

Open Acces



Osgood-Schlatter, una causa frecuente de cojera en adolescentes

Marina Escofet Peris¹, M. Teresa Alzamora Sans², Maialen Martínez de Lagran Soria¹

¹Residente de Medicina de Familia. EAP Santa Coloma de Gramenet-4

²Médico de familia. EAP Santa Coloma de Gramenet-4

Dirección para correspondencia:

Marina Escofet Peris.

Dirección electrónica:
marina.espe@gmail.com

RESUMEN

La cojera en el niño y el adolescente requiere un buen diagnóstico diferencial. En primer lugar, diferenciaremos entre lesión traumática y no traumática. En cuanto a las no traumáticas, en la cojera en el niño y el adolescente tenemos que descartar la sinovitis transitoria de cadera (con antecedente respiratorio tipo viral habitualmente), la enfermedad de Perthes (afectación de la cadera de carácter avascular) y la osteocondrosis. Esta última se produce en aquellos puntos donde los tendones se unen al hueso. A menudo aparece en las rodillas (enfermedad de Osgood-Schlatter) y también en los pies (enfermedad de Sever). Presentamos el caso de un paciente de 14 años que consulta por cojera y tumefacción en nivel tibial anterior derecho.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 14 años que acudió a urgencias por cojera y lesión a nivel tibial anterior derecho con tumefacción dolorosa, de dos meses de evolución. Refería dolor al caminar y al correr. El dolor no despertaba por la noche y no ha habido traumatismo asociado. No había tomado tratamiento analgésico. Refería asimismo pérdida de peso de 8 Kg en un año en contexto de régimen, por sobrepeso. Como actividades deportivas, el paciente únicamente realizaba gimnasia en la escuela. Afebril y sin antecedentes patológicos de interés ni intervenciones quirúrgicas previas.

En la exploración física destacaba una lesión de 3x2 cm a nivel de parte superior tibia derecha, dolorosa a la palpación, sin hiperemia ni hematoma, de consistencia media, sin aumento de la temperatura. Sin desviaciones del eje mecánico, maniobra de estrés en valgo y varo negativo, Lachman y Mc Murray negativo, cajón anterior y posterior negativos. Se realizaron radiografías de extremidades inferiores con alteraciones compatibles con enfermedad de Osgood-Schlatter en ambas tibias, con arrancamiento óseo en tibia derecha, a nivel del tendón rotuliano (Figura 1) y sin arrancamiento óseo en el izquierdo (Figura 2).

Figura 1. Osgood-Schlatter con arrancamiento óseo tibial derecho



Figura 2. Osgood-Schlatter izquierdo, sin arrancamiento óseo

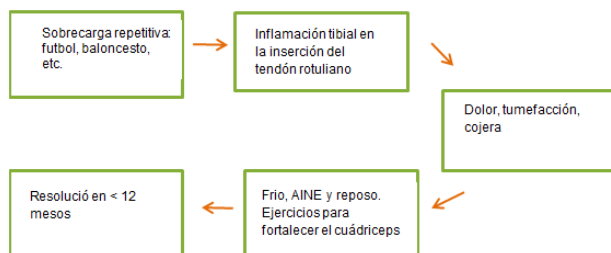


DISCUSIÓN

La enfermedad de Osgood-Schlatter o osteocondrosis de la parte superior de la tibia, de curso clínico limitado, altera la evolución normal de la osificación condral. Frecuentemente es unilateral, más habitual en hombres y aparece entre los 10 y los 14 años. Clínicamente, se caracteriza por dolor en la región subrotuliana y en ocasiones, cierta tumefacción y prominencia de la apófisis de la tuberosidad anterior de la tibia.

Esta inflamación está causada por la sobrecarga repetitiva durante el crecimiento, especialmente en actividades deportivas con uso de cuádriceps, como el fútbol o el baloncesto. La radiografía puede ser normal o bien mostrar inflamación o lesión en la espina tibial, protuberancia ósea por debajo de la rodilla¹⁻³ (Tabla 1).

Tabla 1. Fisiopatología de la osteocondrosis



La enfermedad de Osgood-Schlatter afecta aproximadamente al 21% de los adolescentes atletas, comparado con el 4,5% de no atletas (control), según un estudio retrospectivo⁴.

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial:

- 1) Fractura por arrancamiento de la tuberosidad anterior tibial
- 2) Lesiones meniscales y/o ligamentosas
- 3) Tumor musculo-esquelético
- 4) Enfermedad de Perthes

El tratamiento conservador consiste en el descanso y la disminución de la actividad física, aplicación de gel local y antiinflamatorios no esteroideos. En los casos en que la sintomatología persiste se puede utilizar férula o yeso para inmovilizar.

Según la historia natural de la enfermedad, el 90% de los pacientes tratados con medidas conservadoras quedan asintomáticas al año de seguimiento⁵. Pero en algunos casos los síntomas persisten 2-3 años hasta que el cartílago de crecimiento cierra. En casos severos, se pueden usar ortesis de descarga.

Las inyecciones de corticosteroides no están recomendadas⁶, ya que se han detectado casos de atrofia subcutánea y otras complicaciones. Es importante informar al paciente de la fisiopatología de la enfermedad, así como del carácter autolimitado en el tiempo. Además, se explicará que están contraindicados los deportes que comporten saltos. Se pueden recomendar ejercicios de estiramientos del cuádriceps, y al principio del proceso, la aplicación de frío local 20 minutos cada 4 horas. Los atletas pueden usar vendajes funcionales y también la aplicación de frío local después de realizar la actividad física.

En definitiva, la enfermedad de Osgood-Schlatter es un proceso que afecta a adolescentes en crecimientos, como consecuencia de una sobrecarga repetitiva y se manifiesta con clínica de dolor en la cara anterior de la rodilla. Debemos pensar en ello ante un paciente adolescente con gonalgia, realizando siempre un buen diagnóstico diferencial para no pasar por alto otros cuadros, como la tendinitis o bursitis rotuliana o lesiones ligamentosas y meniscales en pacientes atletas. La mayoría de los casos mejoran espontáneamente después de algunas semanas o meses y finalmente desaparecen una vez que el adolescente completa su crecimiento. Lo más importante es informar al paciente de la fisiopatología del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kienstra AJ, Macias CG. Osgood-Schlatter disease (tibial tuberosity avulsion). Uptodate. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/osgood-schlatter-disease-tibial-tuberosity-avulsion>
2. Hergenroeder AC. Approach to the child or adolescent athlete with chronic knee pain or injury. Uptodate. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-chronic-knee-pain-or-injury-in-children-or-skeletally-immature-adolescents>
3. Sullivan JA, Young CC. Osgood-Schlatter disease. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1993268-overview>
4. Kujala UM, Kvist M, Heinonen O. Osgood-Schlatter's disease in adolescent athletes. Retrospective study of incidence and duration. Am J Sports Med 1985;13:236-41.
5. Krause BL, Williams JP, Catterall A. Natural history of Osgood-Schlatter disease. J Pediatr Orthop 1990;10:65-8.
6. Gregory JR. Osgood-Schlatter disease, treatment & management. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1993268-treatment#d9>

Cómo citar el artículo: But At Prim Cat 2016;34:8