

Sección Iconográfica

Enfermedad de Osgood-Shlatter

Dra. Rosalía Garza Elizondo,* Dr. Ma. de la Luz Iracheta Gerez,* Dra. Mirella Vázquez Rivera,* Dra. Sydney Greenawalt Rodríguez,* Dra. Paola Esteva Worts,* Dr. Carlos Ramos Herrera,* Dr. Jesús Mejía Navarro*

Definición

La enfermedad de Osgood-Schlatter (OS) se caracteriza por la inflamación dolorosa de la tuberosidad tibial anterior en el punto de inserción del tendón rotuliano sobre la tibia.

Etiología

Desde su descripción original en 1903 por Osgood y Shlatter se han sugerido múltiples causas. Inicialmente se pensó que era secundaria a infección, avascularidad del tendón rotuliano o de la apófisis y anomalías endocrinas. Posteriormente, Uhry, Lazerte y Rapp demostraron que: 1) la causa es de origen traumático; 2) desde el punto de vista histológico, existe avulsión de una porción de la tuberosidad tibial.

Por lo general, afecta a varones de 13 a 14 años de edad y a niñas de 10 a 11 años; no hay diferencia significativa entre ambos sexos en lo referente a frecuencia; es bilateral en 30% de los casos. El problema ocurre en relación con las actividades deportivas organizadas, en particular *foot ball soccer* y gimnasia. Kujala y col. encontraron una frecuencia de la enfermedad de Osgood-Shlatter cinco veces más en niños atléticamente maduros, comparada con controles no atléticos. Sugirieron que hay una predisposición genética.

Cuadro clínico

El síntoma principal es el dolor en las rodillas, localizado sobre el tubérculo tibial y que se acentúa con la actividad física y disminuye con el reposo. Se aprecia tumefacción de las partes blandas adyacentes al tubérculo tibial (figura 1), con hipersensibilidad por presión directa y dolor a la extensión forzada de la rodilla; ocasionalmente hay retardo extensor.

* Departamento de Consulta Externa, Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dra. Rosalía Garza Elizondo. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México, DF, 04530
Recibido: febrero, 2002. Aceptado: marzo, 2002.

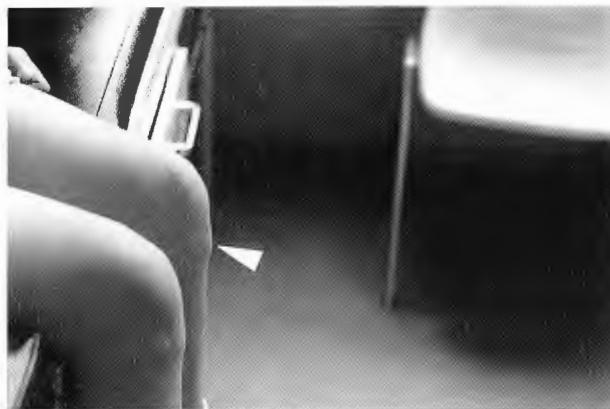


Figura 1. Aumento de volumen de las partes blandas adyacentes a la tuberosidad tibial anterior que ha sufrido avulsión.



Figura 2. Pequeña partícula del hueso independiente situada por delante de una depresión en el borde anterior de la apófisis tibial anterior.

Diagnóstico

Se hace en el cuadro clínico y en imágenes radiológicas características (figura 2): fragmentación y desplazamiento de los fragmentos que se ven alejados de la diáfisis. Existe tumefacción de las partes blandas adyacentes al tubérculo tibial y engrosamiento del tendón rotuliano. Más tarde

aparecen imágenes de osificación del extremo distal del tendón.

El ultrasonido de la rodilla muestra un tendón rotuliano engrosado más ecogénico; la apófisis del tubérculo tibial se ve rodeada de una zona hipoecoica del tejido blando inflamado. En algunos casos se observan múltiples fragmentos ecogénicos de la tuberosidad tibial rodeados por tejido blando inflamado hipoecoico y que corresponde a la tuberosidad tibial inflamada visible en una radiografía lateral.

Tratamiento

Varía de acuerdo con lo agudo de los síntomas y la edad esquelética del paciente. La mayor parte de las veces (90%) hay mejoría con tratamiento conservador. Inicialmente se recomiendan reposo y masajes. Se permite el uso de analgésicos. Rara vez se requiere la inmovilización y sólo para los casos que no logran mantener el reposo relativo. Las actividades que requieren esfuerzo físico vigoroso están contraindicadas. La natación y el ciclismo se permiten como actividades sustitutas. En niños con síntomas severos se recomienda un período corto de inmovilización o marcha protegida con muletas por dos o tres semanas. El tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes con esqueleto maduro cuando hay fragmentos óseos móviles; sintomáticos o con un tubérculo tibial extremadamente grande.

Pronóstico

La enfermedad es autolimitada y se resuelve cuando se adquiere la madurez esquelética. Si no se evitan los microtraumas recurrentes, la inflamación y calcificación del tejido dañado aumentan progresivamente; se agranda el tubérculo tibial, lo cual causa problemas estéticos y funcionales en

el adulto. El no reconocer y tratar esta enfermedad puede aumentar la morbilidad, lo que hará necesario recurrir al tratamiento quirúrgico en 30% de los pacientes.

Complicaciones

La fusión prematura de la parte anterior del centro epifisiario tibial superior es rara; puede ocasionar deformidad denominada tibia en sable o recurvatum.

REFERENCIAS

1. Davids JR. Pediatric knee. Clinical assessment and common disorders. *Ped Clin North Am* 1996;43:1067-90.
2. Thabit G, Micheli LJ. Patellofemoral pain in the pediatric patient. *Orthop Clin North Am* 1992;23:577-85.
3. Flowers MJ, Bhadreshwar DR. Tibial tuberosity excision for symptomatic Osgood-Shlatter disease. *J Ped Orthop* 1995;15:292-7.
4. Lanning P, Heikkinen E. Ultrasonic features of the Osgood-Shlatter lesion. *J Ped Orthop* 1991;11:538-40.
5. Lynch MC, Walsh HP. Tibia recurvatum as a complication of Osgood-Shlatter disease: A report of two cases. *J Ped Orthop* 1991;11:543-4.
6. Rapp SH, Lazerte G. Clinical pathological correlation in Osgood-Shlatter's disease. *South MJ* 1958;51:909.
7. Lazerte GD, Rapp IH. Pathogenesis of Osgood-Shlatter's disease. *Am J Pathol* 1958;34:803-15.
8. Caffey J. *Diagnóstico Radiológico en Pediatría*. 2ª ed. Barcelona: 1976;pp1164-6.
9. Rudolph AM, Hoffman JE, Rudolph CD. *Rudolph's Pediatrics*. 19ª ed. California, 1991;pp194.
10. Nowinski RJ, Meehlman CT. Hyphenated history: Osgood-Shlatter disease. *Am J Orthop* 1998;27:584-5.
11. Kijala UM, Kvist M, Heinonen O. Osgood-Shlatter's disease in adolescent athletes: Retrospective study of incidence and duration. *Am J Sports Med* 1985;13:236.
12. Uhry E Jr. Osgood-Shlatter disease. *Arch Surg* 1944;48:406-14.

Consulte Acta Pediátrica de México en Internet:

www.imbiomed.com.mx

www.actapediatr-mex.entornomedico.org

E-mail:

actapediatr-mex@entornomedico.org