

Desviaciones de la columna vertebral



A. M. Bueno Sánchez

FEA de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la columna vertebral (CV) en el ser humano es la bipedestación, la marcha bípeda y facilitar la correcta relación con el entorno. Caminar erguido requiere de potentes tensores, siempre activos, que mantengan la CV y permitan el movimiento, en conjunto y de cada vértebra entre sí.

A las dificultades que supone este objetivo, en el niño se añade además la presión biológica del crecimiento, con sus cambios de forma, de longitud y de osificación.

A pesar de esto, de la complejidad de su anatomía, del esfuerzo físico para realizar sus funciones y de la preocupación del pediatra de Atención Primaria en la detección precoz de su patología, la CV a lo largo del crecimiento no da demasiados problemas¹.

LA COLUMNA VERTEBRAL NORMAL

Consideraciones anatómicas

La CV está formada por 30 pequeños huesos, las vértebras, unidas entre sí por ligamentos y músculos formando en conjunto una unidad anatomofuncional, el raquis. Como un todo, el raquis en visión frontal es recto y en lateral tiene cuatro curvas fisiológicas: una lordosis cervical, la cifosis dorsal, la lordosis lumbar y la cifosis sacrocoxígea, de grados variables pero complementados, de tal manera que en general, una línea vertical trazada desde la zona de C7 o C1 cae en el mismo punto de la L5 en los dos planos.

Las vértebras son diferentes según el segmento anatómico que ocupan. El peso que soportan, el fragmento de médula que albergan y la actividad que deben realizar son diferentes. A nivel cervical, por ejemplo, las vértebras tienen unos pedículos pequeños, deben cargar solo con el peso de la cabeza y el tamaño de la médula que albergan dentro del canal medular es mayor,

por eso este también lo es. Sin embargo, en el otro extremo de la CV, las vértebras lumbares tienen unos pedículos y un cuerpo más gruesos y más resistentes pues tienen que soportar más peso. Por el contrario, su canal medular es menor.

Las carillas articulares donde se articulan las vértebras en su parte posterior cambian en la forma y posición para permitir entre ellas un movimiento mayor o menor en función del punto del raquis en el que se localicen. El movimiento entre las vértebras se realiza en estos puntos: flexoextensión, lateralizaciones y rotaciones. La elasticidad del disco intervertebral permite que estas articulaciones alcancen su movimiento completo. El conjunto de todas le hacen más amplio en ciertos segmentos.

Estos movimientos se consiguen merced a delgados, largos e inteligentes músculos paravertebrales que se insertan a veces saltando de vértebra a vértebra. Pero los músculos no solo mueven la columna, también, y esto necesita aún mayor esfuerzo, la mantienen erguida, cual mástil, incluso en posiciones contra la gravedad. Hay músculos específicos en los distintos segmentos vertebrales y otros más largos para mantener erecta la columna. Los músculos abdominales soportan también eficazmente esta función.

El disco intervertebral localizado entre los cuerpos vertebrales, aparte de permitir el movimiento intervertebral, absorbe la carga del cuerpo en bipedestación y en las distintas posiciones.

Un aspecto muy importante de la anatomía de la CV y que justifica cierta sintomatología es su posición dentro del cuerpo. La CV está situada dorsalmente en el tronco. El esfuerzo para sostener todo el organismo en esta situación de desequilibrio es mucho mayor que si estuviera localizada en el centro geométrico del mismo.

Por todo ello se necesita una musculatura muy potente que mantenga la CV erguida mientras realiza simultáneamente movimientos contra gravedad en cualquier plano del espacio. Estos músculos solo descansan en decúbito cuando no han de realizar ningún esfuerzo para mantener ni tan siquiera la cabeza.

La última vértebra funcional del raquis es considerada, cada vez con más fuerza, la pelvis. Este aspecto es muy importante para explicar algunas situaciones de la CV en las cuales una disimetría en miembros inferiores no influye en la rectitud del raquis o al revés, o cómo pequeñas curvas escolióticas presentan una báscula pélvica muy severa.

