

Deformidades da Coluna no Adolescente

António Oliveira^{1,2}

RESUMO

As deformidades da coluna vertebral têm uma importância clínica relevante porque constituem um dos motivos sérios de perturbação da imagem corporal no adolescente.

O Autor faz uma abordagem diagnóstica e terapêutica das deformidades da coluna vertebral no adolescente.

Palavras-chave: coluna vertebral, cifose, escoliose, adolescente.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): S197-S200

INTRODUÇÃO

A coluna vertebral tem curvaturas fisiológicas, como sejam a lordose cervical, cifose dorsal, lordose lombar e cifose sacrococcigea, fundamentais para o ortostatismo e marcha humana. São consideradas curvaturas patológicas com importância clínica a escoliose no plano frontal e a hiper cifose no plano sagital.

A hiper cifose dorsal ou dorsolombar é causa de deformidade da coluna, mas também de dorsolombalgia e patologia respiratória em alguns casos. O seu diagnóstico é clínico, complementado com exame radiográfico e o seu tratamento é habitualmente direccionado para reeducação postural, reforço muscular, ortótese em determinados casos e intervenção cirúrgica apenas em casos excepcionais.

A escoliose é sempre patológica, embora só uma curvatura superior a 10° na avaliação radiográfica seja considerada escoliose segundo a Scoliosis Research Society.⁽³⁾ Pode ser idiopática ou secundária a diversas doenças ou síndromes, embora a escoliose idiopática do adolescente seja a escoliose mais frequente na população, com uma prevalência de 2 a 4%^(4,5,6) e atinge predominantemente o sexo feminino, com uma relação que pode atingir 10/1^(7,8). O diagnóstico clínico é fundamental, em especial com o teste de Adams, complementado com estudo radiográfico em chassis extralongo, só raramente se solicitando outros. O seu tratamento varia desde a simples vigilância, estímulo de actividade física, ao uso de ortóteses e, em casos graves à correcção cirúrgica. Embora no tratamento cirúrgico da

escoliose se contemplem problemas mecânicos, respiratórios e neurológicos, o principal motivo de preocupação do adolescente que dela padece é a deformidade estética com perturbação da sua imagem corporal e sofrimento psicossocial.

Cifose

A cifose dorsal é fisiológica e constituída por uma curvatura harmoniosa. Só a hiper cifose é anormal, podendo esta ser postural, que é redutível e não tem alterações anatómicas vertebrais ou constitucional. A hiper cifose constitucional é rígida ou parcialmente redutível e tem alterações vertebrais com várias causas, tais como congénitas, pós-traumáticas, infecciosas, tumorais, mas, a mais comum e que afecta cerca de 1% da população, predomina no sexo masculino e tem incidência familiar é a cifose juvenil, ou cifose familiar ou doença de Scheuermann.⁽¹⁾ Caracteriza-se por uma cifose dorsal excessiva, de incidência familiar, manifestando-se por uma deformidade irreductível, causando por vezes dorsolombalgia e apresentando no exame radiográfico acunhamento dos corpos vertebrais envolvidos com irregularidades das plataformas vertebrais e osteoporose difusa (Figura 1).

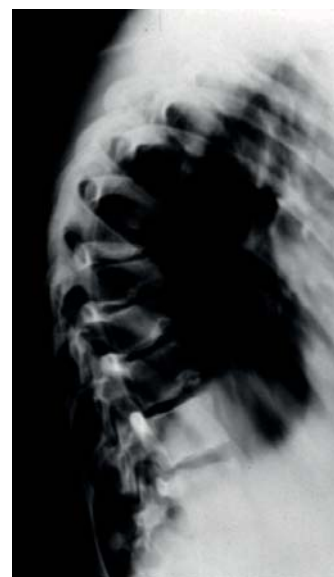


Figura 1 - Doença de Scheuermann

¹ S. Ortopedia, HSAntónio, CHP

² Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto

O seu tratamento depende da gravidade da deformidade, podendo consistir no uso de colete de Milwaukee nos casos moderados e em adolescentes ainda esqueléticamente imaturos (Figura 2).



