

LA COLUMNA VERTEBRAL DEL NIÑO EN CRECIMIENTO: DESVIACIONES

En este número se revisan algunos de los problemas más comunes que afectan a la espalda de los niños en crecimiento: cifosis, lordosis y escoliosis. Nuestros colaboradores describen, desde el punto de vista de un servicio hospitalario de pediatría, cuál es la aproximación terapéutica a estos pacientes.

DRES. SANDRA FERNÁNDEZ ÁVALOS Y SANTIAGO GARCÍA-TORNEL FLORENSA.

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Las desviaciones de la columna vertebral afectan con relativa frecuencia a la población infantil, pero en muchos casos pasan inadvertidas. En general, no suelen dar síntomas que alerten de su existencia, ya que la ausencia de dolor es usual. Los padres rara vez advierten el problema, salvo que la deformidad sea muy evidente, lo que ya es indicativo de una evolución avanzada. Estos dos hechos –deformación y ausencia de dolor–, hacen que la exploración física rutinaria de la espalda, en las revisiones periódicas del programa del niño sano, sea esencial para detectar el problema lo más precozmente posible.

DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL RAQUIS

La columna vertebral, raquis o espina dorsal, es una compleja estructura osteofibrocartilaginosa y articulada, situada en la parte dorsal del torso, que funciona principalmente como elemento de sostén, recubrimiento y protección de la médula espinal, y es uno de los factores que ayudan a mantener el centro de gravedad los animales vertebrados. Consta de 33 piezas óseas, denominadas vértebras, con un diseño y estructura capaces de proporcionar la flexibilidad, estabilidad

y amortiguación de impactos que necesita el cuerpo durante el movimiento.

La estructura ósea intrincada y compleja de la columna vertebral está formada por veinticuatro vértebras articuladas y nueve fusionadas en una sola. La columna se divide en siete vértebras cervicales (cuello), 12 vértebras dorsales (tórax) y cinco vértebras lumbares (zona inferior de la espalda). El sacro (cintura pélvica posterior) y el coxis (parte final de la columna) están formados, a su vez, por cuatro y cinco vértebras fusionadas, respectivamente. Las primeras dos vértebras cervicales son únicas porque sus formas permiten amplios movimientos rotatorios de la cabeza, tanto hacia los lados como hacia delante y hacia atrás. Las curvas de la columna nos permiten absorber golpes y choques.

Los huesos en cada región de la columna vertebral tienen diferentes tamaños y formas para permitir diversas funciones. Las vértebras aumentan de tamaño desde la región cervical a la lumbar como consecuencia principalmente de que deben soportar más peso en la parte inferior de la espalda que en el cuello. Las vértebras C2 a L5 poseen una arquitectura similar: presentan un bloque óseo en la parte anterior conocido con el nombre de cuerpo vertebral, el conducto vertebral o raquídeo en la parte central por el que pasa la médula espinal, una apófisis transversa que se proyecta lateralmente hacia fuera en cada lado y una apófisis espinosa que se proyecta posteriormente y que es muy fácil de palpar.

COLUMNA CERVICAL

La curvatura cervical, convexa hacia adelante, comienza en el ápice del proceso odontoide (parecido a un diente) y termina en la mitad de la segunda vértebra torácica. Es la menos marcada de las curvaturas de la columna. Consta de siete vértebras, numeradas desde arriba hacia abajo. La primera (1C) también llamada atlas, se articula con los cóndilos del hueso occipital del cráneo –articulación condílea–, y por abajo lo

CASO CLÍNICO

Chica de 12 años, sin antecedentes personales y familiares de interés, que acudió a la visita del pediatra porque estando en la playa los padres observaron una forma asimétrica de la espalda al recoger la toalla del suelo. Cada vez que hacía el gesto reaparecía la deformidad. En la exploración física, se apreció desviación de la línea de apófisis espinosas de convexidad tóracolumbar izquierda, test de Adams con gibosidad de 10° medido con escoliómetro. La exploración general y la neurológica fueron normales. En la telerradiografía anteroposterior, se constató la presencia de escoliosis toracolumbar izquierda con vértebras límite T8-L3 y vértice T12 con VA por el método de Cobb de 30°. Se indicó tratamiento con corsé de 23 horas al día, asociado a cinesiterapia para evitar la progresión.

hace con la segunda vértebra cervical (2C) o axis. Esta última también se articula con el hueso occipital por medio de su apófisis odontoide y sostiene la cabeza.