Toda esta anatomía y fisiología justifican el diferente carácter degenerativo de ciertos segmentos de la CV. Los que soportan más peso o los que se mueven más se deterioran antes. Sin embargo, es difícil entender por qué duele tan poco o porqué se descompensa en tan pocas ocasiones.

Ontogénesis de la columna vertebral

La ontogénesis o desarrollo de la CV en el individuo viene marcado por las necesidades que va presentando el niño en su crecimiento.

Inicialmente el raquis es una larga curva cifótica que va cambiando en función de la actividad a la que se le somete. Al nacer el niño comienza a realizar movimientos de extensión del cuello hasta sostener la cabeza. Se estructura la lordosis cervical. Poco a poco los músculos de la CV van ganando tono, inicia la sedestación, el gateo y por fin la bipedestación, para lo cual se va dibujando la lordosis lumbar. A pesar de que las cuatro curvas fisiológicas en el plano lateral aparecen en el preandante, la flexibilidad articular las acentúa sobremanera y solo en torno a los diez años el raquis es ya más parecido al del adulto: la osificación de los arcos posteriores está terminada, las curvas fisiológicas están definidas y se van compensando para mantener la verticalidad y dar una mayor resistencia al raquis.

Matemáticamente está demostrado que una columna con una sola curva tiene una resistencia de dos, ya que se calcula la resistencia como el número de curvas al cuadrado más uno. Una columna como la humana, con tres curvas de carga, tendrá una resistencia de diez, pudiendo así soportar mayor peso.

Como decíamos antes, a pesar de la complejidad de su anatomía, de la exquisita función que realiza y del esfuerzo espartano que soportan sus músculos, la columna vertebral a lo largo del crecimiento no da demasiados problemas.

Son pocas las lesiones traumáticas. En el niño la CV tiene mayor proporción de cartilago, los discos intervertebrales más altura y la elasticidad de sus ligamentos, proporcionan mayor movilidad y contribuye a la infrecuencia de estas lesiones en niños, que solo representan el 2-5% del total. Y son muy pocas las lesiones tumorales que afectan a la CV. En el niño, además, el 70% son lesiones benignas².

Sin embargo, es muy frecuente la consulta en Atención Primaria: dolores dorsales o lumbares, posiciones anómalas y

actitudes escolióticas, en la mayoría de los casos. El diagnóstico precoz de una escoliosis es una preocupación constante del pediatra, pero la eventualidad de este diagnóstico es muy infrecuente en relación al número de consultas. Por esa preocupación muchas asimetrías de hombros son etiquetadas como escoliosis y no siempre es así: más aún, muy pocas veces es así.

EVALUACIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL

De las revisiones de salud³ y de todas las consultas que se realizan en Atención Primaria sobre el raquis, la mayoría son pacientes adolescentes. Un 75% de ellos consultan por dolor en la región dorsal o lumbar que mejora con el reposo, no le despierta por la noche y no influye en su actividad diaria. La gran mayoría de los casos son dolores musculares posicionales o de sobrecarga en épocas de desarrollo puberal.

La adolescencia es también la edad de mayor incidencia de escoliosis y en las revisiones de salud el deseo de un diagnóstico precoz genera frecuentes dudas sobre la situación asimétrica de los hombros. Sin embargo, la prevalencia de la escoliosis en la población es solo del 1-2%.

Es decir, que el paciente no tenga nada patológico es lo más frecuente. Detectar que sí lo tiene es más complejo, pero como en cualquier acto médico, es fundamentalmente una correcta anamnesis y una exploración física dirigida para sospecharlo.

