

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i6.3037>

Dolores del Crecimiento. ¡Lo que el pediatra debe saber!

Growing Pains. What the pediatrician should know!

José Cortés Gómez,¹ Felipe Aguilar Ituarte²

INTRODUCCIÓN

Los Dolores de Crecimiento (DC) son una entidad clínica de origen aún no determinado que se caracteriza por dolores recurrentes, intermitentes, simétricos, extraarticulares, usualmente en extremidades inferiores y en individuos aparentemente sanos. Se producen típicamente durante las últimas horas de la tarde o en la noche. Cuando se realizan exámenes físicos y de laboratorio a los pacientes los parámetros son normales y ¹ es la causa más común y recurrente de dolor musculoesquelético en los niños.²

El término surgió por primera vez en 1823 por Marcel Duchamp, en un libro llamado: "*Maladies de Croissance*" ("enfermedades del crecimiento").³ Aunque los dolores de crecimiento parecen una etiqueta diagnóstica popular en niños y adolescentes, existe incertidumbre sobre lo que constituye el dolor de crecimiento.² Fundamentalmente, no está claro si los dolores de crecimiento son un diagnóstico de exclusión para presentaciones no específicas de dolor musculoesquelético, o si pretende ser una explicación de una condición o patología musculoesquelética específica.

Se han propuesto muchas causas de dolores de crecimiento, estas incluyen causas anatómicas (p. ej., hiperlaxitud ligamentaria, *genu valgum*, baja densidad mineral ósea); causas psicológicas (p. ej., estrés); causas vasculares (p. ej., perfusión vascular esquelética),⁴ y causas metabólicas (p. ej., bajos niveles de vitamina D).⁵ Todas estas no están

¹ Departamento de ortopedia.

² Unidad de publicaciones médicas. Instituto Nacional de Pediatría, SSA, CDMX.

Correspondencia

José Cortés Gómez
pediatips@outlook.com

Este artículo debe citarse como: Cortés Gómez J, Aguilar Ituarte F. Dolores del Crecimiento. ¡Lo que el pediatra debe saber! Acta Pediatr Méx 2024; 45 (6): 642-644.



respaldadas por la investigación o por evidencia consistente.^{6,7-9} Esta incertidumbre significa que hay una falta de orientación para los médicos sobre cuándo la etiqueta de dolores de crecimiento podría ser apropiada para un niño o adolescente.

Aspectos epidemiológicos

Las estimaciones reportadas de la prevalencia de dolores de crecimiento oscilan entre el 3,5 % y el 36,9 %, dependiendo del país, el entorno y la definición.^{6,13}

Presentación clínica

Los aspectos más relevantes a considerar en esta entidad son: ubicación del dolor, edad de inicio, patrón del dolor, trayectoria del dolor.

En cuanto a la ubicación del dolor estos se caracterizan por ser de predominio bilateral, afectando las extremidades inferiores fundamentalmente la fosa poplíteica y la región de las espinillas. Otras ubicaciones menos frecuentes son brazos, hombro, espalda, ingle o ligamentos y tendones. En su mayoría, los dolores de crecimiento no están relacionados con las articulaciones, por lo tanto, son consideradas como dolores extraarticulares.

En cuanto a la edad de inicio estos ocurren entre los 3 y los 12 años, aunque de manera excepcional estos pueden extenderse hasta los 16 años.¹⁰ Los dolores de crecimiento predominantemente ocurren por la tarde o por la noche y su duración pueden ser desde minutos hasta 2 horas.

Examen físico

Un tercio de los pacientes presentan a un examen físico normal, definido como una ausencia de datos de inflamación e incluso déficits de rango de movimiento, anomalías de la marcha u otras manifestaciones musculoesqueléticas.

Abordaje diagnóstico sugerido

Una de las dificultades que presentan los dolores de crecimiento es la falta de definición. No existe una única prueba patognomónica para los dolores de crecimiento, por lo que sigue siendo un diagnóstico de exclusión. Por lo anterior, la historia clínica con una concienzuda exploración física aporta una aproximación diagnóstica, a la que debemos incluir algunos diagnósticos diferenciales y excluirlas de manera categórica. **(Cuadros 1 y 2)**

MANEJO Y TRATAMIENTO

Toda vez que se establece el diagnóstico y se han excluido las patologías diferenciales, se debe de considerar un manejo conservador y tranquilizar a los niños y padres sobre la naturaleza benigna y autolimitada de esta condición.

