

ESCOLIOSIS

¿QUÉ ES? (Concepto):

La palabra *escoliosis* significa que la columna vertebral está torcida o “curvada”.

Las curvas del raquis pueden ser de tres tipos (clasificación): las *posturas escolióticas*, las *escoliosis secundarias* y las verdaderas *escoliosis*.

Es importante distinguir entre estos tres tipos genéricos de curvaturas, porque su gravedad es diferente y por lo tanto, su pronóstico y tratamiento.

A.- *ACTITUD ESCOLIÓTICA*. Cuando el diagnóstico que el médico ha realizado es el de actitud escoliótica, indica que su columna vertebral adopta habitualmente posturas con una o dos curvas (Figura 1), pero que si intenta corregir su postura, estas curvas desaparecerán con relativa facilidad.



Fig. 1.- MORFOTIPO ESCOLIÓTICO.

Estas curvas se caracterizan porque al flexionar el tronco hacia delante (test de Adams), ambos lados de la espalda están a la misma altura

(Figura 2), no existiendo protrusión de un hemitórax.

Este diagnóstico indica poca gravedad, de momento, y su importancia radica principalmente por la probabilidad de que se incrementen las curvaturas durante el crecimiento.



Fig. 2.- Test de Adams normal, lo que indica que la postura anterior se debe a una *ACTITUD ESCOLIÓTICA*.

B.- *ESCOLIOSIS SECUNDARIA*. Se produce cuando la curva escoliótica se debe a una causa conocida. La etiología (causa) más frecuente es por una diferencia en la longitud de los miembros inferiores (una pierna es más larga que la otra), lo que produce un desnivel en la pelvis (la pelvis de la pierna más corta está descendida) y la columna vertebral lo compensa (Figura 3) desviándose hacia la pierna más corta (la convexidad escoliótica se dirige hacia la pelvis descendida).

Estas curvas escolióticas secundarias a disimetrías se localizan en la zona lumbar o tóraco-lumbar, han de desaparecer cuando se nivela la disimetría (se pone un alza bajo la pierna más corta) y su magnitud (grado de curvatura) ha de ser proporcional a la diferencia de longitud, es decir, pequeñas disimetrías podrán ser responsables de pequeñas curvas escolióticas y notables disimetrías podrán producir mayores curvas.



Fig. 3.- Inspección de un adolescente que presenta una marcada disimetría con una curva tóraco-lumbar izquierda y un desequilibrio de todo su tronco hacia su izquierda.

(habitualmente una disminución de la cifosis o incremento de la lordosis).



Fig. 4.- Desequilibrio del raquis que SIMULA un morfotipo escoliótico pero que se debe a una HERNIA DISCAL LUMBAR.

Existen otras muchas causas que pueden ocasionar una escoliosis secundaria, como los procesos dolorosos que afectan a la columna vertebral o sus inmediaciones (por ejemplo una hernia discal -Figura 4-, un tumor vertebral, un cólico nefrítico o una infección ósea -Figura 5-), en las que predomina el dolor y la columna se “desplaza o coloca” en la postura que menos dolor presente (postura antálgica). Este grupo de escoliosis es poco frecuente y cuando se trata la causa suele desaparecer la curvatura.

C.- ESCOLIOSIS ESTRUCTURADA.

Es la curva más grave de las tres, es la verdadera ESCOLIOSIS. Consiste en una deformidad tridimensional (en los tres planos del espacio) de la columna vertebral (Figura 6). Esto quiere decir, que va a existir la curvatura lateral del raquis (una o varias), junto a una rotación vertebral (la vértebra gira sobre su eje vertical deformándose) y una modificación del plano sagital

