

Cifose do adolescente

A cifose é uma curvatura da coluna para a frente, quando olhamos uma pessoa no seu perfil (de lado). Considera-se normal uma cifose torácica entre 20º e 45º.

Quanto à configuração, a cifose pode ser angular ou não angular. A primeira corresponde àquela de raio curto que envolve um pequeno número de vértebras. A segunda apresenta raio longo, atinge maior número de vértebras e dá o aspecto clínico do “dorso curvo”, como ocorre na moléstia de Scheuermann (Fig. 1).

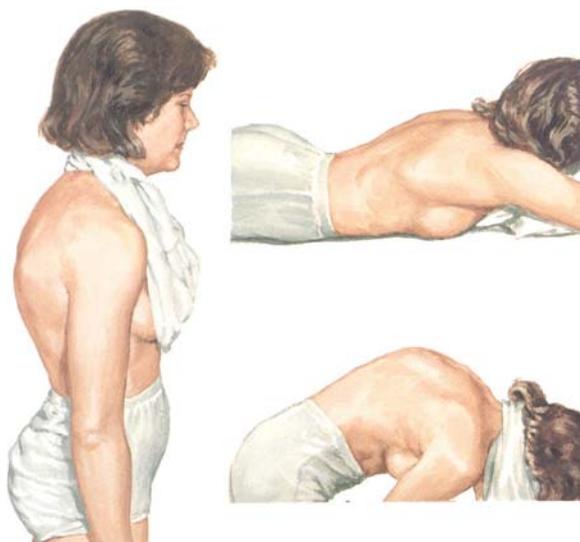


Figura 1 – Dorso curvo

Do ponto de vista prático, interessa a classificação das cifoses quanto à sua etiologia, pois, baseado nela, pode-se determinar o prognóstico e indicar o tratamento específico.

Diversas situações e doenças podem provocar exageros da cifose normal:

1. Deformidades posturais;
2. Moléstia de Scheuermann;
3. Defeitos congênitos;
4. Paralíticas;
5. Mielomeningocele;
6. Pós-traumática;
7. Inflamatória;
8. Metabólica.

Na prática, duas situações são importantes e, neste capítulo, abordaremos apenas as cifoses postural e a moléstia de Scheuermann.

Cifose postural

A cifose postural ou “má postura”, como também é conhecida, corresponde a uma deformidade flexível de coluna dorsal, sendo possível a sua correção ativa ou passiva. Ela ocorre com relativa freqüência na segunda infância, quando a criança, pela menor força

muscular, apresenta, em geral, um abdome proeminente e hiperlordose lombar. Não está associada à presença de dor e radiologicamente não se observam alterações vertebrais.

Normalmente ela regride com o crescimento, não estando indicada a correção pelo colete. Podemos orientar para ginástica postural e para a prática desportiva, sendo importante o esclarecimento dos pais, em particular os mais ansiosos, no sentido de não insistirem, exageradamente, com a criança para corrigir a postura. Essa medida, além de ineficaz, normalmente contribui para criar na criança traumas psíquicos e distúrbios de comportamento (Fig. 2).

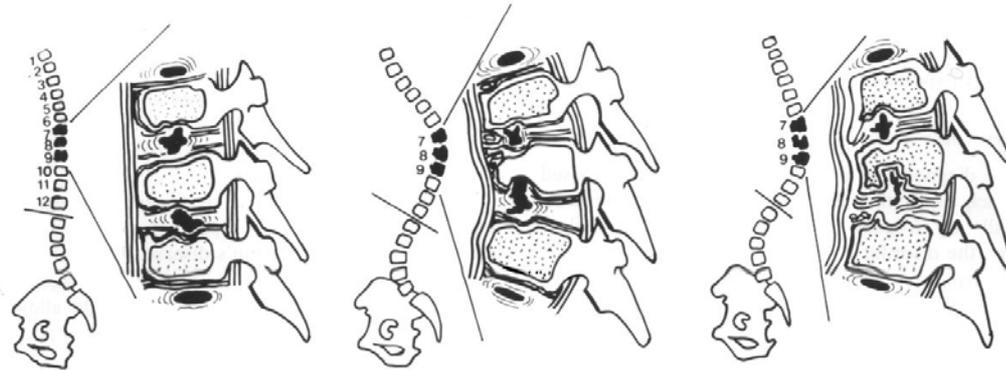


Figura 2 – Esquema das alterações vertebrais na Doença de Scheuermann

Essas crianças devem ser acompanhadas até o final da adolescência pela possibilidade de desenvolverem aumento da deformidade: moléstia de Scheuermann.

Moléstia de Scheuermann

A moléstia de Scheuermann ou “cifose estrutural do adolescente” inicia-se na adolescência e caracteriza-se por aumento da cifose, que não é totalmente corrigível ativa ou passivamente (Fig. 03).



Figura 3 – Dorso curvo (Paciente em flexão)

Radiologicamente, pode-se definir a moléstia de Scheuermann como uma cifose maior do que 45º, acompanhada de alterações vertebrais.

A sua etiologia é desconhecida. Clinicamente, os pacientes afetados estão entre os 12 e os 17 anos de idade e sua queixa principal é a má postura, cansaço e, as vezes, dor no nível da cifose.

A avaliação radiológica é feita através de radiografias da coluna inteira (frente e perfil) ortostáticas (de pé), que permitem a medida da cifose e da escoliose quando associada.

O tratamento conservador (não cirúrgico) é o mais freqüente, salientando-se que só deve ser instituído durante a fase de crescimento do indivíduo, porque é impossível a correção da deformidade com coletes e exercícios em pacientes que já tenham terminado o crescimento. O acompanhamento é feito através de reavaliações periódicas e controles radiológicos em perfil ortostático com o colete. A cada período de reavaliação a correção pelo colete é aumentada.

Quando seu uso é iniciado em época adequada ou nos casos em que as alterações vertebrais não são muito acentuadas. O resultado do tratamento por esse método é bom, levando à correção total da deformidade.

A abordagem cirúrgica é uma exceção no tratamento da moléstia de Scheuermann e só deve ser empregada após o final do crescimento, quando o colete já não se mostra eficaz, em deformidades graves e associadas a quadro doloroso, na região da cifose, rebelde ao tratamento conservador.

Não se adota o fator estético como indicador da cirurgia. A dor imensa e freqüente é a maior indicação para o tratamento cirúrgico.

Quando indicado o tratamento cirúrgico, o método básico é a artrodese vertebral (fusão) com auxílio de hastes metálicas. Nas curvas moderadas a artrodese posterior pode ser empregada. Nos casos mais graves, acima desses limites, se faz necessária a associação da artrodese anterior (através do tórax).