Es muy importante seleccionar dentro del discurso del paciente lo relevante para el diagnóstico. Hay que dirigir el interrogatorio, pero sin sesgarlo. El motivo de consulta. El inicio de la sintomatología, su evolución en el tiempo. Causas que mejoran o empeoran los síntomas: reposo, ejercicio, dolor nocturno, respuesta a los fármacos. Si se asocia a manifestaciones generales. Cómo afecta en su vida diaria. Quizás el motivo de la consulta no sea el dolor. Quizás preocupa la percepción de una modificación de su aspecto anatómico: la cinturilla de la ropa no cae igual, las patas de los pantalones tapan de forma diferente los tobillos, etc.

Como siempre, el interrogatorio médico es muy importante para ir encaminando el diagnóstico.

Exploración física de la columna vertebral

En la exploración física de la CV debemos incluir sistemáticamente los miembros inferiores y hemos de hacerlo en decúbito, en bipedestación y con el niño caminando. En cualquier posición debemos fijarnos también en la piel (manchas, arañas vasculares, etc.), asimetrías de tamaño longitud o forma y en la actitud del paciente: adopta posiciones mantenidas, se mueve con facilidad, colabora, finge, etc.

En decúbito

Con en el lactante en pronopodremos valorar la hiperextensión cefálica y el dibujo de **la línea de las espinosas**, la fuerza de los grupos musculares y la rigidez de los mismos; sentado igualmente vemos la línea de las espinosas, si existe o no desviación del tronco y si esta es reductible o si hay gibas.

En los escolares: **la báscula pélvica**, que se detecta palpando el borde de las crestas iliacas simultáneamente, puede deberse a una escoliosis o a un aumento de longitud del miembro más elevado. **La disimetría de miembros inferiores (MMII)** puede parecer una escoliosis, y existen distintas formas de medirla: una forma es marcando con un rotulador los tobillos (maléolos internos), al apoyar uno contra el otro la diferencia de altura de las dos marcas determina la diferencia de longitud. También se puede realizar con una cinta métrica desde el ombligo o desde la cresta iliaca (espinas iliaca antero superior) hasta el maléolo interno. Es obligatorio buscar los reflejos, la fuerza y la sensibilidad si sospechamos un proceso neurológico (siringomielia, espondilolistesis, hernia discal, etc.).

En bipedestación

Es muy importante la colocación correcta del niño⁴: siempre descalzo y en ropa interior (personalmente evito quitar el sujetador a las niñas a partir del Tanner II); recto, estirado, pero relajado, con las piernas en línea y bien apoyadas, los pies separados unos 5 cm, con el pelo simétricamente colocado, empezando la palpación lejos del tronco para evitar contracturas hacia un lado; repetir la posición si no se relaja. Esto es importante para diferenciar la posición o **actitud escoliótica** de la **escoliosis estructurada**. En esta posición podemos detectar **asimetrías**⁵ (escápula alada, pliegue de la pelvis, triángulo braquiotorácico), **básculas** (de los hombros, escápulas, crestas iliacas), desviaciones, rotaciones, rigideces, etc. **La línea de las apófisis espinosas** que marca el trayecto de la CV la dibujamos palpándolas, la marca eritematosa que deja la presión del dedo señala el trayecto de las mismas; la observamos en bipedestación y en flexión del tronco.

En flexión, podemos valorar la aparición de una giba lateral a la columna, es el **signo de Adams**; este signo traduce la existencia de una rotación vertebral y por ende de la deformidad costal asociada a una escoliosis. Esta posición también nos permite valorar la existencia o no de rigidez de los tendones isquiotibiales según **la distancia dedo-suelo**; esto es importante para detectar dismorfias transicionales lumbosacras, pues en este caso generalmente existe rigidez.

En la visión lateral observamos las curvas dorsal y lumbar.