Las vértebras de la columna cervical se pueden separar en dos grupos:

- Comunes: 3C, 4C, 5C y 6C. Presentan un cuerpo, apófisis transversas, agujero transverso (por donde pasarán las arterias vertebrales, ramas de la arteria subclavia) y gran agujero vertebral (por donde pasa la médula), y tienen superficies articulares y la apófisis espinosa (palpable en la columna).
- Particulares: 1C o atlas y 2C o axis.

Las vértebras cervicales, con la excepción de la C7, tienen cuerpos pequeños y poseen una bifida apófisis espinosa.

COLUMNA DORSAL

La columna dorsal está formada por doce vértebras del tórax. La curvatura dorsal es cóncava hacia adelante, comienza en la mitad de la segunda y termina en la mitad de la duodécima vértebra dorsal. Su punto de curvatura más prominente corresponde con la apófisis espinosa de la séptima vértebra dorsal. La vértebra D1 (primera dorsal) se articula con C7. Las diez primeras vértebras dorsales se distinguen por la presencia de caras costales que articulan con las costillas respectivas. Con la articulación de las costillas con el esternón se conforma la caja torácica. Las últimas dos vértebras dorsales – D11 y D12– se articulan con las costillas falsas (las que no se articulan con el esternón). El tamaño del cuerpo de estas vértebras se sitúa entre el tamaño de las vértebras cervicales y el de las lumbares.

La columna dorsal o torácica permite movimientos de flexión, extensión, rotación y flexión lateral. Aloja a la médula espinal dorsal a lo largo del conducto raquídeo y a través de orificios laterales de cada vértebra salen las 12 raíces dorsales o nervios intercostales hacia los huesos, músculos, ligamentos y la piel en la región torácica.

La base esquelética del tórax está formada por doce pares de costillas. Siete pares son costillas reales en el sentido de que se unen directamente al esternón. Cinco pares se consideran falsas costillas; tres pares de éstas se sujetan indirectamente al esternón y los otros dos pares son costillas flotantes porque sus extremos son libres. El manubrio, el cuerpo del esternón y la apófisis xifoides son el resto de huesos del tórax. Todas las costillas se unen por la parte posterior a las vértebras torácicas o dorsales.

COLUMNA LUMBAR

La curvatura lumbar es más marcada en las mujeres que en los hombres, comienza en la mitad de la duodécima vértebra dorsal y termina en el ángulo sacrovertebral. Es convexa hacia adelante, con una mayor convexidad en las últimas tres vértebras que en las primeras dos.

Integran la columna lumbar las cinco vértebras (llamadas lumbares) que siguen a las dorsales. Son vértebras con

un gran cuerpo, sin caras costales ni orificios de la apófisis transversa y se articulan entre sí solamente. La quinta vértebra lumbar (L5) se articula con el hueso sacro –cinco vértebras fusionadas (S1-S5)–, al que sigue el hueso coxal –cuatro vértebras fusionadas (Co1-Co4).

La columna lumbar permite movimientos de flexión, extensión, rotación y flexión lateral. Aloja la parte final de la médula espinal y la cauda equina o cola de caballo, de donde salen las 5 raíces lumbares por los orificios laterales de cada vértebra hacia los huesos, músculos, ligamentos y piel de la región inguinal, lumbar y de los miembros inferiores.

