral, necrosis aséptica de la cabeza femoral o lesiones tumorales.

La ultrasonografía es el método ideal para el diagnóstico de sinovitis, ya que muestra el derrame articular de forma comparativa ; y confirma el diagnóstico ante un aumento de la luz articular mayor de 3 mm. **FIG:1**

La centellografía ósea con ^{99m}Tc puede ser normal o mostrar un ligero aumento de la captación, pero no está indicada en los casos habituales.

El diagnóstico de la sinovitis transitoria de la cadera, es clínico e imagenológico, basado fundamentalmente en la ecografía de la cadera. Ante un niño menor de 10 años, que consulta por dolor en región anterointerna de muslo, con cojera, sin fiebre; pensar en una sinovitis transitoria de la cadera. Descartar los parámetros paraclínicos de infección, a través de un hemograma completo, v.e.s y p.c.r, que pueden mostrar un leve aumento. Se descartara un compromiso estructural del hueso a través de la radiografía simple y de tener un derrame articular importante mostrara un aumento de la luz articular. Pero el diagnóstico del derrame articular sera confirmado a través de la ecografía .

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Los principales cuadros patológicos con los que debe realizarse el diagnóstico diferencial son: la artritis de la cadera, la Enfermedad de Perthes, la fiebre reumática, la artritis reumatoidea juvenil, algunas infecciones específicas y la condropatía conjugal.

La artritis séptica de la cadera se descarta por ser un cuadro patológico más agudo, con espasmo muscular y dolor periarticular; acompañado de fiebre y claros parámetros paraclínicos de infección.

En estos casos la ultrasonografía de la cadera y la punción articular son los métodos paraclínicos que confirman el diagnóstico.

La enfermedad de Perthes, que cursa por empujes de sinovitis, se descarta en las etapas iniciales por la imagen del centellograma óseo; y las claras alteraciones de la radiografía como veremos más adelante al referirnos a la enfermedad de Perthes.

La fiebre reumática se caracteriza por artralgias migratorias y tienen clara mejoría con los salicilatos.

La artritis reumatoidea se descarta por los estudios de laboratorio y las investigaciones inmunológicas y serológicas en combinación con la evolución clínica. Es excepcional que la artritis reumatoidea comience con compromiso de la articulación coxofemoral. A pesar de lo raro del cuadro, también hay que descartar las infecciones específicas como la tuberculosis de la cadera en el diagnóstico diferencial, y se practicará cutirreacción si la sinovitis tóxica no desaparece en el término de 3 o 4 semana.

En el niño grande hay que descartar el deslizamiento de la epifisis de la cabeza del fémur, que inicialmente pueden manifestarse por síntomas y signos de sinovitis.

TRATAMIENTO.-

El tratamiento consiste en eliminar el apoyo ponderal en la bipedestación al imponer el reposo en cama en el hogar o si es grave en el Hospital.

El alivio del dolor se produce de forma rápida, aunque hay que esperar un lapso de una semana aproximadamente para recuperar el arco de movimiento.

Se debe revalorar al paciente en término de 2 semanas para autorizar la restitución de la deambulación de forma libre. Se debe realizar un control radiológico a las 8 a 12 para descartar la enfermedad de Perthes.