



Jornada de Reumatología Pediátrica

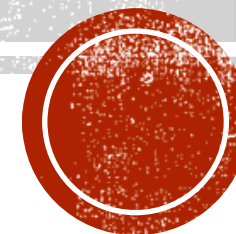
REUMATOLOGÍA PARA TODOS LOS PÚBLICOS

16 de mayo de 2018
Hospital General de Villalba



DOLOR EN MII TRAS TRAUMATISMO BANAL

¿Qué hay detrás?



Esther Casado Verrier

Urgencias pediatría

CASO CLÍNICO

- Niña de 9 años.
- AP sin interés. AF: padre adenoCa esófago. Prima hermana fallecida por neuroblastoma.

- **MOTIVO DE CONSULTA:** dolor en MII
- **ANAMNESIS:** dolor en muslo izquierdo de \approx 1 mes. Inicio tras práctica de snowboard. Hoy incontrolable con analgesia oral.

No recuerda traumatismo.

Se cayó varias veces. Afebril.

- 4 consultas previas.
 - EF: dolor muslo izquierdo sin limitación funcional ni edema
 - Rx de cadera
 - Analítica con CK: normal

Alta con AINES + reposo



CASO CLÍNICO

- Niña de 9 años.
- AP sin interés. AF: padre adenoCa esófago. Prima hermana fallecida por neuroblastoma.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** T^a 36,6°C. Peso 28 kg. TA 95/61. FC 117 lpm.

Cojera y limitación funcional de EII.

Dolor intenso a la palpación parte proximal externa de muslo. ↑↑ de calor y volumen (+4cm)

Masa dura, adherida, mal definida

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Analítica: VSG 40mm/h. PCR 6 mg/dl. Resto normal

