



Sinovitis transitoria de cadera: diagnóstico diferencial y abordaje diagnóstico

Transient synovitis: differential diagnosis and diagnostic workup



¹ **Dra. María Fernanda Brenes Escalante**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-6724-4777>

² **Dr. Mario Rafael Milla Rivas**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-9047-5859>

³ **Dr. Juan José Ordóñez Portuquez**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0003-4592-7371>

Recibido
14/03/2023

Corregido
06/04/2023

Aceptado
20/04/2023

RESUMEN

Los trastornos de la articulación de la cadera son comunes en la población pediátrica, y los pacientes usualmente presentan clínica inespecífica como coxalgia o cojera, las cuales son motivos de consulta frecuente y tienen un amplio rango de causas, desde condiciones benignas hasta malignas. La sinovitis transitoria de cadera es una condición benigna y es una de las principales causas de coxalgia o cojera aguda en esta población; se presenta en pacientes entre los tres y ocho años de edad, y es más frecuente en sujetos masculinos. El cuadro clínico típico se caracteriza por inicio agudo de coxalgia, cojera o ambos. Es un diagnóstico de exclusión y, antes de llegar a este, se deben descartar otras condiciones que se presentan con clínica similar, pero que pueden ser amenazantes para la vida del paciente o para la viabilidad de la extremidad afectada. El diferencial incluye artritis séptica de cadera, osteomielitis, enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, lesiones traumáticas, tumores, entre otros. En casos de duda, se puede llevar a cabo diferentes estudios diagnósticos. El estudio de imagen de elección es el ultrasonido, el cual tiene alta sensibilidad para detectar derrame articular. Ante pacientes con dolor severo agudo y signos inflamatorios se debe sospechar procesos infecciosos como artritis séptica y, por tanto, solicitar laboratorios con marcadores inflamatorios. Como parte del tratamiento, se recomienda reposo y analgesia; los antiinflamatorios no esteroideos suelen ser suficientes. En cuanto al pronóstico, la sinovitis transitoria de cadera tiene un curso autolimitado, con resolución espontánea en cinco y siete días, sin daño articular permanente.

PALABRAS CLAVE: sinovitis transitoria; coxalgia; cojera.



ABSTRACT

Hip joint disorders are common in pediatric population and patients usually present with nonspecific symptoms such as hip pain and/or limp, which are frequent reasons for consultation and have a wide range of causes, ranging from benign to malignant conditions.

Transient synovitis of the hip is a benign condition and is one of the main causes of acute hip pain and/or limp in this population; it occurs in patients between 3 and 8 years of age and is more frequent in male patients. The typical clinical presentation is characterized by acute onset of hip pain, limp, or both. It is a diagnosis of exclusion and other conditions that have a similar clinical presentation, but that may be life-threatening to the patient's life or viability of their extremity should be ruled out. The differential diagnosis includes septic arthritis of the hip, osteomyelitis, Legg-Calvé-Perthes disease, traumatic conditions, and malignancy. When in doubt, the clinician may order different diagnostic studies. The imaging study of choice is ultrasound, which has high sensitivity to detect joint effusion. In patients with severe acute pain and inflammatory signs, infectious processes such as septic arthritis should be suspected and laboratory studies with inflammatory markers should be obtained.

As part of the treatment, rest and analgesia are recommended; nonsteroidal anti-inflammatory drugs are usually enough. Transient synovitis is a self-limited disease, with spontaneous resolution in five to seven days and without permanent joint damage.

KEYWORDS: transient synovitis; hip pain; limp.

¹ Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Código médico: [MED18073](#). Correo: mariabrenesescalante@gmail.com

² Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (ULatina). Código médico: [MED17950](#). Correo: r.milla95@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (ULatina). Código médico: [MED17945](#). Correo: juanjose.op@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la articulación de la cadera son comunes en la población pediátrica. Estos pacientes usualmente se presentan a los servicios de emergencias pediátricos o de atención primaria por motivos de consulta inespecíficos como coxalgia o cojera (1). Se dice que aproximadamente el 5% del total de las consultas realizadas en dichos centros corresponde a cojera de origen no traumático (2).

