



https://printo.it/pediatric-rheumatology/ES_GL/intro

Síndromes de dor nas extremidades

Versión de 2016

10. Osteocondrose (sinónimos: osteonecrose, necrose avascular)

10.1 Que é?

A palabra «osteonecrose» significa literalmente «óso morto». Fai referencia a un grupo diverso de enfermidades de causa descoñecida que se caracterizan pola interrupción do fluxo sanguíneo ao centro de osificación dos ósos afectados. Ao nacemento os ósos están formados principalmente por cartilaxe, un tecido máis brando que ao longo do tempo se substitúe por un tecido máis mineralizado e resistente, o óso. Esta substitución empeza en puntos específicos no interior de cada óso, os denominados centros de osificación e esténdese cara ao resto do óso ao longo do tempo.

A dor é o síntoma principal destes trastornos. Dependendo do óso afectado, a enfermidade recibe diferentes nomes.

O diagnóstico confírmase mediante estudos de imaxe. As radiografías mostran, de forma secuencial, fragmentación («illas» no óso), colapso (rotura), esclerose (aumento na densidade, o óso vese máis «branco» nas radiografías) e, con frecuencia, reosificación (nova formación de óso) coa reconstitución do contorno do óso.

Aínda que pode parecer unha enfermidade grave é bastante frecuente nos nenos e, coa posible excepción da afectación extensa da cadeira, ten un prognóstico excelente. Algunhas formas de osteocondrose son bastante frecuentes e considéranse unha variación normal do desenvolvemento do óso (enfermidade de Sever). Outras poden incluírse no grupo de «síndromes por sobreuso» (enfermidades de Osgood-Schlatter e de Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Enfermidade de Perthes

10.2.1 Que é?

Esta enfermidade prodúcese pola necrose avascular da cabeza do fémur (a parte da coxa que está máis preto da cadeira).

10.2.2 Como é de frecuente?

Non é unha enfermidade frecuente, xa que afecta a 1 de cada 10.000 nenos. É máis frecuente en homes (afecta a 4- 5 nenos por cada nena) con idades comprendidas entre os 3 e os 12 anos, sobre todo entre os 4 e os 9 anos de idade.

10.2.3 Cales son os síntomas máis habituais?

A maioría dos nenos presentan coxeira e unha dor de cadeira que é variable . Algunhas veces a dor atópase totalmente ausente.

Normalmente soamente afecta unha cadeira, pero a enfermidade é bilateral en aproximadamente o 10% dos casos.

10.2.4 Como se diagnostica?

A mobilidade da cadeira atópase alterada e pode ser dolorosa. As radiografías poden ser normais ao comezo pero máis tarde mostran a progresión descrita na introdución. A gammagrafía ósea e a resonancia magnética detectan a enfermidade antes que as radiografías.

10.2.5 Como se trata?

Os nenos con enfermidade de Perthes sempre deben derivarse a unha consulta de ortopedia pediátrica. Os estudos de imaxe son esenciais para o diagnóstico. O tratamento depende da gravidade da enfermidade. En casos moi leves, a observación pode ser suficiente, xa que o óso se cura en por si con pouco dano.

Pero en casos máis graves, o obxectivo do tratamento é conter a cabeza do fémur afectada no interior da articulación da cadeira, de modo que cando se inicie a formación do novo óso, a cabeza do fémur recupere a súa forma esférica.

Este obxectivo pode alcanzarse nun grao variable co uso dunha férula de abducción (nenos máis novos) ou, nos nenos máis maiores, mediante a remodelación cirúrxica do fémur (osteotomía, cortando un anaco de óso para manter a cabeza do fémur nunha mellor posición).

10.2.6 Que prognóstico ten?

O prognóstico depende do grao de afectación da cabeza do fémur (canto menor mellor), así como da idade do neno (mellor en menores de 6 anos). A recuperación completa require entre 2 e 4 anos. En xeral, ao redor de dous terzos das cadeiras afectadas teñen un bo desenlace anatómico e funcional a longo prazo.

10.2.7 Como afecta ás actividades cotiás?

As limitacións das actividades cotiás dependen do tratamento aplicado. Os nenos en observación deben evitar os impactos fortes na cadeira (saltar, correr). Con todo, deben seguir facendo vida normal atendendo á escola e participando no resto de actividades que non impliquen carga .

10.3 Enfermidade de Osgood-Schlatter

Este trastorno é consecuencia da tracción repetida do tendón rotuliano sobre o centro de osificación da tuberosidade tibial (unha pequena crista ósea que se atopa na parte superior da perna). Atópase presente en ao redor do 1% dos adolescentes e é máis frecuente nos mozos que practican deporte.

A dor empeora con actividades como correr, saltar, subir e baixar escaleiras e axeonllarse. O diagnóstico establécese mediante a exploración física, que demostra a existencia de molestias ou dor, acompañados ocasionalmente de inflamación, na inserción do tendón rotuliano na tibia.

As radiografías poden ser normais ou mostrar pequenos fragmentos de óso na tuberosidade tibial. O tratamento consiste en axustar o nivel de actividade para manter os pacientes sen dor, aplicando frío local e repouso tras a práctica deportiva. O trastorno resólvese co tempo.

10.4 Enfermidade de Sever

Este trastorno tamén se chama «apofisite do talón». Trátase dunha osteocondrose do centro de osificación secundario do óso do talón, probablemente relacionada coa tracción do tendón de Aquiles.

É unha das causas máis frecuentes de dor no talón en nenos e adolescentes. Do mesmo xeito que outras formas de osteocondrose, a enfermidade de Sever está relacionada coa actividade e é máis frecuente en homes. O seu inicio adoita producirse ao redor dos 7 ou 10 anos de idade, con dor no talón e, de forma ocasional, coxeira tras o exercicio.

O diagnóstico realízase mediante a exploración clínica. Non existe necesidade de tratamento á parte de axustar o nivel de actividade para que o neno non teña dor. Se isto non funciona pode usarse unha taloneira. O trastorno resólvese co tempo.

10.5 Enfermidade de Freiberg

Este trastorno describe a osteonecrose da cabeza do segundo metatarsiano do pé. A súa causa probablemente sexa traumática. É pouco frecuente e a maioría dos casos aparece en mozas adolescentes. A dor aumenta coa actividade física. A exploración física caracterízase pola presenza de molestias ou dor baixo a cabeza do segundo metatarsiano que, en ocasións, acompáñase de inflamación. O diagnóstico confírmase mediante radiografías, aínda que pode requirir dúas semanas desde o inicio dos síntomas para que os cambios sexan visibles. O tratamento inclúe repouso e unha almofada metatarsiana.

10.6 Enfermidade de Scheuermann

A enfermidade de Scheuermann ou «cifose xuvenil (dorso curvo)» é unha osteonecrose da apófise anular do corpo vertebral (a zona de óso máis periférica da parte superior e inferior de cada vértebra). É máis frecuente en mozos adolescentes que en nenas. A maioría dos nenos con este trastorno teñen unha mala postura, con ou sen dor de costas. A dor está relacionada coa actividade e pode aliviarse co repouso. O diagnóstico sospéitase tras a exploración (dorso curvo ríxido) e confírmase mediante radiografías.

Para realizar o diagnóstico de enfermidade de Scheuermann o neno debe ter irregularidades dos pratos vertebrais e unha «cuña» anterior

de 5 graos en polo menos tres vértebras consecutivas.

A enfermidade de Scheuermann non adoita requirir tratamento á parte de axustar o nivel de actividade do neno, observación e, nos casos nos que a cifose é máis pronunciada, un corpiño.