



Fig. 1- La imagen de la izquierda muestra una Maniobra de Adams en un adolescente con una columna normal, mientras que a derecha se aprecia claramente la giba torácica del lado derecho de la paciente y el valle del lado izquierdo.

2-Radiología.-

Se solicitará una radiografía de frente y perfil panorámica de columna parado, lo que nos permitirá valorar el balance frontal y sagital del raquis, sabiendo que en el perfil la radiografía nos mostrara 4 curvaturas que son la lordosis cervical, la cifosis torácica, la lordosis lumbar y la cifosis sacra normalmente, mientras que en el plano frontal la columna vertebral normal no presenta curvaturas. En caso de presentar curvaturas en el plano frontal, debe valorarse la magnitud de la misma utilizando el Método de Lippman Cobb para medir la misma, valorar el grado de rotación vertebral y el signo de Risser que nos dará la pauta de la madurez de la columna y esquelética del paciente. **Fig.2.**

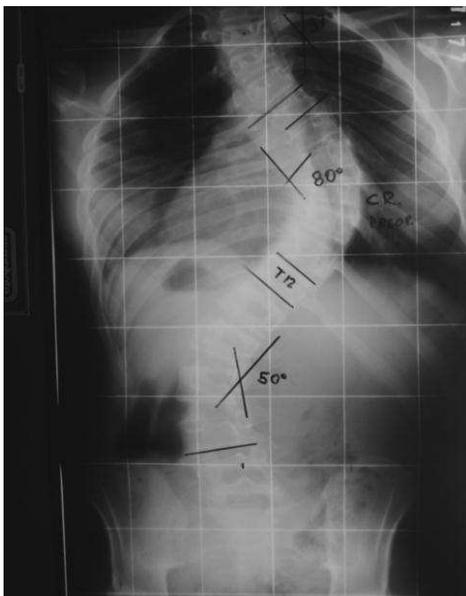


Fig. 2.- En la radiografía de frente se aprecia claramente una escoliosis con una doble curva, también se observa la rotación vertebral y la alteración en la orientación de las costilla. En esta radiografía se incluye el sector superior de las alas iliacas que nos permite valorar el signo de Risser, que consiste en la osificación del núcleo de osificación de la cresta iliaca que nos permite orientarnos en cuanto a la maduración esquelética.

COMO DEBE ACTUAR EL PEDIATRA ANTE UNA ESCOLIOSIS.

Sin minimizar el problema debe transmitir tranquilidad a los padres y derivar el paciente al Ortopedista, dejando en claro que la mayoría de las mismas no requieren un tratamiento quirúrgico, sino que se tratan con vigilancia periódica por parte del especialista. Habitualmente es una deformidad que una vez finalizado el crecimiento de la columna se detiene, pero hay que saber que hay algunos patrones de curva que pueden progresar hasta 1 grado por año aun finalizado el crecimiento, por lo cual el control va a ser por un tiempo prolongado.

Dada la mayor frecuencia que presenta la escoliosis idiopática, señalaremos brevemente algunos conceptos al respecto.

Escoliosis idiopática infantil .

Se trata de escoliosis de poca frecuencia, que se ven desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, predomina en el sexo masculino, en las cuales hay que ser muy cuidadosa en la valoración clínica y paraclínica.

Debe descartarse toda alteración neurológica, que puede verse asociada o ser la escoliosis parte de un contexto sindrómico.

Pueden asociarse como señala Wyne-Davies con plagiocefalia, retardo mental (3%), hernias (7%), luxación congénita de cadera (3,5%) y cardiopatía congénita(2,5%) como enfermedades asociadas.

La radiografía debe ser valorada cuidadosamente para descartar que no presente malformaciones congénitas, en donde dejaría de ser una escoliosis idiopática infantil pasando a ser una escoliosis congénita. Debe considerarse el realizar una RMN para descartar cualquier malformación intraraquídea.

