https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/BR/intro

Síndromes de dor nos membros

Versão de 2016

1. Introdução

Muitas doenças pediátricas podem causar dores nos membros. O nome Síndrome de Dor nos Membros é um termo genérico para um grupo de diferentes condições médicas com causas e apresentações clínicas muito diferentes, que partilham a presença contínua ou intermitente de dor nos membros. Para fazer este diagnóstico, os médicos realizam exames à procura de doenças conhecidas, incluindo doenças graves que podem causar dores nos membros.

2. Síndrome de Dor Crônica Generalizada (anteriormente chamada de Síndrome de Fibromialgia Juvenil)

2.1 O que é?

A fibromialgia pertence ao grupo "Síndrome de dor musculoesquelética amplificada". A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética generalizada de longa duração, envolvendo as extremidades superiores e inferiores, assim como as costas, abdômen, tórax, pescoço e/ou maxilares durante pelo menos 3 meses, combinada com fadiga, sono pouco reparador e problemas de intensidade variável ao nível da atenção, resolução de problemas, raciocínio ou memória.

2.2 É uma doença comum?

A fibromialgia ocorre principalmente em adultos. Na pediatria, é encontrada predominantemente em adolescentes, com uma frequência de cerca de 1%.
O sexo feminino é frequentemente mais afetado do que o sexo

masculino. As crianças com esta doença apresentam muitas características clínicas semelhantes às das crianças afetadas pela síndrome de dor regional complexa.

2.3 Quais são as características clínicas típicas?

Os doentes queixam-se de dor difusa nos membros, embora a gravidade da dor possa variar de criança para criança. A dor pode afetar qualquer parte do corpo (extremidades superiores e inferiores, costas, abdômen, tórax, pescoço e maxilares).
As crianças com esta doença têm geralmente problemas de sono e a sensação de despertar de um sono pouco reparador. Outra das principais queixas é a fadiga intensa, acompanhada de diminuição da capacidade física.
Os pacientes com fibromialgia referem frequentemente dores de cabeça, inchaço dos membros (existe uma sensação de inchaço embora não possa ser observado nenhum inchaço), dormência e, por vezes, uma cor azulada dos dedos. Esses sintomas causam ansiedade, depressão e muitas faltas à escola.

2.4 Como é diagnosticada?

O histórico de dor generalizada em, pelo menos, 3 áreas do corpo, com uma duração superior a 3 meses, juntamente com um grau variável de fadiga, sono pouco reparador e sintomas cognitivos (atenção, aprendizagem, raciocínio, memória, tomada de decisão e capacidades de resolução de problemas) é o diagnóstico. Muitos pacientes apresentam pontos doridos nos músculos (pontos desencadeadores) em determinados locais, embora este sinal não seja necessário para o diagnóstico.

2.5 Como pode ser tratada?

Uma questão importante é diminuir a ansiedade gerada por esta doença, explicando aos doentes e aos seus familiares que embora a dor seja grave e real, não existem nem danos nas articulações, nem nenhuma doença física grave.
A abordagem mais importante e eficaz é um programa progressivo de treinamento aeróbico e de natação, que é o melhor exercício. A

segunda questão é iniciar uma terapia cognitiva comportamental, individual ou em grupo.. Alguns pacientes podem necessitar de um tratamento com medicamentos para melhorar a qualidade do sono.

2.6 Qual é o prognóstico?

A recuperação total requer grandes esforços por parte do paciente, e o apoio da família é essencial. Geralmente, o prognóstico nas crianças é muito melhor do que nos adultos, pois as crianças têm uma melhor recuperação. O cumprimento de um programa de exercícios físicos periódico é muito importante. Apoio psicológico, assim como medicação para dormir, para a ansiedade e para a depressão, podem ser indicados para os adolescentes.

3. Síndrome de Dor Regional Complexa Tipo 1 (Sinônimos: Distrofia Simpática Reflexa, Síndrome de Dor Musculoesquelética Idiopática localizada)

3.1 O que é?

É uma dor extremamente grave nos membros de causa desconhecida e frequentemente associada a alterações cutâneas.

3.2 É uma doença comum?

A frequência é desconhecida. É mais comum em adolescentes (a idade média de início da doença é por volta dos 12 anos) e nas meninas.

3.3 Quais são os principais sintomas?

Geralmente, existe um longo histórico de dor muito intensa nos membros que não responde a diferentes tratamentos e que aumenta ao longo do tempo. Frequentemente, resulta em incapacidade de utilizar o membro afetado.

