Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

2. Julie S, Prendville MD. Protuberancias, bultos y hamartomas. En: Eichenfield Lawrence F, Frieden IJ, Esterly NB, editores. Dermatología Neonatal. 2.ª ed. Barcelona: Ediciones Elsevier; 2009. p. 429–30.
3. Dehner LP. Juvenile xanthogranulomas in the first two decades of life: a clinicopathologic study of 174 cases with cutaneous and extracutaneous manifestations. Am J Surg Pathol. 2003;27:579–93.
4. Blanco del Val A, Torres Nieto MA, Velasco Vaquero ME, Zulueta Garicano C, Silva Rico JC. Multiple juvenile xanthogranuloma: a diagnosis to be considered in primary care. An Pediatr (Barc). 2004;60:89–91.
5. Song M, Kim SH, Jung DS, Ko HC, Kwon KS, Kim MB. Structural correlations between dermoscopic and histopathological features of juvenile xanthogranuloma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25:259–63.
6. Rubegni P, Mandato F, Fimiani M. Juvenile xanthogranuloma: dermoscopic pattern. Dermatology. 2009;218:380.
7. Cypel TK, Zuker RM. Juvenile xanthogranuloma: Case report and review of the literature. Can J Plast Surg. 2008;16:175–7.
8. Hernandez-Martin A, Baselga E, Drolet BA, Esterly NB. Juvenile xanthogranuloma. J Am Acad Dermatol. 1997;36:355–67.
9. Burgdorf WH, Zelger B. JXG, NF1, and JMML: alphabet soup or a clinical issue? Pediatr Dermatol. 2004;21:174–6.
10. Cambiaghi S, Restano L, Caputo R. Juvenile xanthogranuloma associated with neurofibromatosis 1: 14 patients without evidence of hematologic malignancies. Pediatr Dermatol. 2004;21:97–101.

A. Ayechu Díaz[a,*], D. Navarro González[b] y M.T. Virto Ruiz[b]

[a] *Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España*
[b] *Centro de Salud San Jorge, Pamplona, Navarra, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aayechu@hotmail.com (A. Ayechu Díaz).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.07.008

Leucemia linfoblástica aguda diagnosticada y tratada inicialmente como artritis crónica juvenil

Acute lymphoblastic leukaemia initially diagnosed and treated as chronic juvenile arthritis

Sr. Editor:

El dolor y la inflamación en las articulaciones son manifestaciones muy frecuentes de las enfermedades reumatológicas. La evaluación del niño con dolor o inflamación articular implica un diagnóstico diferencial amplio, que incluye patologías benignas autolimitadas y otras que precisan diagnóstico y tratamiento precoz, como la artritis séptica. Tampoco debemos olvidar procesos como la leucemia, que puede presentar inicialmente síntomas musculoesqueléticos superponibles a los de las enfermedades reumatológicas.

Se trata de un niño de 10 años que acude a urgencias por dolor en hombro y codo izquierdos desde hace 4 días, con signos de inflamación en codo izquierdo. El dolor en hombro izquierdo cede pero a las 24 h aparece dolor en hombro derecho, con limitación para la abducción y rotación interna. No refiere traumatismos. El día anterior hizo ejercicio (waterpolo). Hace un mes, presentó un episodio de ojo rojo diagnosticado de conjuntivitis aguda, que cedió con colirio antibiótico. No refiere procesos infecciosos previos. Antecedentes personales sin interés. En los antecedentes familiares destacan madre y tío materno con espondilitis anquilosante HLA B27 positiva. Exploración física: Tª 38 °C. Afectación discreta del estado general. Inflamación del codo izquierdo con derrame y limitación funcional de la flexo-extensión. Impotencia funcional de abducción de hombro derecho. El resto de la exploración es normal. Hemograma: leucocitos 9.930/mm^3 (neutrófilos 53,3%, linfocitos 35,8%, monocitos 6%, eosinófilos 2,1%), hemoglobina 14,2 g/dl, VCM 80,6, plaquetas 308.000/μl, proteína C reactiva 5 mg/dl; VSG 26 mm/h. Bioquímica: CPK, GPT, GOT y GGT normales, factor reumatoide 14 U/ml; anticuerpos antiestreptolisina (ASLO), inmunoglobulinas y C3 y C4 normales. Serologías para *Micoplasma, Borrelia, Yersinia enterocolitica* (serotipo O:3), parvovirus, VHA, VHC, RPR con rosa de Bengala, negativas. HLA B27 positivo. Radiografías de tórax, codo izquierdo, hombro derecho y sacro-ilíacas, normales. Ingresa por sospecha de oligoartritis; se realiza artrocentesis e inicia tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, con mejoría lenta. Permaneció afebril durante el ingreso. Hemocultivos y cultivo de líquido articular, negativos. Diagnosticado de probable artritis crónica juvenil HLA B27 positivo. Inicia tratamiento con AINE (tolmetina e ibuprofeno). En los siguientes meses acude por dolor y tumefacción en diferentes localizaciones (codos, muñecas, acromioclaviculares, inserción aquílea) siempre asimétricas. Refiere insomnio ocasional (que no relaciona con dolor) y finalmente astenia. La fiebre está presente al inicio del cuadro y en otra ocasión más de su evolución. No objetivan adenopatías en ningún episodio. Los datos analíticos evolutivos se presentan en la tabla 1. A los 3 meses del inicio se pauta tratamiento con corticoides (prednisona) y 2 meses después se añade salazopirina durante 1 mes y medio. Tras 6 meses de seguimiento se inicia tratamiento con metotrexato por persistencia de los síntomas. Pasados 10 meses comienza con astenia y dolor abdominal. En control analítico se objetiva neutropenia (320/μl) y aumento de LDH hasta 588 U/l. Se realiza un nuevo hemograma por fiebre que objetiva un 36% de blastos. Se realiza aspirado de médula ósea y es diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda (LLA).

