

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA OSTECONDROSIS DEL TUBERCULO ANTERIOR DE LA TIBIA O ENFERMEDAD DE OSGOOD --- SCHLATER"

T E S I S

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

P O R

ANTONIO HOMERO MENDOZA M.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE MEDICO Y CIRUJANO.

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1965.

PREFACIO:

La ley de las series que curiosamente se cumple con asombrosa precisión en el ejercicio de la práctica médica, el desconocimiento que de esta entidad patológica -- priva en mí y la comprobación que personalmente hice entre mis compañeros, de que la mayoría también la desconocía, fueron los factores que me impulsaron a la realización de este trabajo; con el cual espero, aunque sea en mínima parte, llamar la atención del médico general y de los estudiantes, con el objeto de que no se les escape dicha enfermedad y puedan en esa forma aplicar el tratamiento respectivo que, como veremos posteriormente, es sumamente sencillo.

Este trabajo fué realizado con la agradable experiencia personal de haber visto tres casos consecutivos en la Consulta Externa de Ortopedia del Hospital General y que, para mayor sorpresa eran hermanos; dos casos más con la misma sintomatología, acicatearon nuestra curiosidad a este respecto, comprobando que en nuestro medio no ha habido ningún trabajo referente a la enfermedad de Osgood --- Schlatter.

INTRODUCCION :

Entre las enfermedades de los huesos, existe un grupo de lesiones que no pueden ser incluidas entre las infecciones, ni entre los tumores. Las Osteocondrosis estan dentro de este grupo.

Osteocondritis es el término que se ha usado para designar estas lesiones y que radican en el nucleo óseo en desarrollo y que, por lo tanto, ataca a niños y adolescentes. Tal es el caso de la enfermedad de Schuerman o Cifosis del adolescente, de la enfermedad de Calve, de la enfermedad de Leg G. Perthes, de la enfermedad de Kohler y de la enfermedad de Freiberg. por ciertos rasgos parecidos, también se ha clasificado entre las osteocondritis, a la enfermedad de Osgood Schlatter, aunque como veremos en este trabajo es una entidad diferente, con etiología también diferente; sin embargo, por la fuerza de la costumbre se le sigue conociendo como Osteocondritis del Tubérculo anterior de la Tibia.

La palabra misma de Osteocondritis, esta mal empleada y se presta a confusión ya que significa inflamación del hueso y del cartilago, lo cual no es cierto. Por esta ra-

zón es preferible el término de Osteocondrosis (1), por lo cual abogaremos en este trabajo.

A N T E C E D E N T E S :

Más de 60 años han pasado desde que Osgood Schlatter hicieron el primer reporte de esta enfermedad, y sin embargo dichos reportes permanecen dentro de los mejores, - resistiendo la prueba del tiempo, a pesar de la más o menos abundante literatura publicada hasta hoy.

Huges (5), notó que esta lesión se puede conocer por medio de Rayos X; por la calcificación a través del ligamento patelar.

Haglund en 1905, 1908 y 1909 y Jensen en 1907 y Dunlop en 1912, hacen énfasis sobre la importancia que tiene la correcta comprensión de las variaciones normales que se presentan en la osificación de la tuberosidad tibial, para la mejor interpretación de los cambios radiológicos visibles en la enfermedad de Osgood de Schlatter.

En nuestro medio, hasta la fecha, no hay ningún trabajo relacionado con lo que sucede con esta enfermedad. Es por ello que nos aventuramos a realizarlo nosotros, dejando constancia de que es un trabajo inicial e incompleto que únicamente abre la puerta para futuros trabajos.

OBJETIVOS :

- 1.- Divulgar esta entidad clínica tanto entre los estudiantes, como al médico general.
- 2.- Llamar la atención sobre la frecuencia con que se presenta en nuestro medio.
- 3.- Hacer énfasis acerca de lo que relativamente sencillo que es hacer el diagnóstico de la enfermedad cuando se tiene en mente en cualquier caso de dolor de la rodilla en sujetos en la edad del crecimiento.
- 4.- Dar a conocer los fundamentos clínicos y radiológicos para dar el diagnóstico de la enfermedad.
- 5.- Dar a conocer normas terapéuticas conservadoras y efectivas que están al alcance del médico general.
- 6.- Incitar a los colegas a realizar trabajos cada vez más completos de esta enfermedad.
- 7.- Abogar por el nombre genérico de Osteocondrosis en vez de Osteocondritis, que, como ya dejamos apuntado, es incorrecto. Y finalmente:
- 8.- Presentar este trabajo como una mínima colaboración a la árdua tarea de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que continúe siempre adelante con su lema de:

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

MATERIAL Y METODOS:

Este trabajo consta de la experiencia personal de tres casos examinados, tratados y curados en compañía del Dr. Roberto Rodríguez, en la Consulta Externa de Ortopedia del Hospital General; dos casos vistos en la Clínica particular del mencionado galeno y la revisión de once casos del Archivo del Centro de Recuperación y uno del Archivo del Hospital General.

El método empleado consistió en un examen clínico general y en especial, de la región afectada, complementado con los exámenes radiológicos indispensables para el diagnóstico de esta enfermedad.

De los casos que tuvimos la oportunidad de tratar, todos evolucionaron de una manera satisfactoria, desapareciendo definitivamente sus molestias.

EMBIOLOGIA:

La tibia se desarrolla por cuatro puntos de osificación : Uno primitivo para el cuerpo y tres complementarios para los extremos.

