

Escoliosis y cifosis. Su profilaxis

H.R. COLANGELO*

"La aptitud física no es solamente una de las claves más importantes para un cuerpo saludable, sino también la base de una actividad intelectual, dinámica y creativa"

J.F. Kennedy

En la década del 30, V. Putti, ortopedista de fama universal, hizo un desesperado llamado a la reflexión de todos los médicos, especialmente ortopedistas, pediatras y obstetras. Fue oído, pero no por todos, pues aún hoy, casi a fin del Siglo XX, muchos de nosotros tenemos oportunidad de asistir a pacientes adultos jóvenes (entre 20 y 40 años) con luxación congénita de cadera (LCC) uni o bilateral, vírgenes de tratamiento y con escasa probabilidad, a pesar del reemplazo protésico total de cadera, de tener una articulación normal para desarrollar una vida plenamente activa en el deporte o en sus actividades diarias. El verdadero y único tratamiento de la LCC es el saber descubrirla ni bien nace el niño o en las primeras semanas de su vida. Este introito, que aparentemente no tiene nada que ver con el título del presente trabajo, está íntimamente ligado al de la escoliosis y la cifosis por un denominador común, que es la profilaxis. Como Uds. saben, la escoliosis es una deformación del raquis en el plano frontal, y la cifosis en el plano sagital.

En las tablas I y II se esboza una clasificación simple de la escoliosis y la cifosis.

Me ocuparé brevemente de la escoliosis

idiopática y de la cifosis juvenil, por ser dos entidades nosológicas muy frecuentes y que en general, si el médico no es un sagaz observador, pasan desapercibidas o bien se las rotula de posturales (no morfológicas).

ESCOLIOSIS IDIOPATICA

Se divide en tres tipos: infantil, juvenil y adolescente (Tabla I).

En una revisión escolar hecha en EE.UU. que abarcó 250.000 alumnos juveniles y adolescentes, la incidencia fue del 5%. Esta escoliosis se desarrolla en un raquis rectilíneo que previamente se consideró normal. La clasificación según el tipo de curva es muy útil para determinar el pronóstico y el tratamiento, pero dado lo general del tema, no le comentaré en esta oportunidad. Hablaré solamente sobre los tipos enunciados. Diré antes que para su diagnóstico y evolución es esencial una buena radiología.

Escoliosis idiopática infantil (EII): más común en varones, no es frecuente en nuestro medio. El diagnóstico se puede establecer ya desde el nacimiento hasta el tercer año de vida. En 1959, James, Lloyd-Roberts y Pilcher tenía una casuística de 212 escoliosis infantiles, de las cuales 77 tuvieron resolución espontánea en un lapso de 1 a 3 años. Las 135 restantes (63,6%), fueron progresivas. La Dra. Wynne-Davis, una estudiosa de estos temas, comprobó la concomitancia de EII con otras malformaciones. En su estadística de 134 escolares, 73% tenían plagiocefalia, 13% retardo mental, 3,5% LCC y 2,5%

* Zelarrayan 83 - 8000 Bahía Blanca

TABLA I: ESCOLIOSIS

ESCOLIOSIS MORFOLOGICA

- I) IDIOPATICA:
 - a) Infantil (0-3 años)
 - b) Juvenil (3-10 años)
 - c) Adolescente (+ de 10 años)
- II) NEUROMUSCULAR:
 - a) Neuropática
 - b) Miopática
- III) CONGENITA:
 - a) Insuficiencia de formación
 - b) Falta de segmentación
 - c) Mixtas
- IV) NEUROFIBROMATOSIS
- V) TRASTORNOS MESENQUIMATOSOS
- VI) ENF. REUMATOIDEA
- VII) TRAUMATISMOS

- VIII) CONTRACTURAS EXTRAVERTEBRALES
- IX) OSTEONCONDRODISTROFIAS
- X) INFECCION OSEA
- XI) TRASTORNOS METABOLICOS
- XII) RELACIONADA CON LA ARTICULACION LUMBOSACRA
- XIII) TUMORES

ESCOLIOSIS NO MORFOLOGICA

- I) ESCOLIOSIS POSTURAL
- II) HISTERICA
- III) IRRITACION RADICULAR
- IV) INFLAMATORIA
- V) RELACIONADA CON DISCREPANCIA DE LONGITUD DE LOS MIEMBROS INFERIORES
- VI) RELACIONADA CON CONTRACTURAS EN LA CADERA

un defecto cardíaco congénito. Es decir que 123 niños (91,7%) tenían malformaciones congénitas. En niños menores de 6 meses con curvas de menos de 20% , instituir tratamiento médico con la férula de Kalibis desde el nacimiento hasta los 6 meses. De los 6 meses en adelante con el corsé de Milwaukee. En curvas muy graves, el tratamiento es quirúrgico (fusión vertebral). El menor tratamiento de la EII, en sus formas graves, es la prevención de la progresión de la curva cuando ésta se inicia.

Escoliosis idiopática juvenil (IEJ): Desde los cuatro años de edad hasta el comienzo de la pubertad se “descubren” estas curvas, pero la experiencia indica que una pequeña curva existe antes de este hallazgo. Es una enfermedad familiar, y son muy frecuentes las curvas no progresivas. Al acercarse la adolescencia estas curvas, en general, comienzan a progresar rápidamente. Las curvas de 40° ó menos responden bien al tratamiento con el corsé de Milwaukee. El tratamiento no operatorio de la EIJ suele consistir en la observación de las curvas flexibles menores de 25°. Indicar el uso del corsé, si se comprueba que la curva sigue progresando. En este caso está indicada la fusión vertebral. Es un error de criterio esperar hasta “el final del

crecimiento” para hacer una fusión quirúrgica. La fusión temprana está indicada pero, en lo posible, se evitará efectuarla en los primeros años juveniles.