Existe una gran cantidad de métodos citados para tratar a los niños con dolores de crecimiento, desde compresas calientes, estiramientos, masajes, paracetamol, suplementos de vitamina C, magnesio y zinc¹⁰. No obstante, Los únicos métodos que cuentan con respaldo científico son los estiramientos musculares y las cuñas/ortesis para el pie dentro del calzado.^{11,12}

Cuando y a quien referir

Se justifica un examen adicional y referencia para niños con antecedentes atípicos, síntomas sistémicos o para aquellos individuos con anomalías en el examen físico como alodinia, sensibilidad focal, hinchazón de las articulaciones o disminución del rango de movimiento articular. Toda vez que se corrobore estrictamente los criterios de exclusión y de acuerdo a los hallazgos, los pacientes serán consignados ya sea el ortopedista, oncólogo o neurólogo especializados en pediatría.

Cuadro 1. Criterios de Inclusión y Exclusión

Definición de dolores del crecimiento: Criterios de inclusión y exclusión		
	Inclusión	Exclusión
Naturaleza del dolor	Intermitente Algunos días y noches sin dolor	Persistente e incrementa intensidad
Unilateral o bilateral	Bilateral	Unilateral
Ubicación del dolor	Región poplítea, muslos y músculos posteriores	Dolor articular
Inicio del dolor	Tarde- noche	Dolor aún presente a la mañana siguiente
Exploración física	Normal	Hinchazón, eritema, sensibilidad Traumatismo o infección local Reducción del rango articular Cojera
Paraclínicos	Normal	Hallazgos positivos en radiografías, velocidad de sedimentación globular, etc.

Modificado de: Growing Pains en Pediatrics Pocket book, Angela Evans, Churchill Livingstone, Elsevier 2010 ¹⁰

Cuadro 2. Diagnósticos diferenciales

Diagnósticos diferenciales		
	Sospechar si presenta	Investigación adicional
Artritis Juvenil	Rigidez matutina articular, unilateral o bilateral	Factor reumatoide, velocidad de sedimentación Globular
Tumores óseos	Dolores unilaterales	Estudios radiográficos de la región
Piernas inquietas	Historia familiar positiva	

Modificado de: Growing Pains en Pediatrics Pocket book, Angela Evans, Churchill Livingstone, Elsevier 2010 ¹⁰

REFERENCIAS

- Peterson H. Growing pains. *Pediatr Clin North Am.* 1986; 33:1365-72.
- Lehman PJ, Carl RL. Growing pains. *Sports Health.* 2017;9(2):132-138.
- Duchamp R-G. *Maladies de la croissance.* Paris: Chez L'auteur; 1823
- Evans AM. Growing pains: contemporary knowledge and recommended practice. *J Foot Ankle Res.* 2008;1(1):4.
- Vehapoglu A, Turel O, Turkmen S. Are growing pains related to vitamin D deficiency? efficacy of vitamin D therapy for resolution of symptoms. *Med Princ Pract.* 2015;24(4):332-338
- de Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: analysis of 1000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics.* 1998;102(6):E63
- Oberklaid F, Amos D, Liu C, Jarman F, Sanson A, Prior M. "Growing pains": clinical and behavioral correlates in a community sample. *J Dev Behav Pediatr.* 1997;18(2):102-106
- Hashkes PJ, Gorenberg M, Oren V, Friedland O, Uziel Y. "Growing pains" in children are not associated with changes in vascular perfusion patterns in painful regions. *Clin Rheumatol.* 2005;24(4):342-345
- Al-Khattat A, Campbell J. Recurrent limb pain in childhood ('growing pains'). *Foot.* 2000;10(3):117-123
- Growing Pains en *Pediatrics Pocket book*, Angela Evans, Churchill Livingstone, Elsevier 2010
- Baxter MP, Dulberg C 1988 Growing pains in childhood – a proposal for treatment. *Journal of Pediatric Orthopedics* 8(4):402-406
- Evans AM, Scutter SD. Are foot posture and functional health different in children with growing pains? *Pediatr Int.* 2007;49(6):991-996
- Evans AM, Scutter SD. Prevalence of "growing pains" in young children. *J Pediatr.* 2004;145(2):255-258