

Dolores durante el crecimiento. Dolores porque crecemos



A. Bueno Sánchez

F.E.A. de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Antes de empezar debemos aclarar algo muy importante, lo más importante: en este artículo nos estamos refiriendo solamente a dolores no patológicos, la inmensa mayoría de ellos son debidos a causas sin repercusión clínica ni anatomopatológica futura.

Sabemos que existen muchas situaciones en la infancia con dolores generalizados en el esqueleto, o en el músculo o miofascial, asociado a auténticas tragedias: leucemias, nefropatías, miopatías, enfermedades reumáticas, etc. O más localizadas en un hueso, pero de carácter también patológico: osteocondritis disecantes de distinta localización (astrágalo, cóndilo femoral), osteoma osteoide; o de localización articular (sinovitis transitorias, artritis sépticas, osteomielitis, etc.). Pues bien, de estas enfermedades o afecciones del aparato locomotor no vamos a hablar, ni siquiera vamos a hacer un diagnóstico diferencial, es decir, solo hablaremos de aquellos dolores no patológicos, que no son manifestación de patología, pero que existen... Debemos estar alerta, pues en medio de toda esta banalidad puede aparecer algún niño con dolores que no son de crecimiento. Espero que este artículo ayude a dilucidar esta situación.

INTRODUCCIÓN

Por eso, cuando hablamos de dolores de crecimiento, ¿de qué estamos hablando?

Los dolores de crecimiento son manifestación de una situación fisiológica, histológica y anatómica que existe porque se está creciendo. La mayoría de estas situaciones no son patológicas en tanto en cuanto no dejan secuelas.

Durante la infancia se sufren una serie de cambios y modificaciones en el aparato locomotor que van buscando la situación anatómica del individuo adulto. Son los huesos los que crecen, porque poseen cartílagos de crecimiento, cuyas células germinales proliferan dando más longitud al hueso.

En pos del crecimiento de los huesos, van los músculos y sus tendones, que se estiran e hipertrofian. Y mientras el niño crece, sus huesos están sometidos a una serie de situaciones estresantes:

- Vasculares: los extremos de los huesos, las epífisis, articulares, claramente diferenciadas en los huesos largos, están sometidas a alteraciones vasculares, pues están separadas de la irrigación del resto del hueso por el cartílago de crecimiento.
- Demanda mecánica: debido a la carga y a la tracción, consecuencia de su actividad, y a la añadida por el crecimiento óseo, que elonga estirando los tendones insertos en él.

De esta situación se derivan tres tipos de dolores:

- Dolores de crecimiento.
- Dolores de la edad.
- Osteocondrosis.

DOLORES DE CRECIMIENTO

Definido como “dolor óseo recurrente benigno”, alude a sus principales características, la benignidad y la recurrencia, pero ninguna de ellas se justifica mediante las explicaciones dadas hasta ahora. Así, Vergara *et al.*¹ y Martín Polanco *et al.*² comentan: “... Un proceso tan gradual y lento como el crecimiento de un niño difícilmente puede causar este dolor de carácter intermitente...”.

Entonces, ¿por qué duelen? Existen varias teorías anatomopatológicas: teoría anatómica, teoría de la fatiga o sobrecarga, teoría psicológica, teoría de la disminución de la densidad ósea y teoría del crecimiento acelerado nocturno, pero ninguna demostrada.

Son dolores que no tienen una clara lesión anatomopatológica o radiográfica, es decir, cualquier radiografía en estos casos no muestra ninguna imagen sugerente de esta.

Se localizan en el hueso, en la inserción tendinosa del mismo o en la zona miofascial. La manifestación clínica es bastante uniforme; aunque la edad puede oscilar en amplio intervalo, entre los 3 y los 12 años, es más frecuente en la primera infancia. Son nocturnos sobre todo, o a veces vespertinos. No interfieren con la actividad normal. Se manifiestan a temporadas y son referidos en muslos, piernas y rodillas; muy raramente en los miembros superiores. Mejoran con el masaje (¿por la vasodilatación mediante calor?) o con calmantes habituales. La radiología, como dijimos, es normal y la analítica también (que no es necesario hacer). Para decepción familiar, no están directamente relacionados con la talla del niño.

DOLORES DE LA EDAD

Este tipo de dolor es fundamentalmente de origen mecánico.

En la **primera infancia** el síndrome de hiper movilidad justifica dolores en las rodillas (el menisco hiper móvil, que pellizca; son dolores agudos que duran unos segundos y que pueden aparecer incluso sin carga, con el niño sentado), en los tobillos, etc., que desaparecen a medida que el niño pierde flexibilidad y todo se sitúa en su sitio, buscando y ocupando su lugar.

En la **adolescencia** duelen las rodillas con frecuencia; es un dolor femoropatelar, generalmente por cuádriceps corto (en un momento de crecimiento brusco, el cuádriceps queda más corto que el fémur, al que sigue, y esto provoca un mayor roce y presión sobre el cartílago de la rótula, que se edematiza y duele). La región lumbar y dorsal suele ser también zona diana de dolor, fundamentalmente de origen posicional, por insuficiencia y/o acortamiento muscular. La muñeca es una zona frecuente de dolor en niñas preadolescentes, de etiología incierta, aunque parece ligamentoso.

OSTEOCONDROSIS

Estos dolores solo pueden aparecer en el esqueleto en crecimiento porque posee cartílagos de crecimiento abiertos, núcleos de osificación en las epífisis y núcleos de osificación en las apófisis (que son esas otras excrescencias óseas en los extremos de algunos huesos largos, pero a diferencia de las epífisis son extraarticulares).

Algunos autores las separan en dos grupos según la fisiopatología: osteocondrosis por un lado, y epifisitis y apofisitis por otro.

