

ORTOPEDIA

ENFERMEDAD DE OSGOOD – SCHLATTER: ABORDAJE EN PRIMER NIVEL DE ATENCION

María Dayë Rodríguez Bolaños*

SUMMARY

Despite the fact that the pathogenesis of the disease of Osgood-Schlatter remains a subject of debate, this disease is one of the most frequent causes of gonalgia in older children and adolescents sportsmen. Being responsible for the major absenteeism for sporting activities and training of athletes in this age group. Due to the high incidence of this disease is of paramount importance to recognize this entity since it corresponds to a frequent cause of consultation in the first level of care, because it generates concern to both parents and patients due to

the functional limitation that this produces, being a benign, self-limiting disease, whose diagnosis is initially clinical, and management, in most cases, conservative

INTRODUCCION

La Enfermedad de Osgood – Schlatter, descrita por primera vez por los médicos Robert Osgood y Carl Schlatter, en 1903,⁷ conocida y clasificada hoy en día como la apofisitis de la tuberosidad tibial anterior osteocondritis juvenil de la rodilla, es una de las causas mas frecuentes de gonalgia en pacientes deportistas

jóvenes hasta en un 50% de los casos¹ durante el crecimiento, en hombres de 12 – 15 años, y mujeres de 8 a 12 años.⁶ Pese a que la causa específica todavía se encuentra como tema de debate, esta relacionada con la apofisitis – avulsión del tubérculo tibial, la cual en los casos de pacientes que practican deportes, se ve sometida a una repetitiva tracción por micro traumatismos repetitivos del núcleo de osificación secundario de la tuberosidad tibial anterior. La tuberosidad tibial durante su desarrollo progresa de cartilaginoso, apofisiario, epifisiario e incorporación de hueso en la tibia adulta, a través

* Médico General. Cod. 12355

de cuatro estadios radiológicos e histológicos, siendo esta patología producida por micro fracturas por arrancamiento de la inserción del tendón rotuliano en la apófisis de la tuberosidad tibial.³ causando un proceso de osteocondrosis relacionado con traumatismo o bien sobrecarga no asociado a osteonecrosis⁷ durante el periodo fisiológico de fisiodesis por la disminución de la resistencia al estrés mecánico.⁴ Los principales factores de riesgo de esta enfermedad, se encuentra, sexo masculino, la presencia de cartílago de crecimiento, crecimiento acelerado, debilidad muscular, ejercicio excesivo, obesidad.^{2,4}

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza mediante examen físico e historia clínica. Generalmente tratándose de pacientes masculinos, entre los 12 a 15 años, activo, atlético quien consulta por dolor, que puede ser en una o ambas rodillas, de varios meses de evolución el cual empeora progresivamente, asociado al ejercicio, que puede inclusive causar limitación funcional al paciente; asociado a tumoración dolorosa, sin signos inflamatorios, por debajo de la rodilla, en la espina tibial anterior ya sea de una o de ambas piernas, presentándose una incidencia de un 20 – 30%

de manera bilateral.^{2,4,6} Es de suma importancia una anamnesis completa con respecto a edad, tipo de deporte practicado, tiempo de practicar este deporte, frecuencia, traumas asociados, intensidad y duración de los entrenamientos, técnicas y equipos utilizados para realizar el mismo; así como cambios importantes den el peso, tiempo de la aparición de síntomas, intensidad de dolor relacionado con ejercicio o reposo, y limitación funcional.⁴ Dentro de los hallazgos al examen físico podemos encontrar, tumefacción nodular de la Tuberosidad Tibial Anterior (TTA), dolorosa a la palpación, dolor a la extensión de la rodilla, principalmente a la extensión contra resistencia, flexión pasiva forzada.⁶



Figura 1. Tumefacción sobre Tuberosidad tibial bien delimitada, miembro inferior izquierdo.

