

Detección precoz de la escoliosis

Dres. Néstor Vallejos Meana*, Víctor Rositto*, Carlos Legarreta*,
María Escalada* y Gabriel Rositto*

El desarrollo en los últimos años de mecanismos de detección precoz de enfermedades a través de un minucioso examen clínico del paciente y la disponibilidad de estudios complementarios cada vez más completos y no invasivos, ha permitido lograr la detección de deformidades espinales que en otras épocas pasaban desapercibidas y por ende, una mejor posibilidad de tratamiento en etapas tempranas de la vida.

¿Qué datos condicionarán el tratamiento de la escoliosis?

Existen elementos que nos parecen importantes para la detección y tratamiento de la escoliosis:

- La edad del paciente es un elemento fundamental, ya que se relaciona con la probabilidad de progresión, es decir, cuanto menor edad tenga el niño portador de una deformidad espinal, mayor es el riesgo de progresión.
- La localización de la curvatura en el raquis, es decir la forma anatómica de la escoliosis.
- El estado general de salud del niño, su morfología y relación con el contexto familiar.
- Expectativas de evolución.

¿Cuándo sospechar una escoliosis?

Es fundamental dar importancia al primer examen clínico en el recién nacido, esa llamada "pesquisa del recién nacido", donde el neonatólogo revisa minuciosamente al bebé para evaluar sus signos y funciones vitales, su anatomía en conjunto, sin olvidar la observación y palpación de su columna vertebral.

Ya durante el embarazo, los controles ecográficos y de RMN dan una clara imagen de la anatomía, con la posibilidad de detectar entonces defectos congénitos óseos puros o asociados a defec-

tos de tejido nervioso, como por ejemplo, mielomeningoceles, diastematomielias, etc. (Figura 1).

Escoliosis congénitas

Más aún es importante buscar y detectar defectos o deformidades espinales en bebés que presentan otras anomalías, como, por ejemplo, atresia de esófago, malformaciones cardíacas o renales, en las que debemos descartar defectos congénitos en la columna como hemivértebras, barras, bloques, fusiones costales. Éstas son las llamadas escoliosis congénitas.

Esta es una de las interconsultas más frecuentes que recibimos de los pediatras y las que necesitan un control estricto por el ortopedista espinal para prevenir el avance de las deformidades y hasta en muchos casos, el planteo de una cirugía a temprana edad para "prevenir" también una deformidad grave en la adolescencia.

Escoliosis como síntoma de otras enfermedades

También es necesario dar importancia a la presencia de manchas café con leche, nevos azules, angiomas en piel, tortícolis y limitación en la movilidad de cuello, alteraciones de la fascias, hiperlaxitud articular, pterigion o pliegues cutáneos, alteraciones de la talla (niños longilíneos o con baja talla), fracturas múltiples en miembros y microfracturas de las vértebras, enfermedades endocrinológicas como síndrome de Prader Willis, hipotiroidismo, diabetes, etc.; es decir, cualquier enfermedad sistémica que pueda tener manifestación a nivel de la columna nos obliga a realizar un estudio más profundo de ella (neurofibromatosis, osteogénesis imperfecta, displasias y síndromes genéticos en general, entre otras).

* Hospital de Niños
Ricardo Gutiérrez
Sección Patología de
la Columna Vertebral.

Correspondencia:
legarreta@cronosku.com.ar

Escoliosis neuromusculares

Si el recién nacido tuvo el antecedente de un sufrimiento fetal, perinatológico o posparto con el agregado de complicaciones neurológicas, el pediatra deberá solicitar la evaluación del ortopedista espinal ya que el niño, al presentar un retraso en la maduración y crecimiento, puede desarrollar deformidades espinales, escoliosis neuropáticas, que serán progresivas y que comprometerán en mayor medida su función respiratoria y cardiológica.

Escoliosis idiopáticas

Para las escoliosis idiopáticas, aquellas en las que no se determina la causa de su origen, pero en las que sí influyen los factores heredofamiliares en el recién nacido, frecuentemente las detecta el ojo materno en relación con una pequeña giba, aunque sea discreta. La mejor actitud es consultar al pediatra y luego al ortopedista para iniciar los controles y seguimiento y evaluar al niño luego de la adquisición de la marcha. Frecuentemente en ese momento la escoliosis ha desaparecido y más raramente la escoliosis evoluciona y toma el patrón de una escoliosis infantil con elevado potencial de agravamiento.