MOVILIDAD DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Salvo para la unión articular formada por el atlas y el axis (las dos primeras vértebras cervicales), no existe una amplia gama de posibles movimientos entre dos vértebras cualesquiera. El efecto acumulativo de combinar el movimiento de varias vértebras adyacentes permite un número sustancial de movimientos dentro de una cierta área.

La mayoría de rotaciones dentro de la región cervical se producen en la unión articular entre el atlas y el axis, y se clasifican dentro del tipo pivote. El resto de articulaciones vertebrales encajan en el tipo de articulación artrodial o ligamentosa como consecuencia de sus limitados movimientos ligamentosos.

La mayoría de movimientos de la columna vertebral se producen en las regiones cervical y lumbar. La región cervical puede flexionarse 45° y extenderse otros tantos. El área cervical se flexiona lateralmente 45° y puede rotar aproximadamente 60°. La región lumbar, contando muchos de los movimientos del tronco, se flexiona aproximadamente 80° y se extiende de 20 a 30°. La flexión lumbar lateral hacia cada lado se produce normalmente dentro de los 35° y en una rotación hacia la izquierda y hacia la derecha se flexiona aproximadamente 45°.

En esta área hay músculos grandes (unos pocos) y pequeños (muy numerosos). El músculo más grande es el erector de la columna (sacroespinal), que se extiende en cada lado de la columna vertebral desde la región pélvica hasta el cráneo. Se divide en tres músculos: el semiespinoso, el dorsal largo y el iliocostal. Desde el borde medial al lateral, presenta uniones con las regiones lumbar, torácica y cervical. Así, el grupo erector de la columna está formado por nueve músculos. Todos ellos tienen su origen en una vértebra y la inserción en la siguiente. Son importantes para el funcionamiento de la columna vertebral.

DEFORMIDADES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La columna vertebral tiene tres tipos de curvas:

- **Cifótica:** que se refiere a la curva hacia afuera de la columna dorsal (al nivel de las costillas) (fig. 1).
- **Lordótica:** que se refiere a la curva hacia adentro de la parte lumbar de la columna (localizada exactamente por encima de los glúteos).

• **Escoliótica:** que se refiere a la curvatura hacia los lados de la columna (fig. 2).

Es normal que se presente un pequeño grado de curvatura cifótica y lordótica. Cuando las curvaturas son exageradas, se produce una cifosis y lordosis patológicas. La escoliosis siempre es una curvatura anormal. A continuación, se exponen las causas y síntomas más frecuentes de la cifosis, la lordosis y la escoliosis.

CIFOSIS

Es una flexión exagerada de la columna hacia delante. La columna torácica presenta una flexión hacia delante normal de hasta 40° , por lo que en estos casos la cifosis es normal o fisiológica. Una columna vertebral normal observada desde atrás se ve derecha. Sin embargo, una columna vertebral afectada por cifosis presenta cierta curvatura hacia delante (más de 40°) en las vértebras de la parte superior de la espalda, semejante a una joroba. La cifosis puede coexistir con escoliosis, lo que se denomina cifoescoliosis.

La cifosis es un tipo de deformidad de la columna vertebral y no debe confundirse con una mala postura. Es más frecuente entre las mujeres que entre los varones.

CAUSAS DE CIFOSIS

La cifosis puede ser congénita (es decir, presentarse desde el nacimiento) o puede deberse a trastornos adquiridos, entre ellos:

- **Anomalías congénitas:** suelen localizarse en el plano sagital, pero también pueden producir cifosis progresiva y grave, con posibilidad de parálisis si no se pone remedio.
- **Osteogénesis imperfecta:** trastorno que se caracteriza por la fractura de los huesos al aplicarles una fuerza mínima. La pérdida de contenido mineral del hueso debilita los cuerpos vertebrales hasta producir un colapso por acñaamiento, debido al esfuerzo fisiológico que supone las actividades cotidianas. El dolor que aparece en estas circunstancias es intenso y muy difícil de controlar.
- **Osteocondrosis juvenil (enfermedad de Scheuermann):** los platillos vertebrales de las vértebras torácicas de los adolescentes se lesionan, con lo que se produce un acñaamiento anterior de los cuerpos vertebrales y aparecen los hombros redondos que los padres suelen atribuir a una mala postura por pereza. Para poder hablar de verdadera enfermedad de Scheuermann tienen que verse afectados al menos tres cuerpos vertebrales, con un acñaamiento de al menos 5° . Suele aparecer entre los 12 y 16 años, con un predominio en el sexo masculino; no es infrecuente la asociación familiar. Los pacientes suelen quejarse de dolor lumbar debido a la lordosis lumbar compensadora. Las causas aún se desconocen.
- **Cifosis postural juvenil:** es un motivo frecuente de consulta. Los padres suelen estar preocupados por la postura adoptada por sus hijos. Cuando se trata de niñas en ocasiones sienten vergüenza por el crecimiento de sus mamas y adoptan esta postura encorvada en un intento de disimulo. Los

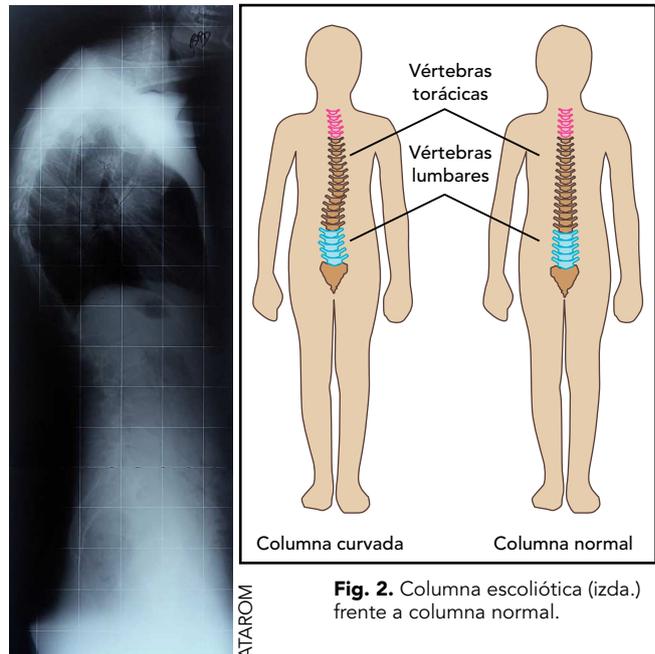


Fig. 1. Imagen de columna cifótica.

niños, sobre todo cuando son muy altos, suelen adoptar esta postura tan característica que se le conoce como «postura pobre». Se trata de una curva flexible que se corrige en decúbito prono o cuando se le manda al niño «ponerse derecho». Su principal problema es el estético. No produce dolor.

Otras afecciones que pueden asociarse a la cifosis, características de cualquier edad o de edad más avanzada son:

- **Infecciones:** es la causa más habitual de la cifosis patológica en los países desarrollados, como destrucción tuberculosa de una o más vértebras torácicas adyacentes. La deformidad presenta una angulación pronunciada (giba) y produce compresión de la médula espinal y parálisis.
- **Lesión de la médula espinal:** es una de las causas más frecuentes de cifosis; la lesión se debe en muchos casos al aplastamiento de uno o varios cuerpos vertebrales y se asocia con parálisis por lesión directa de la médula espinal a nivel del aplastamiento.
- **Enfermedades reumáticas:** la enfermedad reumática de la columna vertebral, representada por la espondilitis anquilosante, puede producir cifosis con incapacidad de mirar hacia delante en los adultos jóvenes.
- **Cambios degenerativos:** por envejecimiento de los discos de la columna cervical y lumbar. Se asocian con frecuencia con cifosis relativa (pérdida de lordosis) en estas regiones, produciendo la pérdida de altura característica de la ancianidad.