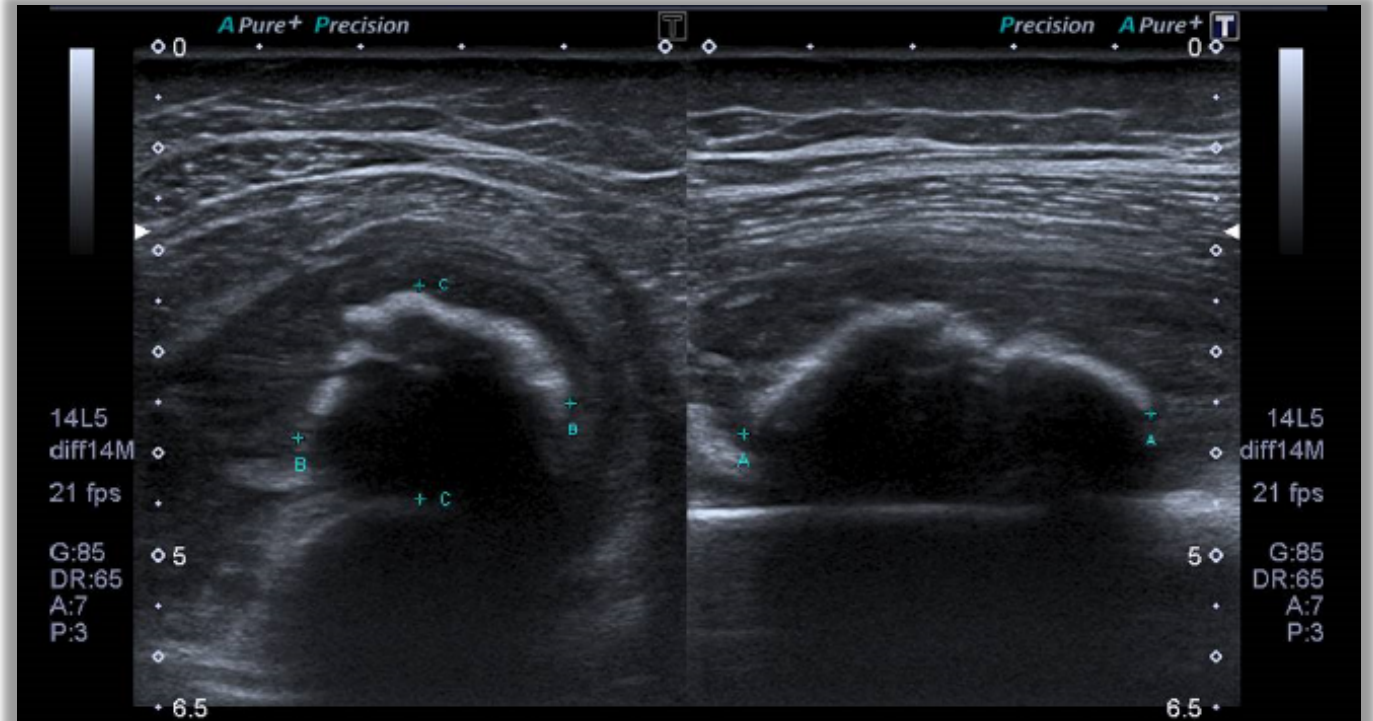
Imagen



Rx simple



Calcificación de partes blandas.



Ecografía

Lesión intramuscular en vasto externo del cuádriceps izquierdo, con calcificación periférica, de unos 40 x 27 x 21 mm. Posible MIOSITIS OSIFICANTE. Se recomienda RM

9Y 9M,F,24707
SI:19
Pos.:73.34 mm
N.º cuenta: HGV20160311845
Cor
Ec:1
Paciente Pos: FFS
Estudio Desc: MUSCULO-E...
Serie Desc: CORONAL STIR
< 5 - 19 >

17/04/2016 11:46:41

160% Pixel
DFOV 40.0 x 40.0 cm
SW 3.00 mm

R

3070.00/150.00/31.00
EtI:8 TA:150.00
320x320
Enc: ^
2nex

10 cm

C 274
A 702

9Y 9M,F,24707
SI:22
Pos.:63.44 mm
N.º cuenta: HGV20160311845
Cor
Ec:1
Paciente Pos: FFS
Estudio Desc: MUSCULO-E...
Serie Desc: CORONAL STIR
< 5 - 22 >

