

# Síndrome de Osgood-Schlatter:

## Presentación de un caso y revisión

### *Osgood-Schlatter syndrome:*

#### *A case report and review*

.....  
*Carlos Amílcar Fuentes Romero\**  
 .....

**RESUMEN.** Informamos del caso de un niño de 13 años de edad, con historia de dolor crónico en rodilla derecha. Se presentó a la Sala de Emergencia del Hospital de Puerto Lempira, Departamento Gracias a Dios, diagnosticándose fractura por avulsión del tubérculo tibial. Fue evaluado posteriormente y se diagnosticó como Síndrome de Osgood-Schlatter.

**Palabras clave:** *Tibia. Traumatismos de la rodilla.*

**ABSTRACT.** This is a report of a 13-year old boy, who presented with chronic pain on the right Knee. The patient came to the Hospital Puerto Lempira Emergency Room, Mosquito Coast, and the diagnosis of fracture due to avulsion of the tibial tubercle was made. The patient was evaluated later and was diagnosed with Osgood-Schlatter's disease.

**Key words:** *Knee injuries. Tibia.*

### INTRODUCCION

El Síndrome de Osgood-Schlatter representa una de las causas más comunes de dolor en rodilla en adolescentes activos. Generalmente es una condición benigna en la unión del tendón patelar y la tuberosidad tibial. Típicamente es un padecimiento autolimitado, que

puede tomar de 12 a 24 meses para su remisión después del inicio del tratamiento. Los síntomas moderados requieren únicamente educación al paciente y modificación de la actividad física, pero síntomas más severos necesitaran períodos de reposo (raramente inmovilización) seguido de programas de fortalecimiento de la musculatura del cuádriceps femoral. Existen otras condiciones como el Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, que podrían ocurrir simultáneamente, y cuyos efectos a largo plazo incluyen una prominencia en la cara anterior de la rodilla y dolor.<sup>1</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 13 años de edad, escolar, residente en Puerto Lempira, Departamento de Gracias a Dios. Fue evaluado en la Sala de Emergencia del Hospital Puerto Lempira, el 16 de agosto del 2001. El paciente manifestó historia de un año y medio de dolor en rodilla derecha, por debajo de la rótula, tumefacción y prominencia sobre región del tubérculo tibial derecho. El dolor fue de inicio insidioso, continuo, que limitó la realización de actividades físicas. El paciente negó historia de traumatismo en rodilla. Al examen físico se notó prominencia en región anatómica correspondiente al tubérculo tibial derecho, doloroso a la presión, no se encontró disminución del rango de movilización de la rodilla; y se detectó signos de cajón y bostezo negativos, signos de McMurray y Appley negativos, reflejo rotuliano presente y movilidad de cadera derecha normal.

\* Médico General, Hospital Puerto Lempira, Gracias a Dios.



Fig. No. 1

**Exámenes radiográficos:** Se tomaron dos radiografías de rodilla derecha (AP y lateral), en la proyección lateral se observó un pequeño "fragmento" en la porción distal del tendón rotuliano, que pareció corresponder a hueso (Fig. No. 1).

**Evolución:** Se diagnostica como Síndrome de Osgood-Schlatter, controlado por Consulta Externa con antiinflamatorios no esteroideos por vía oral (naproxen), reposo de actividades deportivas y ejercicios para fortalecimiento de musculatura femoral (cuadriceps y flexores de la rodilla). Fue evaluado nuevamente el 10 de octubre y se encontró persistencia de la prominencia sobre rodilla, con disminución del dolor, y realización de algunas actividades deportivas sin dolor (trote suave, bicicleta). Se presentó caso clínico a médico ortopeda y a fisiatra, en la ciudad de Tegucigalpa, los que estuvieron de acuerdo con diagnóstico y con su manejo.

## DISCUSIÓN

El Síndrome de Osgood-Schlatter, es una condición que causa dolor en rodillas de adolescentes activos, que participan en deporte como salto, baloncesto, volibol, patinaje artístico, gimnasia y fútbol. Es bilateral en un 20% de los casos. Se desconoce la causa, pero probablemente se deba a microavulsiones repetitivas (sobreuso) del tubérculo tibial por la realización de algún gesto deportivo. Es más frecuente en varones. En niñas se presenta con más frecuencia entre los 8 y 13 años, y en niños entre los 10 y 15 años, periodos correspondientes a la aceleración del crecimiento. La prevalencia en adolescentes que participan en deportes es del 21%, comparado con los que no participan en deportes que es del 4.5% (Ref. 1,2). En la mayor parte de los casos es autolimitada, tomando de 12-24 meses para su remisión, un porcentaje bajo desarrollaran dolor crónico en la rodilla. Un 24% de los casos reportan limitación en las actividades físicas.<sup>1,3</sup>

Clínicamente, el paciente refiere dolor crónico en rodilla sobre región correspondiente al tubérculo tibial, de inicio insidioso, y no relacionado con causas traumáticas, edema, prominencia sobre el área del tubérculo tibial. Al examen físico encontramos tumefacción, prominencia y aumento de la sensibilidad sobre la región del tubérculo tibial. El rango de movimiento de la rodilla está conservado.