- a) Punto primitivo: El punto primitivo aparece en la diafisis, entre los treinta y cinco y los cuarenta días de la vida intra-uterina, se prolonga muy rápidamente y forma, no solo todo el cuerpo del hueso, sino también una buena parte de sus extremos.

produce por lo menos las once duodécimas partes de la tibia.

b) Puntos complementarios: De los tres puntos complementarios, uno está destinado a la epífisis superior, el segundo a la epífisis anterior y el tercero a la tuberosidad anterior. El punto de la epífisis superior o femoral (punto epifisiario superior) es el primero -- que aparece en el momento del nacimiento, formándose -- por encima de la diáfisis, una lámina horizontal bastante delgada, de un centímetro a uno y medio de espesor. El punto de la epífisis inferior o tarsiana (Punto epifisiario inferior) aparece en la mitad del segundo año, formándose así mismo una lámina horizontal de cosa de un centímetro de espesor, de la cual pende el maleolo tibial. RESPECTO AL PUNTO DESTINADO A LA TUBEROSIDAD ANTERIOR, aparece entre el segundo y los cuatro años; algunos meses más tarde se suelda por su borde superior a la epífisis superior de la tibia, y entonces figura una especie de medallón suspendido de la parte anterior de la epífisis.

La Epífisis anterior se suelda al cuerpo del hueso de los 16 a los 18 años, a los 20 a veces o más tarde, hasta los 22 o 24 años. (12).-

CONSIDERACIONES CLINICAS:

1.- DEFINICION: La Osteocondritis del tuberculo anterior de -

la tibia o enfermedad de Osgood Schlatter, también conocida como Epífisis del Tuberculo Tibial anterior, Osteocondritis del tuberculo tibial anterior y, en nuestro hospital general como síndrome del tibial anterior. Es una afección de la infancia y de la adolescencia en la que el tuberculo tibial anterior se agranda y se hace dolorosa.

2.- FRECUENCIA: La mayoría de los autores son bastante presisos al decir que la enfermedad se presenta dos veces más frecuente en el varón que en la mujer; sin embargo no tenemos un estudio referente al porcentaje de personas afectadas en el período de edad en que la enfermedad es más frecuente.

De los casos vistos y revisados por nosotros, que son en total 17, de los mismos 16 fueron del sexo masculino y uno solamente resultó del sexo femenino.

3.- EDAD: La edad en que esta enfermedad aparece, es generalmente de los 8 a los 15 años, habiendo lagunas pequenísimas variantes según los distintos autores; así tenemos que unos dicen que es entre los cinco a los 15 años; otros de 10 a 14 (1) pero lo cierto es que se presenta en el período del crecimiento.

En nuestros casos la edad de aparición está comprendida de los doce a los diez y seis años, con un promedio de 13 años. La edad en que más apareció la enfermedad fué de 14 años de --

edad y la mayor fué a los 16, la menor a los 12 años.

4.- SEXO: En el sexo masculino, es dos veces más frecuente que en el femenino; en nuestra escasa experiencia la proporción de casos masculinos es mucho mayor de lo que describen los libros.

5.- RAZA: La enfermedad de Osgood Schlatter, se presenta sin distinción de razas.

6.- LADO AFECTADO: Los casos unilaterales son el doble de los bilaterales y dentro de aquellos, la rodilla derecha es la más afectada.

7.- CARACTER FAMILIAR: Ningún reporte hay a este respecto, sin embargo lo que precisamente nos inclinó a la realización de este trabajo, fué la coincidencia (ley de las series) de haber conocido la enfermedad de Osgood Schlatter en tres hermanos y de los casos revisados en el archivo del Centro de Recuperación, por lo menos uno, tiene el antecedente de un hermano que padeció la misma enfermedad (caso # 16); sin embargo no nos fué posible encontrar algún reporte a este respecto, por lo que por el momento no estamos en capacidad de emitir un juicio con bases suficientes para poder opinar con certeza si existe o nó un carácter familiar en el enfermedad de Osgood Schlatter. Quizá investigaciones posteriores nos lo aclaren.

CUADRO CLINICO:

El paciente suele ser un muchacho en el período del crecimiento, que acude al médico quejándose de dolor en la parte anteroinferior de la rodilla, que se hace más manifiesto durante el ejercicio y que desaparece con el reposo. Al examen de la región, se aprecia una tumefacción a nivel del tuberculo tibial anterior que es exquisitamente dolorosa a la palpación; dicho dolor es demostrable también al flexionar forzosamente la pierna sobre el muslo, la articulación de la rodilla está indemne. (5).

Exámenes de Laboratorio: No existe ningún examen de Laboratorio que nos ayude al diagnóstico de esta enfermedad, lo que de una manera paradójica, nos sirve para diagnosticarla; pues ni la fórmula leucocitaria, ni la eritrosedimentación están alteradas, de lo contrario cabe, lógicamente, pensar que no se trata de la enfermedad de Osgood Schlatter.

RAYOS X:

Sumamente importante es el estudio radiológico para el diagnóstico de esta enfermedad, hecho que fué bien enfatizado por Osgood, quién advierte que el diagnóstico debe hacerse por una combinación de los cuadros: Clínico y Radiológico (15).

