



https://printo.it/pediatric-rheumatology/ES_GL/intro

Síndromes de dor nas extremidades

Versión de 2016

1. Introducción

Moitas enfermidades pediátricas poden ocasionar dor nas extremidades. O nome de "síndrome de dor nas extremidades" fai referencia a un grupo de trastornos médicos con causas e presentacións clínicas moi diferentes que comparten a presenza de dor continua ou intermitente nas extremidades. Para chegar a este diagnóstico os médicos poden ter que realizar exploracións complementarias que lles permitan descartar outras enfermidades que poden causar dor nas extremidades e ser potencialmente graves.

2. Síndrome de dor crónica xeneralizada (anteriormente chamado síndrome de fibromialxia xuvenil)

2.1 Que é?

A fibromialxia pertence ao grupo de «síndromes de amplificación da dor». A fibromialxia é unha síndrome caracterizada por dor musculoesquelética crónica xeneralizada que afecta as extremidades superiores e inferiores, así como ás costas, abdome, peito, pescozo ou mandíbula durante polo menos 3 meses, combinada con cansazo, sono non reparador e problemas de intensidade variable do nivel de atención, da memoria e da capacidade para a resolución de problemas e o razoamento.

2.2 Como é de frecuente?

A fibromialxia prodúcese principalmente en adultos. En pediatría notificouse sobre todo en adolescentes, cunha frecuencia de ao redor

dun 1%.

As mulleres vense afectadas con maior frecuencia que os homes. Os nenos con este trastorno comparten moitas características clínicas cos afectados pola síndrome de dor rexional complexa.

2.3 Cales son os síntomas máis habituais?

Os pacientes quéixanse de dor difusa nas extremidades, aínda que a súa intensidade pode variar dun neno a outro. A dor pode afectar a calquera parte do corpo (extremidades superiores e inferiores, costas, abdome, peito, pescozo ou mandíbula).

Os nenos con este trastorno adoitan ter problemas de sono e sono non reparador (espertan coa sensación de non durmir ben). Outra queixa frecuente é cansazo intenso, acompañado dunha diminución da capacidade física.

Os pacientes con fibromialxia adoitan referir dores de cabeza, inflamación das extremidades (existe unha sensación de inflamación aínda que esta non se poida obxectivar), adormecemento e, ás veces, coloración morada dos dedos. Estes síntomas ocasionan ansiedade, depresión e moitas faltas de asistencia á escola (absentismo escolar).

2.4 Como se diagnostica?

O diagnóstico baséase nos antecedentes de dor xeneralizada en polo menos 3 zonas do corpo que dure máis de 3 meses, xunto cun grao variable de cansazo, sono non reparador e síntomas cognitivos (capacidade de atención, aprendizaxe, razoamento, memoria, toma de decisións e resolución de problemas). Moitos pacientes presentan puntos dolorosos musculares (puntos gatillo) en certas localizacións, aínda que a súa presenza non é necesaria para o diagnóstico.

2.5 Como se trata?

É importante reducir a ansiedade producida por este trastorno explicando ós pacientes e ás súas familias que, aínda que a dor é intensa e real, nin existe dano nas articulacións nin é unha enfermidade grave.

O enfoque máis importante e eficaz é iniciar un programa de acondicionamento físico cardiovascular, sendo a natación o mellor

exercicio. En segundo lugar convén iniciar un tratamento cognitivo condutual, de forma individual ou en grupo. Por último, algúns pacientes poden necesitar un tratamento farmacolóxico para mellorar a calidade do sono.

2.6 Que prognóstico ten?

O tratamento completo require esforzos importantes por parte do paciente e é esencial o apoio da familia. En xeral, o prognóstico en nenos é moito mellor que en adultos e a maioría deles recupéranse. O cumprimento dun programa regular de exercicio físico é moi importante. En adolescentes pode estar indicado o apoio psicolóxico, así como a toma de medicamentos para o sono, a ansiedade e a depresión.

