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

Síndrome de dolor en las extremidades

Versión de 2016

1. Introducción

Muchas enfermedades pediátricas pueden ocasionar dolor en las extremidades. El nombre de síndrome de dolor en las extremidades hace referencia a un grupo de trastornos médicos con causas y presentaciones clínicas muy diferentes que comparten la presencia de dolor continuo o intermitente en las extremidades. Para llegar a este diagnóstico los médicos pueden tener que realizar exámenes complementarios que les permitan descartar otras enfermedades que pueden causar dolor en las extremidades y ser potencialmente graves.

2. Síndrome de dolor crónico generalizado (anteriormente llamado síndrome de fibromialgia juvenil)

2.1 ¿ Qué es?

La fibromialgia pertenece al grupo de «síndromes de amplificación del dolor». La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético crónico generalizado que afecta a las extremidades superiores e inferiores, así como a la espalda, abdomen, pecho, cuello o mandíbula durante al menos 3 meses, combinado con cansancio, sueño no reparador y problemas de intensidad variable del nivel de atención, de la memoria y de la capacidad para la resolución de problemas y el razonamiento.

2.2 ¿ Cuán frecuente es?

La fibromialgia se produce principalmente en adultos. En pediatría se ha encontrado sobre todo en adolescentes con una frecuencia de

alrededor de un 1%.
Es más común en las mujeres que en los hombres. Los niños con este trastorno comparten muchas características clínicas con los afectados por otro cuadro de dolor llamado síndrome de dolor regional complejo.

2.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Los pacientes se quejan de dolor difuso en las extremidades, aunque su intensidad puede variar de un niño a otro. El dolor puede afectar a cualquier parte del cuerpo (extremidades superiores e inferiores, espalda, abdomen, pecho, cuello o mandíbula).
Los niños con este trastorno suelen tener problemas de sueño y sueño no reparador (se despiertan con la sensación de no haber dormido bien). Otra queja frecuente es cansancio intenso, acompañado de una disminución de la capacidad física.
Los pacientes con fibromialgia suelen referir dolores de cabeza, inflamación de las extremidades (existe una sensación de inflamación aunque esta no se pueda ver), adormecimiento y, a veces, coloración violácea de los dedos. Estos síntomas ocasionan ansiedad, depresión y es causa de inasistencia a la escuela (ausentismo escolar).

2.4 ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en los antecedentes de dolor generalizado en al menos 3 zonas del cuerpo que dure más de 3 meses, junto con un grado variable de cansancio, sueño no reparador y síntomas cognitivos (capacidad de atención, aprendizaje, razonamiento, memoria, toma de decisiones y resolución de problemas). Muchos pacientes presentan puntos dolorosos musculares (puntos gatillo) en ciertas localizaciones, aunque su presencia no es necesaria para el diagnóstico.

2.5 ¿ Cómo se trata?

Es importante reducir la ansiedad producida por este trastorno explicando a los pacientes y a sus familias que, aunque el dolor es intenso y real, no existe daño en las articulaciones ni es una enfermedad grave.
El enfoque más importante y eficaz es iniciar un programa de acondicionamiento cardiovascular, siendo la natación el mejor ejercicio.

En segundo lugar conviene iniciar un tratamiento cognitivo conductual (psicológico) de forma individual o en grupo. Por último, algunos pacientes pueden necesitar un tratamiento farmacológico para mejorar la calidad del sueño.

2.6 ¿ Qué pronóstico tiene?

El tratamiento completo requiere esfuerzos importantes por parte del paciente y es esencial el apoyo de la familia. En general, el pronóstico en niños es mucho mejor que en adultos y la mayoría de ellos se recuperan. El cumplimiento de un programa regular de ejercicio físico es muy importante. En adolescentes puede estar indicado el apoyo psicológico, así como la toma de medicamentos para el sueño, la ansiedad y la depresión.

