

El dolor no traumático en la rodilla de los niños

Agustín Isunza Ramírez*

La articulación de la rodilla es por su localización, actividad y funcionamiento, probablemente la articulación más expuesta a traumatismos. Así mismo, la mecánica de la extremidad inferior la hace vulnerable a presiones anormales; por lo anterior, es muy importante el estudio del dolor en esta articulación, además de que un buen número de padecimientos tiene como principal sintomatología, dolor en esa región.

Objetivos:

- a) *Revisión panorámica de los padecimientos que pueden producir dolor no traumático en la rodilla del individuo en desarrollo.*
- b) *Sugerir los puntos críticos del diagnóstico diferencial.*

DOLOR PROPIO DE LA RODILLA

En la primera infancia, el dolor se traduce como inmovilidad y puede ser el primer signo de una artritis piógena, acompañado por irritabilidad, fiebre y cambios en el número de leucocitos, con aumento de la sedimentación globular y de la proteína C reactiva.

Durante la infancia, datos de dolor en rodilla y flogosis pueden ser los signos que nos orienten a patología inmunológica generalizada o padecimientos como lupus, artritis reumatoide, sinovitis vellonodular y no debemos olvidar, que existe también patología de origen tuberculoso.

Cuando se acompaña de un chasquido, el dolor puede ser un dato de menisco discoide o una plica sinovial y ocasionalmente una lesión meniscal. Durante la adolescencia, la hipertensión rotuliana produce dolor, sobre todo al subir y bajar las escaleras o durante la práctica de algún deporte. En la exploración, encontraremos datos de lesión del cartílago infrarrotuliano con signo del cepillo.

OSGOOD SCHLATTER

Típico dolor del adolescente, en etapa de crecimiento rápido, con predominio en el sexo masculino, aunque en últimas fechas, se ha cerrado la diferencia

* Jefe del Servicio de Ortopedia del Instituto Nacional de Pediatría.

Dirección para correspondencia:

Hosp. Ángeles del Pedregal. Camino Sta. Teresa No. 1055, Cons. 922 Col. Héroes de Padierna, México, D.F., 10700 Correo electrónico: donagusmx@yahoo.com.mx

ya que las adolescentes practican actualmente deporte de mayor requerimiento físico. Se localiza en cara anterior de rodilla, a nivel de la espina tibial, aumenta con el ejercicio y al subir y bajar escaleras, se acompaña de un aumento de volumen en el tubérculo tibial y ocasionalmente existe un leve eritema. No hay fiebre ni pérdida de peso, además no compromete el estado general del paciente. Radiográficamente podemos encontrar un levantamiento o una fragmentación del tubérculo tibial a veces confundible con una neoplasia o fractura.

El manejo es solamente disminuir la actividad física y tratamiento a base de antiinflamatorios no esteroideos. Ocasionalmente el dolor es tan intenso que amerita inmovilización con una férula o rodillera articulada.

OSTEOCONDRTIS DISECANTE

También debemos buscar signos de osteocondritis disecante de rodilla. Son muy poco específicos, se describe un dolor provocado por un movimiento de hiperextensión de rodilla forzando la rotación interna de la tibia (signo de Wilson) que es un dolor provocado al entrar en contacto la espina tibial anterior, donde se inserta el ligamento cruzado anterior, contra la zona de osteocondritis del cóndilo interno. Así mismo, se puede encontrar un punto doloroso selectivo palpando el cóndilo interno en su cara anterior durante un movimiento de flexo-extensión de rodilla. En caso de que la osteocondritis se encuentre en fase de fragmento suelto (preadolescencia) podemos encontrar asociado un derrame articular de tipo mecánico refiriendo el niño episodios de bloqueo articular. El diagnóstico se hará mediante un estudio radiológico y se confirmará con una resonancia magnética nuclear.