Durante la marcha

La exploración durante la marcha es muy valiosa. Nos permitirá recolocar al paciente en bipedestación y nos permite además valorar cojeras originadas en la CV y en la pelvis; **la marcha en Trendelenburg** (es la caída de una hemipelvis hacia el lado que no apoya) demuestra una insuficiencia de los músculos pelvitrocantéreos. La asimetría en la marcha, apoyo de los pies, formas de caminar patológicas de origen neurológico son observaciones muy importantes.

Pruebas de imagen

La radiografía simple. Sigue siendo la exploración más importante, por accesible, fácil de realizar, frecuencia de uso y el alto índice diagnóstico que conseguimos con ella. Detecta patología del raquis como unidad (escoliosis, hipercifosis,) o de una vértebra aisladamente: infecciones, tumores, lesiones pseudotumorales, lisis-listesis, fracturas, etc. La proyección anteroposterior (AP) y lateral son imprescindibles para cualquier estudio y salvo alguna excepción hemos de hacer siempre las dos proyecciones. Las radiografías oblicuas entran en el campo del especialista y en general, han sido sustituidas por estudios de imagen más resolutivos.

Las telerradiografías. Se usan para el estudio del raquis. Son reiteradas con el diagnóstico y control evolutivo de la escoliosis. Siempre en proyección AP. La proyección lateral no es necesaria siempre si la columna no presenta una gran escoliosis. Es importante leer correctamente las radiografías, adivinar la posición del paciente y su apoyo para diferenciar la posición o actitud escoliótica⁶ de la escoliosis.

La gammagrafía ósea es muy útil para confirmar un diagnóstico o focalizar la patología. Se identifica como una hiper captación en procesos inflamatorios (enfermedad de Scheuermann), infección (discitis) o tumorales o en ciertas lesiones pseudotumorales como el osteoma osteoide o la displasia fibrosa, que gammagráficamente son "lesiones calientes".

El scanner o tomografía computarizada (ahora ya en tres dimensiones) identifica sobre todo procesos de origen óseo como ciertas malformaciones congénitas (espondilolisis), tumores (osteoblastoma) y pseudotumores. Se intenta evitar su uso en niños porque emiten mucha radiación.

La resonancia nuclear magnética es menos frecuente pues en niños pequeños se necesita anestesia general. Se realiza si existen dudas en el diagnóstico o para confirmarlo. Una hernia discal, un absceso u otros procesos que como la siringomielia van asociados a la escoliosis.

DESVIACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La escoliosis y la actitud escoliótica

La escoliosis es una deformidad tridimensional⁷ de la CV: en el plano frontal hay un desplazamiento lateral, en el plano lateral se modifican las curvas fisiológicas, la cifosis dorsal disminuye y en el plano horizontal, se produce una rotación de las vértebras. En definitiva, la columna se “retuerce” sobre su eje longitudinal, como una espiral, torsionando a cada una de las vértebras que están incluidas y arrastrando a las costillas con las que se articulan.

Todo lo demás es una actitud escoliótica.

La actitud escoliótica

La CV, por sus múltiples articulaciones, nos permite adoptar diferentes posiciones, de forma consciente o involuntaria. Según esta posición, podría parecer que el paciente sufre una escoliosis. El apoyo asimétrico en “poses de modelos” hace que la columna también caiga de forma asimétrica. Es necesario pensar en la disimetría porque ocho de cada diez actitudes escolióticas son debidas a la misma (Figura 1).

Todas estas posiciones escolióticas son necesarias para poder realizar una actividad física normal.

La actitud escoliótica funcional o posicional, en sedestación o en la mayoría de las ocasiones, en bipedestación, no conduce

a una escoliosis. A lo largo del día, el niño realiza infinidad de movimientos que se oponen y contrarrestan esa actitud.