La radiografía nos permite siguiendo los criterios de Metha, que mide el ángulo costovertebral, dividir las escoliosis idiopáticas infantiles en progresivas y no progresivas o resolutivas.

Cuando el ángulo costovertebral es menor a 20 grados se trata de curvas no progresivas o resolutivas, mientras que si el ángulo es mayor a 20 grados las curvas son progresivas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las escoliosis idiopática infantil consiste inicialmente en el control evolutivo de la curva (en las no progresivas), pero cuando se trata de curvas progresivas, con un ángulo costovertebral mayor a 20 grados, el tratamiento será inicialmente con un corsé y si progresa podrá requerir cirugía.

Escoliosis idiopática Juvenil.

Se trata de escoliosis que se producen entre los 3 a 10 años, y representan de un 10 a 13 % del total de las escoliosis idiopáticas. Tienen un leve predominio en el sexo femenino, con un inicio más precoz en los varones.

Es importante , además de solicitar el par radiológico de columna panorámica de frente y perfil, solicitar una RMN para descartar cualquier alteración del neuroeje.

Clasificación (McMaster)

- FORMAS PROGRESIVAS (92 – 98%)

- Grupo 1a (curva T ápex en T8)
- Grupo 1b (curva T ápex en T8 + curva lumbar)
- Grupo 2 (curva T ápex en T12)
- Grupo 3 (curva tóraco-lumbar)
- Grupo 4 (curva lumbar)
-
- FORMAS NO PROGRESIVAS (2 – 8%)

Las formas progresivas se mantienen más o menos estables hasta los 10-11 años y luego progresan en el 95% de los casos.

A medida que se acercan a la adolescencia los patrones de las curvas se asemejan más a la escoliosis idiopática del adolescente pero con una progresión mayor y más precoz.

El tratamiento ortésico sólo permite diferir el momento de la indicación quirúrgica, en el caso de que sea necesaria la misma. Hay que transmitir a los padres que el tratamiento ortésico es fundamentalmente para evitar la progresión de la curva pero no para corregir lo que ya tiene.

Escoliosis Idiopática del adolescente.

En este grupo la escoliosis es muy frecuente, y se ve desde los 10 años en adelante, pero la mayoría no requieren tratamiento. Hay que diferenciarla de la actitud escoliótica (ausencia de gibosidad, y ausencia de rotación), que en 8 de cada 10 veces, corresponde a una disimetría de extremidades inferiores y desaparece en el decúbito.

FACTORES DE RIESGO:

Algunos de los factores de riesgo en la escoliosis idiopática del adolescente son la pubertad, los antecedentes familiares., sexo femenino.

Es más frecuente en sexo femenino (por encima de 10 años) y presenta mayor evolutividad en este sexo.

Los factores pronósticos de la progresión son: el potencial de crecimiento del paciente y la menarca.

Es importante diferenciar la escoliosis de la actitud escoliótica, ya que la primera tiene estructuralidad y la actitud escoliótica no. Esto quiere decir que la escoliosis estructural tiene rotación vertebral, mientras que la actitud escoliótica no.

TRATAMIENTO

Esta en función del patrón de la curva, la madurez esquelética, la edad del paciente el valor angular, y la flexibilidad de la misma.

El tratamiento puede sistematizarse de forma esquemática de la siguiente manera.

Curvas con valor angular hasta 25 grados- vigilancia periódica clínica radiológica, valorando si la curva progresa o no.

Curvas con valor angular entre 25 y 40 grados- tratamiento ortésico, para lo cual debe cumplir con ciertos parámetros de madurez esquelética, flexibilidad, topografía de la curva (que quedara a criterio del ortopedista). Es importante destacar que el uso del corsé deb cumplirse durante 22 horas por día, para lo cual el niño debe

estar preparado psicológicamente, y que lo que se busca con este tratamiento no es corregir la curva que ya tiene sino evitar que continúe progresando.
Curvas mayores a 40 grados, son en general de sanción quirúrgica.