

**DOI:** 10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.427-435

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2202>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 427-435







## Sinovitis transitoria versus artritis séptica. Diagnóstico diferencial

Transient synovitis versus septic arthritis. Differential diagnosis

Sinovite transitória versus artrite séptica. Diagnóstico diferencial

**Edwin Fabricio Morales Guerrero<sup>1</sup>; Viviana Estefania Piedra Aguirre<sup>2</sup>; Alex Paul Cevallos Pazmiño<sup>3</sup>; Fernando Javier Mafla Camacho<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/01/2024 **ACEPTADO:** 15/02/2023 **PUBLICADO:** 01/06/2024

1. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias en el Hospital General del Sur de Quito; Quito, Ecuador; [efmorales@udlanet.ec](mailto:efmorales@udlanet.ec);  <https://orcid.org/0000-0001-6311-8186>
2. Médica Cirujana; Magíster en Educación, Tecnología e Innovación; Médico Asistencial en Funciones Hospitalarias en el Hospital IESS Quito Sur; Quito, Ecuador; [viespiag@hotmail.com](mailto:viespiag@hotmail.com);  <https://orcid.org/0000-0002-8226-4864>
3. Médico Cirujano; Médico Residente en ALFAHospital; Ibarra, Ecuador; [alexp.cevap@gmail.com](mailto:alexp.cevap@gmail.com);  <https://orcid.org/0009-0008-6508-8695>
4. Médico Cirujano; Médico Residente en ALFA Hospital; Ibarra, Ecuador; [fmafla94@gmail.com](mailto:fmafla94@gmail.com);  <http://orcid.org/0000-0003-3800-8166>

### CORRESPONDENCIA

**Edwin Fabricio Morales Guerrero**

[efmorales@udlanet.ec](mailto:efmorales@udlanet.ec)

**Quito, Ecuador**

## RESUMEN

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. Se dice que aproximadamente el 5% del total de las consultas realizadas en dichos centros corresponde a cojera de origen no traumático. Para llevar a cabo la revisión bibliográfica sobre el presente trabajo de investigación, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas electrónicas como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se emplearon palabras clave específicas, incluyendo "sinovitis transitoria", "artritis séptica", "diagnóstico diferencial", "niños" y "pruebas diagnósticas". Un enfoque sistemático y detallado que incluya la evaluación clínica, pruebas de laboratorio y estudios de imagen es esencial para diferenciar eficazmente entre sinovitis transitoria y artritis séptica. Esta distinción precisa permite una intervención temprana y adecuada, mejorando así el pronóstico y reduciendo el riesgo de complicaciones graves en los pacientes pediátricos.

**Palabras clave:** Diagnóstico Diferencial, Niños, Pruebas Diagnósticas, Sinovitis Transitoria, Artritis Séptica.

## ABSTRACT

Hip joint disorders are common in the pediatric population. These patients usually present to pediatric emergency services or primary care for non-specific complaints such as hip pain or limping. It is estimated that approximately 5% of all consultations in these centers are due to non-traumatic limping. To conduct the literature review for this research work, an exhaustive search was performed in electronic medical databases such as PubMed, Scopus, and Google Scholar. Specific keywords were used, including "transient synovitis," "septic arthritis," "differential diagnosis," "children," and "diagnostic tests." A systematic and detailed approach that includes clinical evaluation, laboratory tests, and imaging studies is essential to effectively differentiate between transient synovitis and septic arthritis. This precise distinction allows for timely and appropriate intervention, thus improving prognosis and reducing the risk of severe complications in pediatric patients.

**Keywords:** Differential Diagnosis, Children, Diagnostic Tests, Transient Synovitis, Septic Arthritis.

## RESUMO

As doenças da articulação da anca são comuns na população pediátrica. Estes doentes apresentam-se normalmente nos serviços de urgência pediátrica ou nos cuidados primários com queixas inespecíficas, como dor na anca ou claudicação. Estima-se que aproximadamente 5% de todas as consultas nestes centros se devam a claudicação não traumática. Para realizar a revisão da literatura para este trabalho de investigação, foi efectuada uma pesquisa exaustiva em bases de dados médicas electrónicas, tais como PubMed, Scopus e Google Scholar. Foram utilizadas palavras-chave específicas, incluindo "sinovite transitória", "artrite séptica", "diagnóstico diferencial", "crianças" e "testes de diagnóstico". Uma abordagem sistemática e detalhada que inclua avaliação clínica, testes laboratoriais e estudos imagiológicos é essencial para diferenciar eficazmente entre sinovite transitória e artrite séptica. Esta distinção precisa permite uma intervenção atempada e adequada, melhorando assim o prognóstico e reduzindo o risco de complicações graves em doentes pediátricos.