3. Síndrome de dolor regional complejo de tipo 1 (Sinónimos: distrofia simpática refleja, síndrome de dolor musculoesquelético idiopático localizado)

3.1 ¿ Qué es?

Dolor muy intenso de causa desconocida en una extremidad, que se asocia con frecuencia a alteraciones cutáneas (cambios de color, temperatura , etc. en la piel)

3.2 ¿ Cuán frecuente es?

Su frecuencia se desconoce. Sin embargo, se sabe que es más frecuente en adolescentes (edad media alrededor de los 12 años) y en niñas.

3.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Generalmente existe dolor muy intenso y prolongado en un miembro, que no responde a distintos tratamientos y que se intensifica a lo largo del tiempo. Con frecuencia, el dolor puede hacer que se tienda a utilizar menos el miembro afectado.
Una característica de la enfermedad es que sensaciones que no resultan dolorosas a la mayor parte de la gente pueden resultar

extremadamente dolorosas para ellos, por ejemplo, el roce de la piel con algún objeto. Esta hipersensibilidad dolorosa se denomina «alodinia».
Estos síntomas interfieren con las actividades diarias de estos niños, lo que provoca un ausentismo escolar muy significativo.
Un subgrupo de pacientes desarrolla a lo largo del tiempo cambios cutáneos en la zona afectada, que pueden consistir en cambios de coloración (palidez o aspecto moteado), de temperatura (generalmente reducida) o de transpiración. También puede observarse inflamación de un miembro. En ocasiones, el niño mantiene el miembro en posturas extrañas y evita moverlo.

3.4 ¿Cómo se diagnostica?

Hasta hace unos años, estos síndromes recibieron distintos nombres. Sin embargo, hoy en día, los médicos hacen referencia a ellos como síndromes de dolor regional complejo. Para el diagnóstico de la enfermedad se utilizan diferentes criterios.
El diagnóstico es clínico, basado en las características del dolor (intenso, prolongado, limitante de la actividad, que no responde al tratamiento y presencia de alodinia) y en el examen físico.
La combinación de síntomas y de hallazgos en el examen físico es bastante característico. El diagnóstico requiere descartar otras enfermedades que pueden ser tratadas por médicos o pediatras de atención primaria antes de derivar al paciente a un reumatólogo pediátrico. Los análisis son normales. Una resonancia magnética (RM) puede mostrar alteraciones no específicas del hueso, articulaciones y músculos.

3.5 ¿Cómo se trata?

El tratamiento que da mejores resultados es el inicio de un programa de ejercicio físico intensivo supervisado por un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional, combinado o no con psicoterapia. Hasta la fecha se han utilizado otros tratamientos, aislados o en combinación, incluidos los antidepresivos, biofeedback, estimulación eléctrica transcutánea de los nervios y tratamiento conductual, sin resultados definitivos. Los analgésicos suelen ser ineficaces. Se están realizando investigaciones y en el futuro se espera que surjan mejores

tratamientos a medida que se identifiquen las causas. El tratamiento es difícil para todos los implicados, los niños, la familia y el equipo terapéutico. La intervención de psicólogos o psiquiatras suele ser necesaria, dadas las tensiones que provoca la enfermedad. Las mayores causas del fracaso del tratamiento es la dificultad de la familia a la hora de aceptar el diagnóstico y cumplir las recomendaciones de tratamiento.

3.6 ¿Qué pronóstico tiene?

La enfermedad tiene un mejor pronóstico en niños que en adultos. Además, la mayoría de los niños se recuperan más rápido que los adultos. Sin embargo, la recuperación lleva tiempo, y esta varía enormemente de un niño a otro. El diagnóstico y la intervención en las primeras etapas se asocian a un mejor pronóstico.

3.7 ¿ Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Se debe animar a que los niños continúen activos, realicen deporte, asistan a la escuela de forma diaria y pasen su tiempo de ocio con sus compañeros.

4. Eritromelalgia

4.1 ¿ Qué es?

