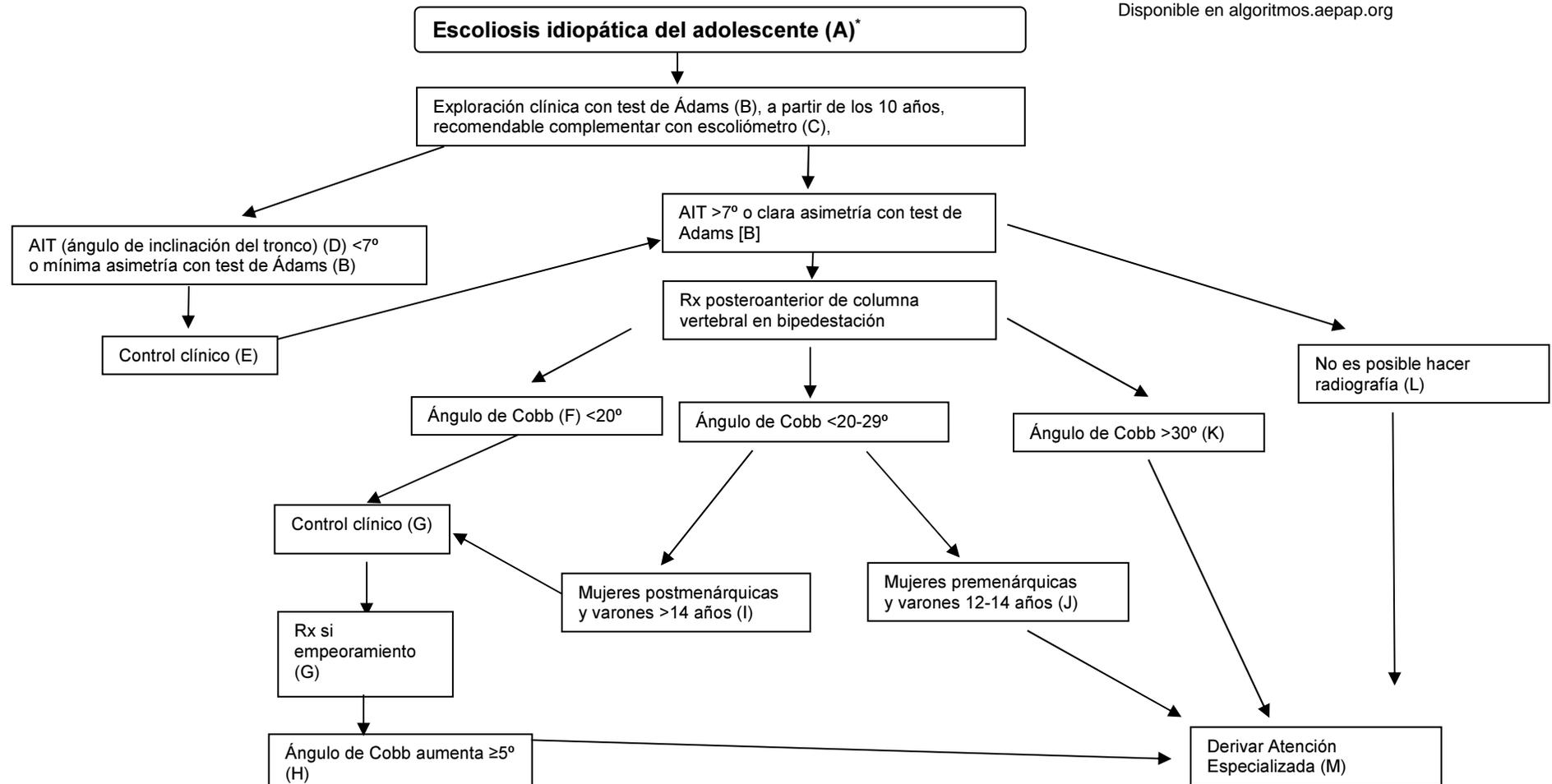


Escoliosis idiopática del adolescente

AUTOR: **MARÍA JESÚS ESPARZA OLCINA**. Centro de Salud Barcelona. Móstoles (Madrid). GRUPO PREVINFAD

Cómo citar este artículo: Esparza Olcina MJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Escoliosis idiopática del adolescente. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org



*Adaptado de: Scherl SA.

Adolescent idiopathic scoliosis: Treatment and prognosis.

