

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2019;116(4):185-188

Enfermedad de Scheuermann

Ulloa-Bahamonde Lucas^a, Lago-Souto Ramón^b, Zárata-Oñate Carmen^a, Alberdi-Alkorta Julen^a, Delgado-Yáñez Aritz^a, Barandiaran-Abaroa Danele^a, Iturralde-Iriso Jesús^a

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Centro de Salud La Habana, Vitoria-Gasteiz, Euskadi, España

(b) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Centro de Salud Lakuabizkarra, Vitoria-Gasteiz, Euskadi, España

Recibido el 18 de febrero de 2019; aceptado el 28 de agosto de 2019

PALABRAS CLAVE

Dorsalgia.
Scheuermann.
Cifosis.
Acuñamiento vertebral.

Resumen:

La enfermedad de Scheuermann es una causa frecuente de hiperCIFOSIS torácica que puede cursar con dolor subagudo a dicho nivel en pacientes jóvenes. Su etiología es idiopática aunque se cree que puede haber factores genéticos implicados. El diagnóstico se basa en la presencia de clínica compatible junto con evidencia radiológica de acuñamientos vertebrales anteriores y angulación cifótica de la columna dorsal. El tratamiento suele ser conservador.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Dorsal pain.
Scheuermann.
Kyphosis.
Vertebral wedging.

Scheuermann's disease

Abstract:

Scheuermann's disease is a frequent cause of thoracic hyperkyphosis and subacute dorsalgia in young people. Its cause is idiopathic; however it is a widely held view that there may be genetic factors involved. X-ray tests showing vertebral wedging and kyphotic angulation of the thoracic spine accompanied by compatible symptoms are usually evident enough to formulate a diagnosis. In most cases the chosen treatment is conservative.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Dorsalgia.
Scheuermann.
Zifosia.
Ornoen zapalkuntza.

Scheuermann-en Gaixotasuna

Laburpena:

Scheuermann-en gaixotasuna hiperzifosia eta bizkarrezurreko mina sor ditzakeen patologia bat da, nerabezaroan maizago agertzen delarik. Gaur egun, zergatia ezezaguna da, baina badirudi genetikarekin loturarik badagoela. Diagnostikoa klinika gehi radiologiaren bidez egiten da: ornoen zapalkuntza eta bizkarraren angulazio zifotikoa dira seinurik ohikoenak.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

La dorsalgia es un motivo frecuente de consulta tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias y cuya etiología es muy diversa. Aunque la mayoría de las causas de la dorsalgia son traumáticas o degenerativas, existen otras que pueden tener su origen fuera de la columna dorsal, encontrándose entre estas algunas que pueden llegar a ser potencialmente graves (tabla I).

Una anamnesis detallada buscando signos de alarma y una exploración física cuidadosa nos ayudará a determinar su origen entre el amplio abanico de posibilidades etiológicas.

Entre los motivos de dorsalgia se encuentra la enfermedad de Scheuermann, una forma de osteocondrosis juvenil que se caracteriza por la aparición de hiper cifosis de la columna dorsal.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 31 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de Urgencias por dorsalgia mecánica de 6 meses de evolución que, según el paciente, se inició tras sobre esfuerzo físico, y que se acompaña de rigidez matutina, sin otra clínica asociada.

Ha sido visto por su médico de atención primaria en varias ocasiones, quien realiza radiografía de columna dorsal y lumbar y pauta tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos sin mejoría del dolor, por lo que el paciente es derivado al servicio de Traumatología, estando pendiente de ser citado por este servicio en el momento de la valoración.

En el servicio de Urgencias, se procede a la exploración del paciente, que únicamente presenta una discreta cifosis dorsal con dolor a la percusión de apófisis espinosas a dicho nivel. Se realiza una revisión de los estudios radiológicos solicitados desde atención primaria donde llaman la atención los cambios degenerativos en columna dorsal en comparación a la aparente normalidad radiológica de la columna lumbar (figuras 1 y 2).

Se deriva al servicio de Reumatología que, ante clínica y hallazgos radiográficos, diagnostica al paciente de enfermedad de Scheuermann, solicita resonancia nuclear magnética de columna y pauta tratamiento con medidas de higiene postural y analgesia.

Discusión:

En 1920, Holger Scheuermann, tras examinar la espalda de un joven granjero de 16 años, describió la presencia de una cifosis rígida y dolorosa de la columna torácica distinguible tanto clínica como radiológicamente de la cifosis postural^{1,2}. Años más tarde esta entidad se conocería como enfermedad de Scheuermann.

