

# Radiografía ósea

M.C. Antón Sanz<sup>a</sup>, A. Sánchez Calso<sup>a</sup> y R. García Martínez de Bartolomé<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Collado-Villalba Estación. <sup>b</sup>Pediatría. EAP Cerro del Aire. Majadahonda. Área 6. INSALUD. Madrid. España.



Fig. 1.

## Historia clínica

Presentamos el caso de un varón de 12 años sin antecedentes personales de interés que consulta por dolor en ambas rodillas de 2 meses de evolución. No refiere antecedente traumático previo. El dolor aumenta en intensidad tras ejercicio físico intenso: al jugar al baloncesto y al fútbol, sobre todo al dar patadas, aunque es muy ligero o inexistente en el resto de sus actividades cotidianas.

A la exploración física se observa una tumefacción, dolorosa a la presión, sobre la epífisis tibial anterior de ambas rodillas, sin eritema ni calor sobre ellas. El dolor aumenta con la flexión máxima de la rodilla.

Se solicitó una radiografía lateral de ambas rodillas (fig. 1) que muestra aumento de partes blandas sobre tubérculos tibiales y mínima desestructuración ósea de los mismos. Con estos datos se efectuó el diagnóstico de Enfermedad de Osgood-Schlatter.

Con reposo relativo y salicilatos a demanda quedó asintomático, desapareciendo la tumefacción a los dos me-

ses. A los ocho meses ha reanudado su actividad deportiva paulatinamente; actualmente se encuentra sin dolor.

## Comentario

La enfermedad de Osgood-Schlatter, también llamada osteocondritis del tubérculo tibial o epifisitis tibial anterior, forma parte del grupo II de las osteocondritis juveniles, que es el grupo de las osteocondritis relacionadas con anomalías de la osificación endcondral<sup>1</sup>. Aunque en la bibliografía revisada no aparecen cifras de prevalencia<sup>2,3</sup>, probablemente porque esta enfermedad permanece infradiagnosticada, es relativamente frecuente en la población de adolescentes y adultos jóvenes; por ello el médico de atención primaria debe pensar en ella, y evitar que sea catalogada dentro de los mal llamados «dolores de crecimiento».

La enfermedad de Osgood-Schlatter es un trastorno autolimitado. Más frecuente en varones con una relación varón/mujer de 3/1. Por intervalos de edad, es más fre-

cuenta en los varones entre los 10 y los 15 años, y en las niñas, entre los 8 y los 13 años.

Existe controversia respecto a su etiología, pero se acepta que la lesión es de origen traumático sobre la unión del ligamento rotuliano a la tuberosidad tibial, provocándose una fractura por avulsión durante una fase crítica del crecimiento, resultando una osificación endondral y formación de hueso *de novo*<sup>4</sup>.

Según la bibliografía revisada<sup>2,3,4</sup> existe variabilidad en la intensidad de los síntomas, pero invariablemente cursa con dolor sobre el tubérculo anterior de la tibia con engrosamiento sobre él. Se exacerba con los movimientos de flexoextensión de la rodilla, sobre todo los de carácter enérgico (pegar patadas a un balón, subir corriendo escaleras, salto de altura y otras modalidades atléticas, etc.) y al arrodillarse; es frecuente la claudicación durante la marcha o la carrera. Puede ser bilateral en el 20-35% de los pacientes, como el caso que hemos presentado.

En las primeras semanas de la enfermedad, la radiografía lateral de la rodilla no muestra cambios o, a lo sumo, un cierto engrosamiento del tendón rotuliano en la proximidad de la epífisis y edema de partes blandas adyacentes. Posteriormente se puede apreciar irregularidad en la epífisis, que está fragmentada, con zonas alternadas de mayor y menor densidad cálcica y alteraciones en la estructura ósea similares a lo que se aprecia en la osteocondrosis<sup>5</sup>.

El diagnóstico se basa en la clínica acompañada de la radiología, siendo ésta muy importante para descartar otros procesos que pueden dar lugar a un cuadro clínico similar<sup>6</sup>. En la tabla 1 podemos revisar los diagnósticos diferenciales de rodilla dolorosa de etiología ósea. Roberts<sup>7</sup> resaltó las diferencias entre la enfermedad de Osgood-Schlatter y el arrancamiento traumático de la tuberosidad tibial. En la enfermedad de Osgood-Schlatter la lesión es con frecuencia insidiosa, con síntomas leves e incapacidad parcial, únicamente se necesita tratamiento sintomático y de soporte; sólo en ocasiones los síntomas son prolongados por presencia de un osículo no fusionado. A la inversa, en los arrancamientos traumáticos agudos de la tuberosidad tibial, el dolor y la tumefacción aparecen inmediatamente y resultan imposibles la marcha y la bipedestación. Muchas veces son necesarias la reducción abierta y la fijación interna, que se siguen de consolidación rápida y recuperación completa de la actividad previa.

En la enfermedad de Osgood-Schlatter, la remisión suele ser espontánea en pocas semanas o meses, aunque en

**TABLA 1**  
**Diagnóstico diferencial de rodilla dolorosa de etiología ósea**

Osteonecrosis
Osteocondritis disecante de rodilla
Osteonecrosis/osteocondrosis de la tuberosidad tibial: enfermedad de Osgood-Schlatter
Osteonecrosis/osteocondrosis de la epífisis proximal tibial: enfermedad de Blount
Tumores óseos
Fracturas

algunos casos persistieron durante varios años. Habitualmente no deja secuelas o una ligera prominencia del tubérculo tibial<sup>5,6</sup>. El tratamiento varía según la intensidad de los síntomas: si es leve, basta con evitar ejercicios atléticos; si es grave, a veces es necesario el vendaje compresivo cilíndrico o una correa de sujeción infrarrotuliana durante 4-6 semanas. Siempre es conveniente administrar analgésicos a demanda del dolor y puede ser necesaria la infiltración local con esteroides de depósito, siempre que el paciente haya finalizado su crecimiento. Si el proceso tiende a la cronicidad, el dolor es muy intenso y origina claudicación, se recomienda la intervención quirúrgica para la extirpación del osículo y de los tejidos inflamatorios circundantes<sup>3,6</sup>.

Se resalta la importancia de tener en mente esta enfermedad, para diferenciarla de otros dolores osteomusculares de la adolescencia, de mayor importancia pronóstica y terapéutica, y el importante papel que tiene en su detección el médico de atención primaria.

### Bibliografía

- Osteocondrosis juvenil. En: Rodman GP, Schumacher HR, editores. Compendio de las actividades reumáticas. Atlanta: The arthritis Foundation, 1983; p. 144-6.
- Dunn JF. Osgood-Schlatter disease. Am Fam Physician 1990;41: 173-6.
- Krause BL, Williams JP, Catterall A. Natural history of Osgood-Schlatter disease. J Pediatr Orthop 1990;10:65-8.
- Kaeding CC, Whitehead R. Musculoskeletal injuries in adolescents. Prim Care 1998;25:211-23.
- Heuck F. Enfermedades del esqueleto. En: Haubrich R, editor. Diagnóstico radiológico clínico de las enfermedades internas. Barcelona: Editorial JIMS; 1978; p. 39-44.
- Flowers MJ, Bhadreshwar DR. Tibial tuberosity excision for symptomatic Osgood-Schlatter disease. J Pediatr Orthop 1995;15: 292-7.
- Roberts JM. Fracturas y luxaciones en la infancia. En: Harcourt editor. Cirugía Ortopédica. 9.ª ed. Madrid: Campbell, 1998; p. 2490-1.