La coxalgia es un motivo de consulta frecuente en esta población, y tiene un amplio rango de causas, las cuales comprenden desde condiciones benignas como la sinovitis transitoria de cadera, hasta patologías potencialmente amenazantes para la vida o viabilidad de la extremidad como la artritis séptica y neoplasias (3,4).

Causas comunes de patología de cadera en población pediátrica incluyen sinovitis transitoria de cadera, enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, displasia evolutiva de cadera, artritis séptica, neoplasias, fracturas, deslizamiento de la epífisis de la cabeza femoral, entre otros (5). Debido a las potenciales complicaciones que algunos de los trastornos de cadera pueden presentar a largo plazo en estos pacientes, como lo son las alteraciones del crecimiento y la enfermedad articular degenerativa, la detección oportuna y el tratamiento temprano de estos son esenciales (1,6).

El objetivo de esta revisión es describir el cuadro típico del paciente pediátrico con sinovitis transitoria de cadera y sus principales diagnósticos diferenciales. Además, se pretende analizar el abordaje diagnóstico de un paciente pediátrico con

coxalgia y cojera de inicio agudo, con el fin de brindar al clínico algunas pautas que le puedan ser de utilidad en la práctica clínica.

MÉTODO

Para la elaboración de la presente revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de referencias actualizadas sobre la sinovitis transitoria de cadera y el abordaje de los trastornos de cadera en pacientes pediátricos; para ello, se consultaron las bases de datos electrónicas ClinicalKey, UpToDate y PubMed.

Como parte de los criterios de inclusión, se consideraron únicamente fuentes bibliográficas cuya fecha de publicación se encontrara en el periodo comprendido entre el 2018 y 2023, en los idiomas español e inglés. Para la búsqueda, se utilizaron como palabras clave “sinovitis transitoria”, “coxalgia”, “cojera” y “trastornos de cadera”. Los tipos de publicaciones seleccionadas incluyen artículos de revisión bibliográfica, artículos de revisión sistémica, dos libros, estudios de series de casos y estudios de cohorte. Se seleccionó un total de 15 referencias bibliográficas que cumplen con los criterios de inclusión mencionados y que provienen de fuentes de alta calidad y relevancia científica; los artículos de revista utilizados provienen de revistas médicas con un índice h superior al 40.

DEFINICIÓN

Una causa frecuente de coxalgia o cojera de inicio agudo en pacientes pediátricos, incluso considerada la más común por algunos autores, corresponde a la sinovitis transitoria de cadera. También conocida como sinovitis tóxica de cadera, es una condición benigna y autolimitada, que consiste en un proceso inflamatorio agudo

inespecífico que afecta a la membrana sinovial.

EPIDEMIOLOGÍA

Esta patología se presenta con mayor frecuencia en pacientes masculinos en comparación con pacientes femeninas, en aproximadamente una relación de 2:1. La edad de presentación típica es entre los tres y ocho años de edad, pero en la literatura se han descrito casos desde los 18 meses de edad hasta los 12 años (7,8).

ETIOLOGÍA

La etiología de la sinovitis transitoria de cadera es desconocida. Se han propuesto como posibles causas enfermedades virales y reacciones inflamatorias inespecíficas. Aproximadamente, el 70% de los pacientes tiene el antecedente de una infección de vías respiratorias superiores (IVRS) en los últimos 7-14 días o la presentan al momento del diagnóstico (5). Debido al antecedente de IVRS o de otra enfermedad viral como gastroenteritis que se observa en la mayoría de los pacientes, se dice que probablemente la sinovitis transitoria de cadera corresponde a una infección que involucra a la membrana sinovial o a una respuesta inflamatoria post-infecciosa. En los pocos casos en los cuales se ha llegado a obtener muestras para toma de biopsia, se ha documentado inflamación inespecífica en los estudios histopatológicos (7).

