

Evaluación general y pronóstico de la Escoliosis

PH.-E. SOUCHARD

AGRAVACION DE LA ESCOLIOSIS

La escoliosis tiene desafortunadamente la capacidad de agravarse naturalmente. Para una curvatura de 35° a la edad de 10 años, el pronóstico es de 5° de aumento por año hasta el final del crecimiento (a veces mucho más, me parece aleatorio querer cuantificar la evolución). Hay que estimar a 1° por año la agravación en la edad adulta. Estas cifras corresponden a escoliosis no tratadas*. Todo tratamiento, antes de ver cualquier mejoría, se ve forzado a parar una evolución negativa.

Comprendemos por tanto que importante es saber evaluar la situación de una escoliosis en un instante preciso y en la duración. Solamente a través de este balance relativo podemos juzgar el valor de un tratamiento y prevenir eventualmente otras intervenciones.

* Cifras facilitadas por el «Centre des Massues» de Lyon.

LOS FACTORES DE AGRAVACION

La clasificación que sigue está establecida en orden de gravedad decreciente. Su origen viene dado por los datos oficiales de mi experiencia personal:

1. La edad del paciente.

Se trata aquí de una evidencia. Cuanto más joven sea el paciente, más importante será el crecimiento y la agravación igualmente.

2. La importancia de la angulación. Este aspecto es suficientemente evidente y no merece ningún comentario.

3 La pubertad. Es en este periodo cuando se pueden producir rápidas evoluciones dramáticas.

4. Los picos de crecimiento. Estos picos son mucho más peligrosos que el crecimiento regular.

Pienso que hay que atribuirlo al

hecho de que el motor del crecimiento es el cartílago de conjugación, el tejido músculo-fibroso se alarga por tensión de tracción (una especie de «fluage» natural). En caso de desequilibrio de las tensiones musculares, las curvas escolióticas sólo se pueden agravar.

La determinación del Pico de crecimiento de Björk y Helm es más precisa en este caso que el test de Risser (ver capítulo de Guy Lejeune)

El pico mayor de crecimiento concuerda generalmente con la pubertad. Este pico pubertal se sitúa de media hacia los 12 años en las chicas y los 14 años en los chicos.

5. Las escoliosis desequilibradas. Podemos decir que una escoliosis es gravitotropa como una flor es heliotropa . Sabiendo que en la escoliosis se debe respetar la posición erecta, si hay un desequilibrio lateral, sobre un hilo de plomada tendido desde la espinosa C7, la escoliosis tenderá a reequilibrarse pagando el precio de una agravación de sus curvaturas.

6. Una causa irreversible. Una pelvis asimétrica, una vértebra cuneiforme, son los ejemplos más evidente. El carácter de irreversibilidad limitará evi-

dentemente los efectos de cualquier tratamiento que sea. Esto no debe siempre desesperar al terapeuta, ya que todos los mecanismos de compensación son siempre excesivos. Si nos imaginamos una inclinación irreversible de 10° del platillo superior de la 5ª lumbar, será lógico esperar una escoliosis lumbar de 20°. En realidad esto estará mucho más marcado y será por el contrario frecuentemente el origen de una contra curvatura dorsal.

7. Las escoliosis lumbares. Igualmente si la causa de la escoliosis podemos encontrarla en un punto cualquiera del cuerpo, los músculos espinales toman su inserción a nivel de la pelvis. Una escoliosis es siempre ascendente. Cuanto más marcada sea la angulación lumbar, más importantes deberán ser las reequilibraciones superiores.

8. La rotación (en particular a nivel lumbar). Sabemos que en la escoliosis no hay lateroflexión sin rotación y que las espinosas lumbares y dorsales giran hacia la concavidad. Este mecanismo es debido a la retracción asimétrica de los músculos espinales, y principalmente el transversos espinales. Pero uno de los dos parámetros puede estar más marcado que el

otro. La rotación que marca una retracción del transverso espinal hasta sus fibras «corto lamelar» y «largo lamelar» es más penalizante.