3. Síndrome de dor rexional complexa de tipo 1 (Sinónimos: distrofia simpática reflicte, síndrome de dor musculoesquelética idiopática localizada)

3.1 Que é?

Dor moi intensa de causa descoñecida nunha extremidade, que se asocia con frecuencia a alteracións cutáneas.

3.2 Como é de frecuente?

A súa frecuencia descoñécese. Con todo, sábese que é máis frecuente en adolescentes (idade media ao redor dos 12 anos) e en nenas.

3.3 Cales son os síntomas máis habituais?

Xeralmente existe dor moi intensa e prolongado nun membro, que non responde a distintos tratamentos e que se intensifica ao longo do tempo. Con frecuencia, a dor pode facer que se tenda a utilizar menos o membro afectado.

Unha característica da enfermidade é que sensacións que non resultan dolorosas á maior parte da xente poden resultar extremadamente dolorosas para eles, por exemplo, o rozamento da pel con algún obxecto. Esta hipersensibilidade dolorosa denomínase «alodinia».

Estes síntomas interfieren coas actividades diarias destes nenos, o que provoca un absentismo escolar moi significativo.

Un subgrupo de pacientes desenvolve ao longo do tempo cambios cutáneos na zona afectada, que poden consistir en cambios de coloración (palidez ou aspecto manchado), de temperatura (xeralmente reducida) ou de transpiración. Tamén pode observarse inflamación dun membro. En ocasións, o neno mantén o membro en posturas estrañas e evita movelo.

3.4 Como se diagnostica?

Ata hai uns anos, estas síndromes recibiron distintos nomes. Con todo, hoxe en día, os médicos fan referencia a elas como síndromes de dor rexional complexa. Para o diagnóstico da enfermidade utilízanse diferentes criterios.

O diagnóstico é clínico, baseado nas características da dor (intensa, prolongada, limitante da actividade, que non responde ao tratamento e presenza de alodinia) e na exploración física.

A combinación de síntomas e de achados na exploración física é bastante carcterístico. O diagnóstico require descartar outras enfermidades que poden ser tratadas por médicos ou pediatras de atención primaria antes de derivar ao paciente a un reumatólogo pediátrico. As análises son normais. Unha RM pode mostrar alteracións non específicas do óso, articulacións e músculos.

3.5 Como se trata?

O tratamento que dá mellores resultados é o inicio dun programa de exercicio físico intensivo supervisado por un fisioterapeuta e un terapeuta ocupacional, combinado ou non con psicoterapia. Ata a data utilizáronse outros tratamentos, illados ou en combinación, incluídos os antidepressivos, biofeedback, estimulación eléctrica transcutánea dos nervios e tratamento condutual, sen resultados definitivos. Os analxésicos adoitan ser ineficaces. Están a realizarse investigacións e no futuro espérase que xurdan mellores tratamentos a medida que se identifiquen as causas. O tratamento é difícil para todos os implicados, os nenos, a familia e o equipo terapéutico. A intervención de psicólogos ou psiquiatras adoita ser necesaria, dadas as tensións que provoca a enfermidade. As maiores causas do fracaso do tratamento é a

dificultade da familia á hora de aceptar o diagnóstico e cumprir as recomendacións de tratamento.

3.6 Que prognóstico ten?

A enfermidade ten un mellor prognóstico en nenos que en adultos. Ademais, a maioría dos nenos recupéranse máis rápido que os adultos. Con todo, a recuperación leva tempo, e este varía enormemente dun neno a outro. O diagnóstico e a intervención nas primeiras etapas asóciase a un mellor prognóstico.

3.7 Como afecta ás actividades cotiás?

Débese animar a que os nenos continúen activos, realicen deporte, asistan á escola de forma diaria e pasen o seu tempo de lecer cos seus compañeiros.