As sensações que são indolores para a maioria das pessoas, tais como um leve toque, podem ser extremamente dolorosas nas crianças afetadas. Esta estranha sensação chama-se "alodinia".

Estes sintomas interferem nas atividades diárias das crianças afetadas, que geralmente faltam muitos dias à escola.

Ao longo do tempo, um subconjunto de crianças desenvolve alterações na cor da pele (manchas pálidas ou roxas), na temperatura (normalmente reduzida) ou na transpiração. Também pode existir inchaço do membro. A criança pode, por vezes, manter o membro em posições não usuais recusando-se a fazer qualquer movimento.

3.4 Como é diagnosticada?

Até alguns anos atrás, estas síndromes tinham nomes diferentes, mas atualmente, os médicos referem-se a elas como síndromes de dor regional complexa. São utilizados critérios diferentes para diagnosticar a doença.
O diagnóstico é clínico, baseado nas características da dor (grave, prolongada, atividade limitada, falta de resposta ao tratamento, presença de alodinia), e através do exame físico.
A combinação das queixas e dos achados clínicos é bastante característica. O diagnóstico requer que sejam excluídas outras doenças, o que pode ser realizado por médicos de cuidados primários, por clínicos gerais ou por pediatras, antes de encaminhar para um reumatologista pediátrico. Os estudos laboratoriais são padrão para o diagnóstico. Uma ressonância magnética (RM) pode mostrar alterações inespecíficas dos ossos, das articulações e dos músculos.

3.5 Como pode ser tratada?

A melhor abordagem é um programa terapêutico de exercício físico intenso supervisionado por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com ou sem tratamento psicológico. Têm sido utilizados outros tratamentos, isoladamente ou em combinação, incluindo antidepressivos, biofeedback, estimulação nervosa elétrica transcutânea e alteração comportamental, sem resultados definitivos. Os analgésicos (medicamentos para a dor) são geralmente ineficazes. Estão atualmente em curso investigações e espera-se que surjam tratamentos futuros, uma vez que as causas estão identificadas. O tratamento é difícil para todas as pessoas envolvidas: as crianças, a família e a equipe de tratamento. É geralmente necessária a intervenção psicológica devido ao stress causado pela doença. Entre as principais causas de fracasso do tratamento encontram-se a dificuldade por parte da família em aceitar o diagnóstico e o cumprimento das

recomendações de tratamento.

3.6 Qual é o prognóstico?

Esta doença tem um prognóstico melhor nas crianças do que nos adultos. Além disso, a maioria das crianças se recupera mais rapidamente do que os adultos. No entanto, é demorado e o tempo até à recuperação varia amplamente de criança para criança. Um diagnóstico e intervenção precoces levam a um melhor prognóstico.

3.7 E em relação à vida diária?

As crianças devem ser incentivadas a manter atividades físicas, a frequentar a escola periodicamente e a brincar com os seus colegas.

4. Eritromelalgia

4.1 O que é?

Também é chamada de "eritermalgia". O nome desta doença deriva de três palavras Gregas: erythros (vermelho), melos (membro) e algos (dor). É extremamente rara, porém pode ocorrer em famílias. A maioria das crianças tem cerca de 10 anos de idade quando começam a apresentar queixas. É mais frequente nas meninas.
As queixas incluem uma sensação de ardor, com os pés quentes, vermelhos e inchados ou, menos frequente, as mãos. Os sintomas pioram após exposição ao calor e são aliviados com esfriamento das extremidades, ao ponto em que algumas crianças se recusam a tirar os pés da água gelada. A evolução não melhora. Evitar o calor e o exercício físico vigoroso parecem ser as medidas de controle mais úteis. Podem ser utilizados muitos medicamentos diferentes na tentativa de aliviar a dor, incluindo medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos e medicamentos para melhorar a circulação sanguínea (chamados "vasodilatadores").O médico irá prescrever o que mais se adequar a cada criança.

5. Dores de Crescimento

5.1 O que é?

Dor de crescimento é um termo benigno que se refere a um padrão característico de dor nos membros, o qual geralmente ocorre em crianças entre os 3 e 10 anos de idade. É também chamada de "dor benigna dos membros da infância" ou "dores noturnas recorrentes dos membros".

5,2. É uma doença comum?