17/04/2016 11:46:41

160% Pixel
DFOV 40.0 x 40.0 cm
SW 3.00 mm

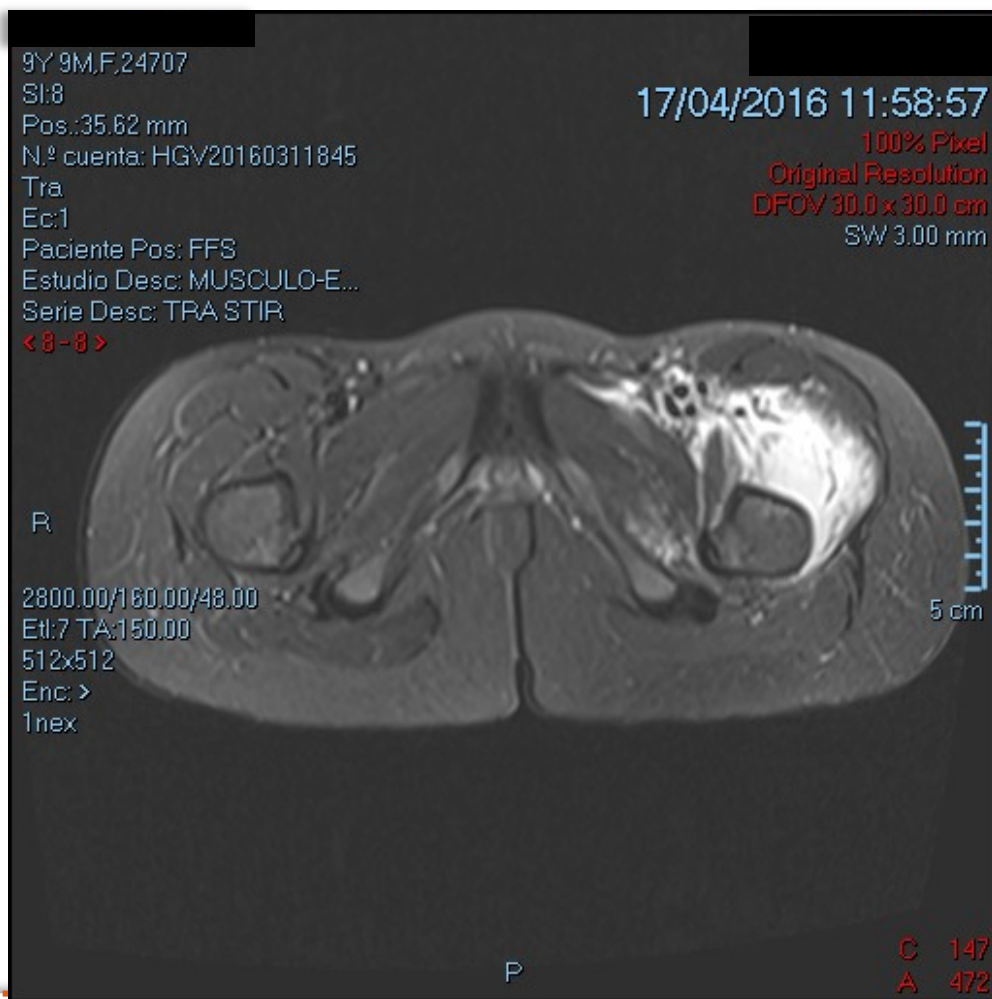
R

3070.00/150.00/31.00
EtI:8 TA:150.00
320x320
Enc: ^
2nex

10 cm

C 274
A 702





En espesor de músculo vasto externo, intermedio e interno extensa área de efecto masa de 12x5,5x2,5 cm, con calcificación/osificación en su interior. Reacción perióstica multilamelar cortical postero-externa del fémur proximal con edema/osteítis asociada. Opción diagnóstica más probable: **MIOSITIS OSIFICANTE** en fase subaguda (4-6 semanas), sin poder descartar otras opciones, incluidas lesiones neoplásicas.

CASO CLÍNICO

- Niña de 9 años.
- AP sin interés. AF: padre adenoCa esófago. Prima hermana fallecida por neuroblastoma.

- **ACTITUD:**

Dx de sospecha: MIOSITIS OSIFICANTE

RM no puede descartar lesión maligna

Dolor no controlable con analgesia oral

INGRESO



MIOSITIS OSIFICANTE

- Lesión pseudosarcomatosa infrecuente.
- Adolescentes/adultos jóvenes.
- Extremidades (80% inferiores).
- Traumatismo (a veces banal) como desencadenante.
- **ETIOPATOGENIA:** incierta. Metaplasia de células mesenquimales indiferenciadas del tejido conectivo inducida por el traumatismo.
- **CLÍNICA** Empeoramiento dolor 2-3 semanas post-trauma
Induración + masa pétreo + edema + calor
Dolor + impotencia funcional



MIOSITIS OSIFICANTE

- **DIAGNÓSTICO:**

Orienta: Antecedente traumático
Signos inflamatorios al inicio

Rx simple:

Normal → lesión calcificada desde periferia

Ecografía: lesión calcificada, no distingue malignidad

RM: muestra mejor infiltración. A veces no distingue malignidad

¿Biopsia?: para descartar malignidad

- **TRATAMIENTO:** Conservador. Puede disminuir hasta desaparecer
Cirugía precoz contraindicada. Recidiva.

