



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 482/266 - POLIARTRALGIAS EN LA INFANCIA ¿TODO ES EL CRECIMIENTO?

M. Valdelvira Díaz<sup>1</sup>, N. Cubelos Fernández<sup>2</sup>, B. Escribano Durán<sup>3</sup> y M. Feijóo López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia Emergencias Sanitaria Castilla y León. Unidad Militar de Emergencias. León. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. <sup>3</sup>Investigadora. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Profesora. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 14 años que consulta por cuadro de 10 días de poliartralgias e inflamación en rodilla izquierda y ambos codos. 48 horas antes de la consulta se realiza artrocentesis y se pauta tratamiento antiinflamatorio, a pesar de ello vuelve por empeoramiento clínico con aumento del dolor que dificulta la deambulación. Niega fiebre. Antecedentes: No alergias conocidas ni tratamientos farmacológicos. Fiebre de Chikunguya 4 años antes tras picadura de mosquito en Colombia.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 118/68 FC: 80, FR: 24, T<sup>a</sup> 36,8 °C, saturación O<sub>2</sub> 95%. Regular estado general, bien perfundido, sudoroso, Glasgow 15. AC: rítmico. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: sin hallazgos valorables. EEII: edema miembro inferior izquierdo, enrojecimiento y aumento de temperatura en rodilla. No derrame articular a tensión. Bioquímica: urea 68, Na 129, AST 87, Bi total 3, CK 430. Hemograma: Hb 12,4, VCM 80,2, HCM 27,5, 19.300 leucocitos (9% cayados), 122.000 plaquetas. Coagulación: normal. Radiografía de tórax: aumento densidad base derecha, opacidades bilaterales dispersas. Ingresa. Tratamiento con ceftarolina (líquido sinovial con SAMR) y analgesia. Desarrolla fiebre y alteración función renal y precisa traslado a UCI. Se completa estudio. TAC tórax: múltiples lesiones nodulares sugestivas de émbolos sépticos. Parcheados alveolares. En musculatura de cintura escapular, abscesos. Eco-doppler EEII: cuádriceps con múltiples formaciones que en el contexto clínico sugieren miositis/abscesos. No signos de TVP. RM EII: múltiples abscesos encapsulados (maduros). Miositis. Artritis rodilla con abundante pus. Se añade linezolid. Se realiza limpieza y desbridamiento quirúrgico (Traumatología). Progresiva mejoría, salvo dolor neuropático como secuela significativa.

**Orientación diagnóstica:** Artritis séptica y piomiositis por SAMR. Embolismo séptico pulmonar bilateral. Insuficiencia renal resuelta, en contexto de *shock* séptico.

**Diagnóstico diferencial:** Cuadros clínicos con dolor óseo y/o alteración pruebas de imagen.

**Comentario final:** Artritis séptica en la infancia, entidad poco común (4/100.000 niños/año), más frecuente en varones menores de 5 años. Articulación más involucrada la rodilla y el agente etiológico más implicado en cualquier edad es *Staphylococcus aureus*. Clínica inicial poco específica, por tanto es necesario un alto nivel de sospecha clínica ya que el inicio precoz de la antibioterapia es

fundamental para mejorar el pronóstico.

### **Bibliografía**

1. Rubio A, Rojo P. Osteomielitis y Artritis Séptica. *Pediatría Integral*. 2018;XXII(7):316-22.

**Palabras clave:** Artritis séptica.