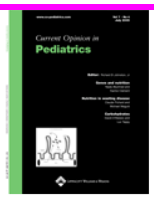
Conexión pediátrica
hojeando revistas
Vol 1 : 2 Otoño 2008

El síndrome de Osgood Schlatter tiene un nombre difícil, pero es sencillo de diagnosticar

El Síndrome de Osgood Schlatter fue descripto en 1903, se presenta en niños en etapas de crecimiento y afecta a la tuberosidad anterior de la tibia causando dolor e inflamación. Es una entidad que se presenta con bastante frecuencia y es útil repasar sus características principales.
Les presentamos una revisión que nos ayudará a tener presente este diagnóstico.



CURRENT OPINION IN PEDIATRICS

Síndrome de Osgood Schlatter (SOS)

Gholve PA, Scher DM, Khakharia S, Widmann RF, Green DW.
Division of Pediatric Orthopaedic Surgery, Hospital for Special Surgery, New York 10021, USA.
Curr Opin Pediatr. 2007 Feb; 19(1): 44-50.

INTRODUCCION

La edad más frecuente de aparición es entre los 12 y 15 años en varones y entre los 8 y 12 en niñas. Es más frecuente en varones y en ellos se presenta en mayor número de forma bilateral.

Etiopatogénesis

El SOS es una apofisitis por tracción del tubérculo tibial a causa de actividades deportivas, el tendón del cuadriceps tracciona repetitivamente a la tuberosidad anterior de la tibia avulsionando el centro secundario de osificación de la misma. Este último una vez separado continúa su crecimiento y se osifica generando una solución de continuidad entre la tibia y su apófisis que puede tener tejido fibroso interpuesto.

Radiológicamente se detectan 4 estadíos radiológicos en la osificación normal de la tibia:

- Estadio cartilaginoso: 0 a 11 años
- Estadio apofisario: 11 a 14 años, período en el cual puede aparecer el OSS.
- Estadio epifisario: 14 a 18 años, en el cual se unen la epífisis y la apófisis.
- Estadio óseo: mayores de 18 años donde la epífisis está completamente fusionada.

Se ha reportado que algunas variantes anatómicas funcionan como factores predisponentes, por ejemplo la patela alta o baja, el genu valgo, el aumento del ángulo cóndilo-maleolar y la rotación externa de la tibia. Sin embargo, no hay aceptación universal de que estas variantes anatómicas predispongan al SOS por falta de evidencia suficiente.

Clínica

Entre los 12 y 15 años en los varones y entre los 8 y 12 en las niñas aparece gonalgia moderada e intermitente. De un 20 a 30% de los casos son bilaterales. En general surge el antecedente de actividad deportiva moderada o intensa, que incluye actividades de salto o de arrodillarse. El examen físico revela inflamación y dolor exquisito a la palpación de la tuberosidad anterior de la tibia. La exploración física incluye la localización del dolor ante la extensión, contra resistencia, de la rodilla. Luego del episodio agudo persiste una masa palpable a dicho nivel. El 90% de los casos resuelven espontáneamente, pero el proceso puede llevar de 12 a 24 meses. El 60% de los pacientes pueden continuar sus actividades deportivas con control médico estricto.

Estudios complementarios

El diagnóstico es clínico. Se recomienda solicitar Rx de rodilla cuando el SOS es unilateral o para descartar fractura de apófisis tibial, infección o tumor.
La radiografía de rodilla de perfil evidencia tumefacción de partes blandas e irregularidad de la densidad ósea a nivel de la apófisis o fragmentación de la misma en las formas avanzadas. Un fragmento osificado permanente puede ser visible luego de la fusión epifisaria tibial.
La Resonancia Magnética Nuclear sólo resulta útil en casos de presentación atípica para confirmar el diagnóstico.

Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales más importantes son los previamente referidos, infecciones, tumores y traumatismos que clínicamente se presentan de formas más floridas. Entre los cuadros específicos se describe: el Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, que es un

cuadro similar pero la tracción afecta al polo inferior de la rótula con claras diferencias radiológicas y el Síndrome de Hoffa, que es la inflamación del tejido graso (almohadilla) infrapatelar con clínica similar pero sin dolor exquisito a la palpación. Raramente puede confundirse con la injuria de la placa sinovial que se trata de una afección solamente intraarticular o con la fractura de la tibia anterior con antecedente claro de traumatismo e impotencia funcional.

TRATAMIENTO

El tratamiento en general es conservador e incluye: hielo local, reposo y analgésicos no esteroides. Una vez cursada la fase aguda, se recomienda iniciar con la rehabilitación kinésica y retomar la actividad deportiva. El tratamiento quirúrgico se limita a un 5 a 10 % de los casos, en los que no se resuelve con el tratamiento conservador, incluye varias técnicas, ninguna estandarizada y siempre con movilización temprana.

Traducción: Dra. Mariana Gonzalez