Otros factores de riesgo propuestos para el desarrollo de esta enfermedad, aunque menos frecuentes que las IVRS, incluyen algunas infecciones bacterianas como la estreptocócica y el antecedente de trauma (8).

CLÍNICA

La presentación típica de la sinovitis transitoria de cadera es la de un paciente pediátrico entre los tres y ocho años de edad conocido sano quien consulta por cojera o dolor de una extremidad inferior (no necesariamente coxalgia) de inicio agudo, con apariencia de mínimamente enfermo. La mayoría se encuentra afebril o presenta una mínima elevación de la temperatura. Los síntomas suelen ser unilaterales, pero ha habido reportes de casos con afectación bilateral simultánea (7).

Aunque lo típico es la coxalgia, también es común que el paciente refiera dolor a nivel del área inguinal, en muslo anterior o incluso gonalgia; esta última se debe a dolor referido por irritación del nervio obturador (5). Por otro lado, la cojera se define como una alteración o anomalía en la marcha causada por dolor, debilidad o deformidad; sin embargo, en esta población el concepto también se aplica a la negación a caminar o de adoptar una posición de bipedestación que suele observarse en niños pequeños (4).

Los pacientes también pueden asociar limitación de la rotación interna y aducción de cadera, y suele observarse una marcha antiálgica. En ocasiones, prefieren mantener la cadera afectada en abducción y rotación externa durante el reposo, con el fin de disminuir el dolor, ya que este se exacerba con la rotación interna de cadera. En cuanto a la duración de los síntomas, esta es usualmente de cinco a siete días, y se dice que la mayoría de pacientes se encuentran asintomáticos aproximadamente una semana después del inicio del cuadro. El dolor prolongado de cadera sugiere otro diagnóstico (5,7).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la coxalgia o cojera aguda en el paciente pediátrico es

amplio, y el clínico siempre debe estar alerta ante posibles causas amenazantes para la vida del paciente o viabilidad de la extremidad (11,12). La sinovitis transitoria de cadera es un diagnóstico de exclusión y, aunque se trata de una condición benigna y auto limitada, debe ser distinguida de otras entidades más graves, como lo son los procesos agudos infecciosos y las neoplasias (5,8).

El diferencial incluye artritis séptica de cadera, osteomielitis, piomiositis, tumor maligno, enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, trauma, entre otros (5). A continuación, se comenta sobre algunos diagnósticos diferenciales de importancia.

En general, en las patologías de origen infeccioso como la artritis séptica y osteomielitis, los pacientes presentan fiebre, se niegan a caminar y pueden mantener la cadera en rotación externa, abducción y flexión para disminuir el dolor; presentan dolor severo y sensibilidad en la articulación afectada. En los estudios de laboratorio, se observa leucocitosis, VES generalmente mayor a 20 mm/hr y conteo de leucocitos en líquido articular elevado (5). En cambio, en la sinovitis transitoria de cadera los pacientes suelen encontrarse afebriles y, si bien pueden presentar cojera asociada a dolor, se dice que el dolor es moderado en comparación con el que se presenta en las patologías infecciosas; además, no suelen presentar leucocitosis ni elevación del VES, y el conteo de leucocitos en líquido articular es normal (5,7).

Se dice que uno de los mayores desafíos de los clínicos ante un paciente con sospecha de sinovitis transitoria de cadera es justamente excluir el diagnóstico de artritis séptica (9), la cual requiere de una detección y un tratamiento urgentes. Se considera una emergencia quirúrgica aguda, contrario a la sinovitis, que resuelve espontáneamente

(10,11). La artritis séptica en niños es usualmente monoarticular y la cadera es la articulación que se afecta con mayor frecuencia (6).

Se debe considerar el diagnóstico de artritis bacteriana en todo paciente pediátrico con inicio agudo de fiebre y dolor articular o pérdida de función de la extremidad. Los pacientes típicamente tienen edema, dolor severo y movilidad limitada de la articulación afectada y con frecuencia asocian síntomas constitucionales como malestar, hiporexia e irritabilidad (12). Aunque algunos de los síntomas también se observan en la sinovitis transitoria de cadera, estos suelen ser más marcados en pacientes con artritis séptica, quienes además se encuentran agudamente enfermos y presentan marcadores inflamatorios elevados (1).