Escoliosis idiopática del Adolescente (EIA): La adolescencia es la época en que muchos pacientes con escoliosis idiopática se presentan a la consulta (tiende a ser más grave en las niñas). Las observaciones tempranas y los programas de revisión escolar han destacado netamente el aspecto imprevisible de la EIA en cuanto a progresión de las curvas se refiere. En un estudio de la conducta de las curvas menores de 30° en la adolescencia, Clarisse demostró que progresan muy poco. Observó además que de 36 escolióticas vistas después de la menarca, sólo una progresó. De 59 pacientes escolióticas vistas antes de la menarca, la progresión de las curvas tuvo el detalle siguiente: Curvas principales dobles 92% ; toracolumbares 70% ; torácicas 58% ; lumbares 29% .

El tratamiento es incruento, (corsé de Milwaukee) si las curvas son de hasta 45°. Dado que la respuesta al corsé se ha demostrado variable e inesperada, el médico no debe persistir en el uso del mismo cuando la curva va en franco aumento. En este caso se indicará la fusión vertebral. También se hará

la misma indicación si la curva es de 50° o más. No debemos olvidar que el adolescente es un individuo muy sensible y el uso prolongado del corsé durante el más importante

período de madurez emocional, puede dejar a veces huellas caracterológicas de inseguridad emotiva que lo discapaciten para una relación íntegra con la sociedad.

TABLA II: CIFOSIS

CIFOSIS MORFOLOGICA:

- I) ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN
- II) CONGENITA
- III) NEUROMUSCULAR
- IV) MIELOMENINGOCELE
- V) TRAUMATICA
- VI) POST QUIRURGICA

- VII) DESPUES DE IRRADIACION
- VIII) METABOLICA
- IX) DISPLASIAS ESQUELETICAS
- X) ENFERMEDADES DEL COLAGENO
- XI) TUMORES
- XII) INFLAMATORIAS

CIFOSIS NO MORFOLOGICA

- I) POSTURAL (dorso redondo)

CIFOSIS JUVENIL (CJ)

Fue una enfermedad poco comprendida hasta 1920, época en que H. Scheuermann detalló por primera vez sus manifestaciones radiográficas. De todas las deformidades que pueden desarrollarse durante la infancia y la adolescencia, esta es una de las que se olvidan con mayor frecuencia. Los padres e inclusive muchos médicos la rotulan como "postura defectuosa". La incidencia de esta patología oscila entre el 0,5 y el 8% de la población general. No se encuentra en estos pacientes antecedentes hereditarios de dorso curvo ni de escoliosis. Las alteraciones radiográficas típicas no pueden demostrarse antes de la edad de 12 a 13 años. Esta deformidad del raquis se manifiesta con o sin dolor; de esta forma, si no se hace un prolijo examen, puede pasar desapercibida en la semiología. Se desconocen los rangos normales de la Cifosis dorsal fisiológica. En el Gillette Children's Hospital consideraron que una medi-

ción superior a los 40° en un niño en crecimiento, es normal.

El tratamiento ideal es el incruento, con el uso del corsé de Milwaukee. Por lo general se corrigen en el curso de un año. La intervención quirúrgica muy pocas veces es necesaria. Sólo en pacientes que han completado el crecimiento y que padecen de cifosis graves con mucho dolor y signos neurológicos se recurre a la fusión vertebral anterior y luego posterior.

RESUMEN

Se comenta la fundamental importancia del papel que juega la profilaxis en estas malformaciones del raquis. Se habla someramente de estas patologías, sólo para enfatizar la necesidad de descubrir tempranamente esta vaga entidad nosológica. A pesar de su etiología incierta, es mucho lo que se puede hacer para integrar socialmente al paciente que la padece.

Bibliografía

1. Epstein BS. Afecciones de la columna vertebral y de la médula espinal. Editorial Jims, Barcelona, 1973.
2. Moe JH, Winter RB, Bradford DS, Lonstein JE. Deformaciones de la columna vertebral. Salvat, Barcelona, 1982.
3. Tachdjian MO. Ortopedia pediátrica. Interamericana, México, 1976.
4. Animoso J, Malvarez H, Dominguez F, Hokama J, Moyano M. Nuestra experiencia en el tratamiento incruento de la escoliosis y cifosis en la

- infancia y adolescencia. Boletines y Trabajos de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, 2:244, 1983.
5. Colangelo HR, Costanza, EH, Gonzalez Mugu-ruza FM, Feijoo FA. Técnica quirúrgica para la artrodesis en la escoliosis. Actas del IX Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, 2:211, 1972.
6. Costanza E, Feijoo F, González Mugu-ruza F, Colangelo HR. Conducta preoperatoria en el tratamiento de la escoliosis. Actas del IX Congreso

- Argentino de Ortopedia y Traumatología, 2: 211, 1972.
7. Feijoo FA, Costanza EH, González FM, Colangelo HR. Técnica para la confección del corsé en la escoliosis. Actas del IX Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, 2:176, 1972.
 8. González Muguza FM, Feijoo FA, Costanza EH, Colangelo HR. La infección como complicación en la artrodesis de columna con el instrumental de Harrington. Actas del IX Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, 2:204, 1972.
 9. Previgliano H (Coordinador). Mesa redonda sobre cifosis. Actas del XV Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, 2:487, 1978.