SÍNTOMAS DE LA CIFOSIS

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la cifosis. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:



Fig. 3. Rectificación de la lordosis con mínima incurvación cifótica entre C3 y C5. Tomado de: Méndez E, Martínez MI, Ros B. Radiología. 2008;50:528-30.

- Diferencia en la altura de los hombros.
- Cabeza inclinada hacia delante en relación con el resto del cuerpo.
- Diferencia en la altura o la posición de la escápula.
- Altura de la parte superior de la espalda más alta de lo normal, cuando el niño se inclina hacia delante.
- Tensión de los músculos isquiotibiales (cara posterior del muslo).

LORDOSIS

La lordosis es lo contrario a la cifosis. Se trata de una flexión de la columna hacia atrás, que puede corresponder a la postura normal en la columna cervical y lumbar para compensar la cifosis torácica, pero que también puede tratarse de una situación anormal cuando es muy pronunciada. También puede aparecer en la columna lumbar como compensación de la cifosis patológica en la columna (fig. 3).

La exageración de la curvatura lordótica hace que las nalgas parezcan más prominentes. Un niño que presenta una lordosis marcada, cuando está acostado sobre su espalda en una superficie dura, muestra un espacio entre la parte baja de la espalda y la superficie en la que se encuentra recostado. Si la curva lordótica es flexible, es decir, que vuelve a su forma normal cuando el niño se inclina hacia adelante, es un signo de importancia médica mínima; pero si la curva es fija, se debe realizar una evaluación médica y una intervención.



Fig. 4. Escoliómetro. Tomado de: www.ortholutions.de

CAUSAS

Los distintos tipos de lordosis pueden tener causas específicas:

- **Lordosis juvenil benigna:** como su nombre indica, es una hiperlordosis idiopática y asintomática de la edad pediátrica
- **Acondroplasia** (enanismo).
- **Espondilolistesis:** deslizamiento de una vértebra sobre otra, normalmente ocurre a nivel lumbar y aumenta la lordosis fisiológica. En los niños ocurre por anomalías congénitas del hueso o secundarias a un traumatismo.
- **Discitis:** infección/inflamación del disco vertebral. Causa dolor de espalda, hiperlordosis y en niños pequeños, cojera o negación a caminar. Su tratamiento incluye una pauta antibiótica y en determinadas ocasiones quirúrgica.

Puede haber otras causas para la lordosis, además de las mencionadas. Las causas pueden variar según la edad y el sexo de la persona y las características específicas del síntoma y enfermedades asociadas.

SÍNTOMAS

La característica clínica principal de este trastorno es la prominencia de las nalgas. Los síntomas variarán si la lordosis se presenta junto con otros defectos como por ejemplo, la distrofia muscular, la displasia del desarrollo de la cadera o si se presenta asociada a infección.

ESCOLIOSIS

La palabra «escoliosis» proviene de una palabra griega que significa «torcido» y es un trastorno que hace que la columna vertebral se curve hacia los lados. Usualmente, no produce dolor. Si junto a la escoliosis se presenta algún dolor en la espalda, quiere decir que también hay una enfermedad en la columna o en los nervios, y se debe descartar una causa inflamatoria o neoplásica. La escoliosis generalmente comienza cuando el niño está entre los 8 y los 10 años de edad, pero sólo es notoria cuando llega a la adolescencia. Es más común en las niñas adolescentes.

CLASIFICACIÓN

Se debe diferenciar lo que es una escoliosis verdadera o estructural de lo que es una actitud escoliótica o escoliosis funcional:

- **Actitud o postura escoliótica:** incurvación lateral de la columna, provocada a veces por factores externos a la propia columna vertebral. Así, una disimetría de los miembros inferiores provoca una oblicuidad de la pelvis, con lo que la

columna vertebral precisa adoptar unas incurvaciones para poder conservar una buena compensación del tronco. Una contractura muscular unilateral traumática o producida por el dolor de un osteoma osteoide o de una espondilólisis puede también incurvar la columna produciendo una postura escoliótica. Esta postura desaparecerá al tratar el problema subyacente. Son curvas flexibles que se corrigen con la lateralización o al acostarse. Las disimetrías de las extremidades inferiores a 1,5 cm no requieren corrección con alza.

