

Rafael González, Jefe de Columna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y Vicepresidente de la Sociedad Española de Columna (GEER)

"El reto fundamental, en cuanto a la escoliosis de adolescentes, es la investigación de la causa que la origina"



Tres de cada cien niños en edad escolar sufre escoliosis y esta cifra se duplica entre los adolescentes. La deformidad de la columna puede ocasionar graves problemas físicos y psicológicos para los pacientes, que ven alterada su rutina diaria. El Doctor, especializado en cirugía de columna, explica esta patología y los retos que aguardan a esta especialidad profesional.

Raquel Frutos

► ¿En qué consiste la escoliosis?

La escoliosis es una deformidad vertebral que afecta principalmente al plano coronal, es decir, cuando se mira al paciente y la radiografía de frente o de espaldas, pero conlleva una alteración en los tres planos del espacio (tridimensional) por lo que en ocasiones altera también el perfil del paciente.

► ¿Cuál es la causa principal que la provoca?

La escoliosis más comúnmente conocida es la del adolescente, que se denomina idiopática, y cuya causa es desconocida, si bien se sabe que influyen factores genéticos, hormonales, familiares y del crecimiento. Otros tipos de escoliosis menos comunes son las congénitas (por alteraciones de la formación de las vértebras), las neurológicas o neuromusculares y las que afectan a pacientes con algún síndrome específico.

Además, no nos tenemos que olvidar de las escoliosis en la edad adulta, que van evolucionando desde la adolescencia, o degene-

rativas y que pueden conllevar importantes trastornos en la calidad de vida de nuestros pacientes.

► **¿La escoliosis va necesariamente asociada a la presencia de dolor?**

La escoliosis del adolescente no duele. Si hay dolor ante una escoliosis hay que pensar en una causa subyacente de ese dolor. Por su parte, en los adultos sí se presenta dolor importante y a veces se produce una afectación neurológica por problemas relacionados con la médula o las raíces nerviosas.

► **¿Cuáles son los grupos, en función de edad y sexo, más afectados por esta patología?**

La mayor incidencia de esta enfermedad se produce en adolescentes de entre 11 y 17 años y afecta fundamentalmente a chicas, en un porcentaje de 4 a 1 en comparación con los varones. En los adultos es más frecuente igualmente en mujeres, incluso en el caso de las escoliosis degenerativas.

► **¿Por qué suele desarrollarse la escoliosis durante la niñez o adolescencia?**

La escoliosis del niño y adolescente se presenta en esta edad debido al crecimiento, puesto que el mayor potencial de progresión es precisamente en el estirón puberal.

► **¿Cómo repercute esta enfermedad en la vida diaria de los pacientes?**

En los adolescentes, la deformidad va ligada fundamentalmente a un problema importante de imagen y de calidad de vida relacionada con la misma. En raros casos ocasiona problemas pulmonares o de otro tipo. Por parte de los adultos, el dolor y la función neurológica pueden alterar de forma importantísima la calidad de vida de los mismos. Además, la desviación de columna puede conllevar tanto problemas fi-

sicos, por ejemplo desequilibrios del tronco o daños pulmonares; como psicológicos, ya que puede provocar la aparición de prominencias que afecten a la autoestima y seguridad del paciente.

En los adultos, el dolor y la función neurológica pueden alterar de forma importantísima la calidad de vida de los pacientes

► **¿Qué medidas pueden adoptarse para prevenir su aparición?**

Dado que la causa es desconocida actualmente no podemos prevenirla. Además, en los pacientes jóvenes los indicios de deformación de la columna no vienen acompañados de sintomatología que pueda predecir su aparición. De ahí la importancia de las revisiones y pruebas; una de ellas es el denominado "Test de Adams", que se practica incluso en las exploraciones escolares y por el que, con una simple inclinación del niño hacia adelante, se puede observar si existen vestigios de la aparición de la giba costal y derivar inmediatamente al especialista para evitar su progresión.

► **¿Qué tratamientos son los más indicados para combatirla?**

Aparte de la fisioterapia y del ejercicio, que es globalmente bueno para la espalda pero que no demuestra una eficacia científicamente probada en la corrección de deformidades, es adecuado el uso de corsés cuando la curva tiene más de 25 o 30 grados y va progresando. Además, como última opción está la cirugía cuando la curva pasa de 45 o 50 grados según el caso.

► **¿En qué casos se hace necesario practicar una intervención quirúrgica?**

Se convierte en una necesidad cuando la deformidad progresa y sobrepasa los 45 o 50 grados o en aquellos pacientes que presentan desequilibrios de columna, hombros o pelvis.

► **En un artículo se incidía en que el 50% de las operaciones de columna fracasan, ¿A qué se debe este “síndrome de cirugía fallida de columna”?**

En este caso no tiene que ver con la escoliosis. Se trata de datos que hacen referencia a cirugías en problemas degenerativos. De todas formas hay que hacer hincapié en que, en nuestra experiencia, ese dato es menor del 10% de pacientes. En cualquier caso, ese fallo fundamentalmente se debe a un problema en la selección del paciente, la indicación de la cirugía y la realización técnica de la misma.

En este sentido hay que comentar que en determinados casos se tiende a realizar cirugías poco agresivas que no solucionan el problema, de forma que el paciente tiene que pasar por el quirófano de nuevo. En nuestra opinión, la cirugía de la columna debe ser de “un solo tiro”, es decir, que hay que solucionar todos los problemas del paciente a la primera, sea una cirugía poco agresiva o lo contrario, según el caso concreto.

► **¿Qué ventajas presenta la técnica Daytona, en comparación con otros métodos de cirugía de columna?**

Es una técnica que está indicada para la corrección de deformidades vertebrales. Se basa en la “derrotación por bloques”, que consiste en la colocación de tornillos o implantes en puntos determinados de la columna vertebral, creando celdas diferenciadas que moverán la columna en bloque hasta conseguir corregir en gran medida tanto la rotación, como la deformidad estática. Esto evita colocar implantes en otros

lugares, con lo cual la agresividad es menor, al igual que el tiempo quirúrgico y el sangrado, lo cual repercute en la recuperación del enfermo y en minimizar el riesgo.

► **¿Cuánto tiempo tarda el paciente en poder hacer vida normal?**

Los adolescentes operados en la mayoría de los casos están en el colegio a las tres semanas, haciendo una vida casi normal al mes, si bien la actividad deportiva se restringe hasta el sexto mes. Otra cuestión es en los pacientes adultos, cuya recuperación es más lenta y se puede demorar hasta los tres o cuatro meses, al igual que en el caso de los ancianos.

La mayor incidencia de esta enfermedad se produce en adolescentes de entre 11 y 17 años y afecta fundamentalmente a las chicas en un porcentaje de cuatro a uno en comparación con los varones

► **¿Cuáles son los retos que aguardan a la cirugía de columna?**

Los retos fundamentales en cuanto a la escoliosis de adolescentes es la investigación de la causa que la origina, lo cual va enfocado a estudios genéticos que al final nos permitirán dilucidar qué curva puede progresar y cuál no.

En cuanto a los problemas degenerativos, que son la causa fundamental de nuestras consultas, la investigación básica también es fundamental. En cuanto a la cirugía en sí misma, los retos están enfocados a mejorar los sistemas actuales, minimizando la agresividad y el tiempo quirúrgico y garantizando en la medida de lo posible la solución del problema del enfermo. ■