4. Eritromelalxia

4.1 Que é?

Tamén se chama «eritermalxia». O nome deste trastorno deriva de 3 palabras gregas: erythros (vermello), melos (membro) e algos (dor). É extremadamente pouco frecuente, aínda que pode aparecer en familias. A maioría dos nenos teñen uns 10 anos de idade cando empezan a presentar síntomas. É máis frecuente en nenas. As manifestacións clínicas inclúen unha sensación de ardor, con calor, cor vermella e inflamación dos pés ou, con menor frecuencia, das mans. Os síntomas empeoran tras a exposición á calor e alívanse ao arrefriar a extremidade, ata o punto de que algúns nenos só queren ter os pés metidos en auga xeadá. A evolución é crónica, presentando estes síntomas de forma continuada. As medidas de control máis útiles parecen ser evitar a calor e o exercicio intenso. Poden utilizarse moitos fármacos diferentes nun intento de aliviar a dor, incluídos os antiinflamatorios, analxésicos e fármacos para mellorar a circulación sanguínea (chamados «vasodilatadores»). O médico receitará o que sexa máis apropiado para cada neno.

5. Dores de crecemento

5.1 Que é?

5.As dores de crecemento é un proceso benigno que fai referencia a un patrón característico de dor nas extremidades, que adoita producirse nos nenos entre os 3 e 10 anos de idade. Tamén se chama «dor benigna das extremidades na infancia» ou «dores nocturnas recorrentes nas extremidades».

2. Como é de frecuente?

As dores de crecemento son frecuentes en pediatria. Preséntase cunha frecuencia similar en nenos e nenas, afectando entre o 10 e 20% dos nenos de todo o mundo.

5.3 Cales son os síntomas máis habituais?

A dor aparece principalmente nas pernas (canelas, barrigas da perna, coxas ou na parte posterior dos xeonllos) e adoita ser bilateral. Aparece ao final da tarde ou durante a noite, e a miúdo fai que o neno esperte. Con frecuencia a dor prodúcese tras a actividade física.

Os episodios de dor adoitan durar entre 10 e 30 minutos, aínda que poden variar entre minutos e horas, e poden ser leves ou de moita intensidade. As dores de crecemento son intermitentes, con intervalos libres de dor que duran días ou meses. Nalgúns casos, os episodios de dor poden producirse de forma diaria.

5.4 Como se diagnostica?

O patrón clínico característico, combinado coa ausencia de síntomas durante a mañá e cunha exploración física normal, permiten realizar o diagnóstico. Como regra xeral as análises e as probas de imaxe son sempre normais. Con todo, en ocasións pode ser necesario realizar radiografías para descartar outras patoloxías.

5.5 Como se trata?

Explicar a natureza benigna do proceso reduce a ansiedade no neno e na súa familia. Durante os episodios dolorosos pode axudar dar

masaxes, aplicar calor ou administrar analxésicos suaves. Nos nenos con episodios frecuentes, unha dose pola tarde ou noite de ibuprofeno pode axudar a controlar os episodios de dor máis intensa.

5.6 Que prognóstico ten?

As dores de crecemento non están asociados a ningunha enfermidade orgánica grave e adoitan resolverse de forma espontánea co tempo. No 100% dos nenos, a dor desaparece a medida que se fan maiores.

6. Síndrome de hipermobilidade benigna

6.1 Que é?

Os nenos con hipermobilidade teñen articulacións máis laxas do habitual, polo que tamén se denomina laxitude articular. Algúns nenos poden experimentar dor. A síndrome de hipermobilidade benigna (SHB) fai referencia aos nenos que presentan dor nas extremidades debido a un aumento na mobilidade (rango de movemento) das articulacións, sen ningunha enfermidade asociada ao tecido conectivo. Por tanto, a SHB non é unha enfermidade, senón unha variación da normalidade.