LA ESCOLIOSIS

Aplicando los aspectos que hemos analizado en la exploración física (Figura 2), la escoliosis presentará:

- **Asimetrías:** escápula alada, del pliegue de la pelvis, el triángulo braquioráxico.
- **Básculas:** de los hombros, escápulas, crestas iliacas.
- **La línea de las apófisis espinosas** estará desviada.
- **Signo de Adams positivo:** como prominencia de la región dorsal o lumbar secundaria a la rotación vertebral y a la deformidad secundaria en las costillas o apófisis transversas lumbares. Solo hay giba si hay rotación vertebral. Los signos previos están siempre presentes en una escoliosis, algunos de ellos pueden estar presentes en otras patologías, pero el test de Adams positivo aparece en la escoliosis.
- **Disimetría o falsa disimetría:** es necesario descartarla o confirmarla en decúbito. Si existe disimetría y es lo suficientemente importante, puede producir una actitud escoliótica.

En la certeza o en la duda de tener una escoliosis, decidiremos la confirmación diagnóstica con una **telerradiografía**. El



Figura 1. Actitud escoliótica

Figura 2. **Escoliosis**

examen cubre toda la columna vertebral en bipedestación, incluyendo las articulaciones coxofemorales y las crestas ilíacas. Esto nos permite valorar el grado de madurez esquelética según el test de Risser. Se realizará también la proyección lateral si queremos estudiar algún aspecto más o si la escoliosis es importante.

La **telemetría de miembros inferiores** demostraría la existencia de una discrepancia de longitud.

Tipos de escoliosis

La clasificación de la escoliosis puede atender a su etiología, localización o al momento de presentación (Tabla 1)⁸.

Atendiendo a su etiología

Idiopática: en el 75-80% de los casos la causa no es conocida. Es el diagnóstico más frecuente y es más habitual en las niñas, produciendo una curva torácica dextroconvexa, con giba costal en el lado derecho.

Congénitas por malformaciones anatómicas con hemivértebras aisladas o presentes en un síndrome general con afectación vertebral. Son mucho menos frecuentes, más graves y de manejo muchas veces quirúrgico.

Secundarias a procesos neuromusculares (“paralíticas”), tumores, metabopatías, displasias óseas, etc. Se comportan como las congénitas. Secundarias también a procesos locales.

Es decir, existen formas en las que la CV mantiene una posición anómala irreductible, una contractura refleja, en las cuales existe una patología que la está originando: un tumor local, una hernia discal, una discitis, etc. Resuelta la causa, desaparece la escoliosis.

Tabla 1. **Clasificación de la escoliosis**

Etiológica
Idiopática
Congénita por malformaciones anatómicas
Secundaria a procesos:
• Neuromusculares
• Tumores
• Metabopatías
• Displasias óseas
Edad de presentación en las escoliosis idiopáticas
• Infantil
• Juvenil
• Adolescente
Localización dentro del raquis
• Cervicales.
• Cervico-torácica
• Torácicas
• Tóraco-lumbares
• Lumbares.

Según la edad de aparición de las escoliosis idiopáticas

- Infantil: antes de los tres años. Pueden llegar a ser muy graves.
- Juvenil: entre los cuatro y los nueve años.
- Adolescente: entre los diez años y la madurez esquelética.

Según su localización dentro del raquis

- Cervicales.
- Cervico-torácica (grave perjuicio estético por desviación de la cabeza).
- Torácicas, en las que el vértice está entre T2 y T12 y en las que existe un mayor riesgo respiratorio.
- Toracolumbares y lumbares son las más frecuentes.

Existen otras clasificaciones que atienden a la severidad de la rotación y la combinación de los distintos segmentos afectados con el intento de facilitar el pronóstico y establecer el tipo de tratamiento, sobre todo cuando este puede ser quirúrgico. Queda su uso para especialistas.

La escoliosis idiopática del adolescente

Si en la revisión de salud la exploración física es compatible con escoliosis (escápula alada, asimetría del triángulo braquiotorácico y del pliegue de la pelvis, básculas en los hombros, línea de las apófisis espinosas desviada y test de Adams positivo), la mayoría de los traumatólogos infantiles y de raquis creemos que ya existe criterio de derivación, más si en las telerradiografías se confirma⁹.