Dentro de los estadios iniciales de la enfermedad el dolor puede ser inducido con la extensión contra resistencia, en los estadios agudos el dolor puede presentarse durante cualquier movimiento o bien la elevación del miembro completo con o sin flexión de la rodilla, también puede ser exacerbado al examen físico con arrodillar al paciente o bien al saltar.⁴ Debido al dolor a la movilización de la rodilla, y limitación funcional, podemos encontrar hipotrofia e hipotonía del cuádriceps femoral de la extremidad afectada.

Se han descrito tres etapas de desarrollo de la enfermedad de Osgood – Schlatter, relacionando estas etapas con el dolor tanto su intensidad como la incapacidad funcional que este genere. (Tabla 1)⁴

Etapas	Intensidad de dolor – relación con actividad física
I	Dolor posterior a la actividad física durante las primeras 24 horas
II	Dolor ocurre únicamente posterior a actividad física, no desaparece en las primeras 24 horas, pero no presenta limitación funcional
III	Dolor permanente, el cual presenta limitación funcional inclusive en las actividades de la vida diaria.

Posterior al abordaje clínico del paciente, la radiografía en las incidencias antero posterior

y lateral de la rodilla, pueden ser de utilidad; estos estudios radiológicos complementarios se utilizan principalmente para excluir otras patologías como causas del dolor.⁶ Dentro de los hallazgos radiológicos que podemos encontrar en partes blandas, edema generalizado, borrado de la grasa infra rotuliana, engrosamiento del tendón rotuliano. Los hallazgos radiológicos óseos, podemos encontrar condensación, fragmentación, reestructuración, osificación tibial irregular, aparición de los osículos independientes, ensanchamiento óseo, e imagen en gota de cera de la epífisis tibial superior.²



Figura 2. Alteración de la densidad radiológica con fragmentación de la apófisis tibial (círculo)

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento se debe individualizar cada caso, dependiendo tanto de la edad

del paciente, comorbilidades asociadas y la intensidad y frecuencia de la actividad física. El manejo de esta enfermedad sigue siendo universalmente conservador en la mayoría de los casos, donde se reporta hasta un 80% de carácter autolimitado con buena respuesta al tratamiento conservador.⁹ Se recomienda limitación de la actividad por lo menos durante 2 a 3 semanas, con reposo relativo. Se deben evitar deportes que puedan causar impacto o trauma como correr, saltar o arrodillarse. En caso de la marcha ser dolorosa o bien limitada, se puede optar por el uso de muletas con o sin inmovilización de la rodilla.³ Es importante asociar ejercicios isométricos que promuevan la elongación del aparato extensor y potenciar la musculatura del cuádriceps.⁶ Se puede asociar a estas recomendaciones el uso de antiinflamatorios no esteroideos de manera oral, y compresas frías.⁶ En algunos estudios se ha reportado periodos prolongados de dolor, inclusive en un rango de 13 a 16,⁵ meses con grados distintos de limitación funcional, en donde se ha propuesto como tratamiento la infiltración directa tanto de lidocaína como de dextrosa al 15%, logrando el alivio de síntomas de una manera más rápida.⁸ Sin embargo, este manejo no se encuentra estandarizado para esta patología.

La recuperación por completa y desaparición de los síntomas se espera al finalizar el proceso de osificación, en la vida adulta. En caso contrario, en donde durante la adultez persistan los síntomas, este requiere manejo quirúrgico.⁵ Otras de las consideraciones que nos indican el tratamiento quirúrgico y por tanto, referencia a un tercer nivel de atención son la comprobación radiológica de la enfermedad, la duración de los síntomas en un rango de cuatro a catorce años, la imposibilidad de continuar su entrenamiento deportivo posterior al tratamiento conservador, y la imposibilidad de flexionar activamente la articulación o bien arrodillarse sin que esto genere dolor.⁵ Debe tomarse en cuenta que los resultados a largo plazo de este tratamiento, hoy en día, carecen de estudios suficientes que lo respalden.