En los niños menores de 3 años, se trata de escoliosis infantiles en las cuales el pronóstico es mucho más grave. Las escoliosis infantiles son más frecuentes en varones y no evolucionan siempre en forma maligna, pero siempre son evolutivas y la constatación de una escoliosis estructural en los niños pequeños impone un tratamiento ortopédico. Si la deformidad es poco importante y la giba moderada, puede proponerse un corsé inicialmente. El corsé de Milwaukee es el mejor adaptado a las escoliosis de la primera infancia; durante el período de adaptación al corsé es necesario un control estricto. En los casos favorables, la utilización del corsé permitirá ir aligerando la cantidad de horas de uso e incluso llegar a la utilización únicamente nocturna. Es necesario vigilar la escoliosis en razón del riesgo de evolución, observable en el momento de la crisis puberal. En las escoliosis infantiles "malignas" con fuerte potencial evolutivo, el tratamiento ortopédico con corsé resultará insuficiente y será necesario aconsejar una artrodesis precoz circunferencial.

Los pacientes cuya deformidad se detecta entre los 3 y los 10 años, presentan escoliosis juvenil. Algunas veces estas escoliosis son moderadas en el momento del primer examen y también necesitan un seguimiento estricto, ya que generalmente son evolutivas y requerirán un tratamiento ortopédico. Si fuera necesario el uso de un corsé deberá tenerse presente que el aparato respiratorio completa su desarrollo entre los 8 y los 10 años; en este caso es importante evitar equipamientos que generen fenóme-

FIGURA 1. *Mielomeningocele lumbar. Resonancia magnética nuclear intrauterina*



FIGURA 2. *Examen de un paciente con columna alineada*



- Nivel de hombros
- Nivel de escápula
- Nivel de pelvis
- Signo de Adams
- Signo de Pitres

nos compresivos a nivel de tórax y, por ende, alteren su desarrollo (por ejemplo: corsé TLSO).

Las deformidades detectadas después de

FIGURA 3. Examen de un paciente con escoliosis

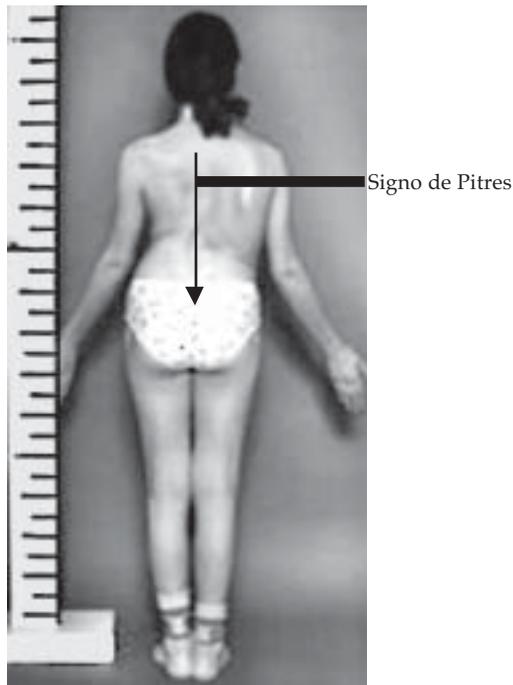
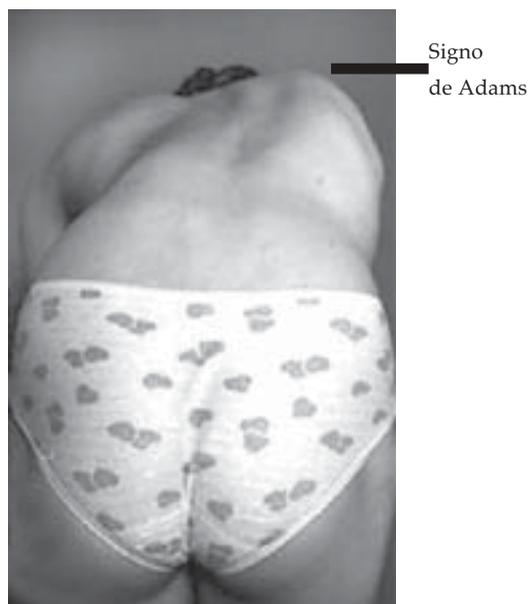


FIGURA 4. Examen de un paciente con escoliosis



los 10 años o próximas al brote puberal, son las escoliosis del adolescente, más frecuentes en mujeres y en la mayoría de los casos, evolutivas; siempre necesitan tratamiento físico, ortopédico y en muchos casos, quirúrgico por su gravedad.

¿Cuáles son los signos de la escoliosis?

El examen clínico espinal permite diagnosticar tempranamente este tipo de desviaciones. Es importante destacar cuáles son los elementos clínicos que nos permiten realizar el diagnóstico (Figura 2).

