

Tratamiento conservador de la escoliosis: ortesis

E. MORA AMÉRIGO, L. PEÑALVER BARRIOS, C. GARCÍA DE LA PUENTE MOLINERO
Y M. MORENO MORENO

Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia. Hospital General de Ontinyent. Valencia. España.

Resumen.—El tratamiento conservador de la escoliosis idiopática del adolescente (EIA) no se puede establecer actualmente de manera categórica e irrefutable, y es relativo el nivel de evidencia existente.

Objetivo. Realizar un análisis de la efectividad de los principales corsés utilizados en el tratamiento de la EIA.

Estrategia de búsqueda. Medline, PubMed, Cochrane Library desde 1992 a 2009.

Selección de estudios. Aquellos que cumplen unos requisitos mínimos de calidad en cuanto a metodología de investigación.

Síntesis de resultados. Análisis de los factores que más influyen en el resultado final del tratamiento ortésico, tiempo de utilización de la ortesis al día y global durante el crecimiento, criterio de efectividad/inefectividad, abandono de la ortesis y evolución de la curva tras la retirada de la ortesis.

Conclusión. El nivel de evidencia del tratamiento conservador ortésico de la EIA es de grado de recomendación B-plata, por lo que sería aconsejable una investigación de mayor calidad metodológica en el futuro usando los sistemas definidos por la Scoliosis Research Society y el Spinal Orthopaedic and Rehabilitation Treatment, así como evaluar la incidencia sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: escoliosis, ortesis.

CONSERVATIVE TREATMENT OF SCOLIOSIS: ORTHOSIS

Summary.—At the moment is controversial the level of evidence about the preservative treatment of the adolescent idiopathic scoliosis (AIS).

Correspondencia:

E. Mora Amérigo
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Hospital Lluís Alcanyis
Carretera Xàtiva-Silla, km 2
46800 Xàtiva. Valencia. España.
Correo electrónico: mora_enr@gva.es

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

Objective. To analyse the evidence about effectiveness of brace used in the treatment of the AIS.

Search strategy. Medline, PubMed, Cochrane Library from 1992 to 2009.

Selection of studies. Those that satisfy minimum requirements of quality methodological investigation.

Synthesis of results. Analysis of the factors that influence the final result of the orthotic treatment, time of use of brace, effectiveness, abandonment of orthosis and evolution of the curve after the use of the brace.

Conclusion. The level of evidence of the orthotic treatment for AIS is of recommendation degree B-silver, reason why an investigation of greater methodological quality in the future using the systems defined by the Scoliosis Research Society and the Spinal Orthopaedic Rehabilitation Treatment would be advisable and as well as to evaluate the incidence on the quality of life of these patients.

Key words: scoliosis, orthosis.

El tratamiento conservador de la escoliosis idiopática del adolescente (EIA) consta de tratamiento ortopédico y tratamiento funcional¹. El nivel de evidencia científica varía de uno a otro grupo, siendo aceptable la del primer apartado y muy escasa o insuficiente la del segundo.

TRATAMIENTO ORTOPÉDICO

Reducción ortopédica

Sistema de enyesado que se aplica en un marco ortopédico y que reduce la deformidad raquídea mediante la aplicación de diversas fuerzas mecánicas. Se utiliza durante 1-1,5 meses y, tras su retirada, se sustituye por una ortesis de mantenimiento. El objetivo es alcanzar una máxima corrección de la deformidad vertebral en sus tres ejes para después mantenerla con una ortesis.

Es fundamental que exista suficiente reductibilidad raquídea previa, y si la reducción en el *bending test* es menor del 50% el pronóstico es muy malo. Ha habido distintos sistemas de reducción ortopédica: Donaldson, Risser, Abbott, el más moderno método de Maguelone, Vidal y Pedriolle y, sobre todo, el sistema EDF de Cotrel (E = elongación, D = desrotación, F = flexión lateral o deflexión). Se ha demostrado su eficacia para reducir la curva inicial y su bajo índice de complicaciones², y en un estudio retrospectivo sobre 70 pacientes³ que valora los resultados inmediatos se obtuvieron reducciones del 45%.

