

Evaluación de la escoliosis idiopática juvenil y del adolescente

M. ÁLVAREZ MOLINERO^a, J.J. AGUILAR NARANJO^a, N. LLOPART ALCALDE^a Y L. MILLÁN CASAS^b

^aServicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Juan XXIII. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. España.

^bServicio de Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.

Resumen.—*Objetivo.* Para actualizar los conocimientos sobre la evaluación clínica de la escoliosis se ha realizado una búsqueda en las bases de datos *Cochrane Controlled Trials Register*, MEDLINE (2000 hasta marzo 2009) y en listas de referencias de los artículos.

Síntesis de los resultados. Se debe realizar una correcta anamnesis y una exploración clínica completa que incluya un examen neurológico, una exploración cutánea y de la laxitud articular. Existen múltiples estudios de imagen; sin embargo, se debe solicitar, inicialmente, una radiografía convencional en bipedestación posteroanterior y lateral de la columna. La resonancia magnética (RM) sirve para descartar patologías de la médula espinal, ante signos o síntomas de alarma. A pesar de que existen diferentes clasificaciones en función de la edad de aparición, de la época de inicio o de la localización, hoy en día se aboga por utilizar varias clasificaciones y se reserva la de Lenke para las curvas potencialmente quirúrgicas.

Palabras clave: escoliosis idiopática, evaluación, clasificación.

EVALUATION OF JUVENILE AND ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS

Summary.—*Objective.* To update the knowledge on the clinical evaluation of the scoliosis has been realised a search in the data bases *Cochrane Controlled Trials Register*, MEDLINE (2000 until March 2009) and in lists of references of articles.

Synthesis of results. It should do a correct anamnesis and a complete clinical examination that should include a complete neurological examination, a skin exploration and the articular laxity.

Correspondencia:

Juan Jacobo Aguilar Naranjo
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII
C/ Mallafré Guasch, 4
43007 Tarragona. España
Correo electrónico:juanjacoboaguilar@gmail.com

Trabajo recibido el 1-06-09. Aceptado el 24-06-09.

Scoliosis idiopathic is a three-dimensional deformity of the spine, with an angle ≤ 10 in the frontal plane. It is the most common form of scoliosis and his etiology is unknown.

It should do a correct anamnesis and a complete clinical examination that should include a complete neurological examination, a skin exploration and the articular laxity. There are several studies of image, however the first study is a conventional X-ray standing of the spine. MRI is used to exclude diseases of the spinal cord, when we met signs or symptoms of alarm. Multiple classifications are used depending on the age of onset, the start time or location. The Lenke classification is use for potentially surgical curves.

The screening school is a non procedure obsolete in our country, due to low efficiency.

Key words: idiopathic scoliosis, height velocity, skeletal age, classification.

DEFINICIÓN

La escoliosis idiopática (EI) se define como una deformidad tridimensional de la columna vertebral que incluye la desviación lateral de más de 10° en el plano frontal, la rotación en el plano transversal y la inversión de la lordosis en el plano sagital. En algunas ocasiones, se produce una cuarta deformidad, la desalineación de la cabeza respecto al sacro^{1,2}. Es la forma más frecuente de escoliosis, representa el 80-90%, y se desarrolla en una columna previamente sin alteraciones. Su prevalencia oscila entre el 1,5 y 3% de la población y decrece a medida que aumentan los grados de la curva, las curvas de 20° representan el 0,5% y las de 40° el 0,1%¹.

No existen trabajos con nivel metodológico que permitan determinar qué sistema de evaluación, clasificación o de imagen es superior a otro. En muchos casos se trata de opiniones de expertos.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Debe permitir, por un lado, descartar las etiologías tratables y, por otro, clasificar adecuadamente el tipo de curva y proporcionar las claves para el pronóstico y tratamiento. En la anamnesis deben constar los antecedentes familiares de escoliosis u otras enfermedades asociadas, la edad actual del paciente, la edad de detección de la escoliosis, la fecha de la menarquia, la maduración sexual, la progresión de la deformidad, la existencia de dolor y la percepción corporal del paciente y de su familia^{3,4}.

Se aconseja completar la anamnesis con cuestionarios de calidad de vida como el SF-36, de dolor lumbar como el Oswestry y/o de percepción estética como el índice estético o el TRACE (*Trunk Aesthetic Clinical Evaluation*)⁵. Sin embargo, es preferible utilizar cuestionarios específicos para valorar la calidad de vida de los pacientes con EIA como el CAVIDRA⁶, el SRS-22 o el *Brace Questionnaire*⁷⁻⁹.