As dores de crescimento são uma queixa comum em crianças. Apresenta uma frequência semelhante nos meninos e nas meninas, afetando entre 10 a 20% das crianças em todo o mundo.

5.3 Quais são os principais sintomas?

A dor aparece principalmente nas pernas (tíbia, barriga da perna, coxas ou na parte de trás dos joelhos) e é geralmente bilateral. Aparece no final do dia ou da noite, acordando muitas vezes a criança. Geralmente, os pais referem que a dor ocorre após atividades físicas.
Os episódios de dor duram normalmente entre 10 a 30 minutos, embora possam variar entre minutos a horas. A intensidade pode ser leve ou severa. As dores de crescimento são intermitentes, com intervalos sem dor que podem durar entre dias a meses. Em alguns casos, os episódios de dor podem ocorrer diariamente.

5.4 Como é diagnosticada?

O padrão característico de dor, combinado com a ausência de sintomas matinais e com um exame físico normal, permite estabelecer o diagnóstico. Geralmente os resultados dos estudos laboratoriais e os Raios-X serão normais. No entanto, pode ser necessário efetuar Raios-X para excluir outras patologias.

5.5 Como pode ser tratada?

Explicar a natureza benigna do processo reduz a ansiedade da criança e da família. Durante os episódios de dor, uma massagem local, a aplicação de calor e a utilização de analgésicos leves podem ajudar. Nas crianças com episódios frequentes, uma dose noturna de

ibuprofeno pode ser útil para controlar os episódios de dor mais intensos.

5.6 Qual é o prognóstico?

As dores de crescimento não estão associadas a nenhuma doença orgânica grave e geralmente resolvem-se espontaneamente no final da infância. Em 100% das crianças, a dor desaparece à medida que envelhecem.

6. Síndrome de Hipermobilidade Benigna

6.1 O que é?

Hipermobilidade refere-se às crianças que têm articulações flexíveis ou frouxas. É também chamado de lassidão articular. Algumas crianças podem sentir dor. A Síndrome de Hipermobilidade Benigna (SHB) refere-se às crianças que apresentam dor nos membros devido ao aumento da mobilidade (amplitude de movimento) das articulações, sem ter associada qualquer doença dos tecidos conjuntivos. Como tal, a SHB não é uma doença, mas sim uma variação da regra.

6.2 É uma doença comum?

A SHB é uma condição extremamente comum em crianças e jovens, existindo em 10 a 30% das crianças com idade inferior a 10 anos e, partícularmente, nas meninas. A sua frequência diminui com a idade. Ocorre frequentemente em famílias.

6.3 Quais são os principais sintomas?

Frequentemente, a hipermobilidade tem como resultado dores profundas, intermitentes e recorrentes no final do dia ou à noite nos joelhos, pés e/ou tornozelos. Nas crianças que tocam piano, violino, etc., pode afetar os dedos. A atividade e o exercício físico podem desencadear ou aumentar a dor. Raramente, pode existir um leve inchaço nas articulações.

6.4 Como é diagnosticada?

O diagnóstico é efetuado com base num conjunto pré-definido de critérios que quantificam a mobilidade articular e com a ausência de outros sinais de doenças do tecido conjuntivo.

6.5 Como pode ser tratada?

Raramente é necessário tratamento. Se a criança praticar esportes nos quais são frequentes impactos, tais como futebol ou ginástica, e desenvolver entorses/torções, deverá ser efetuado um fortalecimento muscular e proteção das articulações (ligaduras elásticas ou funcionais, cintas).

6.6 E em relação à vida diária?

A hipermobilidade é uma condição benigna, que tende a desaparecer com a idade. As famílias devem estar cientes de que o seu principal risco resulta de impedir as crianças de viver uma vida normal.
As crianças devem ser incentivadas a manter um nível de atividade normal, incluindo praticarem qualquer esporte que seja do seu interesse.

7. Sinovite Transitória

7.1 O que é?

A sinovite transitória é uma inflamação suave (pequena quantidade de líquido no interior da articulação), de causa desconhecida, da articulação do quadril que se resolve por si só, sem deixar sequelas.

7.2 É uma doença comum?

É a causa mais comum de dor no quadril em crianças. Afeta 2 a 3% das crianças com idades entre os 3 e 10 anos. É mais comum nos meninos (uma menina por cada 3-4 meninos).

