



SITUACIÓN CLÍNICA

Enfermedad de Scheuermann

A. Fabra Noguera*, M. Baré Mañas, G. Marcos Aldea y J. Vilà Moneñy

Servicio de Atención Primaria, Centro de Atención Primaria Creu Alta, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 24 de septiembre de 2009; aceptado el 1 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Scheuermann;
Osteocondritis;
Osteonecrosis avascular

KEYWORDS

Scheuermann's disease;
Osteochondritis;
Avascular osteonecrosis

Resumen Presentamos dos casos clínicos de dos pacientes diagnosticados después de una detenida anamnesis y exploración física completa, y con la ayuda de una simple radiología convencional, de enfermedad de Scheuermann. Habitualmente es un hallazgo casual, pues la mayoría de las veces son pacientes asintomáticos, pero, en estos dos casos es a raíz de un dolor dorsal-lumbar persistente, inicialmente atribuido a esfuerzo en el trabajo o a una mala postura, que al persistir les hace acudir al médico de familia. Inicialmente los hallazgos radiológicos consisten en irregularidades del margen superior de la mayoría o de todas las vértebras, esclerosis y formación de nódulos cartilagosos en una proyección radiológica lateral. En los casos en los que las lesiones progresan, se observa que las vértebras adquieren forma de cuña, de tal manera que la cifosis dorsal normal aumenta a un grado patológico.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Scheuermann's disease

Abstract We present two cases of two patients diagnosed Scheuermann's disease after a detailed anamnesis and complete physical examination, and with the help of a simple conventional radiology. This is usually a casual finding as most patients are often asymptomatic, but in both cases there was a persistent dorsal-lumbar pain initially attributed to work effort or poor posture, which made them go to the family doctor. Initially, the radiological findings are irregularities in the upper of most or all of the vertebrae, sclerosis and formation of cartilaginous nodules in a lateral x-ray projection. In some cases where the lesions are progressing, it is noted that the vertebrae become wedge-shaped, so that the normal dorsal kyphosis increases to a pathological level.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Realmente no se trata de una enfermedad sino de una variante de la normalidad, una anomalía del proceso de

osificación de las vértebras dorsales en la etapa de crecimiento. Es una epifisitis de la columna, de causa desconocida y más frecuente en adolescentes del sexo masculino. Se observa una cifosis con limitación progresiva de la extensión en algunos pacientes. De etiopatogenia desconocida, se barajan hipótesis genéticas y mecánicas. Habitualmente es un hallazgo casual¹. Los hallazgos radiológicos son normalmente diagnósticos².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 22025afn@comb.cat (A. Fabra Noguera).



Figura 1 Radiografía de perfil de columna dorsal: nódulos de schmörl, irregularidades, erosiones en cuerpos vertebrales.

Casos

Caso 1

Se trata de un joven de 22 años que consulta por dolor dorsal persistente que atribuye a su trabajo, es mozo de almacén, realiza esfuerzos habitualmente, lleva uno o dos años con molestias autolimitadas y a veces automedicadas con diclofenaco; hasta ahora no había consultado por tal síntoma. La exploración física es normal y no tiene antecedentes patológicos de interés. Al realizar la radiografía se observan la presencia de nódulos de Schmorl, irregularidades vertebrales, y erosiones en cuerpos vertebrales que determinan el diagnóstico de la enfermedad (fig. 1).

Caso 2

Varón de 39 años que consulta por dolor dorsal bajo y lumbar alto, de tipo mecánico, sin antecedentes de sobreesfuerzos. No presenta antecedentes patológicos relevantes. En la exploración física destaca la palpación dolorosa de las apófisis vertebrales dorsales. Radiología: depresión en la parte anterior del platillo vertebral de D12, L1 y L2 (fig. 2). La tomografía axial computarizada confirma el diagnóstico.

El tratamiento en ambos casos consiste en pautar ejercicios para flexibilizar y potenciar musculatura, evitar actitudes de flexión prolongada y también se recomienda reposo nocturno en cama dura.



Figura 2 Radiografía de perfil de columna lumbar: depresión en la parte anterior del platillo vertebral de D12, L1 i L2.

Discusión

Osteocondrosis

La osteocondrosis³⁻⁵ es una osteonecrosis que afecta predominantemente a niños y adolescentes, y que se localiza de manera preferente en epífisis, apófisis y huesos cortos (tabla 1).

Tabla 1 Principales osteocondrosis

	Localización	Edad (años)
Enfermedad de Legg-Perthes-Calvé	Cabeza femoral	4-8
Enfermedad de Kienbock	Semilunar	25-40
Enfermedad de Köhler	Escafoides del tarso	4-8
Enfermedad de Panner	Cabeza humeral	6-10
Enfermedad de Osgood-Schlatter	Tuberosidad tibial	10-14
Enfermedad de Freiberg	Cabeza metatarsiano	12-18
Enfermedad de Scheuermann	Unión disco vertebral	14-18
Enfermedad de Blount	Tibia	5-18
Enfermedad de Sever	Calcáneo	10
Enfermedad de Thiemann	Falanges de las manos	11-19

Estos trastornos al principio se unieron en un grupo basado fundamentalmente en la opinión de que compartían un mecanismo patogénico común, pero se ha demostrado que algunas de estas entidades no tienen el mismo mecanismo, por lo que se han separado en dos grupos: osteonecrosis verdaderas de un centro apofisario o epifisario y las anomalías no necróticas de osificación, ya sean de origen genético o traumático.

Anomalías no necróticas: enfermedad de Osgood-Schlatter y enfermedad de Scheuermann.

La clínica es de dolor discontinuo de tipo mecánico en la región de la columna dorsal en personas jóvenes, que no es producido por malas posturas o falta de musculatura. En algunas ocasiones pueden acabar con hiper cifosis. La mayoría de las veces es asintomática. La detección y diagnóstico se efectúan con la radiología convencional. El tratamiento quirúrgico se reserva para deformidades progresivas y cifosis mayores de 70°. Hay que recordar que no toda dorsalgia es postural o funcional en gente joven.

Es fundamental en Atención Primaria realizar una buena anamnesis, exploración física y exploraciones

complementarias como la radiología de perfil de la columna, que serían suficientes para llegar a este diagnóstico.

Bibliografía

1. Mankin H. Displasias óseas y articulares. Compendio de las enfermedades reumáticas. En: Schumacher R, editor. *Arthritis Foundation*. Barcelona: Marketing Trend SL; 1993. p. 99–103.
2. Resnick D. Osteocondrosis. En: Resnick D, Niwayama G, editors. *Diagnosis of bone and joint disorders*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998. p. 3288–334.
3. Garci Pérez S, Cáliz Cáliz R, et al. Osteonecrosis, osteocondritis y osteocondrosis. En: Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Andreu JL, Martín E, Olivé A, Tornero J, editors. *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología (SER)*. Barcelona: Ed Doyma Libros SA; 1996. p. 722–30.
4. Figueroa M, Oñatibia A. *La imagen, espejo de la enfermedad*. Barcelona: Iatros Ed. SL; 1996. p. 87.
5. Mazières B. Regional bone diseases: osteonecrosis. En: Klipell J, Dieppe A, editors. *Rheumatology*. London: Mosby-Doyma libros SA; 1994. p. 7–42, 1-4.