La enfermedad de Scheuermann es la causa más frecuente de hiper cifosis torácica progresiva y dolorosa en pacientes adolescentes, la edad de aparición varía entre los 10 y los 12 años, estimándose su incidencia en la población general, según diversos estudios, entre 0,4 y 8,3%^{3,4,5}, aunque se cree que pueda estar infraestimada.

La etiología es incierta, aunque se considera que existe una base hereditaria no definida⁶.

Tabla I
Causas de dorsalgia¹⁰

Congénita
Cifo escoliosis
Espina bífida
Espondilolistesis
Adquirida
Traumáticas
Fractura vertebral
Lesión ligamentosa
Sobrecarga articular
Desgarros musculares
Infecciosas
Osteomielitis: aguda y crónica
TBC
Discitis
Inflamatorias
Espondilitis anquilosante
Trastornos Reumatológicos
Neoplásicas
Metástasis
Tumores primarios
Degenerativas
Artrosis
Lesiones del disco intervertebral
Metabólicas
Osteoporosis
Osteomalacia
Idiopáticas
Enfermedad de Paget
Enfermedad de Scheuermann
Viscerales
Úlcera péptica penetrante
Carcinoma de páncreas
Carcinoma de recto
Vasculares
Aneurisma de aorta
Disección aórtica aguda
Renales
Cálculos renales
Carcinoma de riñón
Enfermedad inflamatoria
Ginecológicas
Enfermedad inflamatoria pélvica
Endometriosis
Tumores uterinos

Modificado de *Diagnóstico diferencial*. Guías prácticas Churchill.

Existen dos tipos: el tipo clásico torácico (tipo I), que es el más frecuente y asocia la presencia de hiperlordosis lumbar y cervical compensadoras; y el tipo toracolumbar (tipo II), que es infrecuente pero tiene mayor

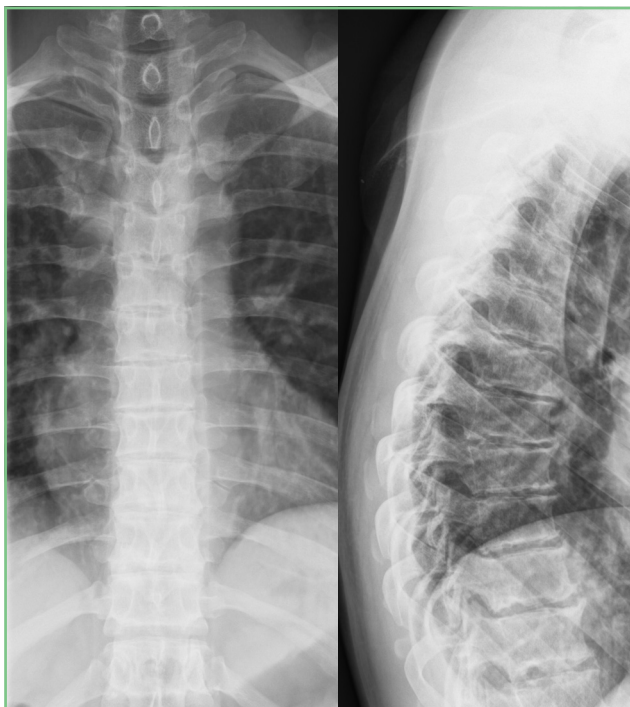


Figura 1. Radiografía de columna dorsal en proyecciones anteroposterior y lateral.

riesgo de progresión en la edad adulta y suele ser causa de dolor crónico.

El cuadro clínico se inicia, como hemos dicho anteriormente, en la etapa juvenil, con la aparición de una hipercifosis rígida de columna torácica que se acentúa al realizar flexión el tronco.