6.2 Como é de frecuente?

A SHB é un trastorno extremadamente frecuente en nenos e novos, presentándose entre o 10 e 30% dos nenos menores de 10 anos de idade e, en particular, en nenas. A súa frecuencia diminúe coa idade. Adoita presentarse en familias.

6.3 Cales son os síntomas máis habituais?

A hipermobilidade adoita dar lugar a dores intermitentes, profundas e recorrentes ao final do día ou durante a noite nos xeonllos, os pés ou os nocellos. Nos nenos que tocan o piano, o violín, etc., tamén pode afectar os dedos. A actividade e o exercicio poden desencadear un incremento da dor. En raras ocasións, pode presentarse inflamación leve da articulación.

6.4 Como se diagnostica?

O diagnóstico realízase en base a un conxunto de criterios que cuantifican o movemento da articulación e a ausencia doutros signos de enfermidades do tecido conectivo.

6.5 Como se trata?

O tratamento necesítase en moi raras ocasións. Se o neno xoga a deportes con impactos repetitivos, como o fútbol ou a ximnasia, e desenvolve escordaduras ou torceduras recorrentes, debe usarse un reforzo muscular ou protección articular (vendaxes elásticas ou funcionais, manguitos).

6.6 Como afecta ás actividades cotiás?

A hipermobilidade é un trastorno benigno, que tende a resolverse coa idade. As familias deben ser conscientes de que o principal risco deriva de evitar que o neno leve unha vida normal.

Debe animarse ao neno a que manteña un nivel normal de actividade, incluído participar en calquera deporte que lle interese.

7. Sinovite transitoria de cadeira

7.1 Que é?

A sinovite transitoria de cadeira é unha inflamación leve da articulación da cadeira (que ten un pequeno derrame ou máis cantidade de líquido articular do habitual), de causa descoñecida, e que se resolve por si soa sen deixar dano ningún.

7.2 Como é de frecuente?

É a causa máis frecuente de dor na cadeira nos pacientes pediátricos. Afecta a entre o 2 e 3% dos nenos con idades comprendidas entre os 3 e 10 anos. É máis frecuente nos nenos (unha nena por cada 3 ou 4 nenos).

7.3 Cales son os síntomas máis habituais?

Os síntomas principais son dor na cadeira e coxeira. A dor na cadeira pode presentarse como dor na ingua, na parte superior da coxa e, ocasionalmente, no xeonllo, habitualmente de inicio repentino. A manifestación máis habitual é que o neno se levante con coxeira ou negándose a camiñar.

7.4 Como se diagnostica?

A exploración física é característica: coxeira con diminución do movemento da cadeira e con dor, nun neno que non presenta febre, é maior de 3 anos de idade e non parece estar enfermo. Ambas as dúas cadeiras vense afectadas no 5% dos casos. A radiografía de cadeira adoita ser normal polo que pode non ser necesaria. Doutra banda, á hora de detectar a sinovite da cadeira é moi útil a realización dunha ecografía.

7.5 Como se trata?

A base do tratamento é o repouso, que debe ser proporcional ao grao de dor. Os antiinflamatorios non esteroideos poden axudar a reducir a dor e a inflamación. O trastorno adoita resolverse entre 6 e 8 días.

7.6 Que prognóstico ten?

O prognóstico é excelente, cunha recuperación completa no 100% dos nenos (por definición, trátase dun trastorno transitorio). Se os síntomas persisten máis de 10 días, debe considerarse que se trata doutra enfermidade. Non é infrecuente o desenvolvemento de episodios repetidos de sinovite transitoria, que adoitan ser máis leves e máis breves que o primeiro.

8. Dor patelofemoral: dor de xeonllo

8.1 Que é?

A dor patelofemoral é a síndrome por sobreuso pediátrico máis frecuente . Este tipo de trastorno prodúcese porque os movementos repetitivos ou o exercicio intenso continuado poden lesionar determinadas partes do organismo, en especial as articulacións e tendóns. Estes trastornos son moito máis frecuentes en adultos (cóbado do tenista ou do golfista, síndrome do túnel carpiano, etc.) que nos

nenos.