Las osteocondrosis

Son un grupo de enfermedades que aparecen en el niño y que consisten en una necrosis aséptica, es decir, en la interrupción del aporte sanguíneo, o bien en una deficiencia de este con respecto a las exigencias del hueso en rápido crecimiento. Las consecuencias no son especialmente graves si el trastorno se produce en epífisis o apófisis extraarticulares. Cuando afecta al hueso que está en el interior de una articulación, origina una deformidad que la convierte en una articulación incongruente.

Algunas son entidades de sabida importancia y trascendencia: enfermedad de Perthes o enfermedad de Scheuermann, de localización epifisaria (la cabeza femoral, las vértebras); enfermedad de Blount, de localización fisaria..., pero no es el caso hablar ahora de ellas.

Las otras, más intrascendentes, son:

- Enfermedad de Panner: se localiza en el cóndilo humeral del codo; la edad media está en torno a los 10 años, y es más frecuente en niños. Cursa con dolor, tumefacción e impotencia funcional inicial y transitoria. En este momento puede necesitar una inmovilización de 1, 2 o 3 semanas. Ocasionalmente puede producir cierto grado de rigidez final.
- Enfermedad de Köhler I: es la necrosis avascular del escafoide tarsiano; aparece en niños más pequeños, de unos 4-5 años de edad, y es también más frecuente en niños. Los síntomas son mínimos; la mayoría de las veces es un hallazgo casual y se normaliza en 1 año o 2, conforme va creciendo el niño.
- Enfermedad de Freiberg o Köhler II: necrosis avascular de la cabeza del segundo metatarsiano; es más frecuente en niñas, en torno a los 12 o 13 años. Produce dolor al apoyo y tumefacción local. Se alivia con plantillas de descarga local. Son frecuentes las secuelas artrósicas, cuya sintomatología aparece en el adulto. A veces se localiza en el tercer metatarsiano y excepcionalmente puede afectar a la cabeza del quinto.
- Enfermedad de Thiemann: es la afectación de la epífisis de la falange del *hallux* en una edad similar al Freiberg. Puede producir rigidez articular transitoria. No está demostrada la relación con el *hallux rigidus* del adulto.

Las epifisitis y las apofisitis

Suelen ser extraarticulares, por lo cual no conducen en su evolución a alteraciones de la congruencia articular; en su etiología, el componente de déficit vascular juega un papel menor, y es más importante el componente traumático: son osteocondrosis por tracción. Por ello, la teoría microtraumática tiene mayor relevancia: son puntos de inserción de potentes tendones y es más frecuente en los niños.

- Enfermedad de Sever: aparece dolor en la tuberosidad posterior del calcáneo en torno a los 8 años, por tracción del tendón de Aquiles. En la radiografía aparece mayor densidad y fragmentación del núcleo de osificación secundario de la tuberosidad posterior del calcáneo. El tratamiento es sintomático: reposo, antiinflamatorios no esteroideos, talonera o alza para relajar el tendón, y/o cámara de aire en las deportivas.
- Enfermedad de Osgood Schlatter: localizada en la tuberosidad tibial anterior debido a la tracción del tendón rotuliano. Aparece en torno a los 12 años, sobre todo en niños. Cursa con dolor y tumefacción local y tuberosidad más prominente. Excepcionalmente deja un osículo doloroso en el adulto. El tratamiento es igualmente sintomático y, si las toleran, con cinchas de descarga.
- Enfermedad de Sinding-Larsen Johanson: se produce por la tracción del tendón rotuliano, de la punta de la rótula; ocurre en torno a los 12 años pero, en este caso, la mayoría de las veces es un hallazgo casual.
- Enfermedad de Iselin: es la epifisitis de la cola del quinto metatarsiano, cuando aparece este núcleo de osificación propio para esta zona del metatarsiano, a los 12 años. El tendón implicado es el peroneo lateral corto. Puede presentar dolor o no, con tumefacción lo-

cal. En muchas ocasiones, en una entorsis del tobillo se hace un diagnóstico erróneo de fractura.

- Enfermedad de Van Neck: osificación irregular de la unión isquiopubiana. Es más frecuente entre los 9 y los 11 años. En este caso puede influir la tracción de los músculos isquiotibiales. Excepcionalmente presenta síntomas dolorosos que desaparecen pronto. No se debe confundir con tumor.
- Escafoides corneado o supernumerario. Dolor por roce local y tracción del tendón del tibial posterior. A veces requiere la resección o exéresis del mismo.

No son solo estos, pero sí son los más importantes y habituales y, al igual que el resto, se pasan cuando dejamos de crecer: son dolores del crecimiento, dolores porque crecemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vergara E, Perilla R, Álvarez G. Dolor de crecimiento. Revisión de la literatura. *Rev Col Or Tra.* 2008;22:192-5.
2. Martín Polanco R, Navarrete CL. Resumen XLIII jornadas de investigación pediátrica. Formas clínicas de presentación del dolor musculoesquelético no reumatológico en policlínico de reumatología Hospital Roberto del Río: 1995-2007. *Rev Ped Elec.* 2008;5. [en línea] Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num2/pdf/resumenes_jornadas/32_Formas_clinicas_de_presentacion_del_dolor.pdf.
3. López Robledillo JC. Síndrome del dolor musculoesquelético en la edad pediátrica. *Ped Integral.* 2004;8:761-7.
4. González Herranz P. Mesa redonda: La cirugía infantil y la pediatría general. El mismo camino, un único objetivo. In memoriam Profesor Dr. Manuel Moreno de Orbe. Apofisitis. *Bol Pediatr.* 2003;43:147-53. Disponible en: www.sccalp.org/boletin/184/BolPediatr2003_43_147-153.pdf.