Los cambios radiológicos que se ven en la enfermedad de Osgood Schlatter, son bastante característicos y han sido bien estudiados por varios autores, entre ellos podemos citar a Hatling

Jensen, Hughes, Schneider y finalmente Costa Ehrenborg y Curt Lagegren, quienes estudiaron el desarrollo normal del tuberculo tibial anterior y establecieron que en dicho desarrollo, - hay cuatro etapas:

- a) Etapa cartilaginosa: Antes de que los centros de osificación del tuberculo tibial anterior sean discernibles.
- b) Etapa Apofisial: en la cual los centros de osificación aparecen en la lengua de cartilago, que representa a dicho tuberculo.
- c) Etapa Epifisial: En la cual esos centros han sido unidos para formar una lengua de hueso, la cual se ha fundido con la epifisis de la tibia, juntas estas estructuras, toman la apariencia de un gomo puntiagudo, en esta tercera etapa, hay todavía un residuo de cartilago en la superficie del tuberculo; y,
- d) La etapa Osea: O sea cuando la linea epifisaria se ha cerrado.

La Enfermedad de Osgood Schlatter, ocurre durante las etapas a, b y c, y nunca en la etapa d.

Conociendo estas etapas es bastante fácil el diagnóstico radiológico de la enfermedad. La técnica radiológica recomendada por estos autores después de haber hecho varios experimentos es la siguiente: Tomar una placa anteroposterior y una lateral, pero esta última con ligera rotación interna para

visualizar perfectamente el borde anterior del tuberculo tibial, lo cual no sería posible con una placa lateral simple. Ellos estudiaron a 170 pacientes, a los cuales les tomaron placas radiológicas antes, durante y después del tratamiento.

Nosotros unicamente tomamos una placa lateral simple de nuestros casos por varias razones: La primera el tipo económico ya que nuestro Hospital General no cuenta con un presupuesto que esté acorde con el enorme volumen de trabajo que se le presenta; la segunda, por desconocer hasta ese momento la técnica de los autores citados más arriba; sin embargo, el aspecto radiológico es tan típico, que aún con esas deficiencias, no tuvimos ninguna dificultad en hacer el diagnóstico de dicha enfermedad. Por supuesto que aceptamos y recomendamos la técnica antes dicha, ya que esa es la forma posible de poner en evidencia pequeñas lesiones que sin este refinamiento técnico, pasarían desapercibidas.

ETIOLOGIA

Varios son los factores que se han invocado como causa de la enfermedad de Osgood Schlatter. Si la consideramos como creen algunos, que es una necrosis aseptica del tuberculo tibial anterior, la causa es aún desconocida; el cuadro anatomopatológico es el siguiente: Necrosis del nucleo oseo debido a defectos de irrigación, seguida de un proceso de granulación

vascular que es destruido y hasta eliminado por los osteoclastos, en forma progresiva se presentan travéculas de hueso nuevo que reemplazan al tejido muerto, hasta conseguir una restitución a la normalidad (1). Pero como veremos mas adelante, el proceso de la enfermedad de Osgood Schlatter, no es una necrosis aséptica, y por lo tanto pasaremos a revisar los demás factores invocados:

- 1.- Disturbio Endocrino
- 2.- Malformación congénita
- 3.- Infeccioso
- 4.- Traumático.

De todos éstos factores, ninguno, excepto el traumático, resiste un análisis crítico, capaz de hacer cesar la discusión que aún existe después de 62 años de haber sido descrita por primera vez la enfermedad.

Factor endocrino: El factor endocrino se creyó que podría ser la causa por la relación que existe entre el hipotiroidismo y la coxapla y de como el uso de extracto tiroideo ha sido reportado como curativo (3), sin embargo, esto no es válido para la enfermedad de Osgood Schlatter.

2.- Malformación congénita: La malformación congénita queda descartada, por cuanto que la enfermedad aparece, como queda dicho, en las edades del crecimiento.

3.- Factor Infeccioso: El factor infeccioso tampoco ha podido ser demostrado, pues anteriormente mencionamos que no hay Leucositosis y tampoco la eritrosedimentación está elevada; -

además no se ha encontrado germen alguno en estudios histológicos realizados por varios autores (16) a pesar de que John Albert Key ha conseguido cultivar bacilos difteroides con material de la lesión, pero como el mismo advierte, es posible que provengan de contaminación exterior (8).

4.- Factor Traumático: El factor traumático es el que la mayoría de los autores aceptan como el responsable de la enfermedad de Osgood Schlatter, y es con el cual nosotros también estamos de acuerdo, después de haber revisado interesantes trabajos realizados por los Doctores: Gosta Ehrenborg y Curt Lagergren; Gosta Ehrenborg, Beng Engfeldt y Sten-Erik Olsson y Gosta Ehrenborg y Bengt Engfeldt (14) (15) (16) (17).

Dichos trabajos fueron revisados en la clínica pediátrica de Karolinska Sjukhuset de Estocolmo y fueron hechos, unos en perros (Experimental) y otros en humanos.

Uno de dichos trabajos consistió en un estudio Radiológico realizado en 170 pacientes que presentaban la enfermedad de Osgood Schlatter para observar los cambios del tuberculo tibial anterior, antes, durante y después del tratamiento de estos pacientes, 68 eran del sexo femenino y 102 del sexo masculino; - en 47 pacientes ambas rodillas estaban afectadas, 47 tenían afectada la rodilla derecha y 75 la rodilla izquierda; el número total de rodillas afectadas fué de 218, de esas 144 fueron tratadas por inmovilización en yeso de 4 a 6 semanas y 74 no fueron inmovilizadas. 17 pacientes de la serie fueron trata--

dos quirúrgicamente, material que fué aprovechado para hacer un estudio histológico cuyo resultado veremos más adelante y en el cual se confirma la naturaleza traumática de la enfermedad.