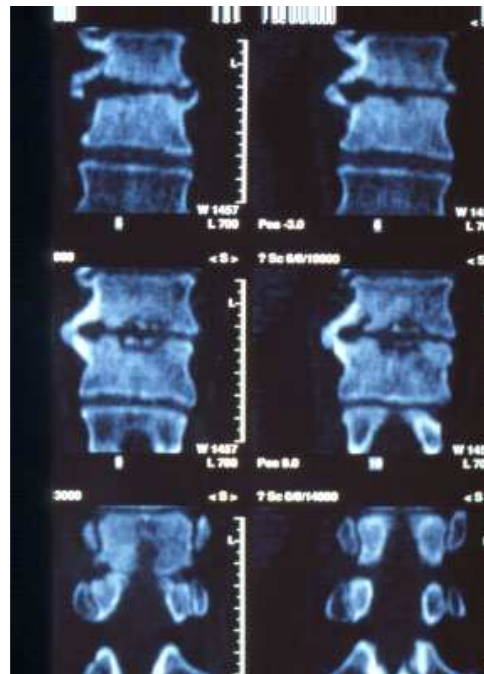


Fig. 5.- DISCITIS LUMBAR, Tomografía computarizada.

Existen muchas etiologías (causas) de escoliosis, siendo la más frecuente la de causa desconocida (en

parte), que se denominan escoliosis idiopáticas.



Fig. 6.- Marcado morfotipo escoliótico. Existe una protrusión de la escápula derecha y una asimetría en los triángulos del tallo.

La rotación vertebral se evidencia fácilmente con el test o prueba de Adams, que consiste en observar la espalda mientras flexiona el tronco. En las escoliosis, siempre se apreciará una protrusión de un hemitórax (giba) -Fig. 6b- o un saliente paravertebral lumbar.

Estas curvas pueden aparecer a cualquier edad durante el crecimiento, siendo mucho más frecuentes en la pubertad, cuando se va a producir el estirón puberal (escoliosis idiopáticas del adolescente).

Con frecuencia pasan desapercibidas para los padres y consultan, porque de pronto (con frecuencia se han percatado en verano), su hijo o hija se ha torcido mucho.



Fig. 6b.- Test de Adams positivo. Existe una giba (protrusión o prominencia) en la zona torácica derecha.

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS.

1. Côte P, Kreitz BG, Gassidy JD, Dzus AK, Martel J. A study of the diagnosis accuracy and reliability of the scoliometer and Adam's forward bend test. *Spine* 1998; 23:796-803.
2. Dimeglio A. *Ortopedia infantil cotidiana*. Barcelona: Masson, 1991
3. Ferrer V, Santonja F, Canteras M, Martínez I, Martínez L, Carrión M, Serrano PA. Alteraciones del aparato locomotor del joven deportista. En Ferrer V, Martínez L, Santonja F. *Escolar, Medicina y Deporte*. Diputación Provincial de Albacete, 1996; 369-378.
4. González Viejo MA, Cohí O, Salinas F: *Escoliosis. Realidad tridimensional*. Barcelona: Masson 2001.
5. Hernández JA, Santonja F, Martínez I, Ortín E. Prevalencia de la escoliosis idiopática en el Municipio de Murcia. Estudio de 10.640 escolares. *Rev Ortop Traum* 1988; 32 IB; 181-184.
6. Lesur J. *La gimnasia médica en pediatría*. Barcelona: Toray-Masson, 1969.
7. Lonstein JE, Bjorklund S, Wanninger MH, Nelson RP. Voluntary school screening for scoliosis in Minnesota. *J Bone Jt Surg*, 1992; 64-A: 481-8. Moe JH, Winter RB, Bradford DS, Lonstein JE. *Deformaciones de la columna vertebral*. Barcelona: Salvat, 1982.
8. Rogala EJ, Drummond DS, Gurr J. Scoliosis: incidence and natural history. A prospective epidemiological study. *J Bone Joint Surg*, 1978; 60-A: 173-176.

9. Santonja F. Reconocimiento del aparato locomotor durante la edad escolar. En Santonja F, Martínez I: Valoración Médico-Deportiva del Escolar. Secretariado de Publicaciones. Universidad de Murcia, 1992; 259-277.
10. Santonja F, Andújar P, Ortín E. Escoliosis. En: Arribas JM, Castelló JR, Rodríguez N, Santonja F y cols "Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia. 2ª ed. Madrid: Jarpyo editores, 2006:1539-1550.
11. Stagnara P. Deformaciones del raquis. Barcelona: Masson, 1987.
12. Vercauteren M, Van Beneden M, Verplaetse R, Croene P, Uyttendaele D, Verdonk R. Trunk asymmetries in a Belgian school population. Spine, 1982; 7 (6): 555-562.