



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2399 - Pero, ¿qué le pasa a esta niña?

M. González<sup>a</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>a</sup>, R. Raquel Gómez García<sup>b</sup>, C. Celada Roldán<sup>c</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>d</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>a</sup>, M.C. Moreno Vivancos<sup>e</sup> y M. Martínez Hernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud II. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Acude a Urgencias de nuestro hospital una niña de 12 años, alérgica a penicilinas y con antecedentes de rinitis y asma, derivada por su Médico de Familia por recidiva de dolor en fosa iliaca derecha y cadera, de inicio brusco, mientras estaba en reposo, acompañado de impotencia funcional junto con pico febricular de 37,8º y anemia persistente. No refiere alteraciones en las orinas pero sí aumento del reflejo gastrocólico que le hace defecar tras cada comida desde hace meses sin presentar productos patológicos. No comenta tiritona ni alteración del estado general ni clínica cutánea, en mucosas, oftálmica ni genitourinaria, pero desde hace meses presenta dolor y bloqueo de codo y cadera que desaparecen con AINEs siendo valorada por traumatología con diagnóstico de artritis postamigdalofaringitis. Tras realizar peticiones de urgencia pasa a observación donde es valorada por cirugía, quien descarta patología quirúrgica, y por traumatólogo de guardia, quien realiza artrocentesis de cadera con extracción líquido sinovial turbio, amarillo y con viscosidad aumentada siendo el cultivo del exudado negativo, por lo que se decide ingreso en Reumatología para estudio de oligoartritis inflamatoria, realizándose durante su ingreso interconsulta a digestivo para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general por el intenso dolor. Boca: Sin placas, úlceras ni exudados. ACP: normal. Abdomen: normal; sin defensas. Tacto rectal: dedil con resto de heces sin sangre ni moco. Locomotor: intenso dolor a la movilización de cadera derecha y bloqueo de codo. Analítica: PCR 13. Hb 10 con VCM 63,9. Leucocitos: 14.630 (N 72% y 11,2% linfocitos). ASLO 192. FR 11. Anticuerpos y crioglobulinas normales. Plaquetas: 516.000. Rx cadera y codo: sin alteraciones. Eco abdomen: normal. RM abdomen: normal. RM codo: sinovitis con leve derrame articular. Colonoscopia: ulceraciones fibrinadas. Ciego con múltiples ulceraciones fibrinadas, algunas en sacabocados. Desde transversal medio hasta recto se aprecia mucosa con afectación segmentaria con ulceraciones fibrinadas siendo diagnosticada tras biopsias de enfermedad de Crohn ileocólica con afectación moderada.

**Juicio clínico:** Oligoartritis secundaria a enfermedad de Crohn ileocólica. Anemia secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Anexitis. Psoriasis. Artritis reactiva.

**Comentario final:** Destacar la inmensa patología que debe contemplar el Médico de Familia así como la importancia de los criterios de derivación hospitalaria. La Enfermedad de Crohn puede presentar manifestaciones articulares en el 20%, siendo en las articulaciones periféricas tan solo un 10%. El curso de los síntomas articulares suele ser paralelo al de la afectación gastrointestinal, especialmente si es oligoarticular, lo cual hace a este caso más complejo y excepcional siendo, una vez más, la anamnesis y el seguimiento del paciente los procesos más importantes para llegar al diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schur PH. UpToDate. Actualizado en 16 de Septiembre del 2014. Disponible en:  
[http://www.uptodate.com/contents/arthritis-associated-with-gastrointestinal-disease?source=search\\_result&search=ARTRITIS+ASSOCIATED+WITH+GASTROINTESTINAL+DISEASE&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/arthritis-associated-with-gastrointestinal-disease?source=search_result&search=ARTRITIS+ASSOCIATED+WITH+GASTROINTESTINAL+DISEASE&selectedTitle=1%7E150)
2. de la Puente Bujidos C. Manual de Reumatología CTO. 8ª edición. Madrid. CTO editorial 2012.
3. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 5ª edición. Editorial Panamericana, 2008.