

Hosp. General Docente "Aleida Fernández Chardiet"

Hallazgos interesantes en madres con niños con Sinovitis de Cadera

*Dr. Francisco M., Méndez Alejo **, *Dra. Aracelys Mederos Oviedo ***

* Especialista de 2do Grado en Reumatología. Profesor Asistente

** Especialista de 1er Grado en Laboratorio Clínico. Jefe del Laboratorio Clínico.

RESUMEN

La Sinovitis transitoria de cadera (STC) continúa siendo un diagnóstico de exclusión en la clínica pediátrica y las causas que la originan muchas veces no pueden ser demostradas. En el siguiente trabajo se presentan 22 niños con diagnóstico de Sinovitis transitoria de cadera, atendidos consecutivamente entre los años 1997 – 1999 en la consulta externa de Reumatología del Hosp. General Docente "Aleida Fernández Chardiet" de Provincia Habana. Se aplicó una encuesta en dos partes: la primera dedicada a recoger datos del paciente relacionados con la STC y la segunda con los resultados del examen físico realizado a sus respectivas madres. Predominaron en los afectados y sus madres el color de piel blanca y predominó el sexo masculino entre los pacientes. La edad promedio de los niños estudiados fue de 4.5. El 72% de las madres cumplían criterios de hiper movilidad articular y un 50% presentaron deformidades en miembros inferiores. Se comentan estos hallazgos.

INTRODUCCIÓN

La Sinovitis Transitoria de la Cadera (STC) es hasta nuestros días, un diagnóstico de exclusión al que se arriba después de descartarse otras patologías de curso grave y pronóstico más sombrío (1-2) La causa que la provoca continua siendo incierta, aunque se enuncian como posibles etiologías (3).

1. Un síndrome viral
2. Traumatismos
3. Hipersensibilidad alérgica

Lo cierto es que en la práctica diaria existe una proporción de enfermos en los que no se puede establecer causa alguna (4).

Por su parte la hiper movilidad articular (H.A) aunque varía de acuerdo a la edad, sexo y raza de los estudiados (5) es relativamente frecuente en la

población cubana (6) y se asocia a múltiples alteraciones del SOMA (5,6,7).

A pesar de ser una condición heredada (7), la H.A. no puede ser diagnosticada con certeza en los primeros años de vida, debido a la aumentada laxitud en los ligamentos observada de manera fisiológica en niños (1). Esto constituye el principal obstáculo para conocer la probable implicación de la misma en algunos trastornos del sistema osteo-mioarticular en estas edades.

Este trabajo se realiza con el objetivo de describir la probable participación de la HA en la STC, para lo cual pusimos en práctica la investigación de la HA materna, como posible medida de expresión de la misma en sus hijos.

MATERIAL Y METODOS

PACIENTES

22 niños atendidos por Sinovitis transitoria de cadera, de forma consecutiva entre los años 1997– 1999 en la Consulta Externa de Hosp. General Docente “Aleida Fernández Chardiet” y sus respectivas madres.

METODOS

Se aplicó una encuesta en dos partes: la primera dedicada al niño enfermo y la segunda a la madre del paciente, que recogía los siguientes datos:

En el Paciente: edad, sexo, color de la piel, datos clínicos, complementarios realizados y tiempo de evolución de la STC.

En las Madres: edad, color de la piel, criterios de Carter y Wikilson modificados por Beigton para el diagnóstico de la HA ⁽⁸⁾ y examen físico del SOMA.

Los datos obtenidos fueron procesados y resumidos en Tablas confeccionadas al efecto. Los métodos utilizados para su análisis fueron de estadística descriptiva y el Test de comparación de proporciones. El nivel de significancia se fijó en $P = 0.05$

RESULTADOS

El **Cuadro 1** señala algunas características del grupo de pacientes con STC el sexo masculino representó el 72.7% de los estudios ($P < 0.01$). El grupo de 0 – 5 años resultó el más afectado en ambos sexos y en el grupo de 6 - 10 años, no hay representante del sexo femenino. El color blanco de la piel representó el 81.8% de los afectados ($P < 0.05$.)