También se llama «eritermalgia». El nombre de este trastorno deriva de 3 palabras griegas: erythros (rojo), melos (miembro) y algos (dolor). Es extremadamente poco frecuente, aunque puede aparecer en familias. La mayoría de los niños tienen unos 10 años de edad cuando empiezan a presentar síntomas. Es más frecuente en niñas.
Las manifestaciones clínicas incluyen una sensación de ardor, con calor, enrojecimiento e inflamación de los pies o, con menor frecuencia, de las manos. Los síntomas empeoran tras la exposición al calor y se alivian al enfriar la extremidad, hasta el punto de que algunos niños solo quieren tener los pies metidos en agua helada. La evolución es crónica, presentando estos síntomas de forma continuada. Las medidas de control más útiles parecen ser evitar el calor y el ejercicio intenso. Pueden utilizarse muchos fármacos diferentes en un intento de aliviar el

dolor, incluidos los antiinflamatorios, analgésicos y fármacos para mejorar la circulación sanguínea (llamados «vasodilatadores»). El médico recetará lo que sea más apropiado para cada niño.

5. Dolores de crecimiento

5.1 ¿ Qué son?

Los dolores de crecimiento son un proceso benigno que hace referencia a un patrón característico de dolor en las extremidades, que suele producirse en los niños entre los 3 y 10 años de edad.

5.2. ¿ Cuán frecuentes son?

Los dolores de crecimiento son frecuentes en pediatría. Se presenta con una frecuencia similar en niños y niñas, afectando entre el 10 y 20% de los niños de todo el mundo.

5.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

El dolor aparece principalmente en las piernas (pantorrillas, muslos o en la parte posterior de las rodillas) y suele ser bilateral. Aparece al final de la tarde o durante la noche, y a menudo hace que el niño se despierte. Con frecuencia el dolor se produce tras la actividad física. Los episodios de dolor suelen durar entre 10 y 30 minutos, aunque pueden variar entre minutos y horas, y pueden ser leves o de mucha intensidad. Los dolores de crecimiento son intermitentes, con intervalos libres de dolor que duran días o meses. En algunos casos, los episodios de dolor pueden producirse de forma diaria.

5.4 ¿Cómo se diagnostican?

El patrón clínico característico, combinado con la ausencia de síntomas durante la mañana y con un examen físico normal, permiten realizar el diagnóstico. Como regla general los análisis y los estudios de imágenes son siempre normales. Sin embargo, en ocasiones puede ser necesario realizar radiografías para descartar otras patologías.

5.5 ¿Cómo se trata?

Explicar la naturaleza benigna del proceso reduce la ansiedad en el niño y en su familia. Durante los episodios dolorosos puede ayudar dar masajes, aplicar calor o administrar analgésicos suaves. En los niños con episodios frecuentes, una dosis por la tarde o noche de ibuprofeno puede ser ayudar a controlar los episodios de dolor más intenso.

5.6 ¿Qué pronóstico tienen?

Los dolores de crecimiento no están asociados a ninguna enfermedad orgánica grave y suelen resolverse de forma espontánea con el tiempo. En el 100% de los niños, el dolor desaparece a medida que se hacen mayores.

6. Síndrome de hipermovilidad benigna

6.1 ¿ Qué es?

Los niños con hipermovilidad tienen articulaciones más laxas de lo habitual, por lo que también se denomina laxitud articular. Algunos niños pueden experimentar dolor. El síndrome de hipermovilidad benigna (SHB) hace referencia a los niños que presentan dolor en las extremidades debido a un aumento en la movilidad (rango de movimiento) de las articulaciones, sin ninguna enfermedad asociada del tejido conectivo. Por tanto, la SHB no es una enfermedad, sino una variación de la normalidad.

6.2 ¿ Cuán frecuente es?

La SHB es un trastorno extremadamente frecuente en niños y jóvenes, presentándose entre el 10 y 30% de los niños menores de 10 años de edad y, en particular, en niñas. Su frecuencia disminuye con la edad. Suele presentarse en familias.