A dor patelofemoral fai referencia ao desenvolvemento de dor na parte anterior do xeonllo con actividades que sobrecargan a articulación patelofemoral (a articulación formada pola rótula do xeonllo e a parte inferior do óso da coxa ou fémur).

Cando a dor de xeonllo vén acompañada por cambios no tecido da superficie interna (cartilaxe) da rótula utilízase o termo «condromalacia da rótula» ou «condromalacia rotuliana».

Existen moitos sinónimos para a dor patelofemoral: síndrome patelofemoral, dor da cara anterior do xeonllo, condromalacia da rótula ou condromalacia rotuliana.

8.2 Como é de frecuente?

É moi pouco frecuente en nenos de ata 8 anos de idade, sendo progresivamente máis frecuente en adolescentes. A dor patelofemoral é máis frecuente nas nenas. Pode ser máis frecuente en nenos con trastornos angulares dos xeonllos como o genu valgo (xeonllos en X) ou genu varo (xeonllos en parénteses), do mesmo xeito que naqueles con alteracións da rótula (inestable ou mal aliñada).

8.3 Cales son os síntomas máis habituais?

Os síntomas característicos son dor na cara anterior do xeonllo que empeora con actividades como correr, subir ou baixar escaleiras, poñerse de crequenas ou saltar. A dor tamén empeora tras manter unha posición sentada prolongada co xeonllo dobrado.

8.4 Como se diagnostica?

A dor patelofemoral nos nenos sans é un diagnóstico clínico (non é necesario realizar análise nin estudos de imaxe). A dor pode reproducirse ao comprimir a rótula ou impedindo que esta se mova cando se contrae o músculo da coxa (cuadríceps).

8.5 Como se trata?

Na maioría dos nenos sen enfermidades asociadas do tipo de trastornos angulares dos xeonllos ou inestabilidade rotuliana, a dor patelofemoral

é un trastorno benigno que se resolve en por si. Se a dor interfere coa práctica de deportes ou coas actividades cotiás, pode axudar o iniciar un programa de fortalecemento dos cuadríceps. A aplicación de frío local pode aliviar a dor tras o exercicio.

8.6 Como afecta as actividades cotiás?

Os nenos deben levar unha vida normal. O seu nivel de actividade física debe axustarse aos síntomas para que non teñan dor. Os nenos moi activos poden utilizar unha xeonlleira con soporte rotuliano .

9. Epifisiolite femoral

9.1 Que é?

É un desprazamento da cabeza femoral ao longo da placa de crecemento de causa descoñecida. A placa de crecemento é unha banda de cartilaxe que se acha localizada entre o tecido óseo da cabeza do fémur. É a porción máis fráxil do óso e o que lle permite crecer. Unha vez a placa se mineraliza e convértese en óso, o óso deixa de crecer.

9.2 Como é de frecuente?

É unha enfermidade pouco frecuente que afecta a entre 3 e 10 nenos de cada 100.000. É máis frecuente en adolescentes e nos homes. A obesidade parece ser un factor predisposto para esta enfermidade.

9.3 Cales son os síntomas máis habituais?

Os síntomas principais son a coxeira e a dor de cadeira con diminución da mobilidade desta. A dor pode sentirse na parte superior (dous terzos) ou inferior (un terzo) da coxa, e aumenta coa actividade física. No 15% dos nenos, a enfermidade afecta a ambas as dúas cadeiras.

9.4 Como se diagnostica?

A exploración física é característica, cunha diminución significativa da mobilidade da cadeira. O diagnóstico confírmase radiograficamente,

preferentemente coa vista axial (posición de ra).

9.5 Como se trata?

Este trastorno considérase unha urxencia ortopédica e require a colocación de cravos cirúrxicos para estabilizar a cabeza do fémur (mantela no seu sitio).

