

# **Rodilla dolorosa en el niño deportista**

## **Autores:**

Dr. Sánchez, Efraín; Dr. Stumbo, Daniel; Martínez, Daniel y Meléndez, Santander (Fundación J. J. Avanzi).

## **Resumen:**

En éste trabajo presentaremos un caso de rodilla dolorosa en la infancia; en un paciente de 11 años, futbolista, que consultó por gonalgia izquierda de 10 días de evolución, sin antecedente traumático. El dolor se localizaba en cara antero-interna de tibia. A la semana se presenta con fiebre. Se solicitaron laboratorios y estudios por imágenes (radiografías, centellograma óseo y dos resonancias magnéticas) donde se observa lesión quística y edematosa en región metafiso-epifisaria tibial compatible con proceso inflamatorio, tumoral o infeccioso. En Fémur se observa imagen compatible con osteocondroma. Con tratamiento sintomático, se decide realizar punción biopsia, a la cual los padres se niegan, ya que el paciente a los 2 meses se encontraba asintomático. Luego de 4 meses, debido a nuestra insistencia, se realiza el estudio. En la anatomía patológica no se observaron atipias ,y en el cultivo y antibiograma no hubo desarrollo de gérmenes. Por lo tanto, nosotros concluimos que se trató de una osteomielitis hematógena subaguda.

Hoy el niño se presenta sin síntomas, ni secuelas.

## **Introducción:**

La rodilla es una región del cuerpo relativamente frecuente de dolor en el paciente esqueléticamente inmaduro. En ella hay un abanico amplio de condiciones patológicas que pueden producir éste síntoma, por lo que es importante tenerlas en cuenta con el fin de poder realizar un diagnóstico diferencial eficaz. Por otro lado, éstas pueden asentarse en la propia rodilla (apofisitis, tendinitis, menisco discoideo, osteomielitis, síndromes rotulianos, osteocondritis disecante, tumores, distrofia simpática refleja, idiopático, etc.) o en otras localizaciones y generar en la rodilla los llamados dolores referidos (sinovitis de cadera, epifisiolisis de cadera, enfermedad de Perthes, leucemia, problemas psicológicos, etc.)

Creemos que éste trabajo nos ayudará a conocer patologías poco frecuentes, que por desconocimiento de las mismas, no son diagnosticadas.

## **Materiales y métodos:**

Entre Junio y Diciembre del 2004, en consultorios externos se estudió y trató un paciente de 11 años de edad, que practicaba fútbol infantil, con dolor de rodilla izquierda.

Para su estudio se realizaron consultas con pediatría (de su obra social), análisis de sangre y orina, radiografías, centellograma óseo, dos resonancias magnéticas y punción biopsia guiada bajo tomografía axial computada (para anatomía patológica y cultivo-antibiograma).

El tratamiento empleado fue el conservador y expectante.

## **Caso clínico:**

Por consultorio externo, el 17 de junio del 2004, se presentó un niño de 11 años que jugaba en un club de fútbol infantil, con dolor cara interna de meseta tibial de rodilla izquierda, sin antecedente traumático, y de 10 días de evolución. No se palpaba aumento de la temperatura y no se observa

tumefacción. Con diagnóstico presuntivo de tendinitis de la pata de ganzo, se solicita radiografías de rodillas frente y perfil, donde se observa tumoración cara posterior tercio distal de fémur compatible con osteocondroma (no coincidiendo con la región dolorosa). Se indicó tratamiento sintomático con reposo, y se solicitó centellograma óseo.

El día 22 de junio se encuentra con fiebre (39°) y faringitis, más dolor con leve aumento de temperatura en cara antero-interna de tibia izquierda y calcáneo derecho (enfermedad de Haglund) con radiografías negativas. Se realiza consulta con servicio de pediatría de su obra social, donde se le solicita análisis de sangre y orina por guardia. En el mismo se encontró una eritrosedimentación elevada y aumento de glóbulos blancos a predominio de neutrófilos. Se decidió continuar con tratamiento médico (AINEs, antifebriles y reposo).

El 25 de junio el centellograma óseo hipercaptaba cara posterior distal de fémur y metáfisis tibial izquierda, y calcáneo derecho. Debido a los resultados se solicitó una RMN.

El cuadro clínico mejora levemente en la semana siguiente, pero aun continua con sintomatología (con dolor en rodilla, pero sin fiebre).

