

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
CARRERA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA



XV

M.D.
tesis
5489e
2002



ESCOLIOSIS

MATERIA: TRAUMATOLOGIA.
DOCENTE: Dr Ricardo Zabala.
ALUMNA: Melody Serrudo Chacón
AÑO ACADEMICO: 5to

52.5

COCHABAMBA - BOLIVIA

13 h.

CLINICA

Es indispensable que el enfermo en posición de pie sea examinado, desnudo y descalzo. Se señalara con un lapiz la línea de las apófisis espinosas desde la nuca al sacro, así como los bordes y la espina de la escápala y las crestas iliacas. En esta se ponen en manifiesto las incubaciones de la columna vertebral y la asimetría de los hombros.

Salvo las escoliosis congénitas óseas, las demás se inician durante el crecimiento y tienen un carácter progresivo, larvado, de manera que suelen diagnosticarse cuando la curva alcanza una cierta importancia y ha dado lugar a deformidades evidentes.

A nivel torácico las costillas van a sufrir rotaciones e inclinaciones que deforman el tórax y llevan al diagnóstico antes que las curvas lumbares. Las costillas de la concavidad se horizontalizan y se desplazan hacia adelante; las de la convexidad se desplazan dorsalmente, agudizan su ángulo y se verticalizan. El hemitórax correspondiente a la convexidad disminuye su capacidad vital. El esternón también se desplaza. Las anomalías costales dan lugar a la aparición de una **gibosidad torácica** que se hace más manifiesta con la flexión ventral y se modifica con las inclinaciones laterales, que indicarán la elasticidad y su capacidad de corrección.

La escoliosis descentra el tórax y visto el enfermo de pie aparece una asimetría en los dos triángulos formados por los brazos y el tronco. Durante la evolución de las curvas, éstas pueden o no estar equilibradas; una escoliosis está equilibrada cuando la cabeza está en la vertical del sacro, lo que se mide clínicamente con una plomada; cuando no es así, existe un **desequilibrio** y la escoliosis seguirá avanzando hasta lograr su equilibrio.

La **elasticidad** de la curva se observa tanto por la corrección obtenida con la inclinación lateral hacia el lado de la convexidad (bending test) como al aplicar tracción axial, suspensión, con el enfermo de pie. Las estructuradas se rectificarán mucho menos que las elásticas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Generalmente, no se presentan signos de escoliosis en sus etapas iniciales. La columna vertebral puede tomar la forma de una letra S. Las costillas y las caderas se salen más de un lado que del otro, si la columna está muy torcida. Un hombro puede ser más alto que el otro.

Otros signos pueden ser:

- El pecho hundido
- Los hombros redondeados
- La espalda con joroba.



RADIOLOGÍA

El estudio radiológico incluye vistas anteroposteriores de columna vertebral desde las crestas ilíacas hasta lo más arriba posible de una placa de 35 X 40 cm. en posiciones erguida y de decúbito, inclinaciones laterales derecha e izquierda en decúbito y radiografías en inclinación pélvica en las posiciones sentada o erguida, en las que se eleva en un lado la pelvis y a continuación el otro en un bloque para determinar los efectos de la inclinación en la columna vertebral.

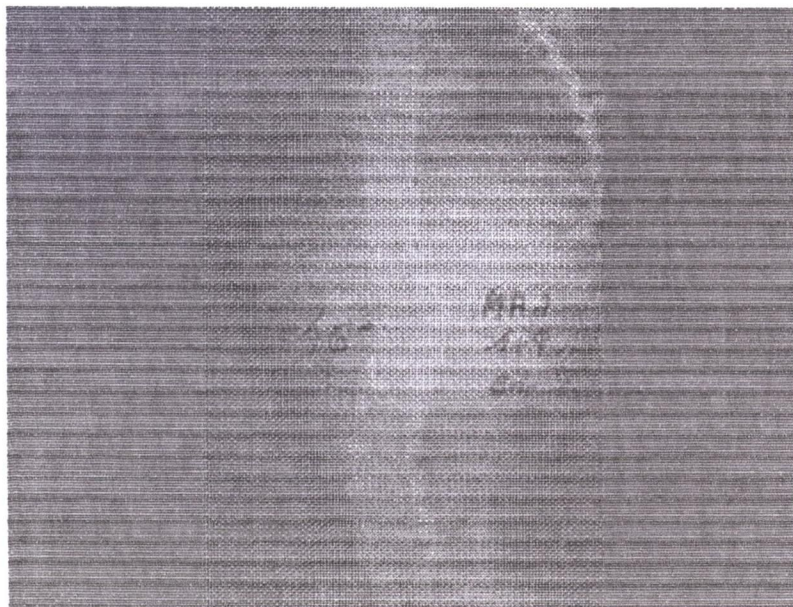
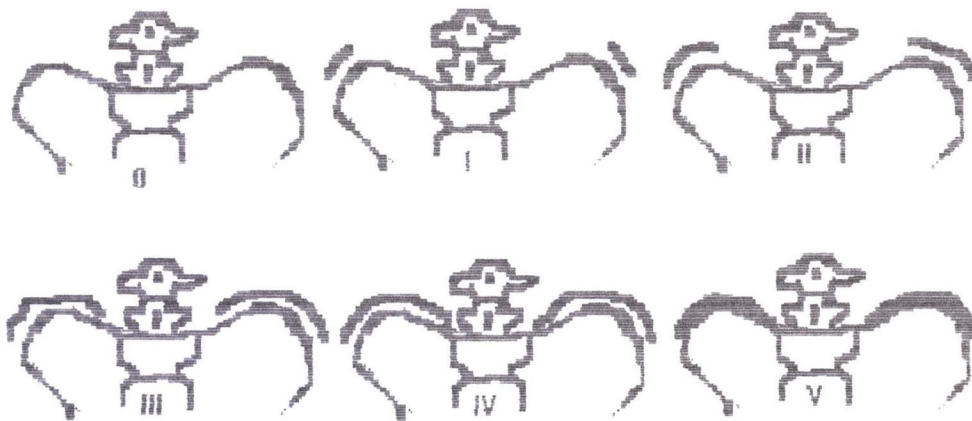
Nos va a indicar la localización, extensión, grado y estructuración de la curva.

