

Evolución de la Escoliosis en el adulto

La Escoliosis antálgica añadida

PH.-E. SOUCHARD

Después que los representantes del *Centre des Massues-Alexandre Bonjean* han realizado de forma tan preciada nuestro Congreso Internacional sobre la escoliosis en Saint-Mont en abril-mayo de 1993, nos comunicaron cuáles son las cifras de media de previsión de empeoramiento de la escoliosis.

Sin ningún tipo de tratamiento, para una escoliosis de 30° a la edad de 10 años, se deben prever 5° de evolución por año hasta el final del crecimiento.

Para un adulto, se debe esperar como término medio sobre 1° de empeoramiento por año transcurrido.

En lo que concierne al adulto, está especificado que esta evolución media no tiene en cuenta las compensaciones más graves que desgraciadamente se constatan en sus consultas.

Después de una reunión de trabajo tuve recientemente la ocasión de someter a los Doctores Monique Bonjean y Jean-Claude Bernard y a Marc Ollier mis reflexiones referentes a la yuxtaposición de una escoliosis antálgica con una escoliosis del adolescente.

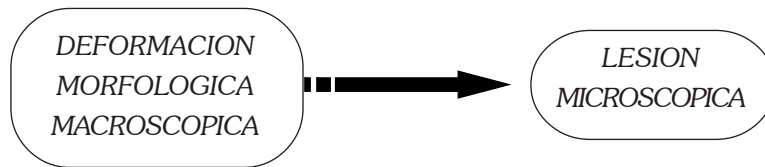
Nunca lo repetiremos lo suficiente: la escoliosis del adolescente no es lesional, se trata de un macro-mecanismo de carácter muscular cuyas causas pueden ser intrínsecas (vértebra cuneiforme, por ejemplo...) o adaptativas (deformación del miembro inferior, pelvis asimétrica, tortícolis espasmódica, etc). Pero del mismo modo que es posible dar con una escoliosis antálgica en el adolescente, es todavía más frecuente constatarla en el adulto.

Como acabo de exponer, la escoliosis antálgica es decididamente diferente de la escoliosis verdadera. El dolor puede ser su causa

evidente u oculta pero, en cualquier caso, se distingue por un desfase en latero-flexión sin rotación de espinosas en la concavidad.

Normalmente, la causa aparece ante nuestra puesta en tensión global. En el adulto que ya presenta una escoliosis bidimensional o tridimensional, la deformación macroscópica lo condena más que a nadie a las lesiones vertebrales y en particular a nivel de la charnela lumbo- sacroiliaca.

Nos encontramos entonces ante el esquema ya conocido:



La lesión microscópica tiene por tanto su origen en un mecanismo antálgico.



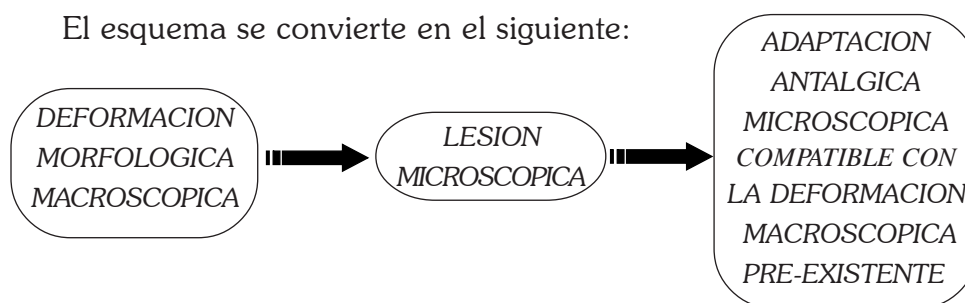
El cuerpo tiende siempre a la búsqueda instintiva de su confort, por lo que le es imposible compensar este mensaje nociceptivo lesional mediante la corrección de una escoliosis ya instaurada.

Para simplificar, imaginemos un paciente que sufre una escoliosis doble mayor dorsal derecha, lumbar izquierda, precisando, para reducir su dolor lumbar de reciente aparición, una inclinación del tronco hacia la derecha. Esta será realizada agravando su escoliosis lumbar izquierda y no corrigiendo su escoliosis dorsal derecha.

¿Cómo aventurar un diag-nóstico ante tal situación y cómo tomar parte de las responsabi-lidades?

- A través del interrogatorio, la aparición de un dolor sólo pue-

El esquema se convierte en el siguiente:



de influir de forma nefasta sobre la escoliosis.

- Por el examen de radiogra-fías previas comparadas con el examen morfológico o, mejor aún, con nuevas radiografías puede mostrarnos un empeoramiento claro de la escoliosis.

- A través de la observación escrupulosa de radiografías tomadas después de la aparición del dolor. Éstas muestran siempre una incoherencia entre la importancia de la lateroflexión y de la rotación de las espinosas dentro de la concavidad. En general la lateroflexión es mucho más clara que la rotación.

- A través del desarrollo y el resultado de la sesión de RPG. Si durante el tratamiento la corrección de la escoliosis provoca la aparición del dolor, esto constituye la prueba evidente de que existe una relación entre ambos.

Si al final de la postura el resultado ha sido sorprendente-mente alagador, ha borrado evidentemente el fenómeno antálgico sobreañadido pero no ha corregido con tanta facilidad una antigua escoliosis instaurada.

Si el promedio de empeoramiento de la escoliosis no tra-tada del adulto es de 1° por año, lo que ya constituye un muy mal pronóstico puesto que una escoliosis, moderada de 20 grados a los 18 años puede superar 50 grados a los 50 años y es vital e ineludible atender al máximo cualquier acontecimiento patológico susceptible de suceder.

Un adulto que sufre una escoliosis debe ser objeto de vigi-lancia, y si ésta no es sistemática, debe ser informado que en caso de traumatismo, dolor, embarazo, debe consultar de nuevo y, volver a hacerse una radiografía.