Según este trabajo, dichos autores encontraron que la apariencia radiológica de la enfermedad de Osgood Schlatter era diferente, según la etapa de desarrollo del tubérculo tibial anterior, así tenemos que en la etapa cartilaginosa el único signo de trauma es un tejido suave hinchándose a ambos lados del ligamento patelar, lo que torna un poco borroso el ángulo normal formado por el ligamento y la epifisis tibial (triángulo de Hoffa) (15).

En la etapa apofiseal la hinchazón fué más severa y se observaron además pequeños fragmentos calcificados desprendidos.

En la etapa epifiseal persiste el tejido suave hinchado el grado de calcificación de los fragmentos era variable y además se observaron defectos en la superficie del tubérculo tibial anterior correspondientes a los fragmentos separados. La naturaleza traumática de la enfermedad se la explican -- ellos de la siguiente manera: Porque ocurre entre los 8 a -- los 14 años, época en que el tubérculo tibial está en pleno desarrollo y el individuo presenta un marcado aumento de estatura, el músculo cuádriceps crece y sus demandas son mayores, lo que exige mayor esfuerzo de los ligamentos y del esqueleto.

La lesión en sí parece originarse de la contracción fuerte del cuádriceps que sobrepasa el límite normal de resistencia y se produce una rotura parcial en el límite de la unión del cartilago y las fibras del ligamento patelar, ya que en este período se inserta en el cartilago (16).

Paralelamente a este trabajo radiológico realizaron otro de carácter histológico con material extraído de los 17 pacientes antes mencionados, que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. Dicho material fué distribuido en dos grupos de acuerdo al tiempo de duración de los síntomas.

El grupo N^o 1. consistió en 10 preparaciones de huesecillos tomados de pacientes cuyos síntomas databan de largo tiempo y cuyas radiografías preparatorias mostraron fragmentos óseos en el ligamento patelar.

El grupo N^o 2. constó de ocho preparaciones procedentes de pacientes más jóvenes que los del grupo anterior y cuyos síntomas eran recientes.

Resultados:

Grupo N^o 1. En este grupo el microscopio mostró un tejido óseo irregular, con nueva formación ósea en la periferia, algo de la travecula fué así cubierta con capas de osteoblastos y cavidades de reabsorción osteoclástica. Frecuentemente se encontró una zona de tejido cartilaginoso, en el límite con el tejido ligamentoso que a veces se calcificó en varios lugares.

No se vieron cambios degenerativos al rededor de los hues-

ses examinados en el tejido ligamentoso.

Grupo N^o. 2. Los especímenes de este grupo presentaron un cuadro más variado, se vió que el tendón emerge del cartilago y que se mostraban cambios consistentes en pérdida de la contnuidad, presentándo un aspecto dentado, lo que indica la avulsión del tendón y el cartilago; en la zona marginal de estos tejidos, hubo áreas de necrosis.

La conclusión de éstos autores es que los cambios histológicos vistos en este estudio, absolutamente todos son explicados como provocados por el trauma, por esta razón para nosotros de mucho peso y por otras enumeradas en el transcurso de este trabajo, aceptamos y concluimos también que la etiología de la enfermedad de Osgood Schiatter es eminentemente traumática.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial, se facilita grandemente por lo hecho de que la enfermedad de Osgood Schiatter, está grandemente ligada a la edad. además, otras lesiones en esta re-gión, son muy raras en ese promedio de edades.

Desde luego puede confundirse con otras lesiones de la región, tales como; Osteitis, Bursitis, Lesiones del Esqueleto de origen tuberculoso, fracturas de la rótula y del tend-ón rotuliano y, por que nó, con el sarcoma, pero éstas con-

diciones son muy raras y en todo caso la historia, el examen físico y el imprescindible examen radiológico, facilitan grandemente el diagnóstico de esta enfermedad.

TRATAMIENTO:

Varios procedimientos, han sido probados en el tratamiento de esta enfermedad, desde lo más simple, como lo es el no hacer ningún tratamiento, hasta la intervención quirúrgica, que según nosotros, es lo último que debe intentarse.

ESTOS PROCEDIMIENTOS SON:

- a) Ningún tratamiento
- b) Simple reposo
- c) Colocación de un esparadrapo a presión
- d) Novocalización
- e) Infiltraciones con Hidrocortisona
- f) Cilindro de Yeso
- g) Intervención Quirúrgica.

Describiremos a continuación, cada uno de estos tratamientos aquí mencionados:

- a) Ningún tratamiento: En muchos casos no es necesario hacer ningún tratamiento, ya que las molestias ceden solas, quizá debido a que la lesión es leve.
- b) Simple Reposo: La limitación voluntaria de la actividad, es bastante difícil de lograr, ya que exige la abstención de largas caminatas, practicar deportes, bailar etc., y además un período de tiempo, de por lo menos 6 meses.

