

Enfermedad de Osgood-Schlatter

Roberto Galván Lizárraga,* Mario Martínez Villalobos**

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Osgood-Schlatter es una causa frecuente de dolor en el segmento anterior de la rodilla en niños de 10 a 15 años de edad.^{1,2} Aún no se conoce la causa exacta de la enfermedad,

ya que se han involucrado factores mecánicos, traumáticos y relacionados al crecimiento. La teoría más aceptada es la que describe la apofisitis como una tracción de la tuberosidad tibial en el periodo de crecimiento. Se ha demostrado que los microtraumatismos repetidos sobre la tuberosidad tibial a través de la contracción del cuádriceps y del tendón rotuliano producen pérdida de la continuidad del tendón-hueso con la consecuente fragmentación de la tuberosidad tibial, lo que desencadena un proceso inflamatorio alrededor de ésta.²

Objetivos:

- a) Describir la historia natural de la osteocondritis del tubérculo anterior de la tibia o enfermedad de Osgood-Schlatter.
- b) Aportar criterios de estudio y de tratamiento.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Este padecimiento afecta con mayor frecuencia al sexo masculino en una proporción de 3:1 y aparece en los niños entre los 10 y los 15 años de edad, mientras que en las niñas puede presentarse entre los ocho y trece años. El proceso generalmente es unilateral, aunque clínicamente puede observarse un aumento de volumen bilateral. También se ha observado que existe una mayor incidencia en niños que practican algún deporte, afectando entre 10 y 20% de esta población.¹

CUADRO CLÍNICO

El síntoma principal es dolor anterior de rodilla. El dolor es desencadenado o intensificado por el ejercicio físico intenso, al subir y bajar escaleras, saltar, arrodillarse o ponerse de cuclillas. A la exploración física los pacientes presentan una promi-

* Jefe de Enseñanza del Hospital Shriners para Niños, México.

** Cirujano Ortopédico del Hospital ABC.

Dirección para correspondencia:

Dr. Roberto Galván Lizárraga

Sur 132 No.108 Oficina 501 Col. América 01120 México, D.F.

E-mail: rgalvan911@yahoo.com.mx

nencia excesiva de la tuberosidad tibial con dolor a la palpación (*Figura 1*). Los pacientes no presentan derrame articular y los arcos de movilidad están respetados. Ocasionalmente presentan dolor en el sitio de inserción del tendón rotuliano sobre la tuberosidad tibial al extender la rodilla contra resistencia.²

Se debe realizar una evaluación radiográfica de la rodilla en proyección anteroposterior y lateral. En las fases iniciales de la enfermedad sólo se observa en la proyección lateral un aumento en la densidad de las partes blandas a nivel de la tuberosidad tibial. En fases más avanzadas se observa fragmentación epifisaria de la tuberosidad tibial (*Figura 2*).

En estudios de resonancia magnética se ha observado que la inserción del tendón rotuliano en la tuberosidad tibial es un poco más proximal e involucra un área mayor de inserción tibial en relación con las imágenes de sujetos sanos (*Figura 3*).⁴

Se ha descrito también la utilización del ultrasonido para diagnosticar la enfermedad de Osgood-Schlatter, a través del cual se puede detectar al tendón patelar engrosado en su porción distal y más ecogénico que los tendones normales, así como un área de edema anterior a la tuberosidad tibial y en ocasiones fragmentación de esta última.⁵

Krause y cols. describieron dos grupos diferentes de pacientes con Osgood-Schlatter: el grupo uno son aquellos que presentan fragmentación, osículos aislados u osificación anómala de la tuberosidad tibial, y el grupo dos aquellos pacientes en los cuales no se observan datos de fragmentación de la tuberosidad tibial. Sin embargo, en la práctica médica no utilizamos dicha clasificación, ya que no nos proporciona una pauta de tratamiento o pronóstico de la enfermedad.



Figura 1. Obsérvese la prominencia y tumefacción sobre el tubérculo anterior de la tibia y en la radiografía simple, proyección lateral, el desprendimiento del tubérculo o epífisis anterior de la tibia y la irregularidad de su contorno.

TRATAMIENTO

Esta enfermedad se resuelve con el tiempo en la mayoría de los niños, es decir, es un proceso autolimitante cuyo cuadro agudo suele durar de 10 a 15 días, y una vez que en forma espontánea se fusiona la epífisis de la tuberosidad tibial a la diáfisis, desaparecen los síntomas y se estima que sólo 10% de ellos presentan algún problema residual como prominencia de la tuberosidad tibial o una calcificación en el sitio de inserción del tendón rotuliano (*Figura 4*). Por lo tanto, el tratamiento de estos pacientes está dirigido hacia el control de la enfermedad mediante la modificación de la actividad física, el uso de analgésicos-desinflamatorios no esteroideos y la inmovilización durante periodos de dolor intenso.

El cambio de la actividad física es muy importante, en casos de dolor intenso recomendamos el uso de una rodillera quirúrgica removible; no utilizamos aparatos de fibra de vidrio, ya que de esta manera podemos permitirle al niño retirarse la rodillera y aplicarse hielo en la región anterior de la rodilla; así mismo, una vez que disminuya el periodo de dolor intenso, le permitimos realizar flexoextensión de la rodilla y marcha con apoyo de la extremidad lesionada a tolerancia. Posteriormente instauramos un programa de terapia física encaminado a mejorar la

elasticidad y fuerza del cuádriceps, así como de los isquiotibiales, con lo que puede disminuir la intensidad del dolor.