El estándar de oro para confirmar la artritis séptica es la artrocentesis de cadera, la cual es un procedimiento invasivo (11). Existen algoritmos de predicción clínica que permiten diferenciar entre artritis séptica y sinovitis transitoria de cadera, gracias a los cuales se puede evitar la artrocentesis en pacientes con baja sospecha de artritis séptica (11). Los criterios de Kocher son los más utilizados; estos consisten en una combinación de signos clínicos y parámetros de laboratorio: fiebre > 38.5 °C, cojera o imposibilidad para caminar, VES > 40 mm/h y leucocitos > 12000 mm³ (C). Cada uno de estos parámetros equivale a un punto y, según el número de parámetros presentes, se estratifica el riesgo del paciente de tener artritis séptica de la siguiente manera: 0 criterios presentes equivalen a un riesgo de 0.2%, un criterio equivale a 3% de riesgo, dos criterios a 40%, 3 criterios a 93% y 4 criterios a 99% (2). Por otro lado, también se dice que un valor de PCR > 20 mg/L es un predictor independiente de artritis séptica en estos pacientes (10).

La osteomielitis es una causa poco común de cojera en esta población y se observa con más frecuencia en menores de cinco años de edad y en pacientes con drepanocitosis, inmunodeficiencia o sepsis, quienes suelen referir dolor en miembro inferior, se niegan a soportar peso en la extremidad afectada y asocian fiebre, síntomas constitucionales y signos inflamatorios focales. Requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico para, de esta manera, prevenir complicaciones como sepsis y destrucción ósea o articular (9,12).

La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es una patología menos frecuente que la sinovitis transitoria de cadera, que consiste en un síndrome de necrosis idiopática avascular de la cadera. Generalmente, se presenta entre los tres y nueve años de edad, con un pico de incidencia entre los cinco y siete años; ocurre con mayor frecuencia en sujetos masculinos, comparado con femeninas (en una relación de 5:1). Puede ser bilateral en hasta un 10-20% de los casos. El inicio de síntomas es insidioso y se presenta con cojera progresiva, con frecuencia no dolorosa en estadios iniciales. Requiere un diagnóstico temprano porque los pacientes tienen riesgo de desarrollar coxartrosis secundaria de forma temprana. El tratamiento y el pronóstico son diferentes, dependiendo de la duración de los síntomas y el estadio del desarrollo de la enfermedad al momento del diagnóstico (13).

Los casos de displasia del desarrollo de cadera que no son detectados durante el primer año de vida pueden presentarse durante la niñez como cojera. Esta condición puede tener afectación unilateral o bilateral. Cuando es unilateral, se puede apreciar, además de la cojera, asimetría en la posición o número de pliegues glúteos. Además, los pacientes tienen limitación de la

abducción y debilidad de los músculos aductores de la cadera, con signo de Trendelenburg positivo (12).

El deslizamiento de epífisis capital del fémur se caracteriza por un cuadro de coxalgia, dolor a nivel de ingle, muslo o rodilla que incrementa con la actividad física. Este es crónico o intermitente, y puede estar asociado a alteración del patrón de la marcha. Sin embargo, este trastorno se presenta típicamente en adolescentes con obesidad (12).

Los tumores malignos son una causa rara pero importante de cojera en la niñez. Pueden ser tumores óseos malignos primarios como el sarcoma de Ewing u osteosarcoma o neoplasias metastásicas o infiltrativas como una leucemia o linfoma, casos en los cuales se debe buscar otros signos sistémicos como fiebre, linfadenopatías, visceromegalias, entre otros (12).

Finalmente, siempre se debe descartar trauma como causa de coxalgia o cojera en pacientes pediátricos; en el caso de fractura de la extremidad, presentarán edema, dolor localizado e incapacidad para soportar peso (12).