• **Escoliosis verdadera o estructurada:** hay diversas causas de escoliosis. No se sabe qué es lo que pone en marcha el desarrollo de una curva o por qué algunas curvas empeoran y otras no. La escoliosis puede aparecer en pacientes perfectamente sanos. De hecho así ocurre en la inmensa mayoría de los casos. El restante 15% lo constituye la escoliosis cuya causa sí es conocida. Puede ser causada por enfermedades de los nervios o de los músculos, como la parálisis cerebral, las distrofias musculares y la poliomielitis. Otras causas conocidas de escoliosis incluyen las malformaciones congénitas de las vértebras en el curso del embarazo y ya están presentes en el momento de nacer. También algunas anomalías del tejido conectivo como la del síndrome de Marfan, o alteraciones de los cromosomas como el síndrome de Down pueden ser causa de escoliosis. Una exploración de 30 segundos, en las edades comprendidas entre los 10 y los 15 años, puede marcar una diferencia para toda la vida. El diagnóstico precoz puede ser de gran ayuda para diseñar el tratamiento más adecuado.

Durante la adolescencia la escoliosis habitualmente no provoca dolor y puede ser difícil de descubrir. Una escoliosis menor puede existir varios años antes de que sea realmente aparente y una de las maneras más sencillas de descubrirla es usando el llamado «test de inclinación hacia delante». Pero aún más importante es que el especialista examine la columna de los niños de manera regular, hasta haber completado todo el crecimiento, ya que la escoliosis puede aparecer en cualquier momento del proceso de desarrollo y empeorar durante el último «estirón».

Es el tipo de desviación más frecuente ya que 3 de cada 100 individuos tiene alguna forma de escoliosis y es más habitual en el sexo femenino. Implica la conjunción de dos alteraciones: la desviación lateral de la columna hacia un lado u otro, adoptando las típicas formas de S o C y la rotación de las vértebras correspondientes a la zona afectada. Los cuerpos vertebrales se desplazan hacia la convexidad de la curva y las apófisis espinosas hacia la concavidad. En este giro se desplazan las costillas: se hacen más prominentes en el lado de la convexidad y más hundidas en el de la concavidad de la curva. Esta mayor prominencia del hemitórax posterior es la que se pone de manifiesto cuando el niño con escoliosis flexiona el tronco hacia delante (maniobra de Adams).

CAUSAS DE LA ESCOLIOSIS

Los distintos tipos de escoliosis se clasifican según la causa y cada tipo requiere un programa terapéutico diferente:

• **Idiopática:** aproximadamente el 80-85% de los pacientes presenta este tipo, llamado así por ser «de causa no conocida» aunque existe una influencia genética de importancia variable ya que son frecuentes los antecedentes familiares. La columna parece completamente normal al nacer pero se deforma en los años de la adolescencia al producirse un crecimiento rápido. La escoliosis idiopática se subdivide en tres grandes grupos según el momento de su inicio: infantil (se inicia entre los 0 y 3 años de edad); juvenil (se inicia entre los 4 y 10 años de edad), y adolescente (se inicia a partir de los 10 años, durante el brote de crecimiento puberal).

• **Congénita:** la columna vertebral se va deformando desde que se inicia el desarrollo fetal, ya sea por un fallo en la formación simétrica de las vértebras o en la separación completa de las vértebras en unidades independientes. Cuando se combinan ambos tipos de fallos, se produce la deformidad más grave. Este tipo de escoliosis tiene tendencia a progresar desde el nacimiento.