DOLORES REFERIDOS

Existen patologías que no son propias de la rodilla y sin embargo el dolor en ellas puede ser el dato inicial, por lo que debemos de estar conscientes de dichos diagnósticos. Generalmente, los padecimientos de la articulación coxofemoral como la epifisisis de cabeza femoral y el deslizamiento de la epífisis de la cabeza femoral.

La primera de ellas en pacientes previamente sin datos anormales, de cuatro a 10 años de edad, predominando en el sexo masculino. Refieren dolor en rodilla y claudicación. No se acompaña de datos generales, pérdida de peso ni fiebre. A la exploración física, el dolor se encuentra en la articulación coxofemoral, principalmente a las rotaciones y a la abducción.

El segundo caso corresponde a la epifisiolistesis femoral proximal, que se presenta en adolescentes típicamente obesos; se acompaña de hipogonadismo y predomina en el sexo masculino. El dolor en rodilla y la claudicación son evidentes. A la exploración, también se presenta dolor en articulación coxofemoral y existe una actitud de rotación externa, flexión y abducción del miembro de la cadera afectada.

DOLOR PSICOSOMÁTICO

Se reconocen:

- **Reacción de conversión:** Miedos o temores se cambian a síntomas
- **Histeria:** Con prolongación de síntomas originalmente orgánicos o trauma menor
- **Enfermedad orgánica con un componente psicológico:** El dolor es habitualmente de extremidades inferiores y se puede asociar a anestesia, paresia o parálisis. Lo típico es la discordancia entre la intensidad de los síntomas y el examen físico normal

Con frecuencia es reflejo de problemas personales, familiares y escolares

TUMORES ÓSEOS Y NEOPLASIAS

Tanto los tumores óseos benignos como malignos y diversas neoplasias de la edad pediátrica se pueden presentar con dolor óseo.

Tumores benignos: Osteoma osteoide, condroma, osteocondroma

Se presentan con dolor óseo localizado y progresivo, aumento de volumen o fractura patológica, sin evidencias de compromiso del estado general. El osteoma osteoide se caracteriza por dolor profundo, de predominio en extremidades inferiores con exacerbación nocturna y buena respuesta a aspirina o AINES. El diagnóstico es radiológico y la cirugía curativa.

Tumores óseos malignos: Osteosarcoma, sarcoma de Ewing

Son habitualmente de rápida evolución, con dolor localizado al que se puede agregar masa sensible y compromiso del estado general progresivo. El diagnóstico es radiológico. El tratamiento dependerá del estadio y localización de cada tumor.

Neoplasias: Leucemia linfática aguda, linfoma, neuroblastoma

La leucemia linfática aguda se puede presentar exclusivamente con dolor óseo, artralgias de intensidad progresiva o aumento de volumen periarticular, los que pueden preceder por días, semanas o hasta varios meses a las manifestaciones clínicas habituales de esta enfermedad y a la presencia de blastos en sangre periférica. La intensidad del dolor y el compromiso funcional progresivo, aun con hemograma normal, pueden orientar al diagnóstico y son de utilidad el estudio radiológico, la cintigrafía ósea y el mielograma.

El neuroblastoma y algunas variedades de linfoma pueden presentarse con dolor óseo o artralgias intensas.

Al estudiar un dolor de origen tumoral, habitualmente se trata de tumores benignos, siendo los más frecuentes los siguientes:

Osteocondroma. La localización más frecuente a nivel de la rodilla es en la cara interna de la metáfisis tibial a nivel de inserción de la pata de ganso y en cara interna del cóndilo interno por encima del epicóndilo. Habitualmente pueden palparse cuando son de un volumen suficiente. El niño puede referir episodios de bloqueo doloroso debido a un enganche de los tendones de la pata de ganso con el osteocondroma, debido a ciertos movimientos de la rodilla.

Fibromas no osteogénicos: Es muy raro que provoquen dolor y el diagnóstico suele ser radiológico por hallazgo fortuito de un defecto óseo cortical a nivel de la metáfisis, tanto femoral como tibial.