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

A la hora de evaluar a un paciente con un cuadro sugestivo de sinovitis transitoria de cadera y, en general, con diferentes trastornos de cadera en la población en estudio, se debe realizar una anamnesis exhaustiva y un examen físico completo, ya que, según la información obtenida en estos, se guiará el resto del abordaje diagnóstico del paciente (2).

Tanto la anamnesis como el examen físico se deben orientar de manera que permitan distinguir entre etiologías de origen

infeccioso, inflamatorio, ortopédico y neoplásico (3).

Unos de los factores más importantes que se debe considerar al realizar la historia clínica son la edad y sexo del paciente, ya que la incidencia de las diferentes patologías de cadera varía con estos (2). Otros aspectos que se deben abordar son la cronicidad del dolor, la localización y la severidad de este; los factores desencadenantes, factores aliviantes, síntomas sistémicos asociados, antecedente de trauma, antecedentes personales patológicos y antecedentes heredofamiliares (3,14). En el caso de la sinovitis transitoria de cadera, se debe preguntar por el antecedente de infección viral reciente o actual (2).

El dolor de inicio agudo puede indicar causas traumáticas o infecciosas, mientras que el crónico es más sugestivo de síndromes inflamatorios o de sobreuso como la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes y el deslizamiento de la cabeza femoral. Cuando el paciente presenta síntomas crónicos asociados a malestar general, sensación febril, sudoración nocturna, fatiga y pérdida de peso, el clínico debe considerarlos como banderas rojas y sospechar alguna neoplasia. El dolor nocturno también es una bandera roja (2).

Por otro lado, es importante mencionar que en algunos casos incluso se debe abordar la esfera social del paciente. Esta se debe abordar ante sospecha de lesiones de origen no accidental, en casos de trauma cuando el mecanismo de este no es consistente con los hallazgos del examen físico y, en general, ante sospecha de síndrome de niño agredido (2,3).

En cuanto al examen físico, se debe valorar tanto la extremidad afectada como el resto de sistemas, con el fin de determinar si se trata de una condición localizada a nivel de

cadera o si las manifestaciones del paciente son parte de una condición sistémica; es decir, se debe realizar un examen físico completo y no enfocarse únicamente en la evaluación de la articulación de la cadera (3,14).

Se deben valorar signos vitales, ya que la fiebre y la taquicardia podrían indicar un proceso infeccioso. También se deben valorar parámetros antropométricos como peso y talla, porque alteraciones en estos podrían ser indicadores de enfermedad crónica subyacente, y pacientes con peso mayor al percentil 90 tienen mayor riesgo de presentar condiciones específicas como el deslizamiento de la cabeza femoral. También es importante evaluar piel y anexos, en busca de brotes, y evaluar ORL en busca de signos de enfermedad viral reciente, en el caso específico de la sinovitis transitoria de cadera (2).

Como parte del examen musculoesquelético, se debe valorar la marcha desde que el paciente ingresa al consultorio y observar si puede apoyar o no la extremidad afectada y si hay presencia de asimetría entre la longitud de los miembros inferiores. Con el fin de descartar algún proceso infeccioso agudo como artritis séptica u osteomielitis, se debe determinar si hay presencia de signos inflamatorios en la articulación de la cadera o extremidad inferior. Una masa palpable podría indicar malignidad (2). También se debe evaluar el rango de movimiento de la cadera afectada tanto con movimientos activos como pasivos. La incapacidad para soportar peso se considera signo de patología grave hasta demostrar lo contrario (3).

La decisión de solicitar o no estudios de laboratorio y gabinete en un paciente pediátrico con coxalgia o cojera aguda depende de la información obtenida en la

anamnesis y hallazgos documentados en el examen físico (3).

