

**SEGUIMIENTO. Nuestra actitud**

**ACTITUD ESCOLIÓTICA.** Tras el primer examen clínico y el correspondiente estudio radiográfico, realizo el seguimiento clínico cada 4-6 meses (dependiendo de la edad, tratamiento y posibilidad de que pueda producirse un pico de crecimiento). Suelo realizar una radiografía de control (sólo en proyección A-P) a los 18-36 meses de empezado el tratamiento o cuando inicia el pico puberal, así como cuando ha terminado el crecimiento, para tener un documento imperecedero de la disposición del raquis al final de la adolescencia. En suma, con unas adecuadas exploraciones clínicas y con 3 radiografías completas se puede realizar el seguimiento de este proceso.

**ESCOLIOSIS LEVE.** La actitud inicial es la misma, pero el seguimiento se ha de realizar más cercano en el tiempo. Yo evalúo clínicamente a los dos meses de iniciado el tratamiento, para ver si la fisioterapia la está realizando de forma correcta. Tres a cuatro meses después vuelvo a valorar clínicamente y si no existe progresión o si se aprecia mejoría en el morfotipo, flechas o test de Adams, continúo realizando el seguimiento con las evaluaciones clínicas. Cuando detecto cualquier signo que sugiera empeoramiento, solicito nuevo estudio radiográfico. Si en las sucesivas revisiones clínicas no aparece un agravamiento, solicito una nueva Rx a los 18-24 meses de haber iniciado el tratamiento.

Si se confirmase progresión de la escoliosis en la radiografía, cambio la pauta de tratamiento. Cuando se acerca el estirón puberal, solicito nuevas radiografías de control, pero si se mantiene con una semiología muy similar, sigo realizando las evaluaciones periódicas sólo con la exploración clínica.

**ESCOLIOSIS MODERADAS.** En la valoración inicial, se suele precisar además de las clásicas radiografías A-P y Lateral, una o dos radiografías en máxima inclinación (Figura 36a) hacia la convexidad de la escoliosis (conocidas como "Bending"). Estas radiografías nos permiten determinar el porcentaje de estructuración de la escoliosis, al comparar la reducción del grado de escoliosis estando de pie (Figura 36b).



Fig. 36.- Radiografía en inclinación lateral hacia la derecha para estudiar la flexibilidad de las curvas escolióticas derechas.

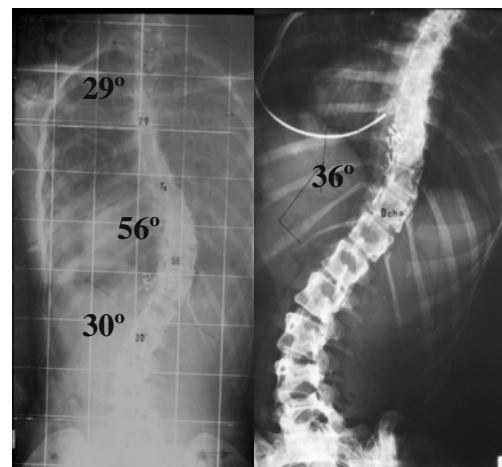


Fig. 36b.- Radiografía en inclinación lateral hacia la derecha. La curva torácica derecha pasa de 56° a 36° lo que indica una reducción sólo de 20° (35%).

Por ejemplo: si un púber tiene una escoliosis torácica derecha de 33° y en la Rx en inclinación a la derecha la curva se reduce a 11°, nos confirma la estructuración pero indica que es bastante flexible (reducción de un 66%), lo que indica mejor pronóstico; si por el contrario, sólo redujese a 26° (reducción del 20%), indicará una importante estructuración. Estos estudios nos ayudan a establecer el pronóstico de la escoliosis.

Si ha de llevar un corsé, se precisan radiografías con el corsé, porque es la única manera de evaluar si el corsé está correctamente realizado (Figura 37). Yo solicito la primera Rx al mes de llevar el corsé y con este estudio le indico al técnico los cambios que debe realizar (cambios en la altura de los apoyos, grado de empuje o presión), así como el efecto desrotador que deseo en cada curva.

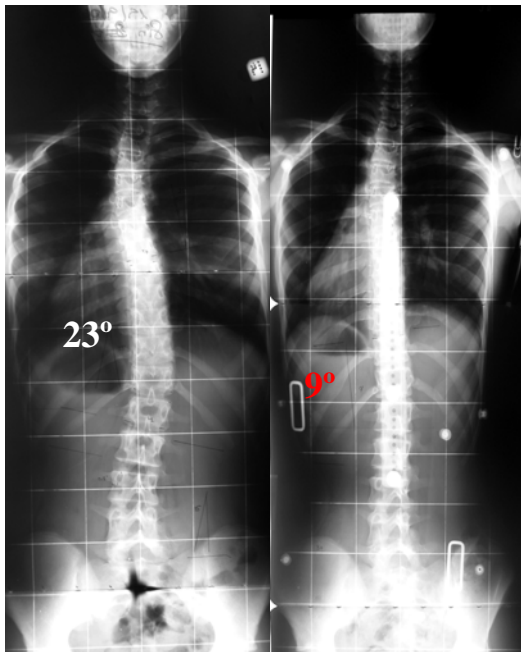


Fig. 37.- Radiografía PREVIA al tratamiento con 23° y al colocar el corsé se reduce a 9° (radiografía de la derecha), lo que indica un buen efecto corrector del corsé.