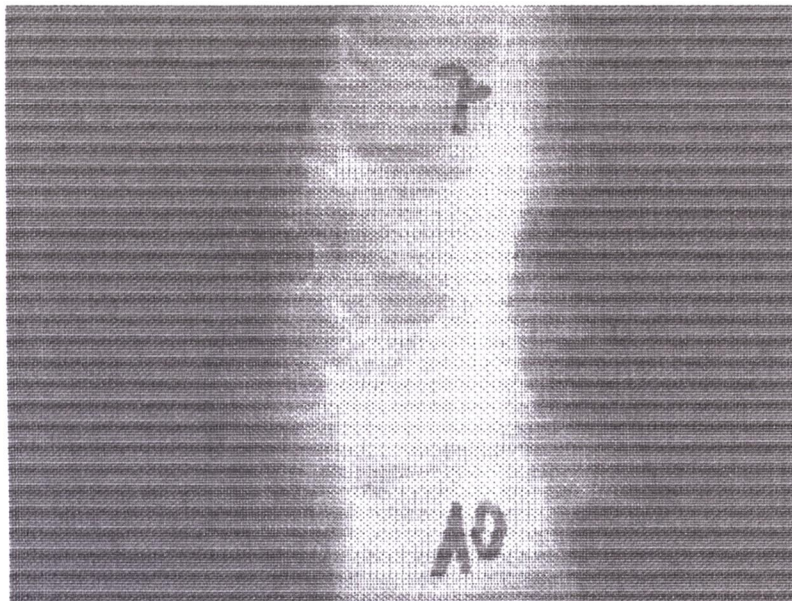
1. Telerradiografía AP y lateral en decúbito y bipedestación, para analizar la elasticidad de la curva, al eliminar la fuerza de gravedad.
2. Telerradiografía AP en las máximas flexiones laterales, para una mejor delimitación de las curvas y separación de las formas primitivas de las secundarias.
3. TAC
4. Gammagrafía, para descartar la existencia de tumores

5. Estudio de la edad ósea: signo de Risser y Rx de la mano izquierda.

El análisis de la incurvación real se hace buscando el **plano de elección** de Stagnara. Los planos de elección son aquellos en que los cuerpos vertebrales de la curva dan una imagen AP y lateral puras en las proyecciones radiográficas. Se obtienen girando al enfermo hasta que, por palpación, sus espinosas quedan paralelas al plano de la placa.

Test de Risser





CLÍNICA ESPECÍFICA

- **Escoliosis idiopática**

- Es la más frecuente (70-80%)
- Aparece en el 6-8% de los niños.
- El 30% evolucionan a curvas $> 30^\circ$ (representa el 0'27% de la población escolar).

1. E. I. Infantil

- Aparece antes de los 3 años.
- La distribución por sexo es similar.
- Su presentación más frecuente es la torácica izquierda.
- Se clasifica en dos tipos:

a) *Formas resolutivas:* (70-90%). Al cabo de un cierto tiempo regresan.

b) *Formas evolutivas:* progresan hasta el final del crecimiento con ángulos en torno a los 100° .

- Es importante diferenciar unas de otras y para ello debe medirse la diferencia entre los ángulos costo-vertebrales de Metha, el ángulo de Coob inicial y la presencia de curvas secundarias.

- Cuando el ángulo de Coob inicial es $< 35^\circ$, la diferencia el ángulo de Metha $< 20^\circ$ y se mantiene igual o disminuye al cabo de 3-6 meses y no existen curvas secundarias, la escoliosis infantil es resolutiva.