- c) Colocación de un esparadrapo a presión: Es prácticamente inoperante, ya que el esparadrapo por si solo no es capaz de ejercer la presión deseada, se despega con facilidad y muchas veces provoca mucha irritación.
- d) Novocainización: La infiltración a nivel del tuberculo tibial con unos 10 cc. de Novocaina a la concentración usual del 2% hace desaparecer el dolor, pero no evita que siga ejerciendo tensión a nivel del ligamento patelar lo cual, indudablemente retarda la curación.
- e) Infiltraciones con Hidrocortisona: Las infiltraciones con Hidrocortisona, son paliativas de los sintomas y algunos la usan en casos de inflamación aguda.
- f) Cilindro de Yeso: Es el tratamiento que nosotros hemos utilizado con magnificos resultados. Consiste en colocar un vendaje de yeso desde el tercio superior del muslo hasta el nivel de ambos maleolos, con extensión del miembro. Con este cilindro, que se deja aproximadamente 4 a 6 semanas, el paciente puede desempeñar sus tareas habituales, sin ningún contratiempo y con apenas una pequeña incomodidad.
- g) Intervención Quirúrgica: Cuando el tratamiento conservador con el cilindro de yeso no da los resultados favorables deseados, hasta entonces en cuando debe acudir a este tratamiento, para el cual existen diferentes técnicas, con apenas ligeras variantes, entre una y otra y todas con muy buenos resultados.

Existe la técnica de Bosworth que recomienda la inserción de clavijas de hueso en el tubérculo tibial.

Otro procedimiento es el de Ferslot y Thompson, que consiste en la extirpación completa del tubérculo tibial, abriéndose paso a través del ligamento patelar. Lauro -- Hampe Muller también describe su propia técnica; haciendo una incisión semilunar lateral externa, incisión y alejamiento de las fibras del ligamento patelar, hasta liberar el fragmento óseo, raspado de la superficie, para avivar o estimular la osteogénesis. Cierre por planos.

Pero cualquiera que sea la técnica empleada, todas tienen magníficos resultados; únicamente queremos hacer resaltar que, cuando el diagnóstico de la enfermedad se hace a tiempo e igualmente el tratamiento conservador del cilindro de yeso, los resultados son igualmente magníficos, este fué el único tratamiento empleado por nosotros y es el que más recomendamos al médico general, por ser fácil de aplicar, estar al alcance de todo médico, más económico para el paciente y, repetimos de magníficos resultados e inocuo.

PRESENTACION DE CASOS:

Describiremos seguidamente, los diversos casos observados por nosotros, dentro de los cuales citaremos en primer lugar a los tres hermanos que consecutivamente acudieron con sus molestias a la consulta externa de Ortopedia del Hospital General, a donde tuve la suerte de asistir durante seis fructíferos meses. Posteriormente revisaremos

consecutivamente, los casos (dos) vistos en la clínica privada del Dr. Roberto Rodríguez, los casos revisados del Archivo del Centro de Recuperación y del Hospital General.

Como podrán observar fácilmente, la Anamnesis de todos ellos es corta y sencilla, lo mismo que muy semejante.

CASO N^o. 1.- F.A.A.D. de edad, estudiante, sexo masculino, H.C. # 61990-59.- motivo de consulta: Dolor en la rodilla izquierda. practica activamente el Deporte, al exámen - presenta tumefacción en la cara anteroinferior de la rodilla izquierda, dura, dolorosa, cuyo dolor se acentúa con la flexión forzada.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter, lo cual se confirma con el estudio Radiológico solicitado.

Tratamiento: Se le coloca un cilindro de yeso por espacio de 40 días, al cabo de los cuales se le retira y el paciente queda completamente libre de sus molestias.

CASO N^o. 2.- B.R.A.D. de edad, estudiante, sexo masculino, H.C. # 13519-61.

Motivo de Consulta: Dolor a la cara anteroinferior de la rodilla izquierda, practica activamente el deporte.

Al exámen presente tumefacción en la parte anteroinferior de la rodilla izquierda, dolorosa a la palpación y a la flexión forzada.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter, confirmada con el estudio Radiológico.

Tratamiento: Cilindro de Yeso durante 40 días, al final de los cuales estaba completamente asintomático.

CASO Nº. 3.- J.C.A.D., de años de edad, estudiante, sexo masculino, H.C. # 29674-55.

Motivo de Consulta: Dolor a nivel de la cara anterior de la Rodilla izquierda, practica activamente el Deporte.

Al exámen presente el tuberculo tibial prominentemente doloroso.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schiatter, que se confirma con el estudio Radiológico.

Tratamiento: Cilindro de Yeso durante 40 días, después de -- los cuales, desaparecieron sus molestias.

CASO Nº. 4.- E.H.H. de 13 años de edad, estudiante, sexo masculino, H.C. # 04664-65. Motivo de Consulta: Dolor a nivel de la cara anterior de la rodilla derecha, practica activamente el deporte.

al Exámen presente masa dura y dolorosa a nivel del tuberculo tibial anterior, impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schiatter, confirmado con el estudio Radiológico.

Tratamiento: Se hace de primera intención una infiltración con novocaina que no tuvo ningún buen resultado, por lo que finalmente, se coloca cilindro de yeso durante un mes y al final del cual habian desaparecido sus molestias.

CASO Nº. 5.- B.D de 14 años de edad, estudiante, sexo masculino, (paciente privado).

Motivo de Consulta: Dolor en la cara anterior de la rodilla izquierda.

Historia: Desde hace más o menos 4 meses viene quejándose de --

dolor agudo en la región anterior de la rodilla, sin impedirle movimientos articulares, pero que le dificulta hincarse, - practica activamente el deporte.

Al exámen presenta: Prominencia del tuberculo tibial anterior el cual es sumamente sensible a la palpación, los movimientos de la rodilla son normales, ligamentos normales.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter.

Tratamiento: Cilindro de Yeso durante cuatro semanas, con magníficos resultado.