Asimismo, es relativamente frecuente la aparición de dolor de evolución subaguda y sin un precipitante trau-

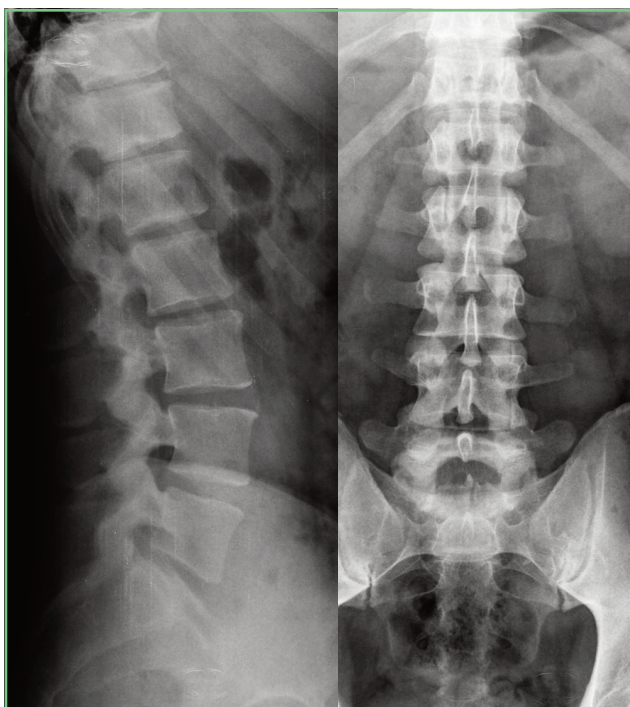


Figura 2. Radiografía de columna lumbar en proyecciones anteroposterior y lateral.



Figura 3. Telerradiografía de columna en proyección lateral.

mático evidente. El dolor empeora con la actividad física y mejora generalmente con el descanso nocturno. Aunque tiende a mejorar con la maduración esquelética, se ha observado un aumento de la prevalencia de dolor de espalda en la población adulta.

El examen físico no es sensible ni específico para la enfermedad de Scheuermann aunque el dolor generalmente se reproduce a la palpación de musculatura paravertebral justo caudal al ápex de la cifosis. También existen con frecuencia otros datos semiológicos como la contractura de isquiotibiales^{7,8}.

El diagnóstico se realiza mediante radiografía de columna que incluya proyección lateral, siendo el criterio diagnóstico la presencia de acuñamiento anterior $\geq 5^\circ$ en al menos tres vértebras adyacentes en el ápex de la cifosis y la presencia de una angulación de la cifosis $\geq 40^\circ$ (figura 3). Existen otros hallazgos comunes, como la presencia de hernias de Schmorl, la irregularidad de los platillos vertebrales y la disminución del espacio intervertebral^{4,9}.

En cuanto al tratamiento, el manejo suele ser conservador: realización de ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, consejos ergonómicos, analgesia y aplicación de calor local.

Las intervenciones ortopédicas, incluyendo la corrección quirúrgica y la fusión, pueden justificarse si el dolor es persistente o la cifosis excede en su conjunto los 60° ⁴.

Bibliografía

- 1 Scheuermann HW. Kyfosis dorsalis juveniles. *Ugesk Leager*. 1920; 82: 385-93.
- 2 Summers BN, Singh JP, Manns RA. The radiological reporting amongst clinicians and patients. *Br J Radiol*. 2008;81:383-5.
- 3 Tsirikos Al. Scheuermann's kyphosis: an update. *J Surg Orthop Adv*. 2009;18:122-8.
- 4 Lowe TG. Scheuermann's disease. *Orthop Clin North Am*. 1999; 30:475.
- 5 Armbrecht G, Felsenberg D, Ganswindt M, Lunt M, Kaptoge SK, Abendroth K et al. European Vertebral Osteoporosis Study and European Prospective Osteoporosis Study Groups. *Osteoporosis Int*. 2015 Oct;26(10):2509-19. doi: 10.1007/s00198-015-3170-6.
- 6 Papagelopoulos PJ, Mavrogenis AF, Savvidou OD, Mitsiokapa EA, Themistocleous G, Soucacos P. Current concepts in Scheuermann's kyphosis. *Orthopedics*. 2008;31:52-8
- 7 Fisk JW, Baigent ML, Hill PD. Scheuermann's disease. Clinical and radiological survey of 17 and 18 year olds. *Am J Phys Med*. 1984; 63:18.8.
- 8 Tribus CB. Scheuermann's kyphosis in adolescents and adults: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg*. 1998;6:36-43.
- 9 Radiological imaging findings of Scheuermann's disease. Gokce E, Beyhan M. *World J Radiol*. 2016 Nov 28;8(11):895-901.
- 10 A. T. Raftery, E. Lim, A. J. Östör. (2012). Sección A: Dorsalgia. Diagnóstico diferencial. Guías prácticas Churchill. Barcelona, España. Editorial Elsevier.