Ante sospecha clínica de artritis séptica, es fundamental solicitar un hemograma, reactantes de fase aguda como VES y PCR y hemocultivos; además, se debe realizar artrocentesis para cultivo y análisis de líquido sinovial (2,3). Ante un cuadro claro de sinovitis transitoria de cadera, no es necesario solicitar laboratorios; sin embargo, en casos dudosos, en los cuales aún se tengan presentes otros diagnósticos probables como parte del diferencial, sí se deben llevar a cabo más estudios. En los pocos casos en los cuales se ha llegado a realizar artrocentesis en pacientes con sinovitis transitoria de cadera, los resultados del análisis de líquido sinovial han sido negativos para signos de infección bacteriana, al igual que los cultivos por bacterias (5).

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado entre el 2016-2021, se documentó que el riesgo de que los pacientes egresados de un servicio de emergencias pediátrico con diagnóstico de sinovitis transitoria de cadera vuelvan a consultar a los centros con un cuadro de infección bacteriana musculoesquelética (como artritis séptica, osteomielitis o piomiositis) no documentada en la primera consulta es de alrededor del 1%; en este estudio, los pacientes re-consultaron aproximadamente cuatro días después de la primera valoración (11).

En cuanto a los estudios de imagen, se dice que la necesidad de solicitarlos en pacientes pediátricos con coxalgia leve y examen físico y laboratorios normales es controversial, principalmente en el caso de pacientes con cuadros fuertemente sugestivos de sinovitis transitoria de cadera. Mientras que algunos clínicos solicitan estudios como radiografías de rutina en

todos los pacientes con estos síntomas, algunos autores recomiendan dar seguimiento clínico, sin solicitar estudios de imagen. Se sugiere limitar el uso de estos en pacientes pediátricos con coxalgia y/o cojera aguda en casos en los cuales, luego de la evaluación clínica y de laboratorio, se mantenga sospecha clínica de artritis séptica, trauma, malignidad y lesiones óseas específicas; en todo caso, el estudio de imagen indicado dependerá de la sospecha diagnóstica (3). Entre las modalidades de imagen disponibles para la evaluación de la articulación de la cadera se encuentran la radiografía simple, el ultrasonido, la resonancia magnética, la tomografía axial computarizada, entre otros (6).

La radiografía simple es la modalidad de imagen inicial más utilizada para la evaluación de trastornos de cadera en pacientes pediátricos (1). Cuando estas son necesarias, se recomienda solicitar incidencias antero-posterior y en posición de rana de pelvis; es preferible estudiar la pelvis completa en vez de únicamente la cadera afectada de forma unilateral, ya que de esta manera se comparan ambas caderas y es posible detectar enfermedad bilateral (1,3). Las radiografías se indican esencialmente para excluir trastornos óseos y entre las indicaciones principales de estas se encuentran sospecha de lesión traumática, cojera persistente por más de 7 días y ante la primera presentación de cojera en niños mayores al rango de edad esperado para sinovitis, esta última con el fin de descartar enfermedades como enfermedad de Legg-Calvé-Perthes y deslizamiento de la epífisis capital del fémur (2,6). En casos de pacientes con sinovitis transitoria de cadera, los hallazgos radiológicos serán normales (13).

Debido a que los síntomas de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes en estadios

tempranos pueden simular la clínica de la sinovitis tóxica de cadera, en algunos centros se realiza el seguimiento de rutina de estos pacientes por medio de radiografías. Por ejemplo, en las guías clínicas de Bélgica recomiendan realizar una radiografía de cadera seis semanas después de un episodio de sinovitis como tamizaje para detectar la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes; sin embargo, se ha visto que en la gran mayoría de los casos los hallazgos son normales, por lo que esta práctica representa una fuente innecesaria de radiación para estos pacientes.

Con el fin de determinar si el tamizaje sistemático es necesario en todos los casos, o si este puede ser guiado por la clínica del paciente, se realizó un estudio en un centro hospitalario de Bélgica entre 2013-2018, en el cual se documentó que los pacientes quienes no presentaron clínica persistente posterior al episodio de sinovitis no presentaron hallazgos de enfermedad de Legg-Calvé-Perthes en radiografías durante el seguimiento, mientras que los pacientes que persistían con la misma clínica que presentaron desde el inicio del cuadro sí desarrollaron la enfermedad posteriormente (13).