EL EXAMEN RADIOLOGICO, SU RELATIVIDAD

Para un RPGista, la evaluación de una escoliosis no se resume sólo en un examen radiológico. Las evaluaciones funcionales y estéticas son tomadas en consideración con el mismo valor.

Por el contrario una radiografía debe ser examinada en función de un cierto número de parámetros si queremos tener todos los datos.

- **Las condiciones.** La radiografía debe tomarse con la persona de pie, con la mirada horizontal, los pies en «V» fisiológica de 30° y al final de una expiración de pequeña amplitud. Las radiografías de control deben, evidentemente, efectuarse siempre en las mismas condiciones.

- **La medición.** Toda radiografía tiene que ir acompañado de la toma de la altura del paciente. Si por ejemplo con respecto a la radiografía precedente el adolescente ha crecido bastante, será normal constatar

una agravación de la escoliosis. Si no es este el caso, el tratamiento realizado ha sido bueno. Si en relación a la radiografía precedente el paciente no ha crecido, el tratamiento, puede ser juzgado como positivo cuando se manifieste una ganancia a nivel del ángulo de Cobb, a nivel de la rotación vertebral y de la lordosis dorsal (en caso de escoliosis esencial).

- **El test de Risser.** El crecimiento no suele estar en perfecta armonía con la edad, el test de Risser permite saber si los años venideros presentan un riesgo mayor para la evolución de la escoliosis. (Fig.1)

LA ELECCION DEL TRATAMIENTO EN FUNCION DEL PRONOSTICO

Toda escoliosis importante, aparecida antes de la pubertad, o cuyo pronóstico no es bueno en función de los criterios que venimos explicando, además del tratamiento de R.P.G., necesitaría un tratamiento ortopédico con corsé.

Este tratamiento es comúnmente realizado a partir de las escoliosis de 25°.

Nos llega frecuentemente en R.P.G. el lamentar que la decisión de prescribir un corsé ha sido una

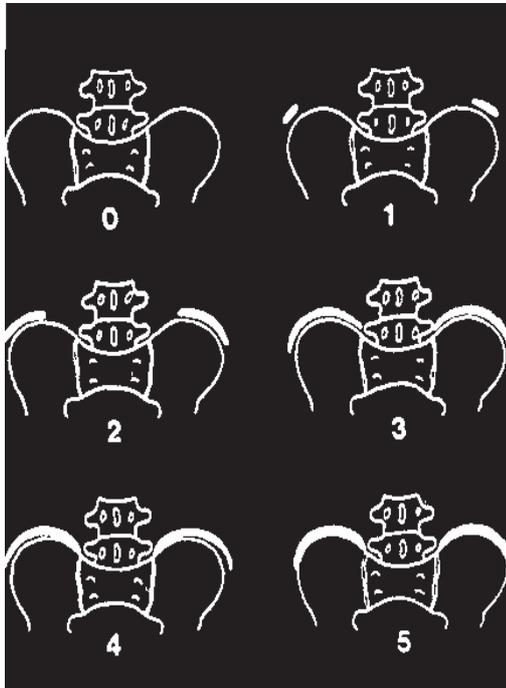


Fig. 1

decisión tomada de forma prematura. Es el caso de la escoliosis discreta y con un buen pronóstico, o el caso de un adolescente en edad del fin de su crecimiento. Tenemos en este caso que

compartir nuestra culpa en nombre de toda la fisioterapia.

Si hubiéramos podido probar antes nuestra capacidad en este campo, médicos, pediatras y ortopedas no realizarían sistemáticamente un tratamiento de escoliosis con el recurso ortopédico del corsé.

Por el contrario en caso de divergencia de opinión sobre el tema hay que acordarse de que el argumento fundamental susceptible de hacer cambiar de opinión al médico responsable es presentar un buen resultado después de un tratamiento de R.P.G.

La asociación de un tratamiento bien hecho en R.P.G. con un corsé juiciosamente prescrito, regulado y supervisado da excelentes resultados. Esto es optimista si la colaboración es efectiva.

