



TEXTO: EFE SALUD

Una espalda ligeramente desviada puede ocultar una alteración estructural compleja: escoliosis. Aunque así lo pensemos, la escoliosis no es solo una cuestión estética, se trata de una deformidad tridimensional que combina desviación y rotación vertebral, generando la característica silueta en 'S' y, en ocasiones, una protusión visible en la espalda conocida como giba. Afecta a casi 1,5 millones de españoles.

Aunque puede tener origen congénito, neurológico o neuromuscular, y también aparecer en la edad adulta en su forma degenerativa, en un número elevado de los casos no tiene causa conocida, es la escoliosis idiopática.

EN LA ADOLESCENCIA

El doctor Víctor Castillo, del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital QuirónSalud Murcia, explica que «en el origen de la escoliosis se sabe que hay algunos factores genéticos que pueden influir, pero tampoco se trata de una alteración completamente hereditaria».

La mayor parte de los casos se diagnostican durante el estirón puberal y afectan con mayor frecuencia a niñas y a adolescentes: «La aparición de los cambios corporales, y especialmente la primera regla en las niñas, marcan los momentos clave en el desarrollo. Tras la aparición de la primera regla (menarquía), quedan unos 18-24 meses de crecimiento. Además de estos aspectos corporales tenemos otros marcadores radiológicos que nos permiten estimar la madurez esquelética y el potencial de crecimiento», explica.

El traumatólogo indica que la edad ósea se mide en radiografías de la pelvis y que, actualmente,

ESCOLIOSIS

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ MARCA UNA IMPORTANTE DIFERENCIA

Unos 1,5 millones de españoles tienen una curvatura anormal en su columna vertebral. La mayoría de los casos no tienen una causa conocida: es la llamada escoliosis idiopática

uno de los métodos más utilizados es la valoración del grado de osificación de la pelvis mediante los grados de Risser, visibles en la radiografía de pelvis, que permiten estimar el final del crecimiento: «Según esta clasificación, un Risser 0 sería una persona totalmente inmadura a nivel esquelético y con mucho potencial de crecimiento, y un Risser V sería una persona que ha terminado de crecer y cuyos huesos son maduros». Esto es importante porque lo habitual es que cuando el crecimiento termina, la curva escoliótica deja de progresar y se estabiliza: «Muchas curvas son leves y no progresan, pero algunas pueden empeorar

durante el crecimiento. Detectarla a tiempo marca la diferencia entre un seguimiento y la necesidad de tratamientos más complejos».

DIAGNÓSTICO

En cuanto al diagnóstico, resalta que en la mayor parte de los casos la escoliosis no produce ningún síntoma y es completamente indolora, siendo lo más frecuente el que se diagnostique en los controles del pediatra, en exploraciones rutinarias. Castillo sostiene que para confirmar una posible escoliosis se realizará adicionalmente una radiografía para comprobar si hay una angulación entre las vértebras, mediante el cálculo del ángulo de Cobb.

«El ángulo de Cobb es la referencia para medir la escoliosis: indica los grados que presenta la curva de la columna. Este parámetro es el que incide en la mayoría de las decisiones clínicas, que dependen siempre del momento de crecimiento en el que se encuentra el paciente. Durante la transición a la pubertad, y al pegar el estirón, es cuando las curvas escolióticas tienden a progresar más, por lo que es necesario realizar controles más estrictos», relata.

Ya con el diagnóstico realiza-

do, este traumatólogo advierte de que en la mayor parte de los casos de escoliosis idiopática en la espalda no existen contraindicaciones para la actividad física y para llevar una vida totalmente normal. «El ejercicio es, de hecho, recomendable. Contribuye a mejorar la condición física general, el control postural y el bienestar del paciente. Hay evidencia sólida de que la práctica deportiva no empeora la escoliosis. El objetivo no es limitar la actividad, sino justo lo contrario: fomentar un estilo de vida activo adaptado a cada paciente», apunta el doctor.

Aunque históricamente se ha recomendado la natación, ya que fortalece toda la musculatura del cuerpo y hace ganar elasticidad, «en la actualidad se considera simplemente una opción más dentro de un estilo de vida activo, sin que haya demostrado ser superior a otros deportes en la evolución de la escoliosis». Cada vez cobran más importancia los programas de ejercicio específico para escoliosis, «con evidencia creciente en el control postural y como complemento al tratamiento».

El facultativo sí precisa que en situaciones concretas, por ejemplo, si la escoliosis es secundaria

a una lesión vertebral como una fractura, alteraciones neurológicas, dolor significativo o fases postoperatorias, puede ser necesario limitar temporalmente ciertos esfuerzos o adaptar la actividad.

CORRECCIÓN DE LA ESCOLIOSIS

En los casos de escoliosis secundaria (aquella que tiene una causa clara) hay que poner remedio a la patología que la provoca, como por ejemplo, una plantilla o un alza en el caso de que haya una asimetría entre las piernas; u operar una malformación costovertebral si este fuera el origen.

En la escoliosis más habitual, la escoliosis idiopática del adolescente, el doctor Castillo que con el tratamiento conservador (no quirúrgico) no se puede corregir la deformidad estructural, pero sí influir en su evolución. «El objetivo del tratamiento conservador es frenar o ralentizar la progresión de la curva durante el crecimiento. Para ello, se emplea una combinación de seguimiento clínico, ejercicio terapéutico y, en curvas de mayor magnitud, el uso de corsés u órtesis». La cirugía se reserva para casos seleccionados, habitualmente a partir de 45-50 grados de curva.