Estudio de la telerradiografía

Lo primero a valorar es si la radiografía (Rx) es correcta y si el paciente está bien posicionado: simetría de las palas iliacas o de los agujeros obturadores, altura de la pelvis y de las caderas, visualización correcta de toda la cresta iliaca bilateralmente, correspondencia de la posición de los hombros con la exploración física.

Para medir la curva o las curvas escolióticas existen diferentes métodos. El más usado es el **método de Cobb** entre las dos vértebras límites de la curva.

El **test de Risser** mide el estadio de osificación del núcleo de osificación secundario de la cresta iliaca e indica el potencial de crecimiento. Comienza a aparecer por la espina iliaca anterosuperior y termina en la posterosuperior. En el estadio 0 no ha aparecido y en el estadio V ya se ha cerrado, se ha unido al resto de la cresta. En los estadios I, II, III, IV es un núcleo que ocupa un cuarto, la mitad, tres cuartos o todo el borde de la cresta respectivamente. En la fase de aceleración del crecimiento el test de Risser suele ser I y II y a partir de aquí la velocidad de crecimiento disminuye.

El **grado de rotación vertebral**. La rotación agrava la giba. Se mide fundamentalmente a efectos quirúrgico pre- y posquirúrgicos.

El **bending** a la derecha y a la izquierda permite valorar la flexibilidad de las curvas y aventurar el grado de corrección quirúrgica que se puede pretender.

Los factores pronósticos de empeoramiento

En el paciente esqueléticamente inmaduro, las curvas pueden empeorar o no evolucionar. La escoliosis estructurada no regresa. Los factores que nos permiten juzgar el grado de importancia de cada escoliosis son los siguientes¹⁰:

- **La edad**. Peor cuanto más joven: con un test de Risser 0, no haber pasado la fase de crecimiento acelerado. Durante esta fase del estirón puberal, la evolución es muy rápida.
- **El patrón de la curva**. Curvas dobles, particularmente las torácicas dobles (ápex de la curva en T12) son de peor pronóstico. Las lumbares son las de menor riesgo.
- **El grado de la curva**. En el adolescente, las curvas torácicas que miden 30 o más grados son más graves.
- **El sexo**. En las niñas, la frecuencia es diez veces mayor que en los varones. Es decir, la escoliosis idiopática es más frecuente y es más grave.

En general las curvas idiopáticas de la adolescente con un Risser 0, sin menarquía, torácica y con 20° hay que vigilar y tratarlas muy de cerca.

Tratamiento de la escoliosis idiopática

El tratamiento es muy variable y va desde la simple observación a la corrección quirúrgica mediante la técnica coplanar. Entre tanto, las recomendaciones higiénico-dietéticas tienen como objeto corregir malposiciones, fortalecer la musculatura que sostiene la columna y evitar la sobrecarga del raquis.

El siguiente escalón en el tratamiento es el corsé, de bibliografía contradictoria sobre su eficacia en la corrección e incluso en la contención de la deformidad. El uso de los corsés cada vez es menos estricto, por lo que vuelve a aumentar la frecuencia de uso de los nocturnos y los nuevos modelos funcionales. Pero ante la espera en la evolución de una escoliosis al límite, los corsés se usan en escoliosis superiores a los 20° y no después de un año tras la menarquía.

Las escoliosis graves de curvas superiores a 40°¹¹ al final del crecimiento pueden seguir progresando, por lo que son de indicación quirúrgica.

CIFOSIS Y LORDOSIS

Concepto patológico

La forma normal de la CV en visión lateral tiene cuatro curvas¹². Las más evidentes son la cifosis dorsal (curva convexa hacia atrás) y la lordosis lumbar (convexa hacia adelante). Estas curvas tienen una variabilidad muy grande, aunque en general la cifosis dorsal es de unos 35 a 40 grados y la curva lumbar la compensa (la línea imaginaria que pasa por la apófisis espinosa de C7 (y de C1) pasará por la espinosa de L5).

