

Open Acces



Osgood-Schlatter, una causa freqüent de coixesa en adolescents

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

¹Resident de Medicina de Família. EAP Santa Coloma de Gramenet-4

²Metgessa de família. EAP Santa Coloma de Gramenet-4

Adreça per a correspondència:

Marina Escofet Peris.

Adreça electrònica:
marina.escpe@gmail.com

RESUM

La coixesa en el nen i l'adolescent requereix un bon diagnòstic diferencial. En primer lloc, diferenciarem entre lesió traumàtica i no traumàtica. Pel que fa les no traumàtiques, en la coixesa en el nen i l'adolescent hem de descartar la sinovitis transitòria de maluc (amb antecedent respiratori tipus viral habitualment), la malaltia de Perthes (afectació del maluc de caràcter avascular) i l'osteocondrosi. Aquesta darrera es produeix en aquells punts on els tendons s'uneixen a l'os. Sovint apareix als genolls (malaltia d'Osgood-Schlatter) i també als peus (malaltia de Sever). Presentem el cas d'un pacient de 14 anys que consulta per coixesa i tumefacció en el nivell tibial anterior dret.

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 el nivel tibial anterior derecho.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient de 14 anys que va acudir a urgències per coixesa i lesió a nivell tibial anterior dret amb tumefacció dolorosa, de dos mesos d'evolució. Referia dolor al caminar i al córrer. El dolor no despertava a la nit i no hi havia traumatisme associat. No havia pres tractament analgèsic. Referia així mateix pèrdua de pes de 8 Kg en un any en context de règim, per sobrepès. Com a activitats esportives, el pacient únicament realitzava gimnàstica a l'escola. Afebril i sense antecedents patològics d'interès ni intervencions quirúrgiques prèvies.

A l'exploració física destacava una lesió de 3x2 cm a nivell de part superior tibia dreta, dolorosa a la palpació, sense hiperèmia ni hematoma, de consistència mitjana, sense augment de la temperatura. Sense desviacions de l'eix mecànic, maniobra d'estrès en valgus i varus negatiu, Lachman i Mc Murray negatiu, calaix anterior i posterior negatius. Es realitzaren radiografies d'extremitats inferiors amb alteracions compatibles amb malaltia d'Osgood-Schlatter en ambdues tíbies, amb arrencament ossi a tibia dreta, a nivell del tendó rotulià (Figura 1) i sense arrencament ossi a l'esquerre (Figura 2).

Figura 1. Osgood-Schlatter amb arrencament ossi tibial dret



Figura 2. Osgood-Schlatter esquerre, sense arrencament ossi

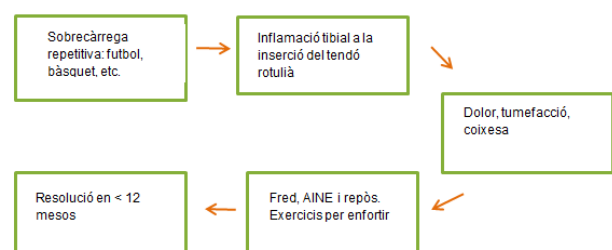


DISCUSSIÓ

La malaltia d'Osgood-Schlatter o osteocondrosi de la part superior de la tibia, de curs clínic limitat, altera l'evolució normal de l'ossificació condral. Freqüentment és unilateral, més habitual en homes i apareix entre els 10 i 14 anys. Clínicament, es caracteritza per dolor a la regió subrotuliana i en ocasions, certa tumefacció i prominència de l'apòfisi de la tuberositat anterior de la tibia.

Aquesta inflamació està causada per la sobrecàrrega repetitiva durant el creixement, especialment en activitats esportives amb ús de quàdriceps, com ara el futbol o el bàsquet. La radiografia pot ésser normal, o bé, mostrar inflamació o lesió a l'espina tibial, protuberància òssia per sota del genoll¹⁻³ (Taula 1).

Taula 1. Fisiopatologia de l'ostecondrosi



La malaltia d'Osgood-Schlatter afecta aproximadament el 21% dels adolescents atletes, comparat amb el 4,5% de no atletes (control), segons un estudi retrospectiu⁴.

És important realitzar un bon diagnòstic diferencial:

- 1) Fractura per arrencament de la tuberositat anterior tibial
- 2) Lesions meniscals i/o lligamentoses
- 3) Tumors musculoesquelètics
- 4) Malaltia de Perthes

El tractament conservador consisteix en el descans i la disminució de l'activitat física, aplicació de gel local i antiinflamatoris no esteroïdals. En els casos en què la simptomatologia persisteix es pot usar una fèrula o guix per immobilitzar.

Segons la història natural de la malaltia, el 90% dels pacients tractats amb mesures conservadores romanen asimptomàtics a l'any de seguiment⁵. En alguns casos però, els símptomes persisteixen 2-3 anys fins que el cartílag de creixement tanca. En casos severs, es poden usar ortesis de descàrrega.

Les injeccions de corticosteroides no estan recomanades⁶, ja que s'han detectat casos d'atròfia subcutània i altres complicacions. És important informar al pacient de la fisiopatologia de la malaltia així com del caràcter autolimitat en el temps. Així, s'explicarà que estan contraindicats els esports que comportin salts. A més a més, es poden recomanar exercicis d'estiraments del quàdriceps i al principi del procés, l'aplicació de fred local 20 minuts cada 4 hores. Els atletes poden usar embenats funcionals i també l'aplicació de fred local després de realitzar l'activitat física.

En definitiva, la malaltia d'Osgood-Schlatter és una procés que afecta adolescents en creixements com a conseqüència d'una sobrecàrrega repetitiva i es manifesta amb clínica de dolor a la cara anterior del genoll. Cal pensar-hi davant un pacient adolescent amb gonàlgia, fent sempre un bon diagnòstic diferencial per no passar per alt altres quadres, com la tendinitis o bursitis rotular o lesions lligamentoses i meniscals en pacients atletes. La majoria dels casos milloren espontàniament després d'algunes setmanes o mesos i finalment desapareixen una vegada que l'adolescent completa el seu creixement. El més important és el d'informar al pacient de la fisiopatologia del procés.

BIBLIOGRAFIA

1. Kienstra AJ, Macias CG. Osgood-Schlatter disease (tibial tuberosity avulsion). Uptodate. Disponible a: <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 a: <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 a: <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 a: <http://emedicine.medscape.com/article/1993268-treatment#d9>

Com citar l'article: Escofet Peris M, Alzamora Sans MT, Martínez de Lagran Soria M. Osgood-Schlatter, una causa freqüent de coixesa en adolescents. But At Prim Cat 2016;34:8.