Tortícolis de larga evolución

M. López Rojo, A. M. Gutiérrez Sánchez, M. Medrano San Ildefonso, E. Ubalde Sainz, L. Monge Galindo, Y. Aliaga Mazas

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 57]

Introducción

Se define tortícolis a la inclinación lateral de la cabeza hacia un lado con rotación y desviación del mentón hacia el lado contrario. Se han descrito más de 80 posibles causas de tortícolis, tanto congénitas como adquiridas, la mayoría procesos banales y autolimitados, pero a veces expresan cuadros tan graves como tumores del SNC. En el caso que se presenta, se describe una de las posibles causas a tener en cuenta ante la presencia de dicho signo.

Caso clínico

Niño de 7 años que acude para estudio por tortícolis con desviación de cabeza hacia la derecha de 4 meses de evolución. No refiere antecedentes personales de interés. En la familia destaca la presencia de una tía paterna afecta de artritis reumatoide. Hace cuatro meses comenzó con tortícolis, persistiendo al ingreso aunque con cierta mejoría tras tratamiento rehabilitador. El comienzo de la clínica fue repentino, sin traumatismo previo y sin otra sintomatología sobreañadida. En hospital de origen se realizó TAC y RMN cervical, así como gammagrafía de columna vertebral, sin hallazgos significativos que orientaran el diagnóstico. Tras dos meses desde el inicio, comenzó a presentar episodios de fiebre durante 1-2 semanas, generalmente por la tarde. Se objetiva además, pérdida de peso de unos 2 kg. Acude porque además de la clínica descrita, inicia inflamación de rodilla izquierda, sin claro antecedente de traumatismo.

Mantiene buen estado general y a la exploración articular, movilidad activa y pasiva del cuello limitada, con tendencia a la desviación de la cabeza a la derecha. Presenta rigidez de columna cervical sin palpar zona de contractura en esternocleidomastoideo. No refiere dolor a la palpación de apófisis espinosas. Se objetiva derrame articular en ambas rodillas y tobillo izquierdo, siendo la rodilla izquierda la articulación más afectada. Presenta marcha con tendencia al apoyo de puntillas y flexión de rodillas.

Se extraen analíticas en las que se objetiva anemia de 10,4 gr/dl, así como trombocitosis de 634.000/mm^3 manteniendo resto de series en rango de normalidad. Presenta aumento de reactantes de fase aguda PCR 5,29 mg/dl y VSG 81 mm/h, además de aumento de los siguientes parámetros: hipergammaglobulinemia IgG de 2020 mg/dl, hipercomplementemia C3 234 mg/dl y C4 44,1 mg/dl y Ac. antinucleares positivo débil, antimitocondriales, anti-DNA y anti-ENA negativos. Se solicita estudio HLA con resultado HLA B27 negativo.

Se objetiva factor reumatoide y Ac antipéptido citrulinado negativo. Se solicita Quantiferón-M. tuberculosis y serologías de Brucella, Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y Parvovirus que son negativas.

Se realiza ecografía de ambas rodillas que evidencia la presencia de abundante derrame articular con múltiples ecos internos (detritus), de predominio en receso suprarrotuliano. No se aprecian alteraciones en las partes blandas ni quiste de Baker. En estudio gammagráfico se informa de aumento de vascularización en rodilla izquierda y tobillo izquierdo compatible con artritis.

Dada la clínica y ante la sospecha de artritis idiopática juvenil, se completa estudio con radiografía de tórax y ecocardiografía que es normal.

Se diagnostica de Artritis Idiopática Juvenil oligoarticular persistente, ANA +, HLA B27-, FR-, sin uveítis y con afectación cervical. Se inicia tratamiento analgésico-antiinflamatorio oral e infiltración articular y al alta con metotrexato, corticoide y complementos de ácido fólico y vitamínicos.

En controles posteriores en consultas de reumatología se objetiva mejoría de los signos inflamatorios de rodillas y tobillo izquierdo, aunque persiste la afectación cervical, motivo por el cual se añade al tratamiento iniciado previamente, Adalimumab.

Comentarios

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un grupo heterogéneo de entidades caracterizadas por una artritis de origen desconocido de comienzo antes de los 16 años y con diferentes formas de presentación, síntomas clínicos y, probablemente, base genética. Es la enfermedad reumática crónica más frecuente en niños. Las causas y la patogenia se conocen aún mal, a pesar de los importantes avances en inflamación, inmunidad y genética. No hay ninguna prueba patognomónica, ni de imagen, ni de laboratorio; por lo que el diagnóstico se basa únicamente en datos clínicos. Lo insólito de este caso radica en la aparición de afectación cervical previa a la aparición de afectación oligoarticular, motivo que condicionó el retraso del diagnóstico.