• **Neuromuscular («paralítica»):** la columna vertebral puede ser normal al nacer, pero uno de los numerosos trastornos paralizantes afecta los músculos estabilizadores de la columna vertebral, por lo que aparece la escoliosis. Estos trastornos paralizantes son las lesiones de la médula espinal como la parálisis cerebral, la poliomielitis, la mielitis transversa y las distrofias musculares.

• **Otras causas:** conforman un grupo heterogéneo de causas más raras, como la escoliosis secundaria a tumores vertebrales, los esguinces agudos, el prolapso discal, la espondilosis lumbar avanzada y muy infrecuente, la histeria.

SÍNTOMAS DE LA ESCOLIOSIS

Los síntomas de escoliosis variarán con cada persona aunque es llamativa la ausencia del dolor en la idiopática. Los más frecuentes incluyen:

- Hombros a distinta altura.
- Un omóplato más prominente que el otro.
- Cabeza no centrada directamente sobre la pelvis.
- Apariencia de una cadera más elevada y prominente.
- Tórax asimétrico.
- Cintura pélvica desigual.
- Cambios en el aspecto o la textura de la piel que recubre la columna vertebral.
- Apoyo de todo el cuerpo en un lado.
- Prominencia costal cuando se agacha.
- Curvatura anormal de la columna hacia un lado (lateral).
- Hombros y cadera no alineados.
- Curva compensatoria.
- En ocasiones, dolor de espalda (zona lumbar).
- En casos muy avanzados fatiga y dificultad respiratoria por compresión torácica.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS

La exploración física se realiza con el paciente de pie y descalzo, las rodillas extendidas, los pies juntos y los miembros su-

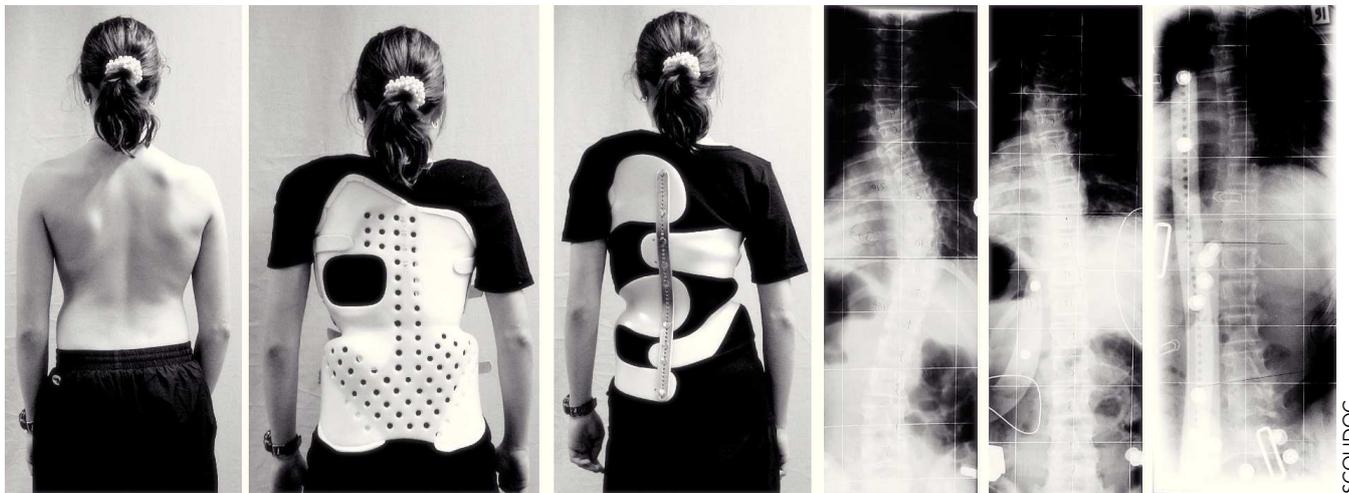


Fig. 5. Corrección de la escoliosis mediante distintos tipos de corsé.

periores pendientes a lo largo del cuerpo. Se deben analizar los siguientes aspectos: si los hombros y las escápulas están al mismo nivel, si una de las escápulas aparece más prominente, si el hundimiento de los flancos a nivel de la cintura es simétrico, si las crestas ilíacas están al mismo nivel, y la prominencia de las apófisis espinosas pone de manifiesto una o más curvas laterales en la columna vertebral.

