**Dolor articular en niños**

**Dra. Samara Mendieta Zerón**

Reumatóloga pediatra, Consejo Mexicano de Reumatología

Las alteraciones musculoesqueléticas en la infancia representan hasta 20% de los motivos de consulta en atención médica primaria. En la mayoría de los casos tienen un origen benigno y autolimitado, estando relacionados con traumatismos como primera causa; sin embargo, es importante descartar condiciones que puedan poner en riesgo la calidad de vida, capacidad funcional o enfermedades graves de un niño.

En los niños mayores de 3 años el dolor musculoesquelético representa entre 3.6 y 6.1%, mientras que para el grupo de adolescentes entre los 11 y 14 años 11.6% de las consultas está relacionado con dolor musculoesquelético.

La etiología del dolor es variable de acuerdo con la edad: 44% para los traumatismos, 24% los síndromes por sobreuso articular y 10% las osteocondrosis; condiciones no inflamatorias, sin compromiso sistémico y teniendo como única manifestación el dolor.

El paso inicial para un protocolo diagnóstico es localizar el sitio del dolor, un niño es capaz de identificar el dolor articular y decir si este tiene irradiaciones, es preciso identificar si se trata exclusivamente de dolor o hay datos de inflamación, es decir, lo que llamamos *artritis*.

El interrogatorio médico acerca de las características del dolor, tiempo de evolución, síntomas acompañantes y una exploración minuciosa de todas las articulaciones son elementos indispensables para emitir un diagnóstico correcto, antes de etiquetar este dolor como los populares “dolores de crecimiento” diagnóstico que suele darse ante un dolor articular recurrente. Sin embargo, este diagnóstico precisa de características descritas clínicas como dolor periarticular de predominio nocturno, desapareciendo a la mañana siguiente, sin datos de inflamación, sin fiebre o ataque al estado general, que se presenta de una manera intermitente.

El número de articulaciones dolorosas es importante en el algoritmo diagnóstico y podemos clasificar el dolor como monoarticular (dolor de una sola articulación) o poliarticular (2 o más articulaciones dolorosas); el tiempo de evolución clasifica el dolor en agudo (menos de 6 semanas) y crónico (mayor de 6 semanas). La presencia de fiebre es un signo que marca también la ruta diagnóstica, teniendo como primera opción por frecuencia las causas infecciosas.

Es importante integrar correctamente estas características en un diagnóstico para dar el tratamiento adecuado, por ejemplo, en el escenario de un niño con dolor agudo monoarticular y fiebre un posible diagnóstico de urgencia es artritis séptica condición que requiere manejo hospitalario inmediato y tratamiento con antibióticos de manera intravenosa. En cambio, en un niño con dolor agudo monoarticular sin fiebre, el trauma será la primer causa de dolor; o bien si no hay evidencia de traumatismo reciente y existe el antecedente de proceso infeccioso una posibilidad diagnóstica será sinovitis tóxica con una buena respuesta al tratamiento con antiinflamatorios.

La intensidad del dolor es otra característica indispensable a evaluar, podría parecer subjetiva, sin embargo, existen instrumentos llamados escalas de dolor que permiten una clasificación numérica a la intensidad del dolor del 0 al 10; entre 8 y 10 puntos representa una intensidad grave y amerita referencia al servicio de urgencias, sobre todo si se acompaña de fiebre, es nocturno y no cede con analgésicos, ya que podría tratarse de condiciones malignas como leucemia linfoblástica aguda o procesos infecciosos.

En caso de dolor crónico poliarticular de tipo inflamatorio (predomina por las mañanas, con sensación de rigidez de las articulaciones, que mejora gradualmente con la actividad y se acompaña de manifestaciones sistémicas) con o sin fiebre obliga a descartar artritis idiopática juvenil, enfermedad crónica inflamatoria, que de no tener un tratamiento oportuno puede llevar a la discapacidad y deformidad permanente. En contraparte, un dolor poliarticular crónico **no** **inflamatorio** con manifestaciones extraarticulares como cansancio, alteraciones del sueño, dolor abdominal, dolor de cabeza, etc., puede tratarse de un cuadro de fibromialgia, condición no inflamatoria, que a pesar de no poner en riesgo la vida y no llevar a la deformidad, impacta en la calidad de vida del paciente y amerita un tratamiento individualizado y multidisciplinario.

Existen diversas causas de dolor articular en niños, el abordaje por médicos especialistas como el reumatólogo pediatra debe ayudar al niño y a su familia a encontrar la causa del dolor y dar un tratamiento adecuado; los exámenes de laboratorio y pruebas de imagen deben ser dirigidas a un diagnóstico de sospecha e interpretadas por profesionales de la salud capacitados.

El objetivo del tratamiento del dolor articular es evitar las consecuencias fisiológicas y psicológicas, limitar las recurrencias, tratar la causa primaria del dolor y permitir al paciente y su familia una calidad de vida normal. El apego al tratamiento requiere tiempo para discutir las etiologías y plan terapéutico. El uso de fármacos analgésicos debe calcularse de acuerdo con el peso del paciente; no se recomienda el uso de corticoesteroides vía oral, intramuscular, intravenoso o intraarticular sin tener un diagnóstico preciso.

Recuerda que los niños pueden tener enfermedades reumáticas y el dolor articular puede ser la manifestación inicial de estas enfermedades, acude a un reumatólogo pediatra certificado para una valoración experta.

Datos de alarma de dolor articular

Edad menor de 3 años

Síntomas sistémicos

Empeoramiento con el reposo

Dolor persistente más de 6 semanas

Impotencia o alteración de la función

**Referencias bibliográficas**

Petty R. Laxer RM, Textbook of Pediatric Rheumatology. 2016;7:563-570

Andreu Alapont E. Exploración del aparato locomotor en Reumatología Pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2020;2:1-16