El 18 de julio la RMN (de mala definición) de rodilla izquierda muestra una lesión edematosa difusa de metáfisis tibial proximal interna que alcanza la cortical y partes blandas vecinas, más la imagen en cara posterior de fémur compatible con osteocondroma.

El 20 de julio, el niño se encontraba asintomático, se le indicó comenzar progresivamente con actividad deportiva y nuevo control en un mes con nueva RMN.

En dicha fecha se presenta con la RMN que muestra imagen quística metafiso-epifisaria de cara interna de tibia de rodilla izquierda. Debido a la presencia de ésta imagen se propone punción biopsia de la lesión para realizar diagnóstico diferencial entre Condrioblastoma, Neuroblastoma, sarcoma de Ewing u Osteomielitis. Como el chico estaba sin síntomas los padres se niegan a realizar dicho estudio.

Luego, de nuestra insistencia, en diciembre del 2004 se realiza la punción biopsia guiada bajo TAC. Se descartó atipias celulares y en el cultivo y antibiograma no se desarrolló gérmenes.

## **Conclusiones:**

Finalmente nuestra conclusión con respecto al diagnóstico, pensamos que se trató de una *Osteomielitis hematogena subaguda*.

La punción biopsia fue tardía para diagnosticar infección, pero fue determinante para descartar patología tumoral.

En caso de llegar antes al diagnóstico de osteomielitis, el tratamiento médico hubiera sido distinto (con antibiótico, por ejemplo).

Por último rescato la insistencia sobre los padres, del equipo médico para cerrar el cuadro con la punción biopsia.

## **Discusión:**

Nos pareció interesante la presentación de éste caso problema por la incógnita del diagnóstico, llegando al mismo por descarte.

Creemos que se trató de una osteomielitis hematogena subaguda (OHS) porque, al contrario de la artritis séptica o la osteomielitis aguda que presentan signos y síntomas de aparición brusca y alarmantes; la OHS presenta generalmente una clínica insidiosa de dolor, cojera y e inflamación moderada. El motivo de su formación es el resultado de un aumento de las resistencias del huésped concomitante con una baja virulencia bacteriana que hace que la infección se desarrolle de una manera lenta y con expresión clínica insidiosa. Las pruebas de laboratorio generalmente son negativas, al igual que la radiología convencional. Una vez desarrollado el cuadro, es común observar una imagen

osteolítica epifisaria, rodeada de halo esclerótico en TAC. En RMN se observa imagen similar con compromiso de partes blandas.

Recomendamos, ante ésta lesión realizar una punción biopsia y obtención de material para citología y microbiología a pesar que la mayoría de los casos hayan sido inconcluyentes.

La evolución es benigna y la lesión tiende a desaparecer espontáneamente.

La recomendación más consensuada es antibioticoterapia oral de amplio espectro por 6 semanas. En algunos casos en el que no se ha llegado al diagnóstico inicial de OHS y por lo tanto no se ha dado antibióticos (como en éste caso), se ha observado remisión espontánea del proceso sin dejar secuelas.

Pensamos en descartar patología oncológica como condroblastoma, neuroblastoma y sarcoma de Ewing, porque estos tumores óseos, que se ubican en región metáfiso-epifisaria con similares imágenes, se asocian a un cuadro general con fiebre, dolor, proceso inflamatorio, eritrosedimentación elevada y leucocitosis.

### **Bibliografía:**

- 1- Clinics in Sports Medicine .Lyle Michelis. Injuries in the young athlete 7:3 527-547 jul. 1988.
- 2- Clínicas ortopédicas de norteamérica .Robert Hensinger . Miembros inferiores en pediatría. 71-115 1997.
- 3- La rodilla infantil. Julio Pablos. Cap. 3, 17 y 18. 2003.
- 4- Handy RC, Lawton L, Carey T, Wiley J. Subacute hematogenous osteomyelitis. Are biopsy and surgery always indicated? J. Pediatr. Orthop.1996 16 220-3.
- 5- Rasool MN. Primary subacute hematogenous osteomyelitis in children. J.Bone Surgery 2001 ,83: 93-8.
- 6- Bickels J, Jelinek J, Neff R. Biopsy of musculokeletal tumors, clinic orthop. 1999; 368: 212-9.
- 7- Conceptos de pediatría. Narciso Ferrero.1991.
- 8- Campbell. Cirugía ortopédica. Tomo 1 cap. 2-3.