6.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

La hipermovilidad suele dar lugar a dolores intermitentes, profundos y recurrentes al final del día o durante la noche en las rodillas, los pies o los tobillos. En los niños que tocan el piano, el violín, etc., también

puede afectar a los dedos. La actividad y el ejercicio pueden desencadenar un incremento del dolor. En raras ocasiones, puede presentarse inflamación leve de la articulación.

6.4 ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza en base a un conjunto de criterios que cuantifican el movimiento de la articulación y la ausencia de otros signos de enfermedades del tejido conectivo.

6.5 ¿Cómo se trata?

El tratamiento se necesita en muy raras ocasiones. Si el niño juega a deportes con impactos repetitivos, como el fútbol o la gimnasia, y desarrolla esguinces o torceduras recurrentes, debe usarse un refuerzo muscular o protección articular (vendajes elásticos o funcionales, rodilleras, tobilleras, etc.).

6.6 ¿ Cómo afecta a las actividades cotidianas?

La hipermovilidad es un trastorno benigno, que tiende a resolverse con la edad. Las familias deben ser conscientes de que el principal riesgo deriva de evitar que el niño no lleve una vida normal.
Debe animarse al niño a que mantenga un nivel normal de actividad, incluido participar en cualquier deporte que le interese.

7. Sinovitis transitoria de cadera

7.1 ¿ Qué es?

La sinovitis transitoria de cadera es una inflamación leve de la articulación de la cadera (que tiene un pequeño derrame o más cantidad de líquido articular del habitual), de causa desconocida, y que se resuelve por sí sola sin dejar daño alguno.

7.2 ¿ Cómo es de frecuente?

Es la causa más frecuente de dolor en la cadera en los pacientes pediátricos. Afecta a entre el 2 y 3% de los niños con edades

comprendidas entre los 3 y 10 años. Es más frecuente en los niños (una niña por cada 3 o 4 niños).

7.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Los síntomas principales son dolor en la cadera y cojera. El dolor en la cadera puede presentarse como dolor en la ingle, en la parte superior del muslo y, ocasionalmente, en la rodilla, habitualmente de inicio repentino. La manifestación más habitual es que el niño de levanta con renguera o negándose a caminar.

7.4 ¿Cómo se diagnostica?

La exploración física es característica: cojera con disminución del movimiento de la cadera y con dolor, en un niño que no presenta fiebre, es mayor de 3 años de edad y no parece estar enfermo. Ambas caderas se ven afectadas en el 5% de los casos. La radiografía de cadera suele ser normal por lo que no suele ser necesaria. Por otro lado, a la hora de detectar la sinovitis de la cadera es muy útil la realización de una ecografía.

7.5 ¿Cómo se trata?

La base del tratamiento es el reposo, que debe ser proporcional al grado de dolor. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden ayudar a reducir el dolor y la inflamación. El trastorno suele resolverse entre 6 y 8 días.

7.6 ¿Qué pronóstico tiene?

El pronóstico es excelente, con una recuperación completa en el 100% de los niños (por definición, se trata de un trastorno transitorio). Si los síntomas persisten más de 10 días, debe considerarse que se trata de otra enfermedad. No es infrecuente el desarrollo de episodios repetidos de sinovitis transitoria, que suelen ser más leves y más breves que el primero.

8. Dolor patelofemoral: dolor de rodilla

8.1 ¿Qué es?