Causas de la cifosis

Fisiológica: durante la primera infancia muchos niños presentan una hiperlordosis lumbar fisiológica que compensan con una cifosis cérvico-dorsal y un *genure curvatum*. Es una forma de mantener el centro de gravedad. Esto no es patológico.

Posicional o del adolescente: posición voluntaria de la niña que, por recato ante un desarrollo sexual precoz, trata de ocultarse, o del adolescente lánguido, que no se esfuerza por sostenerse. Con la edad cambia completamente esta actitud y lo corrigen espontáneamente y no conducen a una cifosis estructurada.

Osteocondrosis juvenil o enfermedad de Scheuermann¹³: en esta patología, los platillos vertebrales de las vértebras torácicas de los adolescentes presentan un acuñaamiento anterior. Los pacientes suelen quejarse de dolor lumbar transitorio y no invalidante debido a la lordosis lumbar compensadora. Cuando la localización del Scheuermann es lumbar ocasiona una disminución de la lordosis lumbar.

Infecciones: es poco frecuente esta patología como causa de cifosis en el niño. Pero en su momento no fue tan excepcional la tuberculosa, que producía una angulación pronunciada (giba central) y que podía llegar a producir una compresión de la médula espinal y parálisis. Esta situación actualmente es muy infrecuente.

Anomalías congénitas: suelen localizarse en el plano sagital, pero también pueden producir cifosis progresiva y grave, pero muy raras.

Otras causas de hiper cifosis son: la osteogénesis imperfecta y otras displasias óseas, tumores o lesiones traumáticas etc.

Al igual que la escoliosis, también existe la hiper cifosis **idopática**, con cierta incidencia familiar: “cargado de hombros como el padre”.

Por el contrario, en la escoliosis idiopática la columna torácica presenta una pérdida relativa de la cifosis normal, se llama hipocifosis o “dorso plano”.

Causas de la lordosis

La lordosis casi siempre es una **curva compensadora** de una deformidad primaria en cifosis. También es la respuesta lógica a las deformidades fijas en la flexión a nivel de la cadera o en las luxaciones inveteradas de la cadera de forma bilateral.

La fisiológica es muy frecuente durante la primera infancia, ya la hemos mencionado, se denomina lordosis juvenil benigna (Figura 3).

Lordosis secundaria: frecuentemente a una espondilolistesis o a displasias óseas como la acondroplasia.

Evolución y tratamiento

Ambas dependerán de la causa, pero en las más frecuentes, que son las fisiológicas y las del adolescente, vale la pauta general de autocorrección y la cinesiterapia aplicada a las escoliosis. Los corsés realmente son una tortura psíquica y física para los niños y económica para los padres. En cifosis idiopáticas graves, superiores a los 80°, puede existir indicación quirúrgica.



Figura 3. Lordosis juvenil benigna

CONCLUSIONES

La columna vertebral en la consulta diaria

A parte de la escoliosis, la CV puede sufrir otras patologías. Debemos pensar en ellas porque existen¹⁴, aunque afortunadamente, la mayoría de las veces no lo son. Los procesos patológicos que puede sufrir la CV pueden ser como un todo, el raquis completo como una unidad funcional, como por ejemplo la escoliosis, pero también puede sufrir procesos que afectan a las vértebras como fragmentos independientes del todo, caso de la vértebra de Clavé del granuloma eosinófilo. A su vez, una lesión aislada en una vértebra puede influir en el todo y manifestarse como una alteración en la alineación por contractura antiálgica, caso de una discitis o una lisis monopedicular, etc.

