

ORTOPEDIA

ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER (Reporte de caso clínico)

Angélica Pérez Matamoros*
Esteban Mora León**

SUMMARY

Several children and teenagers who attend to a doctor's appointment have leg pain or knee pain. Not only it is often observed that these patients refer this condition to their doctors, but also some doctors conclude with the wrong diagnostic after performing the physical exam. The right diagnostic requires the knowledge of the knee anatomy, the mechanisms of the lesion, the ability to analyze the painful area during the physical exam and the updated knowledge of differential diagnostics. This article describes an index-case-patient related to the Osgood-Schlatter disease. The importance of this article points

at this disorder as usually unnoticed. So, most of the time, the symptoms are not related to this disease or they have been confused or forgotten by the doctors. Consequently, this disease is under diagnosed.

CASO CLÍNICO

MJGM. Femenina, 12 años, caucásica, estudiante de primaria, vecina de Limón centro. Actividad física moderada propia de la edad acorde con las actividades comunes de educación física.

AQx: Amigdalectomía a los 7 años

APP y APnP: negativos

AHF: negativos

MC: Consulta por cuadro de 6 meses de evolución de gonalgia bilateral. Sin antecedente de trauma o sobreesfuerzo. Refiere que el dolor es limitante y se exacerba al realizar esfuerzos como los ejercicios de educación física y cede al reposo.

EF: Peso: 40 k, Talla: 149 cm, IMC: 18, Eutrofia
Examen físico general normal. Rodillas sin cambios externos. No alteración de la marcha, no limitación en los arcos de movimiento, articulaciones estables, sin evidencia de derrame articular. Presenta dolor a la palpación de la tuberosidad tibial sin deformidad ósea palpable, dolor

*Medicina General

**Médico de Empresa Comercializadora ANFO, Limón

a la flexión completa sostenida de la pierna y este es reproducible al adoptar la posición de “cuclillas”. RX: Sin alteración patológica a nivel de ambas rodillas (Fig. 1).



Fig. 1. Vista lateral de la radiografía de la paciente

Se dio tratamiento con recomendaciones para regular la actividad física, reposo, medidas coayudantes y Acetaminofén 500 mg c/8 h. Revalorada a los 30 días encontrando mejoría importante de su sintomatología.

INTRODUCCIÓN

En la consulta diaria es frecuente encontrar niños y adolescentes que aquejan “dolor en los huesos”, el cual muchas veces recibe el diagnóstico cajonero de “dolor por el crecimiento”. El médico siempre debe tratar de esclarecer y llegar a un diagnóstico preciso para el adecuado ejercicio de la profesión. El dolor de rodilla es una de las consultas más frecuentes en este tipo de pacientes, representa aproximadamente un tercio de las consultas por problemas musculoesqueléticos en atención primaria², por esto es importante una revisión de los diagnósticos diferenciales y en este grupo de pacientes la Enfermedad de Osgood Schlatter cobra importancia.

un reto para el médico general. Los diagnósticos diferenciales del dolor de rodilla son extensos pero pueden ser identificados con una historia clínica detallada, un examen físico orientado y, cuando estén indicados, el uso de imágenes y estudios de laboratorio seleccionados².

El artículo no pretende ser una clase de anatomía de rodilla o de su semiología pues sobre esto ya se ha escrito bastante, el propósito es exponer uno de los diagnósticos diferenciales que afectan esta importante estructura. La edad y el sitio anatómico del dolor son dos factores importantes para el diagnóstico adecuado³. Los principales se detallan en las tablas 1 y 2.

TABLA 1³

Causas comunes de dolor de rodilla por grupo de edad

Niños y adolescentes	Adultos	Adulto mayor
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Subluxación patelar</i> - <i>Apofisis tibial (Enf. de Osgood Schlatter)</i> - <i>Tendinitis patelar (Rodilla del saltador)</i> - <i>Dolor referido: epifisis de la cabeza femoral</i> - <i>Osteocondritis disecante</i> - <i>Artritis séptica</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sind. de dolor patelofemoral (condromalacia patelar)</i> - <i>Sind. de la plica media</i> - <i>Bursitis de la pes anserina</i> - <i>Trauma: esguince de ligamentos (LCE, LCI, LCA, LCP), ruptura de meniscos</i> - <i>Artropatía inflamatoria: artritis reumática, Sind de Reiter</i> - <i>Artritis séptica</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Osteoartrosis</i> - <i>Artropatía inflamatoria inducida por cristales: gota, pseudogota</i> - <i>Quiste popliteo (Baker)</i> - <i>Artritis séptica</i>

TABLA 2³**Diagnósticos diferenciales de dolor de rodilla por sitio anatómico**

Dolor Anterior
- Subluxación patelar
- Apofisis tibial (Enf. de Osgood Schlatter)
- Tendinitis patelar (rodilla del saltador)
- Sind. de dolor patelofemoral (condromalacia patelar)
Dolor Medial
- Esguince del ligamento colateral medial
- Ruptura del menisco medial
- Bursitis de la pes anserina
- Sind. de la plica media
Dolor Lateral
- Esguince del ligamento colateral lateral
- Ruptura del menisco lateral
- Tendinitis del tracto iliotibial
Dolor posterior
- Quiste poplítico (Baker)
- Lesión del ligamento cruzado posterior

Los niños y adolescentes que presentan dolor en la rodilla pueden presentar alguna de tres condiciones comunes: apofisis tibial, subluxación patelar o tendinitis patelar (rodilla del saltador). Otros diagnósticos de consideración en este grupo de edad son la artritis séptica y el dolor referido por epifisis de la cabeza femoral³. Un adolescente que presenta dolor de rodilla de la región anterior localizado en la tuberosidad tibial y relacionado a actividad física es probable que presente una apofisis tibial o Enfermedad de Osgood Schlatter⁶.

ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER

La enfermedad de Osgood Schlatter es una apofisis de la tuberosa tibial, proyección situada en el tercio proximal de la tibia, en el margen anterior, inmediatamente inferior a los cóndilos, y que sirve para la inserción del músculo cuadriceps femoral por medio del tendón patelar⁵. Fue nombrada por los Doctores Robert Osgood y Carl Schlatter quienes la describieron en 1903⁸. Se consideraba que es más frecuente en hombres y en estos es más común a los 13 – 14 años y en mujeres a los 10 – 11 años, en la etapa en que presentan

un aumento en la tasa de crecimiento³. Sin embargo, debido a la cada vez más frecuente participación de niñas en actividades deportivas las cifras se han equiparado, incluso se considera que estas son más susceptibles por tener una estructura ósea más delicada y un punto de inserción más pequeño que crea mayor tensión por mm², lo cual hace que incluso pueda presentarse dolor espontáneo durante el periodo de crecimiento⁹.

Se considera una lesión por sobre uso, la causa exacta de esta condición es desconocida, pero se piensa que es secundaria a microtraumas repetitivos o a tracción ejercida sobre la tuberosidad tibial⁴. Es más frecuente en niños y adolescentes que participan de actividades como fútbol, básquetbol, gimnasia y volleyball¹⁰. Los pacientes con apofisis tibial generalmente aquejan dolor a nivel de cara anterior de rodilla por periodo de varios meses³ y un 20 a 30 por cierto reporta síntomas bilaterales¹. El dolor empeora con actividades como subir y bajar escalones o con contracciones poderosas del cuadriceps³. También al agacharse o al saltar ya que el aterrizaje en una superficie dura somete a un estrés excesivo la inserción del tendón patelar³. Al examen físico la tuberosidad tibial puede presentarse con edema, eritema y puede palparse hipertermia³,

pero muchas veces estos signos no están presentes. Por esto el hallazgo principal es el dolor reproducible al realizar una maniobra activa de extensión de la pierna contra resistencia o la hiperflexión pasiva de la rodilla. No asocia derrame articular³. La radiografía usualmente es negativa para lesión ósea, en algunas ocasiones muestra avulsión de la apófisis de la tuberosidad tibial (Fig. 2); sin embargo no se debe confundir la apariencia normal de la apófisis tibial con una fractura por avulsión³.

TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes responden bien con tratamiento conservador, para el cual se utiliza la neumotecnia *RICE* (*rest, ice, compression, elevation*), basado en reposo de las actividades dolorosas, aplicación de hielo local o compresas frías, compresión moderada al realizar actividades físicas y elevación de la rodilla afectada. Se pueden indicar medicamentos analgésicos según lo requiera el dolor⁴. Las inyecciones de corticoesteroides en la tuberosidad tibial no se recomiendan debido a las potenciales complicaciones como atrofia subcutánea^{1, 4}. Ejercicios de estiramiento del cuadriceps y un adecuado programa de fortalecimiento pueden ser iniciados una vez que los síntomas

están controlados⁴. La enfermedad de Osgood Schlatter usualmente es autolimitada. Sin embargo, pueden ocurrir algunas complicaciones como por ejemplo desconfort moderado al arrodillarse, deformidad ósea residual (Fig. 2) y osificación dolorosa del tendón patelar distal⁴. Como secuelas a

largo plazo también se puede presentar osteocondritis de la inserción del tendón que puede incluir desde inflamación, desgarros y microfragmentación del hueso hasta, en los casos extremos, separación del cartílago y el hueso de la tibia⁸.



Fig. 2⁷. Deformidad ósea residual y cambios radiográficos de la Enfermedad de Osgood Schlatter

La mayor parte de los pacientes retornan a las actividades físicas en un periodo de dos a tres semanas. El uso de un vendaje infrapatelar por seis a ocho semanas proporciona alivio de los síntomas durante al actividad física⁴.

RESUMEN

En la práctica de medicina general es frecuente encontrar niños y adolescentes que consultan por dolor en la rodilla, siendo éste muchas veces no diagnosticado de forma correcta. Un diagnóstico

preciso requiere conocimiento de la anatomía de la rodilla, de los mecanismos de lesión, habilidad para el examen físico y conocimiento de los diagnósticos diferenciales. El artículo a continuación describe un caso clínico y hace una revisión de la Enfermedad de Osgood Schlatter la cual muchas veces al no ser recordada es subdiagnosticada.

BIBLIOGRAFIA

1. Bloom OJ, Mackler L, Barbee J. Clinical injuries Whath is the best treatment for Osgood Schlatter disease? J Fam Pract 2004;53: 153-6

2. Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain, part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory test. *Am Fam Physician* 2003; 68:907-912.
3. Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain, part II. Differential diagnosis. *Am Fam Physician* 2003;68: 917-918.
4. Cassas K, Cassettari-Wayhs A. Childhood and adolescent sports-related overuse injuries. *Am Fam Physician* 2006; 73:1020.
5. Crafts R. *Anatomía Funcional*. 1999; 392-3
6. Dunn JF. Osgood Schlatter disease. *Am Fam Physician* 1990;41:173-6.12
7. http://e1.wrs.yahoocom/_ylt=A0geultAiMdF1OQA5CoOEQx./
8. <http://www.osgood-schlatter.co>
9. <http://www.usgymns.net/Osgood-Schlatter.htm>
10. WallEJ: Osgood Schlatter disease: practical treatment for self-limited condition. *Phys Sport Med* 1998; 26:29-31