



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

P-193 - A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD DE OSGOOD

V. Guinaldo Losada^a, L. Irigoyen Monclus^b, J.I. López Gil^a, J. Ferrero de Paz^c, J. Salazar Garzo^a y T. Pol Rojo^a

^aCS José Aguado 2. ^bCS Huarte. ^cHospital Universitario de León.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 15 años, varón, estudiante que en tiempo libre juega al fútbol sala. Entrena un total de 6h a la semana; los sábados y los domingos juega los partidos oficiales. Presenta dolor de meses de evolución tras 2h de ejercicio físico intenso a nivel de la inserción del tendón rotuliano bilateral (sobretudo el izquierdo). Precisa tomar analgesia, reposo y frío local. Asintomático a las 5h del mismo. Su MAP, tras ser consultado, recomienda bajar la intensidad y duración del ejercicio. El chico hace caso omiso y tras otros 2 meses de ejercicio intenso sin descanso, al saltar presenta chasquido y deformidad en extremo proximal de la tibia izquierda. Antecedentes personales: invaginación intestinal intervenida, rinitis y asma alérgicas estacionales, otitis medias de repetición con esclerosis timpánica secundaria en oído izquierdo y miopía.

Exploración y pruebas complementarias: Dada la imposibilidad de movilizar al paciente, se avisa al médico de guardia. A su llegada, objetiva varón en decúbito lateral derecho con deformidad tibial izquierda en su extremo proximal y gran dolor a la movilización. Ante la sospecha de fractura de tibia, el paciente es trasladado al Servicio de Urgencias de su ciudad para confirmar el diagnóstico mediante radiología. Tras la realización de la misma se confirma la fractura de meseta tibial izquierda con arrancamiento de la epífisis. Es valorado por el traumatólogo de guardia y, aunque está indicada intervención quirúrgica (clavos terminotermiales), se decide tratamiento conservador reduciendo la fractura bajo analgesia intravenosa. Se realiza inmovilización de EII con escayola y reposo absoluto 10 días en domicilio. Se reevalúa pasados esos 10 días visualizándose formación ósea esponjosa entre extremos óseos congruentes. Se decide continuar tratamiento conservador con fibra de vidrio inmovilizando la extremidad durante 2 meses en extensión completa.

Juicio clínico: Fractura de meseta tibial con arrancamiento de la epífisis secundaria a enfermedad de Osgood-Schlatter.

Diagnóstico diferencial: Ante cojera juvenil se debe pensar en: causa traumática: problemas de calzado, fractura o contusión de partes blandas, esguince de tobillo. Infecciosa: osteomielitis, artritis séptica, celulitis, gonorrea, artritis reactiva. Neoplásica: tumores óseos benignos (osteoma osteoide, osteoblastoma) o malignos (osteosarcoma, sarcoma de Ewing), linfoma, leucemia. Inflamatoria: sinovitis transitoria, artritis crónica juvenil, LES. Congénita: anemia de células falciformes. Neurovasculares: parálisis cerebral, neuropatías sensitivo-motoras. Ortopédicas: enfermedad de Legg-Calve Perthes, osteocondrosis.

Comentario final: La enfermedad de Osgood-Schlatter consiste en hinchazón dolorosa de la protuberancia anterior de la meseta tibial (espina tibial), secundaria a la práctica de deporte durante el crecimiento infanto-

puberal. Complicaciones como la fractura, aunque raras, son posibles y es por ello por lo que se debe insistir en el reposo y bajar la intensidad de la práctica deportiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsee TD. Transient synovitis as a cause of painful limp in children. *Curr Opin Pediatr*. 2000;12 48-51.
2. Frick SL. Evaluation of the child who has hip pain. *Orthop Clin North Am*. 2006;37:133-40.
3. Tse SML, Laxer RM. Approach to acute limb pain in childhood. *Pediatrics in Review*. 2006;27:170-80.