Figura 2 - Colete de Milwaukee

O tratamento cirúrgico⁽²⁾ reserva-se para casos graves, em adolescentes maduros em termos esqueléticos e consiste na instrumentação e artrodese vertebral por via posterior, com tempo prévio de libertação por via anterior (Figura 3).

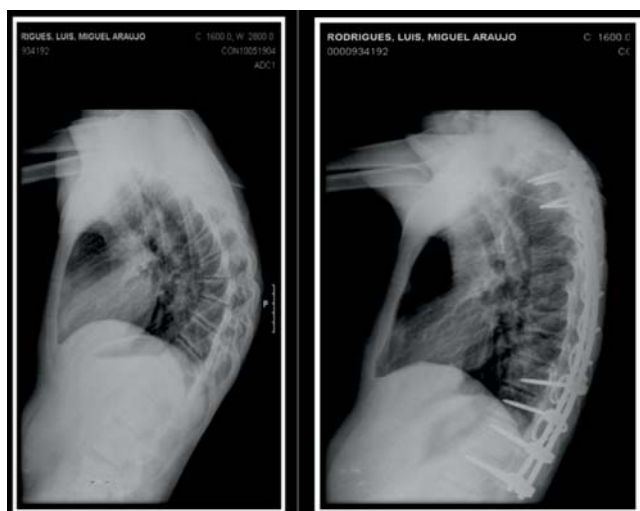


Figura 3 - RX pré e pos-operatório de Doença de Scheuermann

Escoliose

A escoliose é definida como uma curvatura lateral da coluna vertebral no plano frontal, mas na realidade é uma deformidade complexa e tridimensional não só da coluna mas também de todo o tronco e inclusive com alterações noutras partes do corpo (Figura 4).

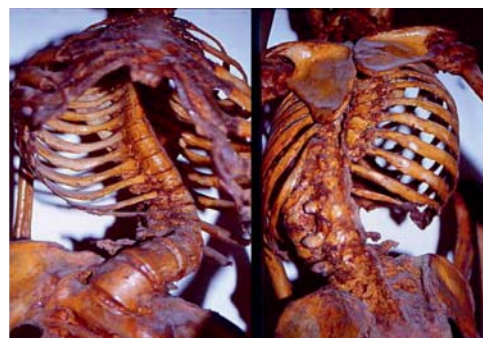


Figura 4 - Escoliose em espécime humano exumado

Quando a curvatura lateral da coluna vertebral é redutível, não estruturada e secundária a contracturas musculares ou dismetria dos membros inferiores, chamamos atitude escoliótica.

O diagnóstico da escoliose idiopática do adolescente é clínico e deve incluir a observação do adolescente de pé, em flexão anterior do tronco com a designada manobra ou teste de Adams (Figura 5), que realça a deformidade paravertebral ou gibosidade característica da escoliose verdadeira ou estruturada, com rotação vertebral. Por definição a escoliose idiopática do adolescente não tem causa atribuída e poderá manter-se estável ou ser progressiva, ou seja agravar-se com o crescimento e até ao final deste.



Figura 5 - Teste de Adams

A título complementar deve ser executado estudo radiográfico em chassis extralongo, cujo dado mais importante é a medição do ângulo de Cobb⁽⁹⁾ que dará uma medida da gravidade da, ou das curvas escolióticas (Figura 6) e o índice de Risser⁽⁸⁾ na crista ilíaca, como dado relativo à maturidade esquelética do adolescente.