El **Cuadro 2** complementa los datos del anterior y muestra la edad promedio en 4,5 años con un tiempo de evolución de los síntomas de 14 días.

El **Cuadro 3** presenta de forma resumida los

elementos clínicos y complementarios que ayudaron al diagnóstico de la STC. La cojera y el US de cadera fueron positivos en el 100% de los casos, El dolor fue referido en el 86% ($P < 0.01$). La VSG tuvo valores normales en el 77% de los pacientes ($P < 0.01$) y el RX de Cadera resultó negativo en todos los casos.

Los resultados de la búsqueda de HA entre las madres de los niños con STC mostraron como el 72,7% ($P < 0.01$) de las mismas cumplieron criterios diagnósticos. **Cuadro 4**

El **Cuadro 5** señala como las alteraciones somáticas acompañaron a las madres hipermóviles en elevada proporción.

RESULTADOS

Los resultados demuestran que la STC es una entidad que puede ser motivo de consulta en Reumatología General.

En el estudio la edad, sexo, color de la piel y tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes con STC son similares a los reportados (8-9).

También los resultados de las investigaciones clínicas y por complementarios coinciden con los encontrados en los algoritmos diagnósticos de la enfermedad (10-11)

Para algunos la estructura ligamentaria y la movilidad aumentada que fisiológicamente presentan los niños, determinan la aparición de la STC (1); pero la baja incidencia de la enfermedad (9) sugiere la existencia de factores adicionales más restrictivos.

En nuestros resultados la HA es un diagnóstico frecuente entre las madres de los niños con STC. Lamentablemente, no poseemos referencias de estudios anteriores con este perfil.

Grahame, considera a la HA como una forma frustrada de otras patologías como la Osteogénesis Imperfecta, el síndrome de Marfan y el síndrome de Elher – Danlos, donde el hallazgo común sería la hiperlaxitud articular (5). Todas las anteriores presentan tipos “predominantes” de herencia autosómica dominante, donde

CUADRO 1: Características de los pacientes con STC

SEXO						
GRUPO DE EDAD (AÑOS)	MASCULINO			FEMENINO		
	B	NB	TOTAL	B	NB	TOTAL
0 – 5	9	2	11	5	1	6
6 – 10	4	1	5	-	-	-
TOTAL	13 **	3	16 *	5 **	1	6

Fuente : Encuesta * P< 00.1 DS 0. 1066 ** P< 00.5

Leyenda: **B** Blanco

NB No Blanco

Cuadro 2: Datos complementarios

Edad Promedio	4.5 Años
Paciente más joven	1.5 Años
Paciente más viejo	8 Años
Relación Masculino y Femenino	2.1- 1
Tiempo promedio de evolución	14 (días)

Fuente : Encuesta

Cuadro 3: Parámetros Clínicos y de laboratorio utilizados en el diagnóstico. Resultados

PARAMETROS	RESULTADOS		SIGNIFICANCIA
	POSITIVOS	NEGATIVOS	
Dolor	19	3	P< 00.1
Cojera	22	-	-
V.S.G	5	17	P< 00.1
RX de Caderas	-	22	-
US de Caderas	22	-	-

Fuente : Encuesta

Cuadro 4: Resultados de la búsqueda de HA en las madres

MADRES	COLOR DE LA PIEL		TOTAL
	BLANCO	NO BLANCO	
Hipermóviles	14	2	16 **
No Hipermóviles	5	1	6
Total	19	3	22

Fuente : Encuesta

** P< 00.1 DS 0. 1066

Cuadro 5: Alteraciones Somáticas en las madres

Tipo de alteraciones	Hipermóviles	No hipermóviles
Escoliosis	2	1
Valgus de Rodillas	7	-
Metatarso plano	5	3
Pie Plano	4	-

suelen apreciarse frecuentemente un retraso en el comienzo de los síntomas hasta la edad adulta (12). Sin embargo en la HA se puede observar el fenotipo característico, desde la más temprana adolescencia (6). Esto último permite reconocer un comienzo precoz de los síntomas entre algunos de estos pacientes.