Ortesis de tronco o corsé

Dispositivo ortopédico confeccionado en diversos materiales (termoplástico, metálico...) adaptado al tronco del paciente para aplicar fuerzas externas sobre la columna vertebral y corregir, mantener o detener la evolución de la deformidad contemplándola siempre en su aspecto tridimensional⁴.

En la actualidad, en el tratamiento de la EIA no existen axiomas irrefutables⁵. De hecho, la eficacia del tratamiento ortésico de la EIA no está todavía establecida. Una revisión sistemática reciente⁶ concluye que no se puede recomendar el tratamiento con corsé frente a la observación para prevenir la cirugía (grado de evidencia D), ya que los estudios son inconsistentes e inconcluyentes a cualquier nivel. Ni en la colaboración Cochrane, ni en PubMed se pueden encontrar ensayos controlados aleatorizados sobre este tema. La mayoría de los estudios son de cohortes retrospectivos⁷. En 2005 se publicó una estandarización de los criterios que deben cumplir los ensayos clínicos de tratamiento ortésico en EIA⁸, y recientemente se ha publicado el diseño de un ensayo controlado aleatorizado⁷, que podrá aportar mayor evidencia científica.

El objetivo principal del tratamiento es frenar la progresión de las curvas durante las fases de máximo riesgo, que están íntimamente ligadas con la inmadurez vertebral o raquis en crecimiento⁵.

La tendencia actual en las indicaciones del tratamiento ortésico son las siguientes^{5,7}: curvas inmaduras y escoliosis < 20° Cobb si existe una progresión de 10°; curvas inmaduras y escoliosis entre 20° y 30° si existe una progresión de 5° y curvas inmaduras y escoliosis entre 30° y 40°, independientemente de si existe progresión.

Clasificación de las ortesis de tronco

En razón de la región topográfica que engloban se clasifican en: cervico-tóraco-lumbo-sacras (CTLSSO);

tóraco-lumbo-sacras (TLSSO); lumbo-sacras (LSSO) y modelos de uso nocturno, y agrupamos en otros los no clasificables.

Ortesis cervico-tóraco-lumbo-sacras o supraclaviculares

Su estructura incluye las cinturas pelvianas y escapular y suelen utilizar anillo occipitomentoniano u occipitoprehioideo. Están indicadas en EI con vértebra vértice por encima de T7. Los modelos más utilizados son el clásico corsé de Milwaukee (CM) y la adaptación del corsé de Boston (CB) con superestructura. Su efectividad ha sido motivo de diversos estudios⁹⁻¹¹ con resultados contradictorios, hasta que un meta-análisis realizado por el Comité de Prevalencia e Historia Natural de la Sociedad de Investigación de la Escoliosis¹², sobre 1.459 pacientes, confirmó su efectividad mediante un uso continuado de 23 horas al día. La propia estructura del corsé y el uso continuado son causa de rechazo y alteración de la calidad de vida en estos pacientes^{13,14}.

Ortesis tóraco-lumbo-sacras o infraclaviculares

Están indicadas para el tratamiento de curvas escolióticas con ápex por debajo de T7-T8.

Corsé de Boston

Se confecciona a partir de módulos prefabricados de polipropileno con tapizado interior de polietileno. Es un corsé simétrico cuyo interior se modifica mediante placas de presión sobre los arcos costales de las vértebras ápex¹⁵.

Un estudio prospectivo controlado y semialeatorizado¹⁶ compara 41 pacientes tratados con CB con 65 pacientes sometidos a observación, con intención de tratar, con un seguimiento medio de 16 años. Un 20% de los controles precisó tratamiento con corsé, por progresión de la curva, y un 10% cirugía. En el grupo tratado ningún paciente precisó cirugía. Un estudio retrospectivo de 50 pacientes¹⁷ con EIA severa (curvas entre 35° y 45°) tratados con CB, con un seguimiento medio de 9,7 años después de la retirada, concluye que si se lleva durante un mínimo de 18 horas al día es capaz de prevenir la progresión durante el periodo observado. El tratamiento de 244 niñas con EIA tratadas con CB o CM¹⁸ muestra mejores resultados con el CB, independientemente de la magnitud inicial de la curva y de la madurez esquelética.

La comparación de la eficacia del CB y el corsé de Charleston en un estudio retrospectivo de 319 pacientes¹⁹ mostró que el CB es significativamente más efec-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4085080>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4085080>

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