Se dice que los niños deportistas pueden verse beneficiados con el uso de bandas antiestrés, ya que se argumenta que disminuyen la tensión en la inserción del tendón rotuliano; sin embargo, no existe un estudio serio reportado acerca de su utilización y su mecanismo exacto de acción. En nuestra práctica médica no las utilizamos.



Figura 2. Evaluación radiográfica. Existe una reabsorción de la epífisis anterior de la tibia y esclerosis o necrosis de sus restos.

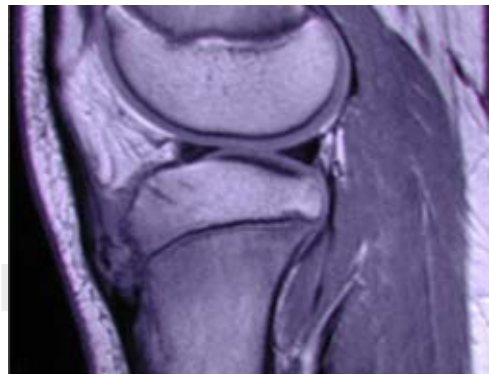


Figura 3. Imagen de resonancia magnética.

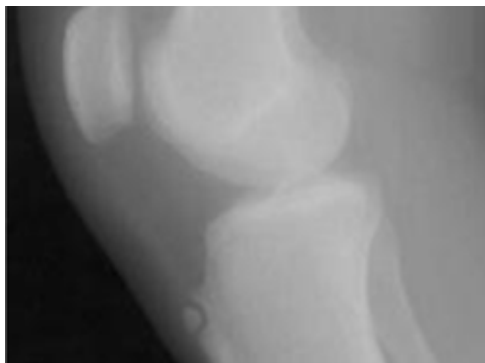


Figura 4. Calcificación en la tuberosidad tibial.

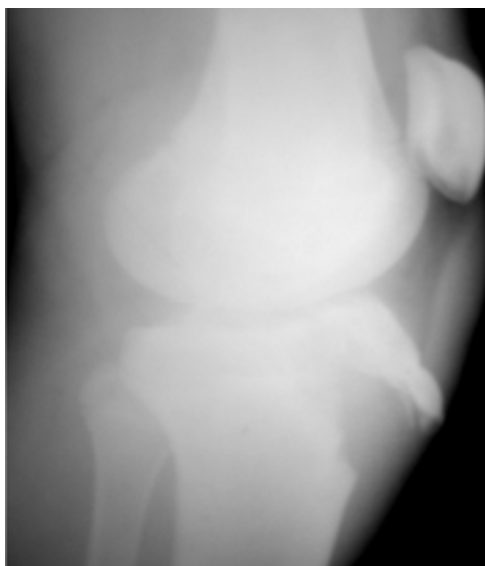


Figura 5. Lesión fisaria traumática de la tuberosidad tibial.

La infiltración local de esteroides no está indicada, ya que sólo retrasaría la fusión de la epífisis.

Un punto muy importante es explicar la evolución natural de la enfermedad al paciente y a sus padres. Informarles que es una enfermedad autolimitada, que le puede dejar una prominencia en la región anterior de la rodilla que será indolora. Se ha reportado que la formación de una calcificación libre dolorosa u osículo anterior a la tuberosidad tibial es una condición rara. En nuestra experiencia, no hemos tenido que intervenir quirúrgicamente a pacientes con dichos problemas.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con dolor referido de la cadera, tumores alrededor de la rodilla y lesión fisaria traumática de la tuberosidad tibial (*Figura 5*).

Las complicaciones que pueden presentarse son cierre prematuro de la fisis anterior de la tibia proximal, ocasionando genu recurvatum y rótula alta que puede ocasionar luxación rotuliana y artrosis femoro-rotuliana temprana.^{6,7} Visuri y cols. observaron en 82 rodillas con enfermedad de Osgood-Schlatter un aumento estadísticamente significativo de la longitud del tendón patelar, de la longitud de la superficie articular de la rótula y de la altura de la tuberosidad tibial al comparar estas rodillas con 82 rodillas de pacientes sanos.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Staheli LT. *Ortopedia pediátrica*. Madrid: Marbán, 2003.
2. Tachdjian MO. *Ortopedia pediátrica*. 2ª Ed, México: Interamericana, 1994.
3. Campbell WC. *Cirugía ortopédica*. 9ª ed. Madrid: Hancourt Brace, 1998.
4. Demirag B, Ozturk C, Yazici Z, Sarisozen B. The pathophysiology of Osgood-Schlatter disease: a magnetic resonance investigation. *J Pediatr Orthop B* 2004; 13(6): 379-82.

5. Lanning P, Heikkinen E. Ultrasonic features of the Osgood-Schlatter lesion. *J Pediatr Orthop* 1991; 11(4): 538-40.
6. Jakob RP, von Gumpfenberg S, Engelhardt P. Does Osgood-Schlatter disease influence the position of the patella? *J Bone Joint Surg Br* 1981; 63B (4): 579-82.
7. Aparicio G, Abril JC, Calvo E, Alvarez L. Radiologic study of patellar height in Osgood-Schlatter disease. *J Pediatr Orthop* 1997; 17(1): 63-6.
8. Visuri T, Pihlajamaki HK, Mattila VM, Kiuru M. Elongated patellae at the final stage of Osgood-Schlatter disease: a radiographic study. *Knee* 2007; 14(3): 198-203. Epub 2007 Apr 3