CONCLUSION

La Enfermedad de Osgood – Schlatter es una de las principales causas de gonalgia, por consiguiente, un importante motivo de consulta en atención primaria, siendo con una prevalencia mayor en niños, atletas. Su diagnóstico es principalmente clínico tomando como pilar una adecuada anamnesis y examen físico, buscando signos y síntomas característicos de

esta enfermedad. Los estudios radiológicos, deben ir dirigidos principalmente a descartar otras patologías causantes de dolor, sin que esto retarse el tratamiento de esta entidad. El tratamiento conservador, con recomendaciones, tratamiento farmacológico oral, y tratamiento tópico, siguen siendo hoy en día el tratamiento de elección con un alto porcentaje de resolutivez, el cual se encuentra a nivel de atención primaria. Los tratamientos como infiltración directa con lidocaína y dextrosa, siguen siendo controversiales debido a la falta de estudios que lo respalden. El tratamiento quirúrgico debe ser reservado para casos rebeldes a tratamiento, y sigue siendo poco respaldado por falta de estudios con respecto a sus resultados a largo plazo.

RESUMEN

Pese a que la patogénesis de la enfermedad de Osgood – Schlatter sigue siendo tema de debate, esta enfermedad es una de las causas mas frecuentes de gonalgia en niños mayores y adolescentes deportistas. Siendo

causante de gran ausentismo a actividades deportivas y entrenamientos de atletas de este grupo de edad. Debido a la alta incidencia de esta enfermedad es de suma importancia reconocer esta entidad ya que corresponde a una causa de consulta frecuente en el primer nivel de atención, y que genera preocupación tanto a los padres como a los pacientes debido a la limitación funcional que presenta, siendo una patología benigna, autolimitada, cuyo diagnóstico es inicialmente clínico y de manejo, en la mayoría de los casos, conservador

BIBLIOGRAFIA

1. Atanda, A; Shah, S; O'Brien K; "Osteochondrosis: Common Causes of Pain in Growing Bones" American Family Physician. Vol 83; Num 3; pag; 285 – 291, 2011
2. Carabaño, I; Llorentes, L. "Enfermedad de Osgood – Schlatter: deporte, adolescencia y dolor". Revista Pediatría de Atención Primaria. Vol. XIII. N°49. Páginas 93 - 97. Enero – Marzo 2011
3. Carboni, M; Sandrigo, S; Guinázú, J; Vilaseca, T; Suarez, S; Donaldson, M. "Enfermedad de Osgood – Schlatter en un paciente de 23 años. Informe de un caso". Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología. Año 75. Número 4. Pag 388 – 391. Diciembre 2010
4. Halilbasic, A; Avdic, D; Kreso, A; Begovic, B; Jaganjac, A; Maric, M. "Importance of clinical examination in diagnostics of Osgood – Schlatter Disease in boys playing soccer or basketball". Journal of Health Sciences. Vol 2. Num 1, April 2012.
5. Maher, PJ; Ilgen, JS. "Osgood – Schlatter disease" BMJ Case Rep Published online. Doi: 10.1136/bcr – 2012 – 007614
6. Orgaz – Gallego, M. P.; Tricio – Armero, M.J; "Enfermedad de Osgood Schlatter: a propósito de dos casos". Centro de Salud de Taracón, España, SEMERGEN. 35 (8); 418 – 420, 2009
7. Pihlajamäki, H; Mattila, V; Parviainen, M; Kiuru, M; Tuomo, I. "Long – Term outcomes after surgical treatment of unresolved Osgood – Schlatter Disease in Young Men". The Journal of Bone and Joint Surgery, Incorporated; Vol 91, 2350 – 2358; 2009
8. Topol, G; Podesta, L; Dean, K; Raya, M; Dean, B; Yeh, H. "Hyperosmolar Dextrose Injection for Recalcitrant Osgood – Schlatter Disease". Pediatrics. Volume 128. Num 5, 2011
9. Vreju, F; Ciurea, P; Rosu, A. "Osgood – Schlatter disease – ultrasonographic diagnostic" Medical Ultrasonography, Vol12. Num 3. Pag 336 – 339. 2010