CASO Nº. 6.- C.E.I. de 15 años de edad, sexo masculino, estudiante, motivo de consulta: dolor en ambas rodillas.

Historia: Desde hace cosa de tres meses ha notado dolor en la parte superior de la tibia, bilateral, que fué diagnosticado como enfermedad de Osgood Schlatter. Le fué colocado aparato de yeso en la pierna por otro facultativo y cedieron sus molestias.

Al exámen presenta dolor en la cara anterior de ambas rodillas, prominencia del tuberculo tibial anterior, dolor a la presión del mismo, en el lado dercho hay un aparato de yeso

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter bilateral.

Tratamiento: Cilindro de Yeso unicamente en el lado izquierdo, durante 5 semanas, con lo cual desaparecieron sus molestias en ambos lados.

CASO Nº. 7.- E.E. de 13 años de edad, estudiante, sexo masculino: no Tiene # H.C., motivo de consulta: dolor a nivel de ambas rodillas.

Historia: Refiere que desde hace como 5 meses principió a padecer de dolor a nivel de ambas rodillas, primero a la derecha y más tarde a la izquierda, que se acentúa principalmente después de correr.

Al exámen presente dolor a la presión de ambos tuberculos tibiales, siendo más marcado en la derecha.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schiatter.

Tratamiento: Quirúrgico Bilateral, con lo cual cedieron sus molestias definitivamente.

Caso # 8.- F.S. de 12 años de edad, estudiante, sexo, masculino, no tiene # H.C. al igual que todos los restantes.

Motivo de Consulta: Dolor a nivel de la rodilla derecha a la altura de la espina del Tibia.

Al exámen: Tuberculo tibial anterior prominentemente doloroso.

Tratamiento: Cilindro de yeso por 4 semanas, con lo que desaparecieron sus molestias.

CASO N^o. 9. M.D.C.O. de 13 años de edad, estudiante, sexo femenino, motivo de consulta, dolor en la rodilla derecha.

Historia: Refiere que desde hace dos años viene padeciendo dolor en la rodilla derecha.

Al exámen: Hay aumento del tuberculo tibial

Tratamiento: Cilindro de Yeso, con lo cual desaparecen sus molestias.

CASO N^o. 10.- J.S. de 16 años de edad, estudiante, sexo masculino.

Motivo de la Consulta: Dolor a nivel de la Rodilla derecha.

Historia: Hace 4 años principió con dolor y protrusión en la ró-

tula derecha; hace un año fué sometido a operación en la cual le fué resecado un fragmento de rótula, actualmente persiste el dolor en la región.

Al exámen; solo se encuentra dolor en la región de la rótula derecha donde hay presencia de cicatriz quirúrgica, el resto es normal.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter, que se confirma con la Radiografía.

Tratamiento: Cilindro de Yeso, con lo cual desaparecen sus molestias.

CASO Nº. 11.- E.A.V. de 14 años de edad, estudiante, sexo masculino.

Motivo de consulta: Dolor a nivel del tubérculo tibial anterior

Historia: Jugando futbol recibió un puntapié en el tercio inferior de la pierna derecha.

Al exámen; presenta edema a nivel del tercio inferior de la pierna y dolor sobre el tubérculo tibial del mismo lado.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter, confirmado -- con estudio Radiológico.

Tratamiento: Cilindro de yeso con magníficos resultados.-

CASO Nº. 12.- F.M.S. de 13 años de edad, estudiante, sexo masculino.

Motivo de la consulta: Dolor en ambas rodillas.

Historia: Refiere la madre que desde hace tres meses su hijo -- viene padeciendo de dolor en ambas rodillas, las cuales le cuesta extenderlas cuando están flexionadas y viceversa.

Al exámen presenta dolor a nivel de ambos tubérculos tibiales.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter.

Tratamiento: Cilindro de Yeso, con lo cual ceden sus molestias.

Caso N^o. 13.- G.M.O. de 14 años de edad, estudiante, sexo masculino.

Motivo de Consulta: Dolor a nivel de ambas rodillas.

Historia: Refiere el paciente que desde hace un mes le duelen las rodillas y a veces los tobillos, actualmente se le han edematizado un poco las primeras.

Al exámen: Presenta dolor a la palpación de ambos tuberculos tibiales, impresión clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter confirmado con Radiografías.

Tratamiento: Cilindro de Yeso con lo que ceden sus molestias.

Caso N^o. 14.- A.R.M. de 14 años de edad, estudiante, sexo masculino.

Motivo de Consulta: Dolor extemporáneo de ambas rodillas.

Historia: Refiere dolor en ambas rodillas, sobre todo en su cara inferior, más o menos localizado en el extremo proximal de la tibia, bilateral, no hay claudicación.

Al exámen presenta dolor a la palpación en el tuberculo tibial anterior.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter, confirmado con Radiografías y tratamiento: Cilindro de Yeso, con lo que desaparecen sus molestias.

Caso N^o. 15.- J.A.M. de 14 años de edad, estudiante, sexo masculino.

Motivo de Consulta: Dolor a nivel de ambas rodillas.

Historia: Hace tres meses haciendo ejercicios calisténicos, sintió que las rodillas se le quedaban trabadas con los movimientos de flexión, con dolor localizado en las mismas, - molestias que también se presentan cuando montan bicicleta.

Al exámen: Hay dolor a nivel de ambos tuberculos tibiales.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter.

Tratamiento: Cilindro de yeso durante un mes, con lo que se le fueron los dolores.

