



# Caso clínico. Gastroenterología, nutrición y obesidad

## Algo más que una artritis de rodilla...

Marina Rodríguez Alonso<sup>a</sup>, Guillermo Martín Carballo<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Liberata García Fraile<sup>a</sup>, Irene Fernández Yélamos<sup>b</sup>, Laura Escudero Reina<sup>b</sup>, Carolina Boccardo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Fuentelarreina. Madrid. España • <sup>b</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Publicado en Internet:  
14-junio-2021

Marina Rodríguez Alonso:  
marinarodriguezalonso@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en Pediatría se ha incrementado en las últimas décadas, calculando que aproximadamente un 30% de los casos aparecen antes de los 20 años. Se trata de una compleja enfermedad que ocasiona una inflamación crónica del tubo digestivo, en cuya patogenia se implican distintos factores genéticos y ambientales. Las manifestaciones extraintestinales son diversas y pueden preceder al debut de la enfermedad, siendo las más frecuentes las osteoarticulares.

Se expone un caso de debut de EII con clínica exclusivamente articular en forma de monoartritis de rodilla izquierda y dactilitis en tercer dedo de pie izquierdo, con adecuada respuesta a inmunosupresor oral.

### CASO CLÍNICO

Niña de 12 años que presenta tumefacción en tercer dedo de pie izquierdo y, tras su resolución espontánea, acude por edema de rodilla izquierda que asocia dolor a la movilización e impotencia funcional. Refiere pérdida de peso de 7 kg en los últimos 2 meses, con astenia e hiporexia asociadas. Se solicita analítica de sangre (velocidad de sedimentación globular de 35 mm/h, proteína C reactiva 114 mg/l, factor reumatoide negativo) y ecografía de rodilla urgente con derrame articular y engrosamiento sinovial. Se deriva a consultas de reumatología, ampliando perfil reumático (todo negativo, incluyendo HLAB27) y objetivando elevación de calprotectina fecal en 2310. Se realiza una colonoscopia, evidenciando mucosa eritematosa y edematosa con aspecto granular y parcheado, con gastroscopia e enterorresonancia normal.

Se diagnostica de posible EII con alta sospecha de enfermedad de Crohn sin confirmación histológica, presentando una adecuada respuesta a corticoterapia oral en pauta descendente durante 12 semanas y tratamiento de mantenimiento con inmunomodulador oral (azatioprina: 100 mg/día). Actualmente asintomática desde punto de vista digestivo y articular, con normalización de calprotectina.

### CONCLUSIONES

El retraso diagnóstico de la EII es frecuente en la edad pediátrica, debido a una presentación más atípica de los síntomas. Las manifestaciones extraintestinales como forma de debut se pueden encontrar hasta en el 30% de los pacientes, siendo la forma articular la más frecuente, en concreto, la artritis periférica, la cual puede preceder al diagnóstico de EII en un 18% de los casos.

Debido a que el curso de la EII en la infancia es más agresivo y que, con mayor frecuencia, se puede derivar en secuelas a largo plazo (repercusión en el crecimiento, maduración ósea o el estado nutricional), resulta de vital importancia una alta sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento precoz, consiguiendo con ello una mejor evolución y pronóstico.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

### ABREVIATURAS

EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

Cómo citar este artículo: Rodríguez Alonso M, Martín Carballo G, García Fraile ML, Fernández Yélamos I, Escudero Reina L, Boccardo C. Algo más que una artritis de rodilla... Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):163.