**Palavras-chave:** Diagnóstico Diferencial, Crianças, Testes de Diagnóstico, Sinovite Transitória, Artrite Séptica.

## 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. Se dice que aproximadamente el 5% del total de las consultas realizadas en dichos centros corresponde a cojera de origen no traumático. 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 (1).

Una manifestación frecuente y bien conocida que se asocia a infección vírica respiratoria en la población pediátrica es la sinovitis transitoria de cadera. Esta patología consiste en una inflamación benigna de la membrana sinovial que afecta a niños de 3-8 años y que cursa con cojera y dolor en la cadera. Aunque su causa es desconocida, la razón más aceptada es que se trata de una artritis reactiva que tiene lugar tras la infección por un agente viral, ya que típicamente aparece tras infecciones del tracto respiratorio o gastrointestinal. Su diagnóstico es de exclusión, siendo preciso descartar otras causas más graves y urgentes de cojera en niños y su tratamiento con antiinflamatorios y reposo suele llevar a la resolución del cuadro en pocos días (2).

La distinción entre artritis séptica (AS) y sinovitis transitoria (ST) de cadera no siempre es fácil. Kocher et al desarrollaron en 1999 un modelo para diferenciarlas que incluía 4 parámetros, historia de fiebre, rechazo o incapacidad del apoyo, velocidad de sedimentación globular (VSG)  $\geq 40$  mm/h y leucocitos  $412.000/\text{mm}^3$ . Los autores evaluaron prospectivamente su modelo, concluyendo que con un criterio el porcentaje de AS era 9%, con dos 35%, con tres 72,8% y con

cuatro alcanzaba el 93%. Sin embargo, la validación de estos criterios por otros investigadores demostró un rendimiento inferior, ya que estando presentes los cuatro parámetros solo el 59% de los niños tenía AS. Jung et al propusieron otro modelo, que incluía la medida del espacio articular en la radiografía convencional, pero esta medida depende de la técnica radiológica y de la posición del paciente por lo que no es segura. En los últimos años se ha publicado que el único factor asociado con fuerza al diagnóstico de AS es la concentración de proteína C-reactiva (PCR) (3).

## Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica sobre el presente trabajo de investigación, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas electrónicas como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se emplearon palabras clave específicas, incluyendo "sinovitis transitoria", "artritis séptica", "diagnóstico diferencial", "niños" y "pruebas diagnósticas". Se incluyeron estudios publicados entre los años 2010 y 2023 para garantizar la relevancia y actualidad de la información. Los datos extraídos se sintetizaron y analizaron para identificar criterios diagnósticos clave y diferencias significativas entre la sinovitis transitoria y la artritis séptica.

## Resultados

**Tabla 1.** Etiología de la cojera infantil

| 1-5 años                     | 5-12 años             | 13-19 años                  |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Sinovitis transitoria        | Sinovitis transitoria | Esguinces                   |
| Displasia de caderas         | Fracturas             | Epifisiolisis               |
| Enfermedades Neuromusculares | Enfermedad de Perthes | Enfermedad de Perthes       |
| Fractura de Toddler          | Artritis Séptica      | Osteomielitis               |
| Artritis Séptica             | Tumores               | Artritis reumatoide juvenil |
| Osteomielitis                | Osteomielitis         | Tumores                     |

**Fuente:** Montoya (4).

### Artritis séptica

La artritis séptica (AS) se define como un proceso inflamatorio de una articulación generado por una infección bacteriana, fúngica o viral. Esta involucra principalmente la cápsula sinovial y las estructuras alrededor. Es la causa más común de artritis aguda, especialmente monoartritis. La AS en el paciente pediátrico es una emergencia quirúrgica en la cual se requiere de un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado para evitar complicaciones de daño articular permanente. La AS ocurre más durante la niñez que a cualquier otra edad. La prevalencia de AS en Estados Unidos es de aproximadamente 3-4 por cada 100.000 niños y hay una diferencia significativa entre países desarrollados y no desarrollados. La edad con mayor incidencia de presentación es de los 2 a los 6 años, con un pico a los 4 años de edad. Predomina en pacientes masculinos y es común en niños sanos. Las articulaciones más afectadas son las de los miembros inferiores, sobre todo la rodilla y la cadera (5).