(Monografía en Internet): UpToDate 2014 (acceso 10 de febrero de 2015). Disponible en <http://www.uptodate.com/>

COMENTARIOS

- (A) Escoliosis es la desviación tridimensional de la columna vertebral, incluye rotación vertebral. La **escoliosis idiopática del adolescente (EIA)** aparece sin causa aparente entre los 10 años de edad y la madurez esquelética. En caso de haber una causa subyacente se trataría de una escoliosis no idiopática con un pronóstico diferente (tabla 1), precisando control especializado desde el diagnóstico. Igualmente, la escoliosis que aparece en niños de menor edad no son consideradas EIA¹.
- (B) Es el test de cribado más empleado en Atención Primaria. Valora la asimetría del tronco desde detrás, con el niño flexionado hacia delante. El observador debe bajar su línea visual y mantenerla alineada con las escápulas de forma simultánea a la flexión del tronco. Es positivo cuando aparece una giba a nivel dorsal o lumbar, de cualquier magnitud (figura 1).
- (C) El escoliómetro de Bunnell o inclinómetro es un instrumento que mide la inclinación del tronco (figura 1). Un ángulo de inclinación del tronco (AIT) de más de 10° con el escoliómetro corresponde a una curva con ángulo de Cobb (F) de 15° a 20°.
- (D) Un AIT de 7° es el umbral generalmente aceptado para considerar que el paciente precisa exploración radiológica para determinar el ángulo de Cobb. En la exploración clínica un AIT <7° se correspondería a una asimetría mínima con el test de Ádams, test que se consideraría positivo, por lo que dependiendo del riesgo de evolución de la curva (mayor riesgo a menor edad ósea del paciente, máximo riesgo durante el brote de crecimiento puberal) precisaría un control clínico más o menos estrecho^{2,3}.
- (E) El control clínico en casos de AIT <7° o test de Adams positivo pero con mínima asimetría, se sugiere realizar cada 6-9 meses. En caso de niña premenárquica o de niños o niñas en el brote de crecimiento puberal este control se sugiere realizarlo cada 6 meses.
- (F) Ángulo de Cobb: sobre una Rx posteroanterior de la columna vertebral, es el ángulo que forman las vértebras más inclinadas en la parte superior e inferior de la curva. Se traza la perpendicular al platillo superior de la vértebra limitante (la más inclinada) superior y la perpendicular al platillo inferior de la vértebra limitante inferior (figura 2). Puede haber más de una curva, en cuyo caso se considera la de mayor angulación. Curvas de menos de 10° de ángulo de Cobb no se consideran significativas. La técnica básica consiste en una radiografía con proyección posteroanterior del raquis completo en bipedestación incluyendo la parte superior de la pelvis.

- (G) El seguimiento de estos pacientes se sugiere realizar cada 6-9 meses con control clínico. En caso de niña premenárquica o de niños o niñas en el brote de crecimiento puberal este control se sugiere realizarlo cada 6 meses. Si se aprecia progresión de la curva se realizará radiografía para medir el ángulo de Cobb, y si éste ha aumentado 5 o más grados se derivará al paciente a atención especializada. El seguimiento debe realizarse hasta un año después de la madurez esquelética (Risser 4 en mujeres y Risser 5 en varones, figura 3).
- (H) El aumento de la curva de 5 o más grados puede indicar que se trata de una curva progresiva, por lo que se derivará a Atención Especializada.
- (I) Son pacientes con poco potencial de crecimiento. Para mayor exactitud se determinará la edad ósea con el signo de Risser (indica la madurez esquelética en el cartílago de crecimiento de la cresta ilíaca, figura 3). Se corresponderá con pacientes Risser 3, 4 o 5.
- (J) Son pacientes que tienen mucho potencial de crecimiento. Para mayor exactitud se medirá la edad ósea con el signo de Risser (indica la madurez esquelética en el cartílago de crecimiento de la cresta ilíaca, figura 3) y correspondería a Risser 0, 1 o 2.
- (K) Los pacientes con ángulo de 30° a 40° y Risser 0 a 2 (figura 3), generalmente son tratados con corsé⁴, si el ángulo de Cobb es superior a 40° en algunos casos se propone la intervención quirúrgica. Si al terminar el crecimiento la curva es inferior a 40° es dado de alta sin precisar seguimiento⁵, si la curva es superior a 40° al terminar el crecimiento, el tratamiento será individualizado.
- (L) En caso de diagnóstico clínico de escoliosis significativa e imposibilidad de practicar radiografía de columna, el paciente será derivado a Atención Especializada. Igualmente, si el pediatra de atención primaria no se siente seguro en el manejo de estos pacientes, derivará el caso al segundo nivel asistencial.
- (M) Criterios de derivación* (tabla 2). El especialista idóneo para controlar y tratar con corsé a los pacientes escolióticos en los que esté indicado puede ser el traumatólogo o el médico rehabilitador. Esta opción depende de la situación en cada distrito sanitario. Sería deseable que hubiese la comunicación adecuada entre los especialistas implicados y atención primaria para establecer protocolos consensuados para el control y derivación de los pacientes con escoliosis idiopática del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Esparza Olcina, MJ. Cribado de la escoliosis idiopática del adolescente. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado junio de 2014. [consultado 24/03/2015]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/escoliosis.htm>
- 2) Lonstein JE, Carlson JM. The prediction of curve progression in untreated idiopathic scoliosis during growth. J Bone Joint Surg Am. 1984;66:1061–71.
- 3) Ylikoski M. Growth and progression of adolescent idiopathic scoliosis in girls. J Pediatr Orthop B. 2005;14:320–4.
- 4) Weinstein SL, Dolan LA, Wright JG, Dobbs MB. Effects of bracing in adolescents with idiopathic scoliosis. N Engl J Med. 2013;369:1512–21.
- 5) Weinstein SL, Ponseti IV. Curve progression in idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg Am. 1983;65:447-55.