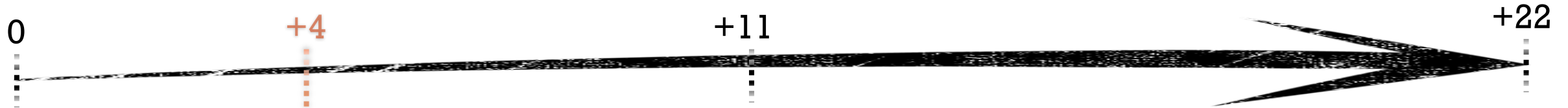


D. DIFERENCIAL

Sarcoma de partes blandas
Osteosarcoma (calcifica desde el centro)



CASO CLÍNICO. INGRESO



Empeoramiento clínico: Fiebre
↑ edema

Empeoramiento analítico:

Leucos: 12.190 (N 76,2%) → 12.220 (N 78,7%) → 12.750 (N 69,2%)

VSG: 47 mm/h → 36 mm/h → 26 mm/h

PCR: 8,6 mg/dl → 15 mg/dl → 14,7 mg/dl

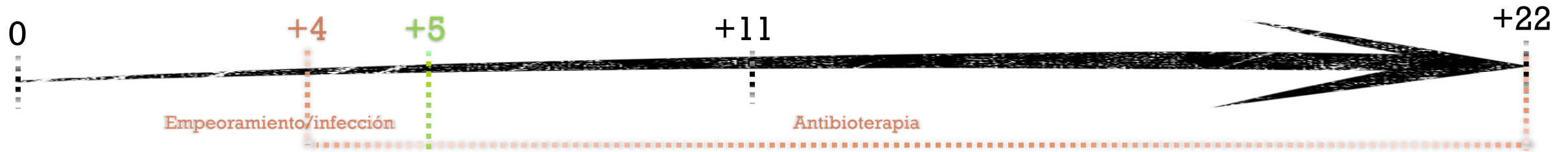
Sospecha de sobreinfección

Cloxacilina iv 10 días

Cefadroxilo oral hasta alta



CASO CLÍNICO. INGRESO



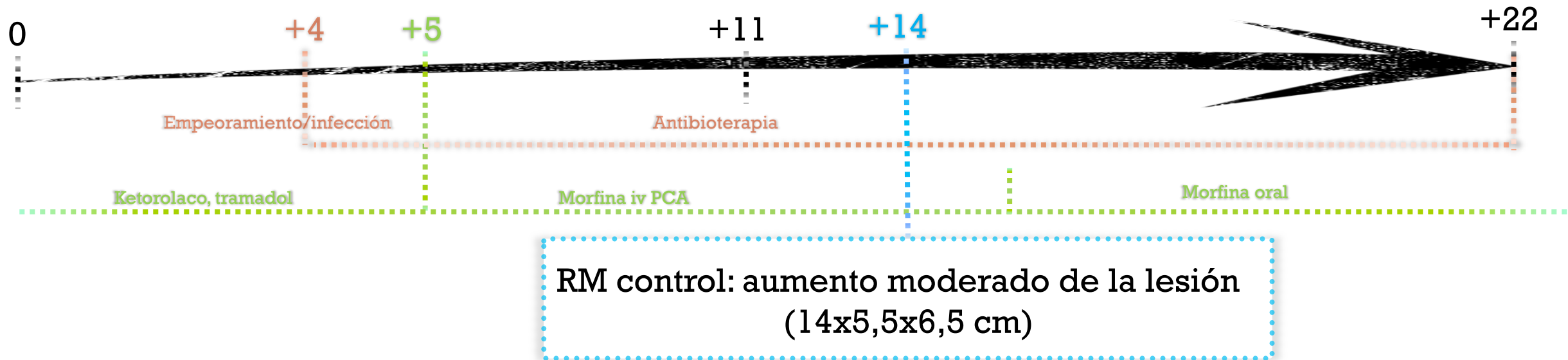
Mal control del dolor con: paracetamol, metamizol, ibuprofeno, ketorolaco, tramadol