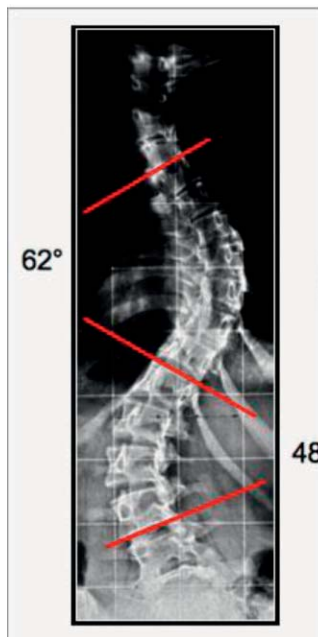


Figura 6 - Ângulo de Cobb

As curvas escolióticas podem ser quanto à sua localização dorsais, dorsolombares, lombares e quanto ao número únicas, duplas e por vezes triplas.

Nas escolioses idiopáticas geralmente não há dor, o que explica a detecção ocasional pela Família, pelo seu Pediatra ou Médico Assistente ou em exame radiográfico de tórax para estudo de patologia respiratória. Nas escolioses idiopáticas do adolescente as curvas dorsais são habitualmente de convexidade direita.^(6,11) Perante uma escoliose dolorosa ou de localização atípica, como o caso duma curva dorsal de convexidade esquerda é fundamental o despiste de patologia intra ou extramedular do tipo seringomielia ou tumoral, nomeadamente com ressonância magnética nuclear.

O tratamento varia desde a simples vigilância clínica, prática de actividade física, fisioterapia, até ao uso de ortóteses ou cirurgia correctora. Na Medicina baseada na evidência provou-se que os coletes (Figura 7) são a único método de tratamento conservador efectivo^(12,13,14,15) e, tem como objectivo a correcção da deformidade ou evitar a sua progressão numa fase precoce, evitando o tratamento cirúrgico. Estão indicados em escolioses com ângulo de Cobb superior a 25º e têm efeitos indesejáveis quer físicos quer psicológicos.^(14,16,17)



Figura 7 - Colete termomoldado para correcção de escoliose

O tratamento cirúrgico é o único método de tratamento efectivo de escolioses graves. Está indicado em escolioses com deformidade sérias e visa não só restabelecer a anatomia e biomecânica da coluna vertebral mas essencialmente resolver o aspecto inestético, que é, sem dúvida, a vontade do adolescente extraordinariamente perturbado em termos psíquicos e sociais com a alteração da imagem corporal que a escoliose provoca.

As técnicas cirúrgicas por nós utilizadas são variadas e dependem da ou das curvas escolióticas, sua localização, valor angular e rigidez. Nas curvas dorsais únicas, duplas ou triplas realizamos a instrumentação e artrodese posterior (Figura 8) e nas curvas dorsolombares ou lombares a instrumentação e artrodese anterior (Figura 9).



Figura 8 - Instrumentação e artrodese posterior de escoliose dorsal (pré e pós-operatório, vista posterior e com teste de Adams)

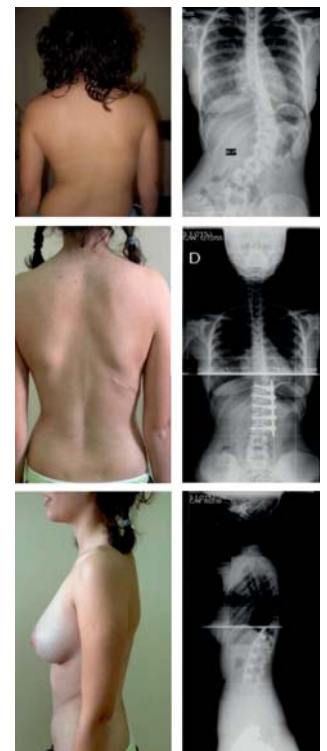


Figura 9 - Instrumentação e artrodese anterior de escoliose lombar (pré e pós-operatório, vista posterior e lateral)

O tratamento cirúrgico é tecnicamente muito exigente, executado em Centros de referência especializados e dotadas de meios técnicos e humanos para o efeito e, não está isento de riscos e complicações.^(14,18)

CONCLUSÃO

As deformidades da coluna vertebral, sobretudo a escoliose idiopática que afecta de forma especial o sexo feminino, contribuem para uma preocupante deterioração da imagem corporal, nesta fase muito especial, que é a adolescência.