Desde el punto de vista microbiológico la infección hematógena es la vía más frecuente en todas las edades y casi cualquier bacteria es capaz de causar AS; en los lactantes. Los microorganismos patógenos habituales son los estreptococos del grupo B, los bacilos intestinales Gram negativos y *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). En niños menos de 5 años son: *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Kingella kingae* (*K.*

*kingae*), mientras los adultos jóvenes y adolescentes, *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) es el patógeno más frecuente (6).

Para el diagnóstico de la AS se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial, ya que en ocasiones las manifestaciones son similares y su frecuencia puede variar. Ejemplo de ello es la sinovitis transitoria, un trastorno benigno y autolimitado de origen desconocido, frecuente en pacientes de 3 a 10 años, en la cual se ve afectada principalmente la cadera, donde hay dolor y limitación funcional. La enfermedad de Perthes comparte la clínica de dolor y limitación del apoyo, y esta se podría descartar con una radiografía de cadera comparativa normal (7).

**Tabla 2.** Factores de riesgo para la artritis séptica de la rodilla en adultos y niños

| Niños  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematuridad</li> <li>• Síndrome de distrés respiratorio</li> <li>• Uso de catéter en la arteria umbilical</li> </ul>   |
| Adultos  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades crónicas: diabetes mellitus, alcoholismo e insuficiencia renal</li> <li>• Enfermedades articulares crónicas: artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico</li> <li>• Antecedentes de trauma</li> <li>• Cirugías previas, incluye artroscopia</li> <li>• Estados de inmunosupresión</li> <li>• Edad avanzada (mayores de 60 años)</li> <li>• Uso y abuso de drogas intravenosas</li> </ul> |

**Fuente:** Paizano Vanega et al (6).

## Síntomas

- **Síntomas acompañantes:** la presencia de fiebre, infección de vías respiratorias en niños con edad inferior a 4 años o el antecedente de heridas penetrantes, pueden orientar a artritis séptica.
- **Tiempo de evolución:** en artritis de poco tiempo de evolución, particularmente monoartritis, debe descartarse la etiología infecciosa. La persistencia en el tiempo de una artritis sugiere una patología crónica y debe ser derivada para valoración por el especialista.
- **Ritmo del dolor:** el dolor inflamatorio se caracteriza por empeorar con el reposo (predominio matutino) y mejorar con la actividad, mientras que el dolor mecánico se exacerba con el movimiento y se alivia con el reposo (predominio vespertino).
- **Intensidad del dolor:** la presencia de dolor intenso ante un paciente con artritis, debe hacernos sospechar etiología infecciosa, tumoral o traumática (8).

## Sinovitis transitoria

Se ha considerado un proceso ortopédico cuando, en realidad, es una artritis inflamatoria idiopática. Representa el motivo más frecuente de cojera en un Servicio de Urgencias si se excluyen los traumatismos (9).

## Aproximaciones diagnósticas

### 1. Anamnesis

La historia clínica debe recoger:

- **Cronología:** el tiempo de evolución orientará la sospecha diagnóstica, según se trate de una artritis aguda o crónica.
- **Patrón de aparición en las poliarticulares:** simultáneo (virales), aditivo (artritis Idiopática Juvenil (AIJ) o saltatorio (fiebre reumática).
- **Características del dolor:** Intensidad: en general, las artritis inflamatorias cró-

nicas son menos dolorosas que las artritis infecciosas (víricas o bacterianas).

- **Relación con el ejercicio físico y el reposo:** las artritis inflamatorias empeoran con el reposo y mejoran con la actividad.
- Rigidez o entumecimiento tras el reposo, propia de las inflamatorias.
- Asociación con entesitis.
- Síntomas generales acompañantes (diarrea, fiebre, exantema, anorexia o pérdida de peso) que puedan corresponder a procesos infecciosos, tumorales o inflamatorios.
- **Presencia de cojera:** esta constituye un mecanismo de protección frente al dolor, en ocasiones incluso rechazando la deambulación.
- Infecciones digestivas o respiratorias concurrentes o previas.
- **Antecedentes traumáticos:** en ocasiones la caída es la consecuencia (y no la causa) de una artritis previa no diagnosticada.
- **Antecedentes familiares:** es importante indagar acerca de la existencia de enfermedades autoinmunes o autoinflamatorias en los familiares cercanos, preguntando específicamente por psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o espondiloartropatías (10).