Los individuos con HA se caracterizan por poseer un tejido conectivo cuya matriz proteica presenta variaciones estructurales que resultan en una mayor distensibilidad y anchura, con facilidad aumentada para la actividad física (7), así como para la producción de lesiones de músculo-ligamentarias (13) y mayor frecuencia de alteraciones somáticas (6) como se aprecia en el grupo de madres estudiadas.

Nosotros pensamos que la HA presente entre los estudiados, con las alteraciones estructurales conectivas que la distinguen, predispone a la aparición de episodios de STC producidos por traumas, muchas veces inadvertidos, sobre todo en niños pequeños.

La hipótesis propuesta explica algunas de las interrogantes que existen alrededor de la STC, como son:

- a) El predominio masculino en la ocurrencia del cuadro (4)
- b) La mayor ocurrencia entre individuos blancos (8)
- c) Las frecuentes recidivas observadas en la enfermedad (2)
- d) La visualización de un receso anterior más ancho en el US de pacientes con STC (14).

Lo expresado hasta aquí no pretende restar importancia a otras causas en el origen de la STC; incluso en nuestros resultados aparece un grupo de pacientes (30%) que aparentemente no se relacionan con la HA, aunque en nuestro estudio no se incluyó el examen de los padres.

Por último los resultados alcanzados en esta investigación podrían sugerir la participación de la HA en los mecanismos etiopatogénicos de la STC de causa traumática y confirmar la importancia de

su búsqueda como ayuda en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salomon J; The Skeletal system. Cap. XV pag 288 – 301. Pediatrics. Four Edition 1990.
2. Dobrest .T. Transient Synovitis as a cause of painful limbs in children. Curs open Pediatr. 2000, 12 (1) 48 –51.
3. Thompson. G. Scoles P. Enfermedades de los huesos y articulaciones Cap. XXXIV pág. 2419. En Nelson Tratado de Pediatría. 1998
4. López Alonso. A, Martínez Vigo I: Sinovitis Transitoria de cadera. Estudio sobre 64 pacientes. Cirugía Española. Vol. XLIV 1988. No. 2 248 – 253.
5. Grahame R; Heritable disorders of connective tissue. Bailleres Best Pract Res Clin Rheumatic. 2000 14 (2) 245 – 261.
6. Menéndez Alejo F; Menéndez Alejo Ivis, Rodríguez Hernández M; Hiperlaxitud articular entre Adolescentes. Revista Cubana Ortop. y Traumatol. Vol. 8 (1-2) 1994. 68 –72.
7. Grahame R; Hipermovility not a circus act. Int J Clim Pract 2000. 54 (5) 314- 315.
8. Beighton P, Hozan F; Dominant inheritance in family generalized articular hipermovility . J Bone Joint Surg 1970; 52:145 –147.
9. Fisher S.U ; Beatle T.F : The limping child : Epidemiology, assessment and outcome. J Bone Joint Surg Br 1999 81 (6) 1029 – 34.
10. Kochan M, S; Zura Kiwki; Kasses JR; Differentiating between Septic arthritis and Transient Synovitis of the hip in children and evidence based clinical prediction algorithm. J. Bone Surg AM 1999, 81 (2) 1662 – 70
11. Eich G.F; Superyi. A; Umbrich. F.S; Willi U.V; The painful hip evaluation of criteria for clinical decision. Eur J Pediatric. 1999, 158 (11) 923- 8.
12. Cotram R.S; Kumar U; Collins T. Trastornos genéticos. Cap. VI pág. 1490 – 99 En Robins Patología estructural y funcional. Edit, Mc Graw-

Hill- Interamericana de España. SA 1999.

13. Acasuso Díaz M; Collantes Estévez E; Sánchez Guijo A; Joint hiperlaxity and músculo ligament us lesions. Br. J. Rheumatol. 1993. 32. 120-2.

14. Roben. S. G; Meradij. M; Dieptraten A.F; Hop. W; US of the painful hip in childhood. Radiology 1998. 208 (1); 35 – 42.