Figura 1. Test de Adams y escoliómetro.



Figura 2. Ángulo de Cobb.

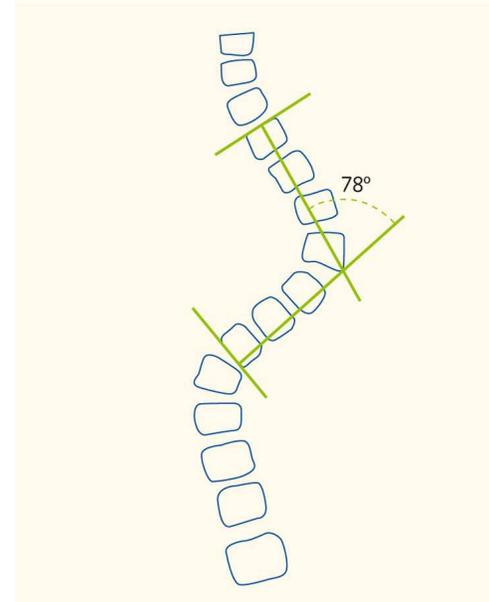


Figura 3. Signo de Risser.

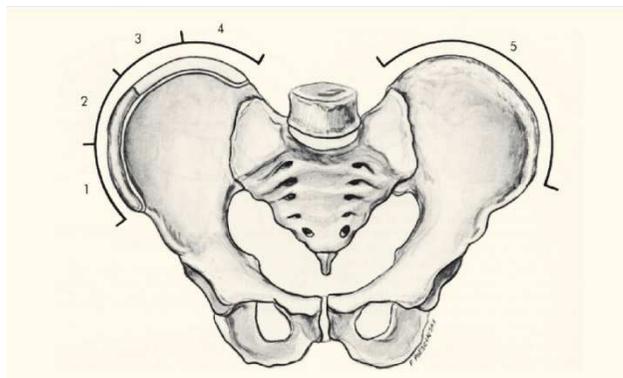


Tabla 1. Tipos de escoliosis.

Idiopática	Infantil: inicio 0-3 años
	Juvenil: inicio 4-9 años
	Del adolescente: inicio 10 años-madurez esquelética
Congénita	Defectos de formación (hemivértebra)
	Defectos de segmentación (bloque vertebral, barra unilateral)
Neuromuscular	Neuropáticas
	Miopáticas
Sindrómica o secundaria	Defectos del tubo neural
	Neurofibromatosis
	Mesenquimal (Sd. Marfan)
	Traumática
	Contracturas tejidos blandos (quemaduras)
	Osteocondrodistrofias
	Tumores
	Problemas lumbosacros (espondilolistesis)
Toracogénica (postoracotomía)	

Tabla 2. Criterios de derivación*.

- Ángulo de inclinación del tronco (AIT) medido con escoliómetro $\geq 7^\circ$ e imposibilidad de hacer Rx para medir el ángulo de Cobb.
- Asimetría importante en el test de Adams, sin posibilidad de medir el AIT ni el ángulo de Cobb.
- Ángulo de Cobb entre 20 y 29° en mujeres premenárquicas o en varones de 12 a 14 años.
- Ángulo de Cobb $>30^\circ$ en cualquier paciente.
- Aumento del ángulo de Cobb $\geq 5^\circ$ en cualquier paciente.

*Adaptado de Scherl SA. Adolescent idiopathic scoliosis: Treatment and prognosis. UpToDate. 2014.