7.3 Quais são os principais sintomas?

Os principais sintomas são dor no quadril e na coxa. Pode existir dor na

virilha, coxa ou, ocasionalmente, nos joelhos, geralmente de início súbito. A manifestação mais comum é a criança acordar e começar a mancar ou recusar-se a andar.

7.4 Como é diagnosticada?

O exame físico é característico: o paciente manca e tem um movimento diminuído e doloroso do quadril. A criança não apresenta febre e deve ter mais 3 anos de idade. A criança não parece estar doente. Ambos os quadris estão afetadas em 5% dos casos. Os Raios-X do quadril geralmente apresentam resultados normais e, de um modo geral, não são necessários. Por outro lado, uma ecografia do quadril é muito útil na detecção de sinovite transitória

7.5 Como pode ser tratada?

A base do tratamento é o repouso, o qual deve ser proporcional ao grau de dor. Os medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides podem ajudar a diminuir a dor e a inflamação. Geralmente, a dor desaparece após uma média de 6 a 8 dias.

7.6 Qual é o prognóstico?

O prognóstico é excelente com uma recuperação total em 100% das crianças (é transitório por definição). Caso os sintomas persistam por mais de 10 dias, deve ser considerada uma doença diferente. Não é incomum desenvolver novos episódios de sinovite transitória. Estes episódios são geralmente mais leves e com uma duração inferior à do primeiro episódio.

8. Dor patelo-femoral - dor no joelho

8.1 O que é?

A dor patelo-femoral é a síndrome de utilização excessiva mais comum em idade pediátrica. As doenças deste grupo resultam de movimentos repetitivos ou lesões associadas a exercícios contínuos de uma determinada parte do corpo, em particular das articulações e tendões. Estas doenças são muito mais comuns em adultos (cotovelo do tenista ou golfista, síndrome do túnel cárpico, etc.) do que em crianças.
A dor patelo-femoral refere-se ao desenvolvimento de dor na parte

anterior do joelho com atividades que exerçam carga adicional sobre a articulação patelo-femoral (a articulação formada pela superfície do joelho (rótula) e a parte inferior do fêmur ou osso da coxa).
Quando a dor no joelho é acompanhada por alterações no tecido da superfície interna (cartilagem) da rótula, é utilizado o termo médico "condromalácia da rótula" ou "condromalácia patelar".
Existem muitos sinônimos para a dor patelo-femoral: síndrome patelo-femoral, dor anterior do joelho, condromalácia da rótula, condromalácia patelar.

8.2 É uma doença comum?

É muito rara em crianças até aos 8 anos de idade, tornando-se progressivamente mais comum nos adolescentes. A dor patelo-femoral é mais comum nas meninas. Também pode ser mais comum em crianças com angulação significativa dos joelhos como por exemplo joelhos valgos (geno valgo) ou pernas arqueadas (geno varo), assim como nas crianças com doenças da rótula devido ao desalinhamento e a instabilidade.

8.3 Quais são os principais sintomas?

Os sintomas característicos são dor na parte anterior no joelho que piora com atividades como correr, subir ou descer escadas, baixar ou saltar. A dor também é agravada pela posição sentada prolongada com o joelho dobrado.

8.4 Como é diagnosticada?

A dor patelo-femoral em crianças saudáveis é um diagnóstico clínico (testes laboratoriais ou estudos de imagem não são necessários). A dor pode ser reproduzida por compressão da rótula ou ao restringir o movimento ascendente da rótula quando os músculos da coxa (quadricípites) estão contraídos.

8.5 Como pode ser tratada?

Na maioria das crianças sem doenças associadas (tais como transtornos de angulação dos joelhos ou instabilidade da rótula), a dor patelo-

femoral é uma condição benigna que se resolve por si só. Caso a dor interfira com a prática de esportes ou com as atividades diárias, a iniciação de um programa de fortalecimento do quádriceps pode ajudar. A aplicação de bolsas de gelo pode aliviar a dor após a prática de exercício físico.

8.6 E em relação à vida diária?

As crianças devem ter uma vida normal. O seu nível de atividade física deve ser ajustado de modo a mantê-las sem dor. As crianças muito ativas podem utilizar uma joelheira com uma cinta patelar.

9. Deslizamento da Epífise Femoral Capital

9.1 O que é?

Esta condição é um deslocamento da cabeça do fémur através da placa de crescimento; a sua causa é desconhecida. A placa de crescimento é uma porção de cartilagem existente entre os tecidos ósseos da cabeça femoral. É a parte mais fraca dos ossos e lhe permite crescer. Quando a placa é mineralizada transforma-se em ossos,assim os ossos param de crescer.

