



www.printo.it/pediatric-rheumatology/CL/intro

Síndrome de dolor en las extremidades

Versión de 2016

10. Osteocondrosis (sinónimos: osteonecrosis, necrosis avascular)

10.1 ¿Qué es?

La palabra «osteonecrosis» significa literalmente «hueso muerto». Hace referencia a un grupo diverso de enfermedades de causa desconocida que se caracterizan por la interrupción del flujo sanguíneo al centro de osificación de los huesos afectados. Al nacimiento los huesos están formados principalmente por cartílago, un tejido más blando que a lo largo del tiempo se reemplaza por un tejido más mineralizado y resistente, el hueso. Esta sustitución empieza en puntos específicos en el interior de cada hueso, los denominados centros de osificación y se extiende hacia el resto del hueso a lo largo del tiempo. El dolor es el síntoma principal de estos trastornos. Dependiendo del hueso afectado, la enfermedad recibe diferentes nombres.

El diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen. Las radiografías muestran, de forma secuencial, fragmentación («islas» en el hueso), colapso (rotura), esclerosis (aumento en la densidad, el hueso se ve más «blanco» en las radiografías) y, con frecuencia, reosificación (nueva formación de hueso) con la reconstitución del contorno del hueso.

Aunque puede parecer una enfermedad grave es bastante frecuente en los niños y, con la posible excepción de la afectación extensa de la cadera, tiene un pronóstico excelente. Algunas formas de osteocondrosis son bastante frecuentes y se consideran una variación normal del desarrollo del hueso (enfermedad de Sever). Otras pueden incluirse en el grupo de «síndromes por sobreuso» (enfermedades de Osgood-Schlatter y de Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Enfermedad de Perthes

10.2.1 ¿Qué es?

Esta enfermedad se produce por la necrosis avascular de la cabeza del fémur (la parte del muslo que está más cerca de la cadera).

10.2.2 ¿Cuán frecuente es?

No es una enfermedad frecuente, ya que afecta a 1 de cada 10.000 niños. Es más frecuente en varones (afecta a 4-5 niños por cada niña) en edades comprendidas entre los 3 y los 12 años, sobre todo entre los 4 y los 9 años de edad.

10.2.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

La mayoría de los niños presentan cojera y dolor de cadera que es variable. Algunas veces no existe el dolor. Normalmente solamente se afecta una cadera, pero la enfermedad es bilateral en aproximadamente el 10% de los casos.

10.2.4 ¿Cómo se diagnostica?

La movilidad de la cadera se encuentra alterada y puede ser dolorosa. Las radiografías pueden ser normales al inicio pero más tarde muestran la progresión descrita en la introducción. La centellografía ósea y la resonancia magnética detectan la enfermedad antes que las radiografías.

10.2.5 ¿Cómo se trata?

Los niños con enfermedad de Perthes siempre deben derivarse a una consulta de ortopedia pediátrica. Los estudios de imagen son esenciales para el diagnóstico. El tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad. En casos muy leves, la observación puede ser suficiente, ya que el hueso se cura por sí mismo con poco daño.

Pero en casos más graves, el objetivo del tratamiento es contener la cabeza del fémur afectada en el interior de la articulación de la cadera,

de modo que cuando se inicie la formación del nuevo hueso, la cabeza del fémur recupere su forma esférica.

Este objetivo puede alcanzarse en un grado variable con el uso de una férula de abducción (en niños más pequeños) o, en los niños mayores, mediante la remodelación quirúrgica del fémur (osteotomía, cortando un trozo de hueso para mantener la cabeza del fémur en una mejor posición).

10.2.6 ¿Qué pronóstico tiene?

El pronóstico depende del grado de afectación de la cabeza del fémur (cuanto menor sea, mejor), así como de la edad del niño (mejor en menores de 6 años). La recuperación completa requiere entre 2 y 4 años. En general, alrededor de dos tercios de las caderas afectadas tienen un buen desenlace anatómico y funcional a largo plazo.

10.2.7 ¿Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Las limitaciones de las actividades cotidianas dependen del tratamiento aplicado. Los niños en observación deben evitar los impactos fuertes en la cadera (saltar, correr). Sin embargo, deben seguir haciendo vida normal yendo a la escuela y participando en el resto de actividades que no impliquen carga .

10.3 Enfermedad de Osgood-Schlatter

Este trastorno es consecuencia de la tracción repetida del tendón rotuliano sobre el centro de osificación de la tuberosidad anterior de la tibia (una pequeña cresta ósea que se encuentra en la parte superior de la pierna). Se encuentra presente en alrededor del 1% de los adolescentes y es más frecuente en los jóvenes que practican deporte. El dolor empeora con actividades como correr, saltar, subir y bajar escaleras y arrodillarse. El diagnóstico se establece mediante la exploración física, que demuestra la existencia de molestias o dolor, acompañados ocasionalmente de inflamación, en la inserción del tendón rotuliano en la tibia.

Las radiografías pueden ser normales o mostrar pequeños fragmentos de hueso en la tuberosidad tibial. El tratamiento consiste en ajustar el nivel de actividad para mantener a los pacientes sin dolor, aplicando

frío local y reposo tras la práctica deportiva. El trastorno se resuelve con el tiempo.

10.4 Enfermedad de Sever

Este trastorno también se llama «apofisitis del talón». Se trata de una osteocondrosis del centro de osificación secundario del hueso del talón, probablemente relacionada con la tracción del tendón de Aquiles. Es una de las causas más frecuentes de dolor en el talón en niños y adolescentes. Al igual que otras formas de osteocondrosis, la enfermedad de Sever está relacionada con la actividad y es más frecuente en varones. Su inicio suele producirse alrededor de los 7 o 10 años de edad, con dolor en el talón y, de forma ocasional, reingiera tras el ejercicio.

El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico. No existe necesidad de tratamiento aparte de ajustar el nivel de actividad para que el niño no tenga dolor. Si esto no funciona puede usarse una talonera. El trastorno se resuelve con el tiempo.

10.5 Enfermedad de Freiberg

Este trastorno describe la osteonecrosis de la cabeza del segundo metatarsiano del pie. Su causa probablemente sea traumática. Es poco frecuente y la mayoría de los casos aparece en chicas adolescentes. El dolor aumenta con la actividad física. El examen físico se caracteriza por la presencia de molestias o dolor debajo de la cabeza del segundo metatarsiano que, en ocasiones, se acompaña de inflamación. El diagnóstico se confirma mediante radiografías, aunque puede requerir dos semanas desde el inicio de los síntomas para que los cambios sean visibles. El tratamiento incluye reposo y una almohadilla metatarsiana.

10.6 Enfermedad de Scheuermann

La enfermedad de Scheuermann o «cifosis juvenil (dorso curvo)» es una osteonecrosis de la apófisis anular del cuerpo vertebral (la zona de hueso más periférica de la parte superior e inferior de cada vértebra). Es más frecuente en chicos adolescentes que en niñas. La mayoría de los niños con este trastorno tienen una mala postura, con o sin dolor de espalda. El dolor está relacionado con la actividad y puede aliviarse con

el reposo.

El diagnóstico se sospecha tras la exploración (dorso curvo rígido) y se confirma mediante radiografías.

Para realizar el diagnóstico de enfermedad de Scheuermann el niño debe tener irregularidades de los platillos vertebrales y una «cuña» anterior de 5 grados en al menos tres vértebras consecutivas.

La enfermedad de Scheuermann no suele requerir tratamiento aparte de ajustar el nivel de actividad del niño, observación y, en los casos en los que la cifosis es más pronunciada, el uso de un corsé.