El ultrasonido es una herramienta de bajo costo, con gran disponibilidad y que, a diferencia de la radiografía, no involucra radiación ionizante; sin embargo, es operador dependiente. Este es considerado como la mejor técnica no invasiva para la detección de derrame articular y edema sinovial de cadera, con una sensibilidad de hasta 95%; por lo tanto, es la modalidad de imagen de elección ante sospecha de trastornos de cadera que suelen cursar con derrame articular como lo son la sinovitis transitoria de cadera y la artritis séptica. Se dice que la presencia de derrame articular bilateral es más sugestiva de sinovitis,

mientras que el derrame unilateral se encuentra presente en la mayoría de pacientes con artritis séptica; sin embargo, el ultrasonido no permite diferenciar entre el derrame articular estéril de la sinovitis, y el derrame purulento presente en pacientes con artritis séptica (1,6).

En un estudio de serie de casos realizado entre el 2014-2019 en un centro hospitalario de Israel con pacientes que se presentaron a un servicio de emergencias pediátrico con coxalgia de origen no traumático, se documentó que el uso de un algoritmo de manejo basado en la ecografía en el punto de atención (POCUS, por sus siglas en inglés) tuvo una precisión del 90.9% para diagnosticar correctamente sinovitis transitoria de cadera (F). El ultrasonido también se puede utilizar para guiar la artrocentesis, el cual es el método estándar para diferenciar entre sinovitis transitoria y artritis séptica de cadera, en casos de duda (1,6).

Por otro lado, en el abordaje de trastornos de cadera en población pediátrica, la resonancia magnética se recomienda cuando la radiografía y ultrasonido fallan en detectar un trastorno específico, y se considera que tiene gran sensibilidad para la detección de estos (1). Se ha vuelto una modalidad de imagen de gran importancia para la evaluación de infecciones musculoesqueléticas en niños e incluso se ha dicho que es superior a otros métodos de imagen en situaciones de ambigüedad entre sinovitis y artritis séptica (15). A pesar de esto, no es un método práctico en el contexto en estudio y no es un método altamente disponible; además, el método imagen de elección para la sinovitis transitoria de cadera, en los casos que sea necesario, es el ultrasonido.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El tratamiento de la sinovitis transitoria de cadera consiste en reposo y analgesia, con apoyo mínimo de la extremidad afectada hasta que el dolor alivie (10). Los antiinflamatorios no esteroideos suelen ser suficientes para lograr analgesia. Se ha visto que el ibuprofeno puede disminuir la duración de síntomas de 4.5 días a dos días. Además, algunos autores recomiendan limitar la actividad física intensa durante la semana siguiente o las siguientes dos semanas a la resolución del cuadro. Se recomienda dar seguimiento a todos los pacientes siete a 10 días posterior a la presentación inicial, para verificar que el cuadro haya resuelto completamente y descartar daño residual o desarrollo de clínica de artritis séptica y, si fuera necesario, indicar los estudios correspondientes (5,7).

En cuanto al pronóstico, la enfermedad tiene un curso autolimitado y la inflamación resuelve espontáneamente, sin causar daño permanente; sí se ha documentado que los síntomas recurren en un pequeño porcentaje de los pacientes (5,13).

CONCLUSIONES

La sinovitis transitoria de cadera es una patología benigna que se presenta con mayor frecuencia en pacientes pediátricos con edades entre los tres y ocho años, con un cuadro clínico típico de paciente conocido sano con antecedente de enfermedad viral y motivo de consulta de coxalgia o cojera de inicio agudo. Tiene un curso autolimitado, con resolución espontánea y sin daño articular permanente. En caso de ser necesario, el estudio de imagen de elección para esta es el ultrasonido, el cual tiene alta sensibilidad para detectar derrame articular, pero no permite distinguir la causa del derrame.