Felizmente que o conhecimento médico actual consegue satisfazer os anseios dos adolescentes que padecem de deformidades da coluna vertebral, resolvendo com segurança e com bons resultados este problema sério da adolescência

ABSTRACT

Spine deformities are an important clinical issue because they represent a relevant cause of body image disturbance in adolescents.

The author makes a diagnostic and therapeutic approach of spine deformities in adolescent people.

Keywords: spine, kyphosis, scoliosis, adolescent.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): S197-S200

BIBLIOGRAFIA

1. Wenger DR, Frick SL. Scheuermann Kyphosis. Spine 1999;24:2630-9.
2. Arlet V, Schlenzka D. Scheuermann kyphosis: Surgical Management. Eur Spine J 2005;14:817-27.
3. Bunnell WP. The Natural History of Scoliosis. Clin Orthop 1988;229:20-5.
4. Kane WJ. Scoliosis Prevalence: A call for a statement of Terms. Clin Orthop 1977;126:43-7.
5. Lonstein JE. Screening for Spinal Deformities in Minnesota Schools. Clin Orthop 1977;126:33-42.
6. Weinstein SL. Adolescent Idiopathic Scoliosis. Prevalence and Natural History. The Pediatric Spine, New York Raven Press (Ed), 1994;463-78.
7. Dickson JA. Scoliosis in the Community. Br Med J 1983;286:615-8.
8. Rogala EH, Drummond DS, Gurr J. Scoliosis. Incidence and Natural History. A Prospective Epidemiologic Study. J Bone Joint Surg Am 1978;60A:173-6.
9. Cobb JR. Outline for the Study of Scoliosis. Instructional Course Lectures. The American Academy of Orthopedic Surgeons. Ann Arbor, Jw Edwards (Ed), 1948;5:261-75.
10. Risser JC. The Iliac Apophysis. An Invaluable Sign in the Management of Scoliosis. Clin Orthop 1958;11:111.
11. Lonstein JC, Carlson JM. The Prediction of Curve Progression in Untreated Idiopathic Scoliosis During Growth. J Bone Joint Surg Am 1984;66A:1061-71.
12. Nachemson AL, Peterson LE. Effectiveness of Treatment with a Brace in Girls Who Have Adolescent Idiopathic Scoliosis. A Prospective Controlled Study Based on Data from The Brace Study of The Scoliosis Research Society. J Bone Joint Surg Am 1995;77A:815-22.
13. Miller JAA, Nachemson AL, Schultz AB. Effectiveness of Braces in Mild Idiopathic Scoliosis. Spine 1984;9:632-5.
14. Oliveira A. A Perfilometria Tridimensional do Tronco na Escoliose Idiopática do Adolescente. Tese de Doutoramento, Medisa (Ed), 2000.
15. Winter RB. The Pendulum Has Swung Too Far. Bracing for Adolescent Idiopathic Scoliosis in the 1990s. Orthop Clin North Am 1994;25:195-204.
16. Sevastikoglou JA, Linderholm H, Lindgren U. Effect of Milwaukee Brace on Vital and Ventilatory Capacity of Scoliosis Patients. Acta Orthop Scand 1976; 47:540-5.
17. Wickers FC, Bunch WH, Barnett PM. Psychological Factors in Failure To Wear The Milwaukee Brace for Treatment of Idiopathic Scoliosis. Spine 1989;18:432-5.
18. Abel MF, Blanco JS. Scoliosis: Classification and Treatment. Orthopedic Knowledge Update-Pediatrics 3. American Academy of Orthopedic Surgeons 2006;343-53.

CORRESPONDÊNCIA

António Oliveira
Serviço de Ortopedia
Hospital de Santo António
Largo Professor Abel Salazar
4099-001 PORTO
afoliveira@netc.pt