Desgraciadamente hay corsés que apenas hacen efecto sobre la escoliosis. Recibo pacientes que llevan

muchos meses tratados con corsé, pero no le hicieron el control radiográfico CON el corsé. Cuando le pido la pertinente radiografía frontal con el corsé, muestra una mínima corrección (Figura 38).

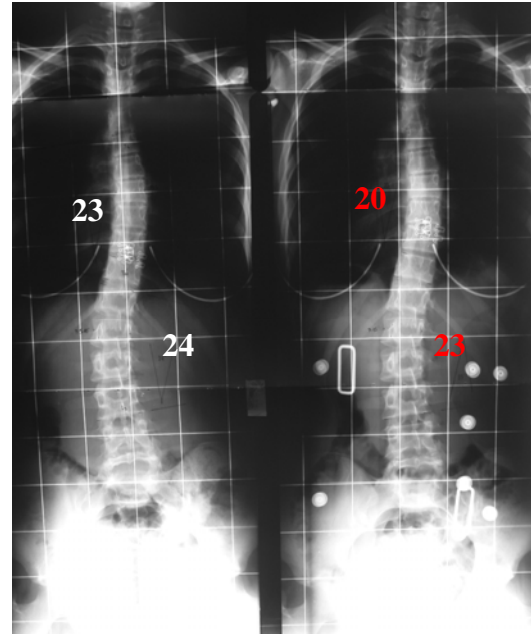


Fig. 38.- Radiografía SIN y CON CORSE (derecha) de una adolescente de 14 años que muestra el nulo efecto del corsé.

En un paciente escoliótico con corsé, la exploración clínica pierde sensibilidad, ya que el corsé va mejorando la estética por la presión que realiza sobre la convexidad, por lo que alterno las evaluaciones clínicas con las radiográficas.

Cuando se acerca el final del crecimiento, voy reduciendo el número de horas que ha de llevar el corsé, hasta que sólo lo llevará para dormir durante 9 a 12 meses. Es importante continuar con la rehabilitación durante esta etapa (realizando las correcciones posturales y los ejercicios específicos diariamente y con control periódico por un fisioterapeuta experto en columna vertebral), porque ha de tener una buena percepción de las posturas correctas al retirar el corsé, así como un buen tono muscular.

EN RESUMEN, la exploración clínica (semiología) del plano frontal de la columna vertebral permite:

A.- Seleccionar los pacientes/clientes que precisan estudio radiográfico inicial.

B.- Correlacionar adecuadamente los hallazgos de las radiografías con la exploración clínica, detectando las falsas escoliosis por haber adoptado una incorrecta postura en la sala de Rayos X (Figura 39).

C.- Reducir considerablemente el número de radiografías para su seguimiento, intercalando revisiones en las que sólo se realice la exploración clínica y otras en las que además se mida la radiografía.

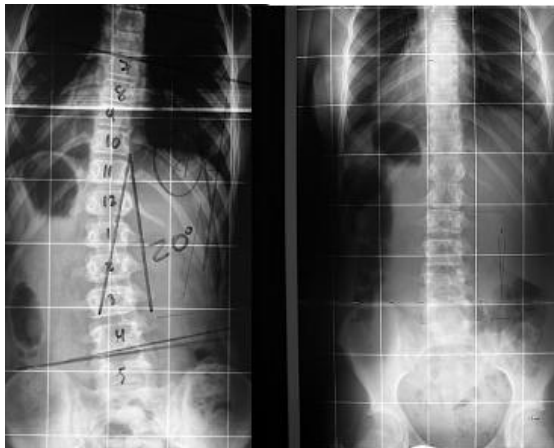


Fig. 39.- Radiografía que simula una escoliosis de 20° al estar realizada con una inclinación de la columna de este escolar (FALSA ESCOLIOSIS). A la derecha, la radiografía en su postura habitual sin “torcerse” en la sala de rayos.

#### BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS.

1. 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.

2. Santonja F, Ortín E, Andújar P. Escoliosis. Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Jarpyo editores, 2000: 776-782.

3. Santonja F, Andújar P, Ortín E. Escoliosis. En: Arribas JM, Castelló JR, Rodríguez N, Santonja F, Plazas N. Manual de Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Jarpyo editores, 2006: 1539-1550.