Pero, aunque es difícil de entender por qué, la CV sufre poca patología. A pesar de su complejidad, es una parte del aparato locomotor que no da demasiados problemas. Son pocas las lesiones traumáticas. En el niño la CV tiene mayor proporción de cartilago, los discos intervertebrales más altura y la elasticidad de sus ligamentos proporcionan mayor movilidad, todo lo cual contribuye a la infrecuencia de estas lesiones en niños, que solo representan el 2-5% del total. Y por otro lado, las lesiones tumorales que afectan a la CV son muy pocas. En el niño, además, el 70% son lesiones benignas¹⁵.

Como decíamos antes, a pesar de la complejidad de su anatomía, de la exquisita función que realiza y del esfuerzo espartano que soportan sus músculos, la columna vertebral a lo largo del crecimiento no da demasiados problemas¹. Esto es, duele poco. Pues aunque es relativamente frecuente la consulta del adolescente (la adolescente principalmente) por dolor dorsal o lumbar, generalmente es debido a la fatiga muscular de un sistema que no descansa y al que se sobrecarga continuamente sin prestar atención. El ejercicio, los estiramientos, la potenciación muscular paravertebral, de los músculos abdominales y del resto de la musculatura extrínseca de la espalda son muy importantes.

Definitivamente, duele poco. Y se deforma poco.

Sin embargo, en las consultas del pediatra de Atención Primaria, la posibilidad de no reconocer una escoliosis incipiente que permitiría encauzar su tratamiento a tiempo para evitar deformidades poco aceptables e invalidantes es una inquietud muy frecuente. Esto es importante, pero igualmente lo es detectar las actitudes y situaciones no patológicas.

En general, la espalda de un niño se debe explorar siempre que existan antecedentes familiares de escoliosis¹³, que se perciba una asimetría de crestas ilíacas o una asimetría de flancos, que se detecte dismetría de miembros inferiores, ante cualquier niño que no se sustenta correctamente o cuando exista una deformidad torácica, aunque si es secundaria a una escoliosis, esta debe ser muy grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dimeglio A. Ortopedia pediátrica cotidiana. Barcelona: Masson; 1991.
2. Weinstein SL. The pediatric spine. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
3. Santonja F. Reconocimiento del aparato locomotor durante la edad escolar. Valoración médico-deportiva del escolar. Murcia: Universidad de Murcia; 1992. p. 259-77.
4. Álvarez García de Quesada LI, Núñez Giralda A. Escoliosis idiopática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:135-46.
5. Tachdjian M. Ortopedia pediátrica. Vol. III. 2.ª edición. México: McGraw-Hill; 1994.
6. Díaz J, Schröter C, Schulz R. Actualización de la evaluación radiológica de la escoliosis. Rev Chil Radiol. 2009;15:141-51.
7. González Viejo MA, Cohí O, Salinas F. Escoliosis. Realidad tridimensional. Barcelona: Masson; 2001.
8. Grabowski G, Gelb D. Classification and treatment of adolescent idiopathic scoliosis. Curr Opin Orthop. 2005;16:158-62.
9. Lenke L, Dobbs M. Management of juvenile idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg Am. 2007;89:55-63.
10. González-Viejo M, Catalán M, Hijos M, Condón M. Escoliosis idiopática: avaluado i tractament. Pediatr Catalana. 2000;60:142-9.
11. Crenshaw AH. Campbell Cirugía ortopédica. Tomo II. 8.ª edición. Buenos Aires: Panamericana; 1993.
12. Stagnara P. Deformaciones del raquis. Barcelona: Masson; 1987.
13. Staheli Lynn T. Ortopedia pediátrica. Madrid: Marbán; 2003.
14. Santonja F, Andújar P, Ortín E. Escoliosis. En: Arribas JM, Castelló JR, Rodríguez N, Santonja F, Plazas N (eds.). Cirugía menor y procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Jarpyo; 2006. p. 1539-50.
15. De Pablos J, González Herranz P. Fracturas infantiles. Conceptos y principios. Madrid: Global Help; 1999.