Discusión. La LLA es la más frecuente en niños con 300-350 nuevos casos cada año en España. Los síntomas musculoesqueléticos están presentes en un 20-30% de los casos y la artritis puede ser el único síntoma inicial[1]. Hasta un 8-15% de los pacientes son diagnosticados erróneamente de AIJ previamente. Solo un 25% de los pacientes con LLA que acuden a consulta de reumatología tiene blastos en sangre periférica inicialmente[2]. ¿Qué síntomas o signos

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1 Analíticas del paciente durante la evolución

Tiempo	Inicio	1.er mes	4.° mes	7.° mes	9.° mes	10.° mes	10.° mes y medio
Leucocitos* (/μl)	9.190	6.630	7.500	7.440	5.300	3.860	3.870
Neutrófilos (%)	53,5	40,7	33	61,2	35,4	15,1 (580)[a]	16,6 (640)[a]
Linfocitos (%)	35,8	50	56,9	32,2	60,3	78,8	77,5
Hemoglobina (g/dl)	14,2	14,2	14,3	15	12,9	10,5	9,7
Plaquetas (/μl)	308.000	334.000	309.000	282.000	234.000	117.000	127.000
PCR (mg/dl)	5	1,4	2,2	0	0	0,4	1
VSG (mm/1.ª h)	26	7	6	1	8	35	–
LDH (U/l)	–	–	–	404	–	588	669
Tratamientos newline Naproxeno	AINE Prednisona Naproxeno Metotrexato	AINE Naproxeno Metotrexato	Prednisona Naproxeno Metotrexato	Ninguno			

* Valor absoluto de neutrófilos/μl.

podrían ser más útiles para diferenciar ambos procesos? Algunos estudios sugieren que el dolor nocturno, la ausencia de inflamación articular y el dolor óseo no articular son más frecuentes en la leucemia[3,5]. La afectación poliarticular es más propia de la AIJ, mientras que en la leucemia es pauciarticular[3,4]. Respecto a los datos analíticos, en la LLA predomina la linfocitosis, respecto a la neutrofilia propia de la AIJ. La elevación de la LDH parece también un marcador útil de malignidad, aunque un valor normal no la descarta. Los factores más importantes para predecir LLA son un recuento leucocitario bajo (< 4.000/μl), plaquetas normales-bajas (150-250.000/μl) e historia de dolor nocturno[1,3]. Las pruebas de imagen podrían ser también útiles, ante una evolución tórpida o ausencia de signos inflamatorios, pudiendo mostrar imágenes de afectación ósea tipo osteopenia, osteólisis, esclerosis o periostitis. El tratamiento con esteroides es causa de errores diagnósticos, dificulta la interpretación del aspirado de médula ósea y puede inducir una resistencia al tratamiento con los mismos[6]. Por todo ello, sería importante considerar la leucemia en el diagnóstico diferencial de los síntomas musculoesqueléticos, especialmente cuando existan hallazgos clínicos o analíticos atípicos en el contexto de una AIJ, así como realizar un aspirado de médula ósea en estos pacientes previo al tratamiento esteroideo.

Bibliografía

1. Casado Picón R, Barrios López M, De Inocencio Arocena J, Baro Fernández M, Vivanco Martínez JL. Musculoskeletal pain: a common initial sign of acute lymphoblastic leukaemia. An Pediatr (Barc). 2010;72:428–31.
2. Jones OY, Spencer CH, Bowyer SL, Dent PB, Gottlieb BS, Rabinovich CE. A multicenter case-control study on predictive factors distinguishing chilhood leukemia from juvenile reumathoid arthritis. Pediatrics. 2006;117:e840–4.
3. McKay D, Adams L, Ostring G, Singh-Grewal D. In a child presenting with features consistent with a diagnosis of juvenile idiopathic arthritis, what clinical features or laboratory findings (at presentation) predict a diagnosis of acute lymphoblastic leukaemia? J Paediatr Child Health. 2010;46:442–5.
4. Marwaha RK, Kulkarni KP, Bansal D, Trehan A. Acute lymphoblastic leukemia masquerading as juvenile rheumatoid arthritis: diagnostic pitfall and association with survival. Ann Hematol. 2010;89:249–54.
5. Cabral DA, Tucker JB. Malignancies in children who initially present with rheumatic complaints. J Pediar. 1999;134: 53–7.
6. Murray MJ, Tang T, Ryder C, Mabin D, Nicholson JC. Childhood leukemia masquerading as juvenile idiopathic arthritis. BMJ. 2004;329:959–61.

T. Pérez Rodríguez, A. Lassaletta Atienza*, M. González-Vincent, L. Alonso Canal y L. Madero López

Servicio de Hemato-Oncología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lassaalvaro@yahoo.com (A. Lassaletta Atienza).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.10.015