Unidad del dolor: Perfusión de morfina en PCA 12 días

Morfina oral que se mantiene tras el alta



CASO CLÍNICO. INGRESO

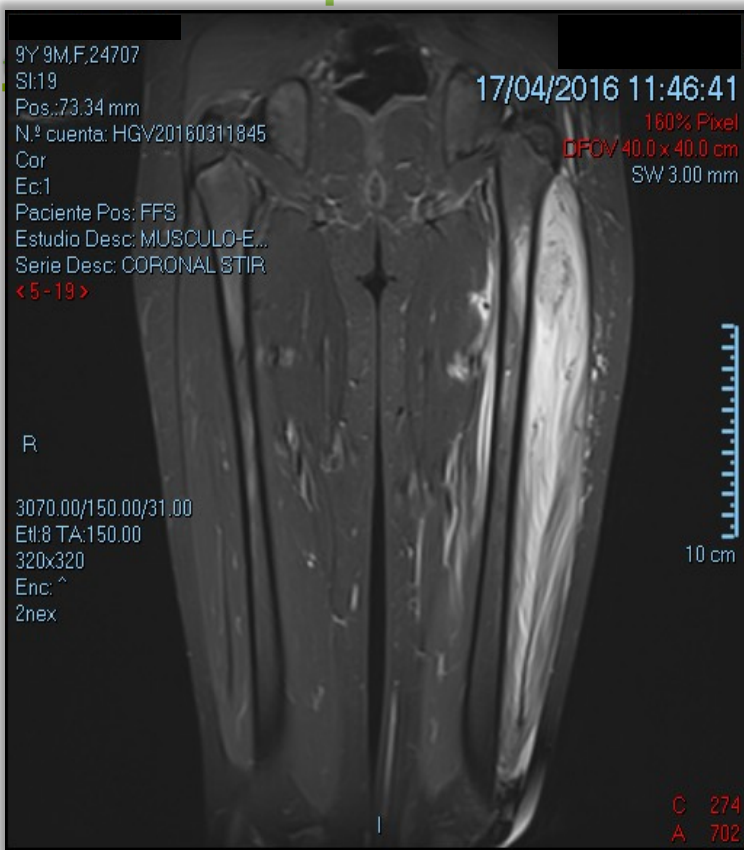


CASO CLÍNICO. INGRESO

22 años



Ketorolaco,

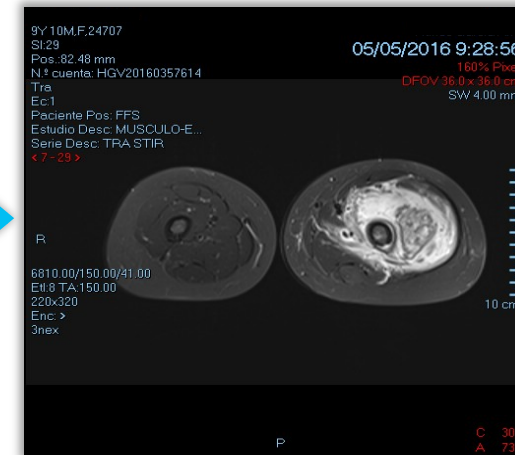
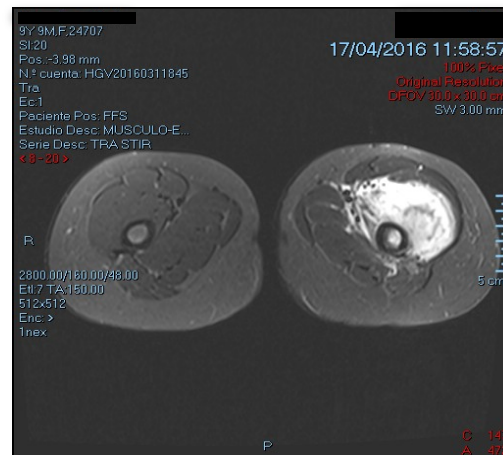
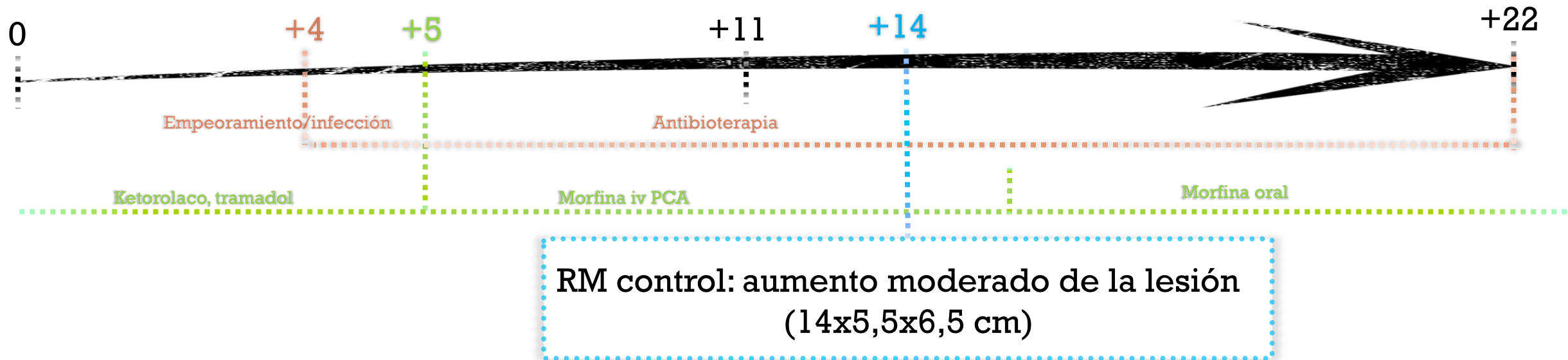