Ante cualquier paciente pediátrico con coxalgia o cojera de inicio agudo, el clínico debe realizar una anamnesis y un examen físico adecuados y exhaustivos, con el fin de descartar signos de alarma sugestivos de otras condiciones que requieran de más estudios diagnósticos y de tratamiento urgente como lo son la artritis séptica, los tumores y las enfermedades de origen degenerativo como la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, debido a las potenciales consecuencias que dichas patologías implican para la vida del paciente y la viabilidad de su extremidad.

Para la realización de esta revisión bibliográfica no hubo ninguna fuente de financiamiento parcial ni total.

Los autores no tienen conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Karout L, Naffaa L. Pediatric Hip Disorders. Radiologic Clinics of North America [Internet]. 2022 [citado el 30 Dic 2022];60(1):149-63. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S0033838921001147>
2. Price J, Heinz P. A practical approach to joint pain in children. Paediatrics and Child Health [Internet]. Feb 2022 [citado el 4 Ene 2022];32(2):43-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2021.11.001>
3. Nigrovic P. Approach to hip pain in childhood. UpToDate [Internet]. 2021 [citado el 30 Dic 2022]. Disponible en: https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/approach-to-hip-pain-in-childhood?search=transient%20synovitis&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1
4. Clark M, Phillips W, Neuman M. Evaluation of limp in children. UpToDate [Internet]. 2023 [citado el 30 Dic 2022]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/evaluation-of-limp-in-children>
5. Marcdante K, Kliegman R, Schuh A. Nelson Essentials of Pediatrics. 9ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. Hip; p. 758-62.
6. Matilda C, Modarresi S. Radiologic evaluation of the hip in infants, children, and adolescents. UpToDate [Internet]. 2023 [citado el 4 Ene 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/radiologic-evaluation-of-the-hip-in-infants-children-and-adolescents?search=transient%20synovitis&source=search_result&selectedTitle=4~14&usage_type=default&display_rank=4
7. Katz S, Creech C. Transient Synovitis. In: Long S, editor. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 6ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p. 508-10.
8. Zoabi M, Kvatinsky N, Shavit I. Evaluation of a Point-of-Care Ultrasonography Decision-Support Algorithm for the Diagnosis of Transient Synovitis in the Pediatric Emergency Department. JAMA Network Open [Internet]. 13 Jul 2021 [citado el 31 Dic 2022];4(7):e2116915. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16915>
9. Mohamud A, Durrant N, Birahinduka D. The child with an acute limp. Paediatrics and Child Health [Internet]. Mar, 2021 [citado el 4 Ene 2023];31(3):122-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.12.005>
10. Dorman S, Perry D. Hip disorders in childhood. Paediatrics and Child Health [Internet]. 2020 [citado el 30 Dic 2023];30(6):195-200. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S1751722220300494>
11. Lipshaw MJ, Walsh PS. Transient synovitis of the hip: Current practice and risk of misdiagnosis. The American Journal of Emergency Medicine [Internet]. Nov 2022 [citado el 4 Ene 2023];61:1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.08.22>

12. Clark M. Overview of the causes of limp in children. UpToDate [Internet]. 2023 [citado el 04 Ene 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/overview-of-the-causes-of-limp-in-children?search=transient%20synovitis&source=search_result&selectedTitle=2~14&usage_type=default&display_rank=2
13. Heylen CE, Docquier PL, Dumitriu D. Transient synovitis of the hip: is systematic radiological screening necessary for the detection of Perthes disease? Acta Orthopaedica Belgica [Internet]. 30 Jun 2021 [citado el 15 Feb 2023];87(2):263-8. Disponible en: <https://doi.org/10.52628/87.2.09>
14. Haines KA. The Approach to the Child with Joint Complaints. Pediatric Clinics of North America [Internet]. Ago 2018 [citado el 4 Ene 2023];65(4):623-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.03.003>
15. Kang MS, Jeon JY, Park SS. Differential MRI findings of transient synovitis of the hip in children when septic arthritis is suspected according to symptom duration. Journal of Pediatric Orthopaedics B [Internet]. May 2020 [citado el 15 Feb 2023];29(3):297-303. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/bpb.0000000000000671>