CASO Nº. 16.- M.R.G.P. de 13 años de edad, estudiante , sexo masculino. motivo de consulta: Dolor a nivel de la rodilla izquierda, antecedente de importancia: Un hermano suyo padeció de la Enfermedad de Osgood Schlatter.

Historia: Refiere que desde hace m's de 3 meses viene presentando dolor en la rodilla izquierda.

Al exámen: Presenta Tuberculo tibial agrandado y doloroso a la palpación.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter, confirmado por Radiografías.

Tratamiento Cilindro de Yeso durante 7 semanas, con lo cual - quedó completamente asintomático.

CASO Nº. 17.- A.C.A. de 13 años de edad, estudiante, sexo -- masculino.

Motivo de la consulta: dolor en la cara anterior de la rodilla derecha.

Historia: Hace m's o menos 6 meses que comenzó con dolor en la parte anterior de la rodilla derecha; sus molestias actuales -

son dolor al arrodillarse, al correr, o al subir gradas.

Al exámen presente: Tumefacción a nivel del tuberculo tibial anterior, doloroso a la palpación.

Impresión Clínica: Enfermedad de Osgood Schlatter.

Tratamiento: Cilindro de Yeso, con lo que cedieron totalmente sus molestias.

D I S C U S I O N :

Por el número de casos vistos por nosotros y los revisados de los archivos del Centro de Recuperación y del Hospital General, podemos afirmar que la Enfermedad de Osgood Schlatter se presenta en nuestro medio con la misma frecuencia que en -- otros países, de donde se desprende la necesidad de que sea conocida por todos los médicos y por los estudiantes, para poder de esta manera, y con las medidas conservadoras descritas en este trabajo, resolver satisfactoriamente la incomoda situación de -- estos acientes.

Un estudio clínico, radiológico é Histológico como el realizado en el Departamento Pediátrico de Lakarolinska Sjukhuset de Suecia, no ha sido realizado en nuestro medio, ni tampoco -- nosotros pudimos llevarlo a cabo por varias razones, entre las que podemos citar las siguientes: Económica, Tiempo, Material etc.; pero abrigamos la esperanza de que trabajos posteriores lo hagan, ya que consideramos que el presente, es únicamente -- un trabajo preliminar, que sirva de base para futuros trabajos m's completos.

De los 17 pacientes presentados en este trabajo, 16 son del sexo masculino y únicamente uno del sexo femenino, lo cual no se ajusta a lo descrito en los libros, en donde indican que la proporción del sexo masculino al femenino, es de 2 a 1.

Como término comparativo, encontramos que la edad en que nuestros pacientes presentaron sus molestias es prácticamente la misma encontrada por la mayoría de los autores. El mecanismo fisiopatológico de la lesión es el mayor esfuerzo que se hace sobre el ligamento patelar en la época en que dicho ligamento se inserta en la porción cartilaginosa del tubérculo tibial anterior, época que coincide con un aumento de estatura aunado con una mayor demanda de esfuerzo del esqueleto, lo que excede el límite de resistencia de dicha inserción y por lo tanto se desgarran (16).

Nagura en 1940 trabajando con conejos, llegó a la conclusión de que el trauma es el responsable de la lesión.

Gelbke el 1950, trabajando con perros no tuvo éxito.

Con respecto al diagnóstico, queremos recordar el auxilio que prestan los Rayos X., los cuales tienen más o menos un 50% en dicho diagnóstico y recomendamos de hoy en adelante, ceñirse a las técnicas descritas por Ehrenberg y Engfeldt; sin embargo queremos recordaries también, que nosotros nunca seguimos ésta técnica por desconocerla hasta entonces y sin embargo, nunca tuvimos dificultad para hacer el diagnóstico de la enfermedad; esto probablemente sea debido a que la imagen radiológica es tan típica que es muy difícil no darse cuenta de la misma.

En nuestra experiencia personal, no figura ningún caso tratado quirúrgicamente (Consulta Externa), quizá debido a - que nuestros pacientes, consultaron en la época en que el tratamiento conservador con cilindro de yeso, es aún efectivo; sin embargo sabemos que el tratamiento quirúrgico es el indicado cuando las medidas conservadoras no han sido efectivas.

S U M A R I O :

- 1.- En el presente trabajo se hizo un somero resumen del cuadro clínico de la enfermedad de Osgood Schlatter, con el objeto de divulgar más el conocimiento de la misma, que, como queda dicho, es grueso el número de médicos y estudiantes que la desconocen. Si lo logramos aunque sea en mínima parte, nos sentiremos profundamente satisfechos.
- 2.- Se revisaron tres casos vistos conjuntamente con el Dr. Rodríguez en la Consulta Externa de Ortopedia del Hospital General, lo mismo que dos casos más, vistos en la clínica del mencionado galeno.
- 3.- Se revisaron también 15 casos del Archivo del Centro de Recuperación y uno del Archivo del Hospital General.
- 4.- Así mismo, revisamos un precioso estudio clínico, radiológico é histológico llevado a cabo en la clínica Pediátrica de Karolinska Sjukhuset de Estocolmo, cuyo material consistió en 170 pacientes: 68 muchachas y 102 muchachos, los cuales presentaron la enfermedad de Osgood Schlatter clínica y Radiológica--mente,
- 5.- Se trató de establecer comparaciones de lo que con respecto

a esta enfermedad, sucede en nuestro medio, relacionándolo con otros países, o con los que describen los libros.