9.6 Que prognóstico ten?

Depende de canto tempo estivo a cabeza do fémur desprazada antes do diagnóstico e do grao de desprazamento. Varía dun neno a outro.

10. Osteocondrose (sinónimos: osteonecrose, necrose avascular)

10.1 Que é?

A palabra «osteonecrose» significa literalmente «óso morto». Fai referencia a un grupo diverso de enfermidades de causa descoñecida que se caracterizan pola interrupción do fluxo sanguíneo ao centro de osificación dos ósos afectados. Ao nacemento os ósos están formados principalmente por cartilaxe, un tecido máis brando que ao longo do tempo se substitúe por un tecido máis mineralizado e resistente, o óso. Esta substitución empeza en puntos específicos no interior de cada óso, os denominados centros de osificación e esténdese cara ao resto do óso ao longo do tempo.

A dor é o síntoma principal destes trastornos. Dependendo do óso afectado, a enfermidade recibe diferentes nomes.

O diagnóstico confírmase mediante estudos de imaxe. As radiografías mostran, de forma secuencial, fragmentación («illas» no óso), colapso (rotura), esclerose (aumento na densidade, o óso vese máis «branco» nas radiografías) e, con frecuencia, reosificación (nova formación de óso) coa reconstitución do contorno do óso.

Aínda que pode parecer unha enfermidade grave é bastante frecuente nos nenos e, coa posible excepción da afectación extensa da cadeira, ten un prognóstico excelente. Algunhas formas de osteocondrose son bastante frecuentes e considéranse unha variación normal do desenvolvemento do óso (enfermidade de Sever). Outras poden

incluírse no grupo de «síndromes por sobreuso» (enfermidades de Osgood-Schlatter e de Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Enfermidade de Perthes

10.2.1 Que é?

Esta enfermidade prodúcese pola necrose avascular da cabeza do fémur (a parte da coxa que está máis preto da cadeira).

10.2.2 Como é de frecuente?

Non é unha enfermidade frecuente, xa que afecta a 1 de cada 10.000 nenos. É máis frecuente en homes (afecta a 4- 5 nenos por cada nena) con idades comprendidas entre os 3 e os 12 anos, sobre todo entre os 4 e os 9 anos de idade.

10.2.3 Cales son os síntomas máis habituais?

A maioría dos nenos presentan coxeira e unha dor de cadeira que é variable . Algunhas veces a dor atópase totalmente ausente. Normalmente soamente afecta unha cadeira, pero a enfermidade é bilateral en aproximadamente o 10% dos casos.

10.2.4 Como se diagnostica?

A mobilidade da cadeira atópase alterada e pode ser dolorosa. As radiografías poden ser normais ao comezo pero máis tarde mostran a progresión descrita na introdución. A gammagrafía ósea e a resonancia magnética detectan a enfermidade antes que as radiografías.

10.2.5 Como se trata?

Os nenos con enfermidade de Perthes sempre deben derivarse a unha consulta de ortopedia pediátrica. Os estudos de imaxe son esenciais para o diagnóstico. O tratamento depende da gravidade da enfermidade. En casos moi leves, a observación pode ser suficiente, xa que o óso se cura en por si con pouco dano. Pero en casos máis graves, o obxectivo do tratamento é conter a

cabeza do fémur afectada no interior da articulación da cadeira, de modo que cando se inicie a formación do novo óso, a cabeza do fémur recupere a súa forma esférica.

Este obxectivo pode alcanzarse nun grao variable co uso dunha férula de abdución (nenos máis novos) ou, nos nenos máis maiores, mediante a remodelación cirúrxica do fémur (osteotomía, cortando un anaco de óso para manter a cabeza do fémur nunha mellor posición).