ol: aum

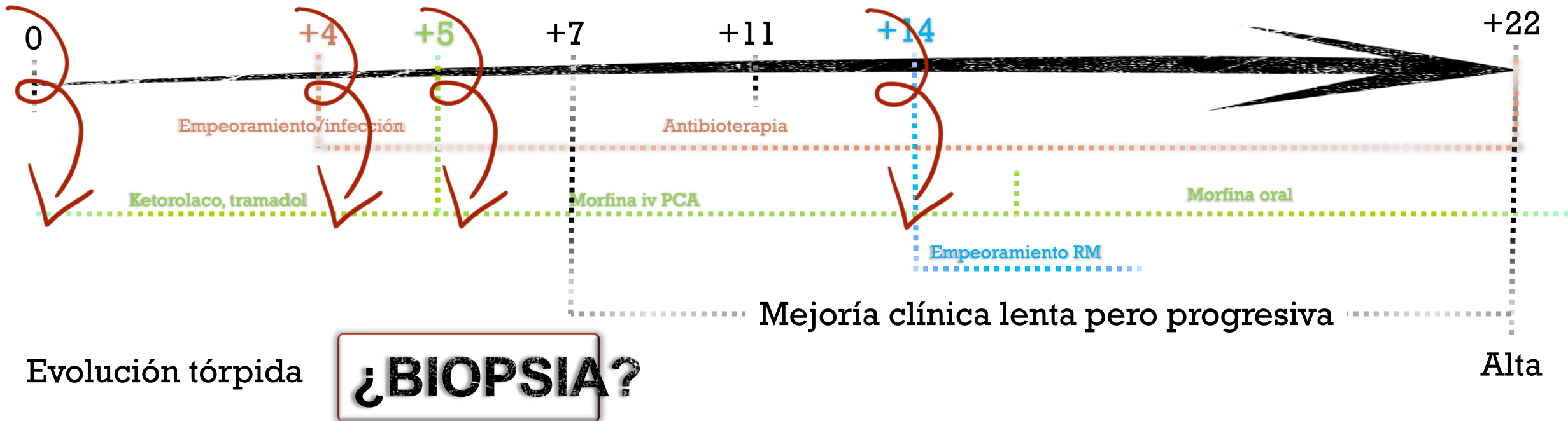


CASO CLÍNICO. INGRESO

22 días



CASO CLÍNICO. INGRESO



Pediatría
Traumatología
Reumatología
Radiología



Especialistas de
hospitales de referencia:
H. FJD
H. La Paz

No biopsia
Manejo conservador



CASO CLÍNICO. EVOLUCIÓN POSTERIOR

- Mejoría clínica progresiva Retirada progresiva opiáceos en 2 sem.
Vida normal en 3 sem
Asintomática hasta la actualidad (2 a después)



CASO CLÍNICO. EVOLUCIÓN POSTERIOR

- Mejoría radiológica más lenta. Controles Rx. RM cada 2 meses al inicio, luego cada 4.