Se pueden realizar diferentes maniobras o exploraciones para confirmar si estamos ante una actitud escoliótica o una escoliosis verdadera:

- **Prueba de la plomada** (desde la C7 o protuberancia occipital): se deja caer una cuerda unida a un peso. Valora la compensación de la columna. Si la plomada cae fuera del surco interglúteo estará indicando descompensación de la columna.
- **Maniobra de Adams:** se realiza haciendo inclinar al niño hacia delante, manteniendo las piernas extendidas. Se observa si existe una mayor prominencia de un hemitórax respecto al otro, lo cual sugerirá la existencia de una rotación de las vértebras y, por tanto, de una escoliosis verdadera. Si además se dispone de un sencillo escoliómetro (fig. 4), que es un inclinómetro diseñado para medir el llamado ángulo de rotación del tronco, se pueden medir indirectamente los grados de Cobb y controlar la evolución de la escoliosis sin precisar radiografías periódicas. Durante la maniobra de flexión de Adams se coloca en la zona media de la espalda un poco por debajo de las escápulas y luego en la zona lumbar (unos 3 cm.) Si la medida es de 5° o más indica una escoliosis de 10° en la clasificación de Cobb, por lo que el paciente debe ser referido al especialista.
- **Radiografía:** si en la exploración física existe la sospecha de una escoliosis verdadera, se realizará una radiografía de la columna. En ella se puede determinar el ángulo de Cobb, que es una medida de la curvatura de la columna vertebral expresada en grados. Una desviación de 10 a 15° significa que se puede tener una conducta expectante y realizar reconocimientos médicos periódicos hasta que el paciente supere la

pubertad y haya dejado de crecer (la curvatura de la columna vertebral no suele empeorar a partir de ese momento). Si la desviación es de 20 a 40° , el ortopedista recomendará, por lo general, el uso de un corsé ortopédico. Si el ángulo de Cobb es de 40 a 50° , o más, es posible que sea necesario practicar cirugía. Tener controlado el grado de maduración ósea también será útil para el seguimiento de la escoliosis.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento de la escoliosis idiopática, dependerá de la edad al diagnóstico, del grado de la curva y de su evolución. Se considera una curva progresiva aquella que empeora en las radiografías: aumento de 5° en 6 meses o 10° en un año. Cuanto más precozmente se inicia una escoliosis y cuanto mayor es su graduación peor pronóstico tendrá. El tratamiento ortopédico depende, en principio, de los grados de la curva: las curvas entre 10 y 20° solo requieren observación clínica y radiológica (cada 4-6 meses) y ejercicios para reforzar la musculatura, las curvas entre 25 y 40° requieren tratamiento ortopédico con corsés (fig. 5) y las curvas superiores a 45 grados son candidatas a la cirugía ortopédica.

CONCLUSIONES

Las desviaciones de la columna vertebral son hallazgos frecuentes en la población infantil. En la mayoría de casos, suelen corresponder a un síntoma banal.

La cifosis y la lordosis son curvaturas normales de la columna vertebral y sólo serán patológicas cuando la curvatura sea exagerada. La escoliosis, en cambio, no es una curvatura normal de la columna y siempre se deberá investigar si se trata de una actitud escoliótica, la mayoría de las veces, o bien si corresponde a una escoliosis verdadera por rotación de los cuerpos vertebrales. La exploración clínica sencilla pero detallada del paciente determina la intensidad del grado de curvatura y es necesaria realizar una telerradiografía de la columna o emplear métodos más precisos para determinarla. **Of**