El dolor patelofemoral es el síndrome por sobreuso pediátrico más frecuente . Este tipo de trastorno se produce porque los movimientos repetitivos o el ejercicio intenso continuado pueden lesionar determinadas partes del organismo, en especial las articulaciones y tendones. Estos trastornos son mucho más frecuentes en adultos (codo del tenista o del golfista, síndrome del túnel carpiano, etc.) que en los niños.
El dolor patelofemoral hace referencia al desarrollo de dolor en la parte anterior de la rodilla con actividades que sobrecargan la articulación patelofemoral (la articulación formada por la rótula de la rodilla y la parte inferior del hueso del muslo o fémur).
Cuando el dolor de rodilla viene acompañado por cambios en el tejido de la superficie interna (cartílago) de la rótula se utiliza el término «condromalacia de la rótula» o «condromalacia rotuliana».
Existen muchos sinónimos para el dolor patelofemotal: síndrome patelofemoral, dolor de la cara anterior de la rodilla, condromalacia de la rótula o condromalacia rotuliana.

8.2 ¿ Cuán frecuente es?

Es muy poco frecuente en niños de hasta 8 años de edad, siendo progresivamente más frecuente en adolescentes. El dolor patelofemoral es más frecuente en las niñas. Puede ser más frecuente en niños con trastornos angulares de las rodillas como el genu valgo (rodillas en X o en "pata de catre") o genu varo (rodillas en paréntesis), al igual que en aquellos con alteraciones de la rótula (inestable o mal alineada).

8.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Los síntomas característicos son dolor en la cara anterior de la rodilla que empeora con actividades como correr, subir o bajar escaleras, ponerse de cuclillas o saltar. El dolor también empeora tras mantener una posición sentada prolongada con la rodilla doblada.

8.4 ¿Cómo se diagnostica?

El dolor patelofemoral en los niños sanos es un diagnóstico clínico (no es necesario realizar análisis ni estudios de imagen). El dolor puede reproducirse al comprimir la rótula o impidiendo que ésta se mueva

cuando se contrae el músculo del muslo (cuádriceps).

8.5 ¿Cómo se trata?

En la mayoría de los niños sin enfermedades asociadas del tipo de trastornos angulares de las rodillas o inestabilidad rotuliana, el dolor patelofemoral es un trastorno benigno que se resuelve por sí mismo. Si el dolor interfiere con la práctica de deportes o con las actividades cotidianas, puede ayudar el iniciar un programa de fortalecimiento de los cuádriceps. La aplicación de frío local puede aliviar el dolor tras el ejercicio.

8.6 ¿ Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Los niños deben llevar una vida normal. Su nivel de actividad física debe ajustarse a los síntomas para que no tengan dolor. Los niños muy activos pueden utilizar una rodillera con soporte rotuliano .

9. Epifisiolisis femoral

9.1 ¿ Qué es?

Es un desplazamiento de la cabeza femoral a lo largo de la placa de crecimiento de causa desconocida. La placa de crecimiento es una banda de cartílago que se halla localizada entre el tejido óseo de la cabeza del fémur. Es la porción más frágil del hueso y lo que le permite crecer. Una vez la placa se mineraliza y se convierte en hueso, el hueso deja de crecer.

9.2 ¿ Cuán frecuente es?

Es una enfermedad poco frecuente que afecta a entre 3 y 10 niños de cada 100.000. Es más frecuente en adolescentes y en los varones., La obesidad parece ser un factor predisponente para esta enfermedad.

9.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Los síntomas principales son la cojera y el dolor de cadera con disminución de la movilidad de la misma. El dolor puede sentirse en la

parte superior (dos tercios) o inferior (un tercio) del muslo, y aumenta con la actividad física. En el 15% de los niños, la enfermedad afecta a ambas caderas.

9.4 ¿Cómo se diagnostica?

La exploración física es característica, con una disminución significativa de la movilidad de la cadera. El diagnóstico se confirma con una radiografía de caderas, preferentemente con la vista axial (posición de rana).

9.5 ¿Cómo se trata?

Este trastorno se considera una urgencia ortopédica y requiere la colocación de clavos quirúrgicos para estabilizar la cabeza del fémur (mantenerla en su sitio).

9.6 ¿Qué pronóstico tiene?

Depende de cuánto tiempo ha estado la cabeza del fémur desplazada antes del diagnóstico y del grado de desplazamiento. Varía de un niño a otro.

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, renguera 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.