### 2. Exploración física

**Examen general:** Todo niño con artritis debe ser explorado minuciosamente. La exploración física, junto a la información recogida en la anamnesis, orientará el diagnóstico etiológico. Así, la presencia de exantemas y visceromegalias indican infección viral, y más rara vez AIJ sistémica, síndrome de activación macrofágica (SAM), otras enfermedades autoinflamatorias o procesos oncológicos. La existencia de debilidad muscular orienta a miopatías, y los hematomas de características atípicas a trastornos de



la coagulación o maltrato. El hallazgo de una puerta de entrada orienta a un origen séptico en caso de artritis u osteomielitis, y la presencia de psoriasis puede determinar el diagnóstico de artritis psoriásica (10).

### Examen musculoesquelético

- Idealmente, debemos conseguir que el niño esté tranquilo al explorarlo, para proceder a examinar sistemáticamente todas las articulaciones.
- Es imprescindible valorar la actitud espontánea del niño: por lo general, las articulaciones inflamadas se colocan espontáneamente en posición antiálgica. A continuación, se exploran todas las articulaciones de forma sistemática, dejando para el final las inflamadas.
- La inflamación de piel y tejidos blandos suprayacentes a una articulación puede dar lugar a movilización dolorosa y simular una artritis (típico de celulitis o urticaria). El hallazgo de posibles puertas de entrada (picaduras, heridas) orienta a la etiología séptica de la artritis. El rubor de la piel no es propio de artritis, sino de inflamación de los tejidos blandos periarticulares.
- Es útil comparar con la extremidad contralateral para apreciar diferencias de tamaño, color y temperatura.
- Por último, siempre hay que observar la marcha para determinar el origen de la cojera (neurológica, antiálgica). Ciertas maniobras (salto, cuclillas, andar de puntillas o talones) ayudan a localizar la región afectada cuando esta no es evidente.
- Por otro lado, existen signos que orientan a una evolución crónica de la artritis: disimetrías (mayor crecimiento de la extremidad afecta como consecuencia de la mayor vascularización secundaria a la inflamación, acelerando temporalmente el crecimiento), hipotrofia de grupos musculares respecto a la extremidad contralateral sana y deformidades en valgo o varo.

- El pGALS (pediatric Gait, Arms, Legs, Spine) es una herramienta sencilla que permite explorar de forma completa y en pocos minutos el sistema musculoesquelético del niño (10).

### Exploraciones complementarias

Han de ser dirigidas, esto es, se deben solicitar en función del diagnóstico de sospecha que la anamnesis y la exploración física sugieran. Cabe mencionar que la sinovitis transitoria de cadera (STC) es la única etiología de monoartritis en la que no es necesario realizar análisis de sangre ni de líquido articular, siempre que los datos clínicos (edad >3-4 años y ausencia de fiebre) apoyen el diagnóstico. La radiografía convencional excluye procesos ortopédicos. Es importante conocer que el diagnóstico de AIJ, la enfermedad reumática más frecuente en el niño, se alcanza mediante exclusión de otras etiologías (10).

### 3. Laboratorio

- El abordaje diagnóstico de la artritis infantil debe incluir hemograma, bioquímica que incluya función hepática y renal y determinación de velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C Reactiva como reactantes de fase aguda.
- El estudio de parámetros inmunológicos solo debe considerarse ante sospecha de artritis inflamatoria crónica, e incluye los anticuerpos antinucleares (ANA), el HLA B27 y el factor reumatoide (FR). Todos ellos pueden estar presentes en niños sanos, sin ser por tanto específicos de enfermedad reumática. No obstante, intervienen en la clasificación de la AIJ en sus diferentes categorías. Los anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) deben ser solicitados solo en caso de sospecha clínica de fiebre reumática; por otro lado, la prevalencia de esta enfermedad es hoy en día muy baja en países desarrollados.

- La artrocentesis permite el estudio de líquido articular. Es imprescindible en toda monoartritis (con la excepción de la STC, como se ha mencionado) y, si es posible, antes de comenzar el tratamiento antibiótico.
  - El líquido sinovial normal es amarillo y transparente, con menos de 2000 leucocitos/ $\mu$ l.
  - El líquido purulento de la artritis séptica posee abundantes leucocitos, generalmente  $>50\,000/\mu$ l.
  - El líquido inflamatorio y el de la artritis vírica y posinfecciosa es amarillo y turbio, con cifra alta de leucocitos (típicamente en torno a 10 000-20 000/ $\mu$ l), aunque menor que en la artritis séptica.
  - Un líquido hemático puede corresponder a una punción traumática, trastornos de la coagulación o alteraciones sinoviales, como la sinovitis villonodular o hemangioma sinovial (10).