Osteoma osteoide: Hay que pensar en él ante la presencia de un dolor de difícil explicación en el niño que llega a la adolescencia. Es típico que el dolor cese con la toma de aspirina o de antiinflamatorios habituales. Se trata de un dolor de incremento nocturno, que puede producir cojera, y lleva al paciente a la toma repetida de antiinflamatorios y aspirina. Con mucha frecuencia no son diagnosticados y el niño deambula de médico en médico no siendo raro ver algunos que siguen un tratamiento psiquiátrico. El diagnóstico se hará mediante exploraciones complementarias radiológicas y mediante gammagrafía ósea.

LESIONES MENISCALES

Así como en el adulto la exploración meniscal suele ser típica, no ocurre lo mismo en el niño. En el niño el dolor agudo provoca una actitud de defensa con una limitación de la movilidad que sería muy difícil de diferenciar de un verdadero bloqueo articular por una rotura meniscal desplazada. Los signos clínicos clásicos como el McMurray o Appley, habitualmente no son específicos en el niño. Sospecharemos el diagnóstico ante la presencia de un dolor a nivel de una interlínea articular, con una limitación de la movilidad y la presencia de un derrame articular que suele ser hemático.

LESIONES LIGAMENTOSAS

Ante la sospecha de una lesión ligamentosa traumática de la rodilla, es fundamental conocer el mecanismo del traumatismo, ya que dicho mecanismo nos puede hacer sospechar la lesión de uno u otro ligamento. Así mismo es importante conocer la sensación inmediata del paciente, es decir, si ha podido o no iniciar la marcha y si presentaba o no sensación de inestabilidad inmediata de la rodilla. Es muy difícil explorar una rodilla traumática en el niño, ya que la exploración de una laxitud ligamentosa precisa de una relajación muscular absoluta. En el niño esto es difícil debido al dolor y al miedo. En el niño es importante explorar la rodilla sana, ya que existe habitualmente una laxitud constitucional.

DOLOR POR ALTERACIONES ANGULARES O POSTURALES

Mecánicamente, la rodilla está expuesta a sufrir por problemas de apoyo y por angulaciones anormales, siendo las más frecuentes el genu-valgo, situación fi-

siológica en la niñez, que se acentúa en pacientes con hiperlaxitud ligamentaria y obesidad. Otra condición es el pie plano valgo de diferente etiología, el cual al variar el apoyo hacia adentro, solicita mayor esfuerzo del compartimento medial de la rodilla, provocando dolor, el cual se presenta con predominio nocturno y habitualmente cuando el paciente aumenta la actividad física durante el día. Este tipo de dolor cede con frecuencia con reposo o un analgésico suave. Existe la controversia, actualmente, de indicar o no plantillas.

El genu-varo rara vez produce dolor en la rodilla de los niños. Como probablemente dicha patología se da en la primera infancia, los cambios mecánicos que produce no llegan a generar dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aasland A, Flatö B, Vandvik IH. Psychosocial factors in children with idiopathic musculoskeletal pain: a prospective, longitudinal study. *Acta Paediatr* 1997; 86(7): 740-6.
2. Andersson-Gäre B. *Juvenile chronic arthritis: a population based study on epidemiology, natural history and outcome (tesis)*. Göteborg. University of Göteborg, 1994.
3. Caldwell D, Petty R. (eds): *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1995.
4. Cassidy J, Petty R. (eds): *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1995.
5. De Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: analysis of 1,000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics* 1998; 102(6): E63.
6. Jung A, Nielsen S. Arthritis as first symptom of leukemia in children. *Ugesks Laeger* 1998; 160(19): 2889-90.
7. Schaller J. Arthritis as presenting manifestation of malignancy in children. *J Pediatr* 1972; 81(4): 793-7.
8. Siegel D, Janeway D, Baum J. Fibromyalgia syndrome in children and adolescents: clinical features at presentation and status at follow-up. *Pediatrics* 1998; 101(3 Pt 1): 377-82.
9. Spilberg I, Meyer GJ. The arthritis of leukemia. *Arthritis Rheum* 1972; 15(6): 630-5.