Los signos para exploración de lesiones ligamentosas o meniscales son negativos. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, los estudios radiográficos o ultrasonográficos no son necesarios.<sup>1-4</sup> Las imágenes radiográficas presentan dos patrones: osificación irregular o un "huesecillo" en la región del tubérculo tibial. Los hallazgos ultrasonográficos incluyen cambios en el centro de osificación del cartilago y tejidos adyacentes.<sup>1,4</sup>

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con el Síndrome de Sindin-Larsen-Johansson que desarrolla dolor en el polo inferior de la rotula, sitio de origen del tendón;<sup>1,4,5</sup> con el Síndrome Patelofemoral, de etiología desconocida, provocado por estrés repetitivo de la rotula sobre el

fémur, en donde el paciente referirá dolor en área perirotuliana; y finalmente con la osteocondritis disecante que es una rara causa pero sería de dolor en la rodilla, que involucra una anomalía del cartílago y del hueso subyacente, los pacientes presentan dolor difuso en rodilla y limitación de la movilización. Es una entidad que requiere tratamiento ortopédico.<sup>1</sup> Se debe evaluar el rango de movilización de la cadera en adolescentes con dolor crónico en rodilla, limitación o dolor con la rotación interna y abducción de la cadera; estos hallazgos deben hacernos pensar en un deslizamiento epifisiario femoral o una Enfermedad de Legg-Calve-Perthes.<sup>1</sup>

Debemos recordar que algunos autores consideran al Síndrome de Osgood-Schlatter, como una osteonecrosis; similares a las que se presentan en otros sitios anatómicos como en cadera (Enfermedad Legg-Calve-Perthes), calcáneo (Enfermedad de Sever) y cuerpos vertebrales (enfermedad de Scheverman).<sup>1,2</sup>

El tratamiento dependerá de la severidad de la condición (ver Cuadro No. 1). Pacientes con Síndrome de Osgood-Schlatter Grado 1 ó 2 requerirán reposo (en muchas ocasiones esto basta para resolverlo); algunos sugieren el uso de suelas absorbentes de impactos en los zapatos deportivos y crioterapia unos 20 minutos después de concluir las actividades deportivas.<sup>1</sup> Se pueden usar AINES, no se recomiendan las infiltraciones con corticosteroides. En casos de Síndrome de Osgood-Schlatter Grado 3, podrán requerir inmovilización con ferulas durante 3-4 semanas y terapia antiinflamatoria. En todos los grados debe indicarse ejercicios para fortalecimiento de la musculatura femoral.<sup>1,3</sup>

**CUADRO No. 1  
SEVERIDAD DEL SÍNDROME  
OSGOOD-SCHLATTER**

| GRADO   | CARACTERÍSTICAS  |
|---------|--|
| Grado 1 | Dolor después de la actividad, que se resuelve en 24 horas.                                |
| Grado 2 | Dolor durante y después de la actividad, no limita la actividad y se resuelve en 24 horas. |
| Grado 3 | Dolor constante, limita la actividad y la práctica deportiva diaria.                       |

Las secuelas del Síndrome de Osgood-Schlatter incluyen: rodilla dolorosa en forma crónica, fractura por avulsión del tubérculo tibial, fusión prematura (tibia recurvatum) de la parte anterior del tercio superior de la tibia.<sup>1,6-8</sup>

## CONCLUSIONES

Al revisar la literatura de este caso pretendimos describir la causa, manejo y secuelas del Síndrome de Osgood-Schlatter, mismo que según datos obtenidos por médicos ortopedas se presentan con alguna frecuencia en la práctica diaria. Consideramos importante su revisión, sobre todo para el médico general, ya que muchas veces esta patología puede ser fácilmente confundida con procesos traumáticos. Además, este es el primer caso que se diagnostica como tal en el Hospital de Puerto Lempira.

AGRADECIMIENTO. Se le agradece al Dr. José Manuel Matheu, médico fisiatra, por su asesoría en la preparación de este informe.

## REFERENCIAS

1. Wall EJ. Osgood - Schlatter's disease. Practical treatment for a selflimiting condition. *The Physician and Sports Medicine* 1998; 26 (3): 29-34.
2. Inocencio J. Muskuloesqueletal pain in primary care: analysis of 1000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics* 1998; 102 (6): 63.
3. Meisterling RC, Wall EJ, Meisterling M. Copying with Osgood-Schlatter's disease. *The Physician and Sports Medicine* 1998; 26 (3): 39-40.
4. De Flavis L, Nessi R, Balconi G, et. al. Ultrasonic diagnosis of Osgood-Schlatter and Sinding-Larsen-Johansson's diseases. *British Journal Clinics Pract* 1982; 36:412-413.
5. Medlar RC, Lyne ED. Sinding-Larsen-Johansson's disease. It's etiology and natural history. *Journal Bone Joint Surgery American* 1988; 60(8): 113-116.
6. Konsen RM, Seitz WH. Bilateral fractures through "giant" patellar tendon ossicles: a late sequela of Osgood Schlatter's disease. *Orthopedic Review* 1988. 17 (8): 797-800.
7. Lynch MC, Walsh HP. Tibia recurvatum as a complication of Osgood Schlatter's disease: a report of two cases. *Journal of Pediatrics Orthopedics* 1991;11 (4): 543-544.
8. Hogh J, Lond B. The sequelae of Osgood Schlatter's disease in adults. *Int Orthopedics* 1988; 12 (3). 213-215.