### Microbiología

- **Las serologías de virus** más frecuentes a menudo son útiles en el diagnóstico de la artritis vírica.
- **Cultivos de sangre y líquido sinovial:** necesarios ante sospecha de artritis séptica, deben sembrarse en los medios habituales y en los específicos para gérmenes de crecimiento lento (micobacterias). Cabe señalar el creciente interés de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa en el diagnóstico de la infección por *Kingella kingae*, patógeno emergente en nuestro medio. Por otra parte, la enfermedad de Lyme y la brucelosis son entidades poco prevalentes que no suele ser necesario investigar.
- **Otras pruebas:** en el estudio de artritis posinfecciosas es útil la búsqueda de *S. pyogenes* en frotis faríngeo (artritis po-

streptocócica) o el coprocultivo (artritis reactivas, que no obstante suelen manifestarse cuando la diarrea ya ha cedido)

- **El Mantoux**, o las recientemente desarrolladas técnicas IGRA (interferón gamma release assays) juegan su papel en el diagnóstico de ciertas artritis persistentes (10).

### Pruebas de imagen

- La Rx convencional en gran parte de los casos sólo ayuda a excluir patología. No obstante, en la artritis séptica puede mostrar lesiones osteolíticas, si existe osteomielitis intraarticular asociada. En las artritis inflamatorias inicialmente es normal, y sólo cuando el tiempo de actividad de la enfermedad ha sido prolongado pone de manifiesto disminución del espacio articular, erosiones y alteraciones del crecimiento óseo.
- La ecografía tiene un protagonismo creciente en la práctica diaria del reumatólogo infantil al tratarse de una exploración inocua, barata y accesible. Tiene mayor sensibilidad que la exploración física en la detección de artritis. Su mayor inconveniente es ser explorador dependiente y no permitir valorar estructuras intraóseas.
- Otras pruebas ocasionalmente necesarias son: 1) la gammagrafía isotópica ósea, que es poco rentable en el diagnóstico de artritis, salvo en situaciones como la sacroileitis. Se trata de una técnica muy sensible pero poco específica en la localización de osteomielitis, fracturas o tumores; 2) la resonancia magnética, aunque es muy útil, tampoco discrimina entre etiologías. Asimismo, tiene desventajas por ser más cara, tener accesibilidad limitada y necesitar anestesia en los más pequeños. Se recomienda en las evoluciones clínicas desfavorables; y, por último, 3) la tomografía computarizada emite una radiación excesiva y está en franco desuso.

## Diagnóstico diferencial sinovitis transitoria y artritis séptica

**Tabla 3.** Sinovitis transitoria y Artritis séptica

| Sinovitis Transitoria  | Artritis Séptica  |
|--|---|
| Cuadro autolimitado en niños de 3-9 años.  | Es más frecuente en menores de 3 años.  |
|  | S. aureus, K. kingae y los estreptococos son los gérmenes habituales.   |
|  | Incidencia en <5/100.000 niños/año.   |
| El estado general es bueno y no asocia fiebre, salvo que se acompañe de un proceso infeccioso respiratorio, que con cierta frecuencia le precede. La exploración muestra limitación dolorosa de la abducción y las rotaciones en la cadera afectada.                               | El cuadro típico es el de un menor de 3 años con artritis y fiebre o febrícula en algún momento de la evolución, que conserva buen estado general.  |
| Se resuelve en 5-10 días con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Hay que diferenciarla de la artritis séptica y de la enfermedad de Perthes. Esta última se presenta en edades similares, puede debutar con derrame ecográfico y la radiología es clave para su diagnóstico. | Debe ser sospechada y tratada con precocidad teniendo en cuenta que el tratamiento tradicional (hospitalización prolongada y cirugía agresiva) está cambiando. El manejo de la AS se fundamenta en tres principios esenciales: 1) drenar o lavar la articulación, 2) administrar el antibiótico apropiado y 3) hacer que esta repose en una posición estable. |

**Fuente:** Adaptado de Loza & Muñoz (9); Araque-Melo (7).

### ¿Cómo diferenciar una sinovitis transitoria de una artritis séptica?

Existen varios algoritmos de predicción clínica para el diagnóstico de la artritis séptica y para diferenciarla de la sinovitis transitoria. Dentro de los más conocidos están los criterios de Kocher, que incluyen:

- No apoyar miembro afectado.
- Fiebre  $\geq 38,5$  C°.