9.2 É uma doença comum?

É uma doença rara que afeta 3 a10 em cada 100.000 crianças. É mais frequente nos adolescentes e nos meninos. A obesidade parece ser um fator de predisposição.

9.3 Quais são os principais sintomas?

Os principais sintomas são mancar , dor e diminuição da mobilidade do A dor pode ser sentida na parte superior (dois terços) ou inferior (um terço) da coxa, e aumenta com a atividade física. Em 15% das crianças, a doença afeta os dois quadris.

9.4 Como é diagnosticada?

O exame físico é característico, apresentando uma diminuição da

mobilidade do quadril. O diagnóstico é confirmado por Raios-X, preferencialmente na vista axial ("frog-leg").

9.5 Como pode ser tratada?

Esta doença é considerada uma emergência ortopédica e requer fixação cirúrgica (estabilização da cabeça femoral por inserção de pinos para a manter fixa na sua posição).

9.6 Qual é o prognóstico?

Depende de quanto tempo a cabeça femoral permaneceu na posição deslizada antes do diagnóstico ser efetuado e do grau de deslizamento. Varia de criança para criança.

10. Osteocondrose (sinônimos: osteonecrose, necrose avascular)

10.1 O que é?

A palavra "osteocondrite" significa "morte óssea". Refere-se a um grupo diverso de doenças de causa desconhecida, caracterizadas pela interrupção do fluxo sanguíneo para o centro de ossificação dos ossos afetados. No nascimento, os ossos são constituídos principalmente por cartilagem, um tecido mais suave que, ao longo do tempo, é substituído por um tecido mais mineralizado e resistente (o osso). Esta substituição tem início em locais específicos dentro de cada osso, áreas conhecidas como centros de ossificação, espalhando-se para o resto do osso ao longo do tempo.
A dor é o principal sintoma destas desordens . A doença tem nomes diferentes em função do osso afetado.
O diagnóstico é confirmado através de estudos de imagem. Os Raios-X mostram, em sequência, fragmentação ("ilhas" no interior do osso), colapso (repartição), esclerose (densidade aumentada, o osso parece "mais branco" nas imagens) e, frequentemente, re-ossificação (formação de osso novo) com reconstituição do contorno ósseo.
Embora possa parecer uma doença grave, é bastante comum nas crianças e, com exceção de um possível envolvimento extenso do quadril, tem um excelente prognóstico. Algumas formas de

osteocondrose são tão comuns que são consideradas uma variação normal do desenvolvimento ósseo (doença de Sever). Outras formas de osteocondroses podem ser incluídas no grupo de "síndromes de utilização excessiva" (doenças de Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Doença de Legg-Calvé-Perthes

10.2.1 O que é?

Esta doença envolve necrose avascular da cabeça femoral (a parte do osso da coxa mais próxima do quadril).

10.2.2 É uma doença comum?

Não é uma doença comum, é reportada em 1/10.000 crianças. É mais frequente nos meninos (4-5 meninos para cada menina) entre os 3 e 12 anos de idade e ocorre principalmente em crianças com idades entre os 4 e 9 anos.

10.2.3 Quais são os principais sintomas?

A maioria das crianças apresenta-se mancando e com graus variáveis de dor no quadril. Algumas vezes pode não existir qualquer dor. Geralmente, apenas um lado do quadril está afetado, mas em cerca de 10% dos casos a doença é bilateral.

10.2.4 Como é diagnosticada?

A mobilidade do quadril está afetada e pode ser dolorosa. Os Raios-X podem apresentar resultados normais no início, mas posteriormente evidenciam a progressão já descrita previamente. A cintilografia óssea e a ressonância magnética detectam a doença mais cedo do que os Raios-X.

10.2.5 Como pode ser tratada?

As crianças com doença de Legg-Calvé-Perthes devem ser sempre encaminhadas para um departamento de ortopedia pediátrica. O

exame de imagem é essencial para o diagnóstico. O tratamento depende da gravidade da doença. Em casos mais leves, a observação pode ser suficiente, uma vez que o osso cicatriza por si só, com poucas sequelas.
Nos casos mais graves, o objetivo do tratamento é manter a cabeça femoral afetada dentro da articulação do quadril, de modo a que quando a formação de osso novo começar, a cabeça femoral recupere a sua forma esférica.
Este objetivo pode ser alcançado em grau variável utilizando um aparelho de abdução (em crianças mais jovens) ou remodelando cirurgicamente o fêmur (osteotomia, corte de uma parte de osso para manter a cabeça do fêmur numa posição melhor) (em crianças mais velhas).

