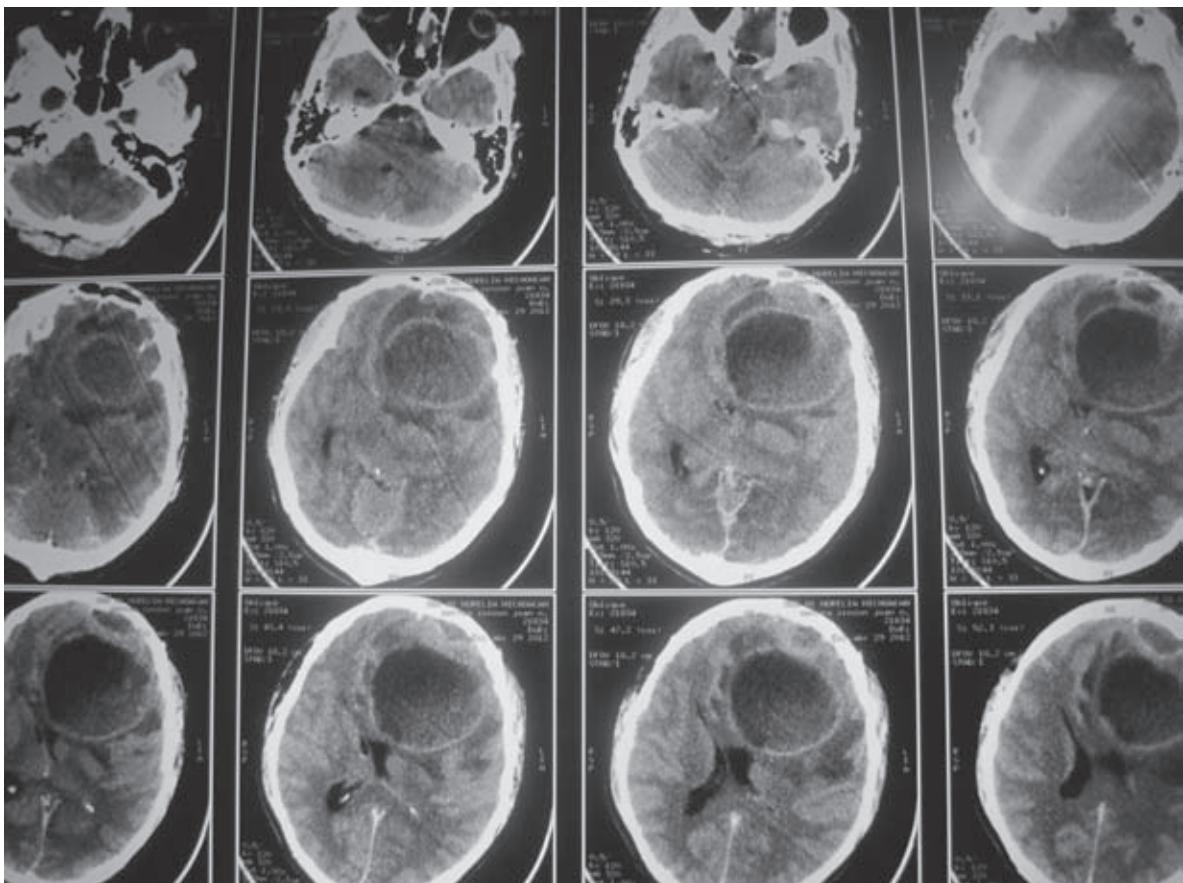


Identifique el caso

Wendy Lea Chacón-Pizano,* Oliva Mejía-Rodríguez,** Aquiles Antonio-Valdiviezo***

Hombre de 21 años de edad, con antecedente de cefalea crónica, asociada a debilidad generalizada, fotofobia, vértigo y amaurosis transitoria



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2013;20(2):64

*Médico especialista en Medicina Familiar adscrito a la unidad de medicina familiar/hospital (UMFH) no. 19, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Ciudad Hidalgo, Michoacán. **Médico especialista en Medicina Familiar, coordinadora delegacional de Investigación, Delegación Michoacán. ***Médico familiar adscrito a la UMF no. 23 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Correspondencia:
Aquiles Antonio-Valdiviezo
dr_akiles@latinmail.com

La **enfermedad de Osgood-Schlatter** fue descrita por primera vez por Paget en 1981; Osgood y Schlatter publicaron por separado esta entidad clínica.¹ Se presenta en adolescentes, más frecuentemente en el sexo masculino; su principal factor de riesgo es la actividad

