# Un niño que cojea

J. Alfonso Diego, C. Riquelme Ferre,
C. Figaró i Voltà, A. Feliu Rovira,
J. Escribano Subías

*An Esp Pediatr 1999;50:299-300.*

## Caso clínico

Niño de 19 meses que acude a urgencias por llanto e irritabilidad de unas seis horas de evolución. La madre refiere que el niño no puede apoyar la pierna derecha en el suelo y se niega a andar. El paciente estaba afebril y tenía antecedentes de un cuadro catarral de vías altas los días previos.

A la exploración física destacaba la posición espontánea antiálgica de la extremidad inferior derecha en flexión, abducción y rotación externa. A la movilización de la cadera derecha el niño mostraba resistencia, tanto a la flexión, como a la rotación. El paciente estaba muy irritable, con llanto continuo, tanto en sedestación, como en bipedestación, sólo se consolaba en posición supina. El resto de la exploración física era anodina, destacando cierta defensa abdominal a la palpación profunda en hipogastrio.

El cuadro se orientó inicialmente como una sinovitis de cadera y se realizó una radiografía de caderas en proyección axial (Figura 1) que no mostró ninguna anomalía destacable. El hemograma, ionograma, transaminasas, glucosa y urea se encontraban dentro de los límites normales para la edad.

Al cabo de unas, horas dada la persistencia del cuadro de irritabilidad, se decidió realizar una nueva exploración radiológica y un tacto rectal, lo cual sirvió para reorientar el diagnóstico.

**Figura 1.** La proyección axial muestra una simetría entre ambas caderas, espacios articulares de tamaño normal, epífisis normales, sin mostrar protuberancia de las líneas grasas pericapsulares.

## Pregunta

1. *¿ Cuál es su diagnóstico ?*
2. *¿ Cuál hubiera sido su actitud ?*

Servicio de Pediatria. Hospital Universitari de Sant Joan. Reus (Tarragona)
*Correspondencia:* Julia Alfonso Diego. C/ Canal nº19, 1º-1º ,
43205 Reus (Tarragona)

## Cuerpo extraño intraabdominal

Ante la persistencia de irritabilidad y dolor abdominal se realizó un tacto rectal, palpándose un objeto duro a nivel de ampolla rectal, cuyo movimiento era muy doloroso para el niño. Se decidió realizar una radiografía simple de pelvis detectándose la presencia de un alfiler a nivel del recto (Figura 2), el cual no se visualizó en la exploración anterior, al estar oculto por el protector genital radioopaco. El cuerpo extraño pudo extraerse vía anal bajo sedación. La familia desconocía la ingesta accidental del cuerpo extraño y negaban la introducción rectal del mismo.

La cojera en el niño es una consulta frecuente en Pediatría. La etiología es múltiple y en la mayoría de los casos banal, teniendo generalmente un antecedente traumático o infeccioso. Cuando una cojera afecta a la articulación de la cadera deberíamos pensar en varias entidades: sinovitis de cadera, artritis séptica, osteomielitis, artritis asépticas y reumáticas, displasia de cadera, malformaciones óseas, enfermedad de Legg-Calvé-Perthers, epifisiólisis de cadera y fracturas por estrés, entre otras, cada una con unas características bien definidas y unas edades de presentación típicas, pero cuyo signo clínico común de presentación puede ser una simple cojera[1].

La patología intraabdominal puede debutar como cojera en algunos casos, aunque es poco frecuente siendo, generalmente, el dolor abdominal la manifestación primaria. Entre las causas intraabdominales relacionadas con cojera en el niño se han descrito la invaginación intestinal, la apendicitis aguda, el absceso pelviano o del psoas, los trastornos nefrourológicos, las neoplasias retroperitoneales y las hernias inguinales o crurales. La presencia de un cuerpo extraño intraabdominal suele ser asintomático o manifestarse clínicamente como dolor abdominal, vómitos, hematemesis, melenas u obstrucción intestinal, y en casos excepcionales de perforación de algún asa con cuadro de peritonitis aguda[2,3]. La relación entre cuerpo extraño abdominal y cojera es muy poco frecuente, aunque debería contemplarse. La mayoría de los cuerpos extraños intraabdominales, una vez han pasado el estómago, recorren el tracto intestinal sin problemas, y son eliminados de forma espontánea en dos o tres días[4]. En los casos de ingesta de un objeto fino y alargado, el número de complicaciones se acentúa, presentando complicaciones de paso a nivel del píloro, marco duodenal, ligamento de Treitz y zona ileocecal, pudiendo impactarse en la mucosa intestinal e incluso perforar algún asa[5]. En estos casos la intervención quirúrgica es algunas veces inevitable. En nuestro paciente el cuerpo extraño se hallaba alojado en la ampolla rectal, enclavado en la pared intestinal, e impactado por heces, aunque sin provocar fístulas ni colecciones purulentas. El niño buscaba una postura que aliviase el dolor provocado por la impactación del cuerpo extraño en el recto, siendo, por tanto, el dolor de cadera y la cojera subsiguiente a un dolor referido. La sospecha de ingesta de cuerpo extraño requiere una exploración radiológica del tórax y abdomen en posición anteroposterior y lateral, para localizar el cuerpo extraño radioopaco. La posibilidad de que el protector genital pueda ocultar un cuerpo extraño a nivel rectal, aunque excepcional, debe considerarse.

**Figura 2.** En la proyección frontal se detecta la presencia de un cuerpo extraño (alfiler) en la ampolla rectal, que no se visualiza en la proyección axial debido a la interposición del protector genital.

## Bibliografía


1 Renshaw TS. El niño que cojea. *Pediatrics in Review* (ed. esp.) 1996, **17**:3-10.

2 Wyllie R. Cuerpos extraños en el estómago e intestino. En: Behrman RE, Kliegman RM, Aroin A, eds. Nelson Tratado de Pediatría. 15ª edición. Madrid: McGraw Hill - Interamerica de España, 1997: 1351-1352.

3 Hebra-A; Davidoff-AM; Ahmad-S; Stockmann-PT; Stafford-PW. Intestinal perforation due to an ingested foreign body: laparoscopic management. *J Laparoendosc Surg* 1996; **6** Suppl 1:S95-8.

4 Reilly J, Thompson J, Mc Arthur C et al. Pediatric aerodigestive foreing body injuries are complications related txo timeliness of diagnosis. *Laryngoscope* 1997; **107**:17-20.

5 Quiroga Ordóñez E. Ingestión de cuerpos extraños y causticación esofágica. En: Casado Flores J, Serrano A, eds. Urgencias y transporte del niño grave. Madrid: Ergon 1997: 189-194.