- Leucocitos en sangre  $\geq 12.000$  /mm<sup>3</sup>.
- Velocidad de hemossedimentación (VHS)  $\geq 40$  mm/h.

Si bien, la sospecha de artritis séptica recae en el criterio clínico del médico tratante, los criterios de Kocher siguen teniendo un rol importante. Se necesitan nuevos estudios que permitan validar una prueba altamente sensible y específica para predecir artritis séptica (4).



## Conclusión

La diferenciación entre sinovitis transitoria y artritis séptica es crucial debido a las distintas implicaciones clínicas y terapéuticas que presentan. La sinovitis transitoria, una condición autolimitada que comúnmente afecta a niños de entre 3 y 9 años, se caracteriza por la aparición súbita de dolor en la cadera y cojera, generalmente precedida por una infección viral. En contraste, la artritis séptica es una emergencia médica que puede llevar a la destrucción articular y complicaciones sistémicas si no se trata adecuadamente y de forma urgente.

Para el diagnóstico diferencial, se utilizan una combinación de hallazgos clínicos y pruebas complementarias. Clínicamente, la fiebre alta y la incapacidad para soportar peso suelen ser más indicativas de artritis séptica. En cuanto a las pruebas de laboratorio, la artritis séptica suele presentar elevaciones significativas en el conteo de glóbulos blancos, la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). La punción articular, que muestra líquido sinovial turbio con un elevado recuento de leucocitos y cultivos positivos para bacterias, es determinante para confirmar la artritis séptica.

Las imágenes diagnósticas juegan un papel importante en este contexto. La ecografía puede revelar derrames articulares, pero la resonancia magnética (RM) es más específica para identificar la inflamación sinovial y la presencia de abscesos. La ecografía suele ser la primera opción debido a su accesibilidad y rapidez, pero la RM se considera cuando el diagnóstico sigue siendo incierto.

## Bibliografía

- Brenes Escalante MF, Milla Rivas MR, Ordóñez Portuéguez JJ. Sinovitis transitoria de cadera: Diagnóstico diferencial y abordaje diagnóstico. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2023 Jun 1;8(6):e979. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/979>
- Garrido-Hidalgo A, Martínez García Á. Probable sinovitis transitoria de cadera por COVID-19. *Rev Mex Ortop Pedriátrica* [Internet]. 2021;23(1-3):36-9. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102184>
- Merino R, de Inocencio J, García-Consuegra J. Diferenciación de sinovitis transitoria y artritis séptica de cadera con criterios clínicos y ecográficos. *An Pedriátrica* [Internet]. 2010 Oct;73(4):189-93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403310002547>
- Montoya R. EL NIÑO QUE COJEA: SINOVITIS TRANSITORIA Y CUÁNDO SOSPECHAR UNA INFECCIÓN OSTEARTICULAR [Internet]. 2020. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/articulo-nino-que-cojea-medicina-familiar-uc.pdf>
- Acosta AL, Quesada VM, Jackson JQ. Abordaje de artritis séptica en el paciente pediátrico. *Rev Cienc y Salud Integr Conoc*. 2023;7(4):59-66.
- Paizano Vanega G, Araya Oviedo A, Chacón Díaz MS. Artritis séptica. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2021 Aug 1;6(8):e697. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/697>
- Araque-Melo AE. Artritis séptica. Revisión descriptiva. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2022 Dec 23;9(2). Available from: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/824>
- Rueda RA, de Inocencio Arocena J. Diagnóstico diferencial de artritis. *Pedriátrica Integr*. 2022;
- Loza SM, Muñoz RM. Diagnostico diferencial de las inflamaciones articulares. *Pedriátrica Integr*. 2013;17(1):10-4.
- Loza SM, Rosa M, Gascón CU. Artritis. Diagnóstico diferencial. *Pediatr Integr*. 2022;26(3):125-131.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Morales Guerrero, E. F., Piedra Aguirre, V. E., Cevallos Pazmiño, A. P., & Mafla Camacho, F. J. (2024). Sinovitis transitoria versus artritis séptica. Diagnóstico diferencial. *RECIMUNDO*, 8(1), 427-435. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.427-435](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.427-435)