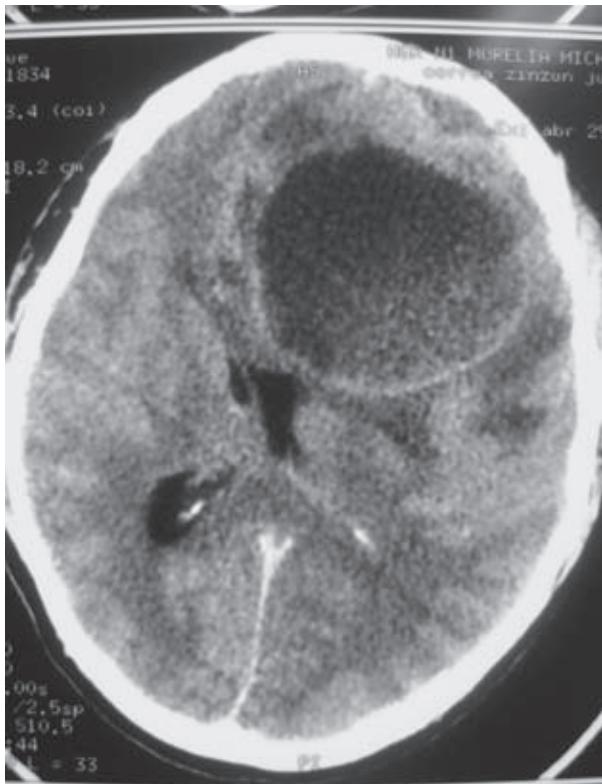
Este artículo debe citarse: Chacón-Pizano WL, Mejía-Rodríguez O, Antonio-Valdiviezo A. Enfermedad de Osgood-Schlatter. Aten Fam. 2013;20(3):96-97.

física intensa;¹⁻⁵ puede ser bilateral de 20 a 38% de los casos dependiendo de las series estudiadas, con una distribución mundial.¹

Diagnóstico diferencial: síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, síndrome patelofemoral, lesión fisaria traumática de la tuberosidad tibial, osteocondritis disecante y tumores de la rodilla.^{1,2,5,6}

Etiología: se atribuye a factores mecánicos (uso excesivo), traumáticos y relacionados con trastornos del crecimiento.^{1-3,5}

Signos y síntomas: gonartrosis que se incrementa con la actividad física, edema localizado en la tuberosidad anterior de la tibia que puede afectar ambas extremidades.



Diagnóstico: su diagnóstico es clínico.³ Los estudios de gabinete son utilizados con frecuencia para descartar otros padecimientos.^{1,2,6} En las radiografías simples se puede observar el grado de lesión en la tuberosidad tibial.^{1,4} El ultrasonido y la resonancia magnética son auxiliares para confirmar el diagnóstico pero con un costo elevado.

Tratamiento: reposo relativo; evitar principalmente el ejercicio que desencadena la sintomatología; interconsulta al servicio de Medicina Física y Rehabilitación para fortalecer cuádriceps e isquiotibiales; analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos por períodos cortos;²⁻⁴ intervención quirúrgica en los casos que no presentan respuesta al tratamiento conservador.^{1,3,7,8}

Referencias

1. García-Muñoz M, Rodríguez-Gutiérrez MC. Enfermedad de Osgood-Schlatter: Tratamiento conservador. Acta Ortop Mexicana. 2006;20(1):21-5.
2. Galván-Lizárraga R, Martínez-Villalobos M. Enfermedad de Osgood-Schlatter. Ortho-tips. 2007;3(2):98-102.
3. Vargas B, Lutz N, Dutoit M, Zambelli PY. Osgood-Schlatter disease. Rev Med Suisse. 2008;4(172):2060-3.
4. Hayashi Y. Bone diseases with pain. Osgood-Schlatter's disease. Clin Calcium. 2008;18(1):103-8.
5. Lau LL, Mahadev A, Hui JH. Common lower limb sport-related overuse injuries in young athletes. Ann Acad Med Singapore. 2008;37(4):315-9.
6. Gottsgegen CJ, Eyer BA, White EA, Learch TJ, Forrester D. Avulsion fractures of the knee: imaging findings and clinical significance. Radiographics. 2008;28(6):1755-70.
7. Weiss JM, Jordan SS, Andersen JS, Lee BM, Kocher M. Surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter disease: ossicle resection with tibial tubercleplasty. J Pediatr Orthop. 2007;27(7):844-7.
8. Beyzadeoglu T, Inan M, Bekler H, Altintas F. Arthroscopic excision of an un-united ossicle due to Osgood-Schlatter disease. Arthroscopy. 2008;29(9):1081-3.