La exploración debe recoger la talla, una descripción del aspecto general del tronco, valorando las deformidades de la columna, escápula, esternón y costillas, la simetría de los hombros, la pelvis y los talles, así como el valor de la desviación del eje occipitosacro, el eje sagital, la desviación de la vértebra ápex respecto al eje sagital, la flexibilidad de la columna y la gibosidad dorsal y/o lumbar, mediante el test de Adams. La exploración del tronco se completa con un examen neurológico y una exploración cutánea y de la laxitud articular¹⁰. El examen neurológico debe incluir el balance motor y sensitivo, la presencia de nistagmus y el estado de los reflejos osteotendinosos y cutáneo-abdominales superiores e inferiores para descartar la implicación de una malformación o enfermedad neurológica³.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Debe incluir, en la primera visita, una radiografía convencional en bipedestación, posteroanterior y lateral. Se debe limitar al máximo el número de radiografías e insistir en el uso de la proyección posteroanterior para disminuir la irradiación de las mamas en el periodo de desarrollo de las mismas¹¹. La radiografía permite identificar las vértebras límite superior e inferior y la vértebra ápice, medir el ángulo de Cobb, los grados de rotación de la vértebra ápice y el ángulo ileolumbar, y valorar el signo de Risser.

La severidad de una curva viene indicada por su valor angular. Los dos métodos radiográficos más utilizados para determinar el valor angular son el ángulo de Cobb y el de Ferguson. El método de Cobb es más sensible y preciso y valora el ángulo formado por los platillos extremos de las vértebras límites de la curva.

El de Ferguson, menos utilizado, mide el ángulo que forman las dos líneas rectas que unen el centro de las vértebras límites superior e inferior con el centro de la vértebra ápice¹². Ninguno de los dos permite valorar las variaciones en la inclinación de las dos vértebras límites cuando la curva no es simétrica¹³.

Se considera la rotación vertebral (RV) como indicador de estructuración, flexibilidad y pronóstico de la curva¹⁴. Existen muchos métodos para valorar la RV, ya sean cualitativos, como el de Nash y Moe y el de Cobb, o cuantitativos, como los de Perdriolle, Fait y Janovec, Koreska, Coetsier y sus colaboradores y Hefli y McMaster.

El método de Nash and Moe divide la vértebra en 6 segmentos, valora la distancia entre la línea sagital y los pedículos de la vértebra ápex y el resultado se expresa en porcentaje o cruces¹⁵. El método de Cobb divide la vértebra en 6 segmentos y valora el desplazamiento de la apófisis espinosa con relación al borde del cuerpo vertebral y el resultado se expresa con 1, 2 o 3 cruces si la apófisis espinosa se encuentra en el primer, segundo o tercer sector, o 4 cruces si está fuera del cuerpo vertebral¹⁶.

El método cuantitativo de Perdriolle utiliza una plantilla transparente, torsiómetro, para valorar en grados la rotación de la vértebra en función del desplazamiento del pedículo¹⁷.

El escoliómetro es un sistema sencillo y fiable para controlar la evolución de la gibosidad y tiene una buena correlación con la RV medida con el torsiómetro de Perdriolle¹⁴. No obstante, puede tener falsos negativos en pacientes con hipocifosis dorsal u obesos¹.

Un estudio realizado con 32 casos analiza la correlación entre los métodos de Nash y Moe, torsiómetro de Perdriolle y la valoración de la rotación mediante tomografía axial computarizada (TAC). Se concluye que los dos primeros métodos son fiables, si bien el torsiómetro de Perdriolle es más específico y permite una mejor cuantificación, la TAC no aporta ninguna ventaja sobre los otros¹⁶.

En la radiografía frontal se debe prestar atención a otros signos¹². Por ejemplo, la protrusión acetabular en la pelvis puede ser primaria o un signo de la enfermedad de Marfan o de Ehlers-Danlos, ligadas a ciertos tipos de escoliosis. La verticalización excesiva de las costillas del lado convexo de la curva se considera un signo de potencial altamente evolutivo¹².

La radiografía sagital permite valorar la lordosis lumbar (ángulo entre el platillo superior de L1 e inferior de L5), la cifosis dorsal (del platillo superior de T4 al inferior de T12) y los parámetros pélvicos: inclinación sacra, versión pelviana y la incidencia de Duval-Beaupère¹².

Hay proyecciones poco utilizadas como la radiografía con la curva en desrotación, o plano de elección, que permite obtener una verdadera proyección ante-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4085077>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4085077>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)