10.2.6 Qual é o prognóstico?

O prognóstico depende da extensão do envolvimento da cabeça femoral (quanto menor, melhor), assim como da idade da criança (melhor se for inferior aos 6 anos). A recuperação total demora entre 2 a 4 anos. De um modo geral, cerca de dois terços dos quadris afetados têm um bom resultado anatômico e funcional a longo prazo.

10.2.7 E em relação à vida diária?

As limitações nas atividades diárias dependem do tratamento aplicado. As crianças sob observação devem evitar impactos fortes no quadril (saltar, correr). No entanto, devem continuar a ter uma vida escolar normal e a participar em todas as outras atividades que não envolvam sustentar pesos pesados.

10.3 Doença de Osgood-Schlatter

Esta condição é resulta de traumas repetidos no centro de ossificação da tuberosidade tibial (uma pequena crista óssea existente na parte superior da perna) causados pelo tendão patelar. Está presente em cerca de 1% dos adolescentes e é mais comum em indivíduos que praticam esportes.
A dor piora com atividades tais como correr, saltar, subir e descer escadas e ajoelhar. O diagnóstico é estabelecido através do exame

físico, com uma sensibilidade ou dor muito característica, por vezes acompanhada de inchaço, no local da inserção do tendão patelar na tíbia.
O Raio-X pode ser normal ou apresentar pequenos fragmentos de osso na tuberosidade da tíbia. O tratamento envolve o ajuste do nível de atividade de modo a manter o paciente sem dor, a aplicação de bolsa de gelo após a prática de esportes e repouso . A doença desaparece ao longo do tempo.

10.4 Doença de Sever

Esta doença também é chamada de "apofisite calcânea". É uma osteocondrose da apófise do calcâneo do osso do calcanhar, provavelmente relacionada com a tração do tendão de Aquiles.
É uma das causas mais comuns de dor no calcanhar em crianças e adolescentes. Tal como outras formas de osteocondrose , a doença de Sever está relacionada com a atividade e é mais comum em pacientes do sexo masculino. O seu aparecimento ocorre geralmente por volta dos 7-10 anos de idade, manifestando-se com dor no calcanhar e, ocasionalmente, a criança manca após a prática de exercício físico.
O diagnóstico é efetuado através do exame clínico. Não existe necessidade de nenhum tratamento além do ajuste do nível de atividade de modo a manter a criança sem dor. Caso esta abordagem não funcione, pode utilizar uma almofada no calcanhar. A doença desaparece ao longo do tempo.

10.5 Doença de Freiberg

Esta doença descreve a osteonecrose da cabeça do segundo osso metatársico no pé. A sua causa é provavelmente um trauma. É uma doença rara e na maioria dos casos envolve adolescentes do sexo feminino. A dor aumenta com a atividade física. O exame físico mostra sensibilidade sob a cabeça do segundo metatarso e, ocasionalmente, inchaço. O diagnóstico é confirmado por Raio-X, embora possa demorar duas semanas após o início dos sintomas até que as alterações sejam detectáveis. O tratamento inclui repouso e uma almofada metatársica.

10.6 Doença de Scheuermann

A doença de Scheuermann ou "cifose juvenil (curvatura da coluna)" é uma osteonecrose da apófise do anel do corpo vertebral (o osso localizado na periferia da parte superior e inferior de cada vértebra). É mais frequente nos adolescentes do sexo masculino. A maioria das crianças com esta condição tem uma má postura, com ou sem dor nas costas. A dor está relacionada com a atividade e pode ser aliviada através de repouso.
Suspeita-se do diagnóstico após observação (angulação acentuada nas costas) e é confirmado por Raio-X.
Para ser diagnosticada com doença de Scheuermann, a criança deve apresentar irregularidades nas placas vertebrais e "encunhamento" de 5 graus em pelo menos três vértebras consecutivas.
Geralmente, a doença de Scheuermann não necessita de tratamento além do ajuste do nível de atividade da criança, observação e, em casos graves, de órtese.