6.- Tratamos de resaltar el tratamiento conservador, empleado por nosotros, debido a que estamos convencidos de que es muy bueno y además tiene la ventaja de estar al alcance de cualquier médico, en cualquier parte que se encuentre.

7.- Se hizo referencia a las distintas técnicas quirúrgicas empleadas por los distintos autores, todas con muy buenos resultados, y advertimos que el tratamiento quirúrgico es el indicado cuando fracasa el tratamiento conservador.

CONCLUSIONES :

1.- Creemos que la enfermedad de Osgood Schlatter, se presenta en nuestro medio con la misma frecuencia que en otros países, y si no se diagnóstica con la misma frecuencia es por su desconocimiento.

2.- La edad en que se presenta en nuestro medio es prácticamente la misma edad promedio de otras latitudes.

3.- El sexo masculino es el más afectado en una proporción de 2 a 1, a unque de los casos revisados por nosotros la proporción del sexo masculino sobre el femenino es mucho mayor (16 a 1).

esto lo atribuimos a que trabajamos más con pacientes masculinos en la Consulta Externa.

4.- La Enfermedad de Osgood Schlatter, es en buena parte desconocida por un grueso número de médicos y estudiantes.

5.- Igualmente es desconocida por algunos Radiólogos.

6.- Dicha entidad patológica debe ser más difundida entre los

futuros médicos.

7.- El diagnóstico de la Enfermedad es sumamente sencillo si se conoce la entidad y se asocian en cuadro clínico con el Radiológico.

8.- La técnica Radiológica recomendada por Gosta Ehrenborg y Kurt Lagergren, debe ser seguida de hoy en adelante, en la medida de las posibilidades.

9.- El tratamiento conservador con el cilindro de yeso, es sumamente fácil y están al alcance de todo médico.

10.- Cualquiera médico, especializado o no, debe estar en capacidad de resolver en cualquier momento un caso de esta naturaleza,

11.- Estudios más completos y detallados, a realizarse en el futuro nos ayudarán a comprender mejor ciertos aspectos de esta enfermedad que en el presente trabajo fueron tocados apenas superficialmente, tal el caso del factor familiar.

-----○-----

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Adams, John Crawford. Manual de Orthopedia. 3a. ed. A. Villadot Perice, Barcelona, Ed. Toray S.A., 1961 pp.401-2
- 2.- Casagrande, Peter A. y Harold M. Frost. Fundamentos de - Orthopedia Clinica Barcelona, P. Barcelo. Salvat, ed. 1955 pp. 259-63, 553.-
- 3.- Campbell's. Operative Orthopedics Fourth Edition A. H. -- Crenshaw 4th. Ed. Mosby, 1963 St. Louis pp. 918-19-
- 4.- Duplay y otros tratados de diagnóstico quirúrgico, 12ava ed. trad. por Barcelona, Salvat Ed. 1953 pp.
- 5.- Ferguson, Albert Bernet Jr. Orthopedic Surgery In Infancy and Childhood 2a. Ed. Baltimore. Williams and Wilkins 1963 pp. 49-52.
- 6.- Graham, Apley A. A. sistem of Orthopedic and Fractures. - London Butterworth and Co. (Publishers) Ltd. 1959 p.221
- 7.- Galtier-Boissiere. Nuevo Diccionario Médico Larouse 3a. ed. Española Paris, Editorial Larouse, 1956 p 792 vol. 2.-
- 8.- Key, John Albert and H. Earle Conwell. Fractures Luxaciones y Esguinces, Joaquín D'harcourt. México, Uthea 1947 pp 1137-39
- 9.- Key, John Albert and H. Earle Conwell. The Mahagement Of Frac-tures, Dislocations And Spins 6th. ed. St. Louis C. V. Mosby 1956 pp. 962-63.-
- 10- Nelson, Waldo E. Tratado de Pediatría. 4a, ed., Barcelona. Salvat Ed. 1960, pp. 1472-73.- Vol. 2.-

- 11.- Plat, Sir Harry. Modern Trends In Orthopedica. London, Butterworth y Co. (Publishers) Ltd. 1950 pp. 412-13.-
- 12- Silver, Henry K. C. y otros. Manuel de Pediatria. 2a. ed. México el Manuel Moderno. 1964. p.613.
- 13- Testut, L. y A. Latarjet. Tratado de Anatomía Humana. 9a. ed. I. Osteología Antropología y Miología. Barcelona, Salvat ed. 1945. pp 419, 666-712.
- 14- Ehrenborg, Gosta And Others. On The Aetiology Of The Osgood Schlatter Lesion. and Experimental Study In Dogs. Acta Chir Scand. 122; 445-577. Nov. 1961.- (Fasc. 4-5)
- 15- And Curt Lagergren. Roentgenologic Changes In the Osgood - Schlatter Acta Chir. Scand 121; 315-27.
- 16- Gosta and Bengt Enfeldt. Histologic Changes In The Osgood-Schlatter Lesión. Acta Chir. Scand. 121; 326-337 1961
- 17- The Insertión Of The Ligamentum Patellae On The Tibial Tuberosity. Some Views In Connection with The - Osgood Schlatter Lesion. Acta Chir. Scand. 121; (Basc 5-6; - 491-99. June-July 1961.-

A P E N D I C E :

Figura # 1.-
Aspecto Radiológico típico de la
Enfermedad de Osgood-Schlatter.-

Figura # 2.-
Otra Radiografía de rodilla izquierda
de paciente C.E.I.