10.2.6 Que prognóstico ten?

O prognóstico depende do grao de afectación da cabeza do fémur (canto menor mellor), así como da idade do neno (mellor en menores de 6 anos). A recuperación completa require entre 2 e 4 anos. En xeral, ao redor de dous terzos das cadeiras afectadas teñen un bo desenlace anatómico e funcional a longo prazo.

10.2.7 Como afecta ás actividades cotiás?

As limitacións das actividades cotiás dependen do tratamento aplicado. Os nenos en observación deben evitar os impactos fortes na cadeira (saltar, correr). Con todo, deben seguir facendo vida normal atendendo á escola e participando no resto de actividades que non impliquen carga .

10.3 Enfermidade de Osgood-Schlatter

Este trastorno é consecuencia da tracción repetida do tendón rotuliano sobre o centro de osificación da tuberosidade tibial (unha pequena crista ósea que se atopa na parte superior da perna). Atópase presente en ao redor do 1% dos adolescentes e é máis frecuente nos mozos que practican deporte.

A dor empeora con actividades como correr, saltar, subir e baixar escaleiras e axeonllarse. O diagnóstico establécese mediante a exploración física, que demostra a existencia de molestias ou dor, acompañados ocasionalmente de inflamación, na inserción do tendón rotuliano na tibia.

As radiografías poden ser normais ou mostrar pequenos fragmentos de óso na tuberosidade tibial. O tratamento consiste en axustar o nivel de actividade para manter os pacientes sen dor, aplicando frío local e

repouso tras a práctica deportiva. O trastorno resólvese co tempo.

10.4 Enfermidade de Sever

Este trastorno tamén se chama «apofisite do talón». Trátase dunha osteocondrose do centro de osificación secundario do óso do talón, probablemente relacionada coa tracción do tendón de Aquiles.

É unha das causas máis frecuentes de dor no talón en nenos e adolescentes. Do mesmo xeito que outras formas de osteocondrose, a enfermidade de Sever está relacionada coa actividade e é máis frecuente en homes. O seu inicio adoita producirse ao redor dos 7 ou 10 anos de idade, con dor no talón e, de forma ocasional, coxeira tras o exercicio.

O diagnóstico realízase mediante a exploración clínica. Non existe necesidade de tratamento á parte de axustar o nivel de actividade para que o neno non teña dor. Se isto non funciona pode usarse unha taloneira. O trastorno resólvese co tempo.

10.5 Enfermidade de Freiberg

Este trastorno describe a osteonecrose da cabeza do segundo metatarsiano do pé. A súa causa probablemente sexa traumática. É pouco frecuente e a maioría dos casos aparece en mozas adolescentes. A dor aumenta coa actividade física. A exploración física caracterízase pola presenza de molestias ou dor baixo a cabeza do segundo metatarsiano que, en ocasións, acompáñase de inflamación. O diagnóstico confírmase mediante radiografías, aínda que pode requirir dúas semanas desde o inicio dos síntomas para que os cambios sexan visibles. O tratamento inclúe repouso e unha almofada metatarsiana.

10.6 Enfermidade de Scheuermann

A enfermidade de Scheuermann ou «cifose xuvenil (dorso curvo)» é unha osteonecrose da apófise anular do corpo vertebral (a zona de óso máis periférica da parte superior e inferior de cada vértebra). É máis frecuente en mozos adolescentes que en nenas. A maioría dos nenos con este trastorno teñen unha mala postura, con ou sen dor de costas. A dor está relacionada coa actividade e pode aliviarse co repouso. O diagnóstico sospéitase tras a exploración (dorso curvo ríxido) e

confírmase mediante radiografías.

Para realizar o diagnóstico de enfermidade de Scheuermann o neno debe ter irregularidades dos pratos vertebrais e unha «cuña» anterior de 5 graos en polo menos tres vértebras consecutivas.

A enfermidade de Scheuermann non adoita requirir tratamento á parte de axustar o nivel de actividade do neno, observación e, nos casos nos que a cifose é máis pronunciada, un corpiño.