Último hace unos 7 meses (1,5 a tras el inicio de los síntomas): prácticamente normal.



01/04/2016

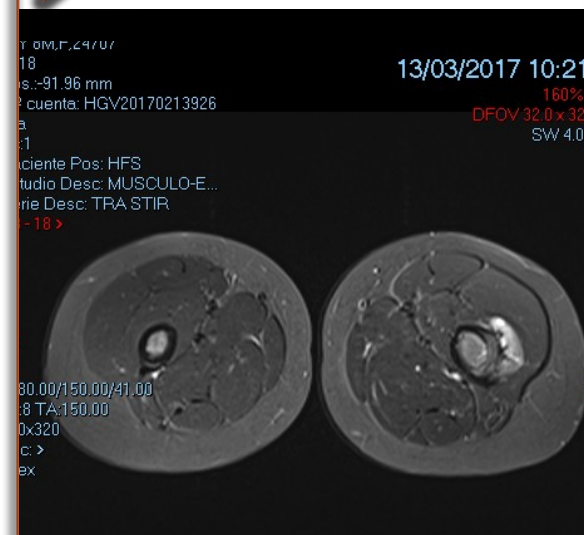
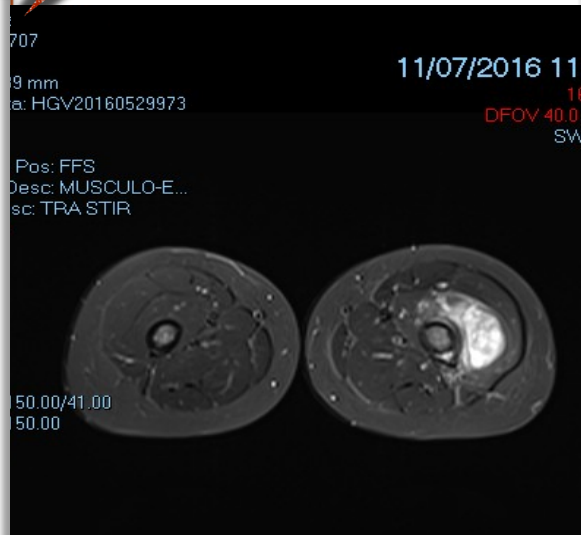
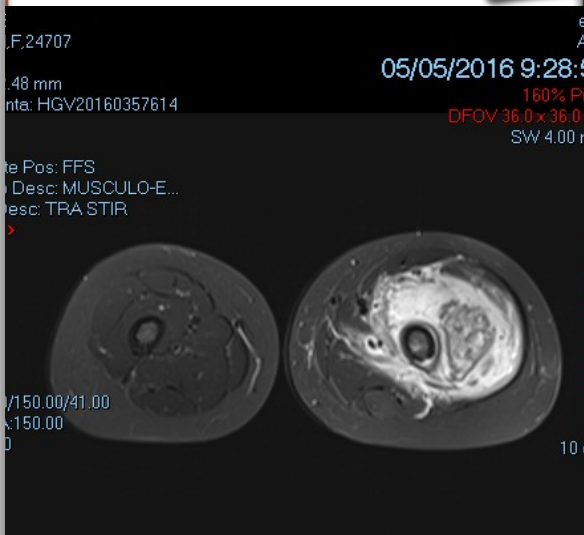
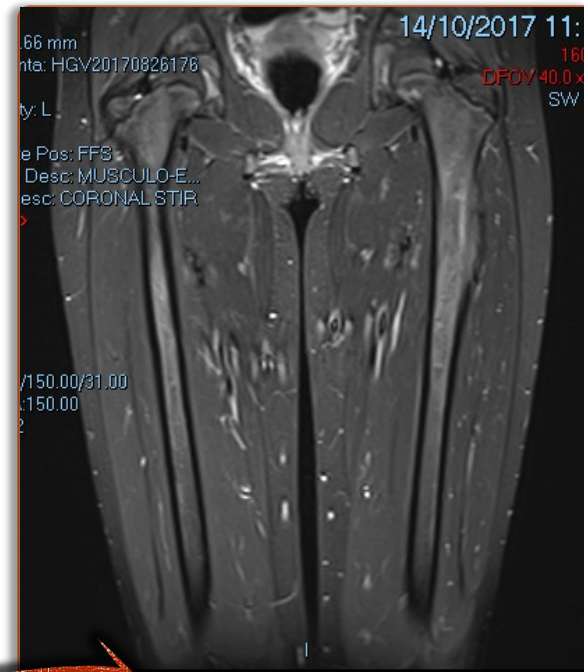
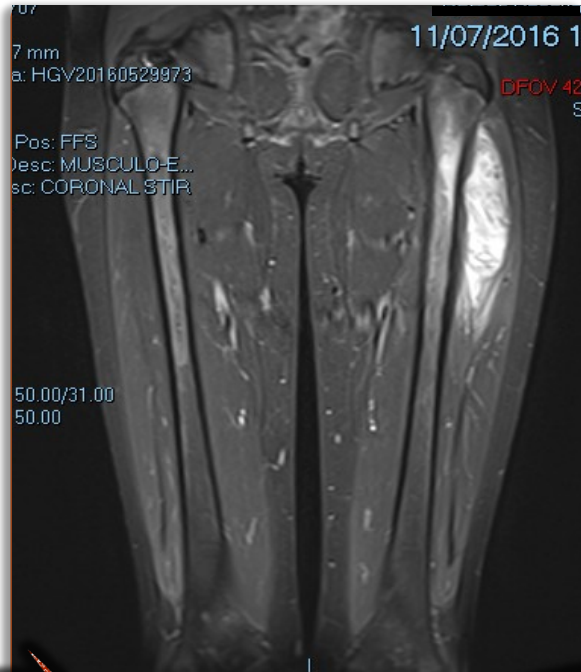
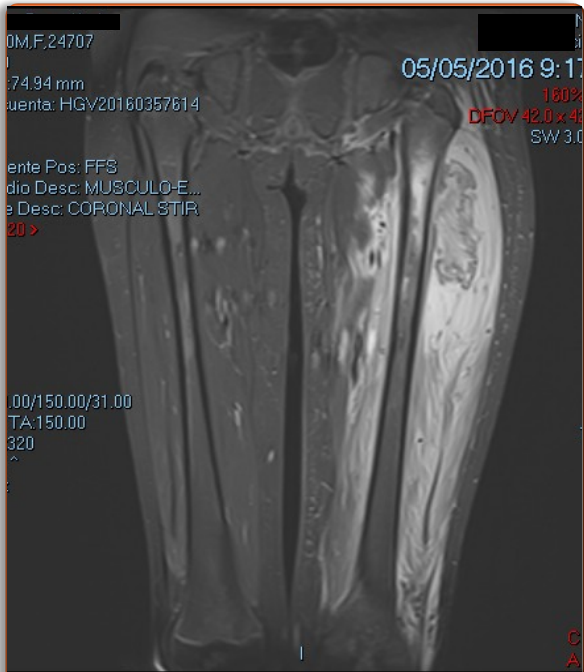


04/05/2016



21/09/2017





05/05/2016

11/07/2016

13/03/2017

14/10/2017

CONCLUSIONES

- Cuidado con los pacientes con varias consultas por un mismo motivo, aparentemente banal.
- En casos de difícil diagnóstico:
 - Historia clínica detallada
 - Valoración multidisciplinar
 - Consulta con hospitales de referencia

Puede evitar pruebas complementarias invasivas
y diagnósticos erróneos con alto impacto médico



Gracias