Observaremos:

- Desnivel de hombros.
- Desnivel de escápulas.
- Desnivel de pelvis.
- Asimetría del triángulo de la talla.
- Descentrado del tronco (signo de Pitres o de la plomada) (Figura 3)
- Giba (signo de Adams) (Figura 4)
- En algunos casos, diferencia en la longitud de los miembros.

Luego del pico de la pubertad, el riesgo evolutivo persiste hasta la madurez ósea. En casos de angulación superior a los 40° puede plantearse la necesidad de un tratamiento quirúrgico.

Lamentablemente, todavía vemos con frecuencia en la primera consulta, pacientes jóvenes, adolescentes, con deformidades graves que ya comprometieron la función respiratoria y cardíaca, situación que muestra una falla en el diagnóstico precoz y prevención de esta patología.

Es importante el control de salud de los niños, es decir, no sólo de los bebés o niños pequeños sino también el control semestral o, como mínimo anual, en los mayores de 3 años.

Aunque los padres vean a sus hijos sanos o libres de enfermedad, es importante el control de salud, para detectar precozmente problemas de la columna, ya que dará gran ventaja en su control y tratamiento en el que participarán padres, pediatras, kinesiólogos, neurólogos, neumonólogos y ortopedistas, es decir, un equipo multidisciplinario. ■

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Beals RK. Nosologic and genetic aspects of scoliosis. Clin Orthop 1973; 93:23-32.
- Blount WP. The virtue of early treatment of idiopathic scoliosis. J Bone Jt Surg 1981; 63:335-336.
- Bunnell W. A study of the natural history of idiopathic

- scoliosis. *Orthop Trans* 1983; 7:6.
- Burton AK, et al. The natural history of low back pain in adolescents. *Spine* 1996; 21:2323.
- Clarisse P. Pronostic évolutif des scolioses idiopathiques mineures de 10° à 29° en période de croissance. Thèse Méd Lyon, 1974.
- Cotrel MH. Le facteur génétique dans la scoliose idiopathique. Thèse. Paris, 1974.
- Emans J. Scoliosis detecting the curves that mandate treatment. *J Musculoskel Med* 1985; 11-27.
- Lonstein J. Why school screening for scoliosis should be continued. *Spine* 1988; 13:1198-1199.
- McCarthy R. Prevention of the complications of scoliosis by early detection. *Clin Orthop* 1987; 222:73-78.
- Nachemson A. The future for the patient with non treated scoliosis. Symposium Nijmegen, 1971.
- Nachemson A, Lonstein J. Prevalence and natural history report. SRS Meeting, Denver, 1982.
- Renshaw T. Screening school children for scoliosis. *Clin Orthop* 1988; 229:26-33.
- Sahlstrand T. Equilibrium factors as predictors of the prognosis in adolescent idiopathic scoliosis. *Clin Orthop* 1980; 152, 232-236.
- Weinstein S, Ponseti I. Curve progression in idiopathic scoliosis. *J Bone Jt Surg* 1983; 65-A, 447-455.
- Winter R, Moe J. A plea for the routine school examination of children for spinal deformity. *Minn Med* 1974: 419-424.
- Winter RB. Congenital deformities of the spine. Stuttgart, Thieme Verlag, 1983.

FE DE ERRATAS

En la "Sección Latinoamérica. Región Cono Sur", publicada en **Arch.argent.pediatr 2005; 103(3)**, se omitieron las referencias de los artículos seleccionados.

Las mismas se detallan a continuación:

¿Es adecuado el uso de curvas de peso neonatales para el diagnóstico de retardo del crecimiento en recién nacidos prematuros?

Arch.argent.pediatr 2003; 101(5):357-364.

Factores de riesgo para accidentes en niños. Hospital de Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria".
Rev Soc Bol Ped 2003; 42(2):86-92.

Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica.
Arch.argent.pediatr 2003; 101(6):441-447.

Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica.
J Pediatr (Rio J) 2003; 79(3):239-244.

Vacinação contra influenza em crianças infectadas pelo HIV: alterações imunológicas e na carga viral.
J Pediatr (Rio J) 2003; 79(1):29-40.

Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico.
J Pediatr (Rio J) 2003; 79(6):504-512.

Comportamiento de parámetros dialíticos y nutricionales en peritoneo diálisis pediátrica.
Rev Chil Pediatr 2003; 74(4):389-397.

¿Es útil la antropometría para estimar la composición en niños preescolares?
Rev Chil Pediatr 2003; 74(1):37-45.

Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de ferencia neonatal
Pediatr Py 2003; 30(2):11-16.

Resultados de la vacunación universal a niños de un año con vacuna de varicela en Montevideo, Uruguay
Arch Pediatr Urug 2003; 74(4):259-267.