



DOLORES ÓSEOS BENIGNOS RECURRENTE DE LA INFANCIA ¿Cuándo preocuparnos?

Autor: Dra. Claudia Inostroza Orellana, Residente Medicina Familiar mención Niño UCM.

Revisor: Dra. Valeria Ortiz Vega. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

Los dolores óseos benignos recurrentes de la infancia, son frecuentes de ver en la práctica clínica de atención infantil. Se trata de un cuadro de evolución autolimitada, benigno que mejora con el desarrollo óseo. Su diagnóstico es clínico, no requiere exámenes de confirmación, pero hay que estar alerta ante banderas rojas que orienten a otra patología. El manejo es conservador con masajes en las zonas dolorosas, analgesia y calor local.

Introducción:

Los dolores óseos benignos recurrentes de la infancia, antes llamados “dolores de crecimiento” son una causa frecuente de consulta en la Atención Primaria de Salud (APS), y si bien tienen un curso benigno y autolimitado, genera gran preocupación en los padres.

Los dolores, se producen frecuentemente entre los 4 y 10 años, sin variación por sexo, con una prevalencia variable de hasta el 49% según la literatura (1).

Existen varias teorías sobre su etiología, como problemas posturales, sobreuso de las extremidades y bajo umbral de dolor, pero ninguna ha sido comprobada. Hasta ahora, se sabe que no tienen relación con los períodos de crecimiento rápido por lo que no debiesen llamarse dolores de crecimiento (1).

Desarrollo:

Los dolores óseos benignos recurrentes pueden ser de intensidad variable llegando a producir llanto en el menor, generando angustia en sus cuidadores. Estos dolores, aparecen generalmente en extremidades inferiores de manera difusa afectando muslos, región poplíteo o pantorrillas, habitualmente en forma bilateral. Predominan al atardecer o en la noche, son autolimitados con una duración entre 30 y 120 minutos, y si bien no generan limitación funcional ni se producen durante la actividad física, una larga jornada deportiva podría aumentarlos. Respecto al examen físico, éste tiende a estar normal, y en caso de que se lleguen a realizar exámenes de imágenes o laboratorio, también son normales. (1,4)

Es de importancia clínica conocer estas características para evitar someter a niños a exámenes innecesarios. Según un estudio realizado en el 2007 los exámenes realizados a 150 niños con esta condición versus 100 controles sanos no tenían diferencias estadísticamente significativas, lo que evidencia su poca utilidad en estos casos (4).

Se describen los síntomas y signos considerados “banderas rojas” que pueden orientar a otra patología (tabla 1) y algunos diagnósticos diferenciales importantes (tabla 2), ante los cuales debemos estar atentos y derivar oportunamente.

El manejo es conservador, donde tiene gran importancia la educación que se le entrega los padres sobre la benignidad y resolución del cuadro a medida que el niño crece. La gran mayoría de las veces mejorarán con masajes locales, compresas tibias o algún analgésico como paracetamol.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Estambul que incluyó a 120 niños con dolores de crecimiento, evaluó los niveles plasmáticos de vitamina D. En aquellos que tenían déficit demostrado (<10ng/ml) se les administró una dosis oral única de vitamina D: 150.000 UI (≤6 años) o 300.000 UI (>6 años) + suplemento oral de calcio (1000 mg/día) durante 1 mes. En el control de laboratorio a

los 30 días hubo un alza y normalización de valores de vitamina D estadísticamente significativo sin variaciones en los niveles de calcio. Al realizar control al tercer mes, 31 de los 40 niños que recibieron tratamiento habían disminuido la intensidad de dolor que fue clínica y estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Si bien no se puede hacer una recomendación general sobre suplementos de vitamina D, podría ser de utilidad en aquellos niños que presentan déficit confirmado (5).

Tabla 1. Banderas Rojas

Anamnesis	Examen Físico
Fiebre o Compromiso del estado general	Palidez
Dolor progresivo y persistente	Adenopatías generalizadas
Mala respuesta a manejo sintomático	Hepatoesplenomegalia
Baja de peso, sudoración nocturna	Compromiso articular
Debilidad muscular	Rangos de movilidad articular alterados
Patrón inflamatorio (dolor que mejora con actividad)	Reflejos osteotendíneos alterados
Alteración pondoestatural	Alteración de la marcha o cojera
Trauma reciente	Limitación funcional

Elaboración propia.

Tabla 2. Diagnóstico Diferencial

Diagnóstico	Características
Leucemia	Palidez, baja de peso, sudoración, adenopatías, hepatoesplenomegalia, hemograma alterado, $\uparrow$ Ácido úrico y $\uparrow$ LDH
Tumores óseos	Dolor progresivo y persistente, habitualmente unilateral, mala respuesta a analgesia. Aumento de volumen o prominencia ósea al examen físico. Radiografía alterada.
Enfermedad reumatológica	Patrón inflamatorio del dolor, cede con actividad física, puede asociarse a aumento de volumen articular, preferentemente oligoarticular en niños (hasta 4 articulaciones). ANA (+) 50-70%
Infecciones osteoarticulares	Fiebre o compromiso del estado general asociado a cojera, aumento de volumen articular o signos inflamatorios locales. Más frecuente en menores de 5 años. Laboratorio muestra aumento de reactantes de fase aguda, imágenes en etapa precoz pudiesen ser normales.
Fracturas	Antecedentes de trauma asociado a cojera o impotencia funcional.

Elaboración propia basada en referencias 2 y 6.

Conclusión:

Los dolores óseos benignos recurrentes de la infancia son frecuentes en la práctica diaria y para su diagnóstico es vital realizar una anamnesis y examen físico exhaustivos. Los exámenes ya sean imagenológicos o de laboratorio no agregan información extra, y solo deben solicitarse ante la posibilidad de otro diagnóstico.

Su evolución es autolimitada y el manejo es conservador, siendo fundamental tranquilizar a los padres.

A pesar de tratarse de una patología benigna, se debe realizar seguimiento y para pesquisar oportunamente eventuales banderas rojas que podrían cambiar la conducta y requerir manejo adicional.



Bibliografía:

1. Vergara E., Perilla R., Alvarez G., (2008) Dolor de crecimiento. Revisión de literatura. Revista Colombiana de ortopedia y traumatología.
2. Lehman, P. J., & Carl, R. L. (2017). Growing Pains. *Sports health*, 9(2), 132–138. <https://doi.org/10.1177/1941738117692533>
3. J.C. López Robledillo (2013) Síndrome del dolor musculoesquelético en la edad pediátrica *Pediatría Integral*; XVII(1): 15-23
4. Asadi-Pooya, A. A., & Bordbar, M. R. (2007). Are laboratory tests necessary in making the diagnosis of limb pains typical for growing pains in children?. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*, 49(6), 833–835. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2007.02447.x>
5. Vehapoglu, A., Turel, O., Turkmen, S., Inal, B. B., Aksoy, T., Ozgurhan, G., & Ersoy, M. (2015). Are Growing Pains Related to Vitamin D Deficiency? Efficacy of Vitamin D Therapy for Resolution of Symptoms. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 24(4), 332–338. <https://doi.org/10.1159/000431035>
6. Lopex olmedo J., (2024) Patología de la cadera y otras causas de cojera. *Pediatría integral*. XXVIII (4): 214-224