

Centro de Investigación
Médico - Deportiva
Pamplona

EL MEDICO DEPORTIVO Y LA ESCOLIOSIS

DR. JUAN J. GONZÁLEZ - ITURRI, DR. JOSÉ L. BEFRIRISTAIN, DR. JESÚS L. IMIZCOZ

El tratamiento de la escoliosis se retrasa en muchas ocasiones por una razón muy simple: el diagnóstico tardío. Queremos llamar la atención en este trabajo sobre lo que creemos debe conocer el médico deportivo tan en contacto con la juventud portadora del problema.

Es fácil saber lo que es una escoliosis: su diagnóstico clínico y radiológico es sencillo y sin embargo, por ser uno de los problemas más desconocidos, en cuanto a su etiología, la única arma de que disponemos para su control es el tratamiento precoz en el niño.

Por ello creemos que es de la competencia de los médicos deportivos, el descubrir, diagnosticar y orientar este problema. A esto podríamos añadir que hemos realizado en 1977 más de dos mil reconocimientos en los cuales hemos descubierto doce casos de escoliosis, algunas de ellas en una edad peligrosa, con un grado de evolución tan rápido, que el diagnóstico precoz ha sido la mejor ayuda para conseguir éxitos en el tratamiento. Comenzaremos definiendo algunos aspectos fundamentales.

ACTITUD ESCOLIOTICA Y ESCOLIOSIS

La actitud escoliótica es simplemente eso, una actitud, se modifica con los cambios de posición del niño. Se puede tratar de una postura viciosa, adaptación escolar defectuosa, des-

igualdad de miembros inferiores, una tortícolis congénita. La desviación desaparece al suprimir la causa - origen de la actitud.

En la escoliosis verdadera, estructural, se da una desviación de la columna vertebral en el plano frontal, desviación que no se puede corregir por el simple esfuerzo muscular, y que se acompaña de rotación de los cuerpos vertebrales, de torsión de la columna, de rigidez segmentaria y jibosidad costal.

Una radiografía efectuada en posición de pie y otra en decúbito nos servirían para diagnosticar si estamos junto a una actitud escoliótica o una verdadera escoliosis. En decúbito desaparece la desviación en la actitud escoliótica: es importante la realización de un buen «cliché» radiográfico, teniendo en cuenta sobre todo la posición del niño, que no esté mal situado, ya en actitud de desviación.

ETIOLOGIA DE LA ESCOLIOSIS

En síntesis podemos decir que el 80 por 100 de las escoliosis son de origen desconocido, son las llamadas idiopáticas. El resto corresponde a las congénitas (con malformaciones vertebra-

les, costales...); la enfermedad de Recklinghausen; de origen neurológico (polio, I. M. C., distrofias...).

El carácter familiar es posible y debemos estudiarlo aunque de hecho no nos lleve a ninguna conclusión de tipo terapéutico.

EXPLORACION

El raquis escoliótico presenta las desviaciones laterales que afectan a un grupo más o menos grande de vértebras. Llamamos *curva primaria* a aquella por donde ha comenzado la enfermedad, las deformidades son más importantes. La curva secundaria es subyacente, puede haber una o dos, permite al niño estar equilibrado.

Se localizan las curvas marcando las espinosas con un lápiz dermográfico. Colocando una plomada en C_7 y dejándola caer en el pliegue interglúteo, se miden las llamadas *flechas laterales* de la escoliosis, que indican si la curva es convexa en el lado derecho o izquierdo, el nivel, la amplitud... (Fig. 1 - A).

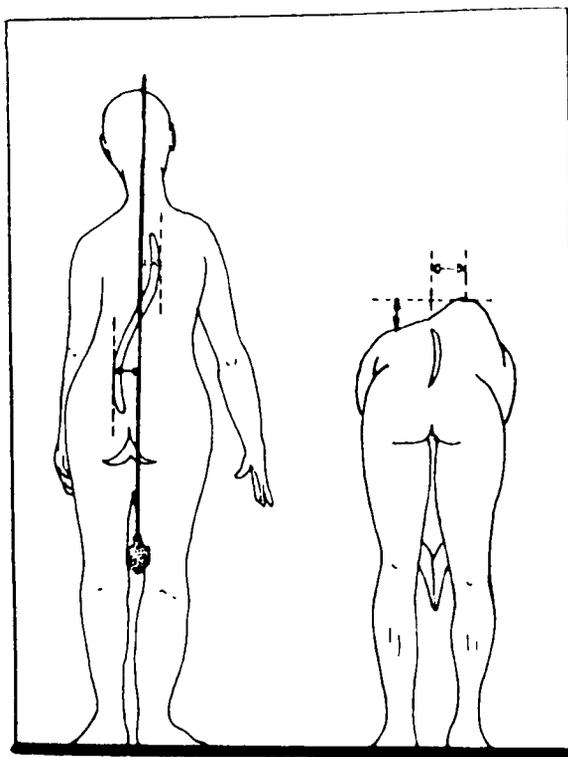


Fig. 1 - A/B. — Esquema A. representa la situación de la plomada con relación al pliegue interglúteo (eje occipital) así como la distancia de las apófisis espinosas con relación a la misma (flechas laterales escolióticas). Esquema B, maniobra de Adams y medida de la jibosidad costal.

También se ha de conocer cuando una escoliosis está compensada, es decir si la curva primaria y secundaria se compensan: se deja caer la plomada desde C_7 y se comprueba si cae en el pliegue interglúteo. Si no lo hace existe una descompensación a derecha e izquierda. Se mide en milímetros.

La *jibosidad*, es uno de los datos más importantes y necesarios de explorar en la escoliosis: es el resultado de dos movimientos asociados: desviación lateral y rotación del raquis sobre sí mismo llevando el cuerpo vertebral a la convexidad y las apófisis espinosas a la concavidad. La rotación de los cuerpos vertebrales arrastra consigo las costillas, las apófisis transversas y la musculatura látero-vertebral que protuye en el lado de la convexidad: todo ello es responsable de la jibosidad.

Se mide con la maniobra de Adams (Fig. 1-B) que consiste en hacer inclinar al niño hacia adelante, con las piernas separadas. Medimos la diferencia de altura que existe a ambos lados de las espinosas. Una actitud escoliótica no presenta jibosidad costal.

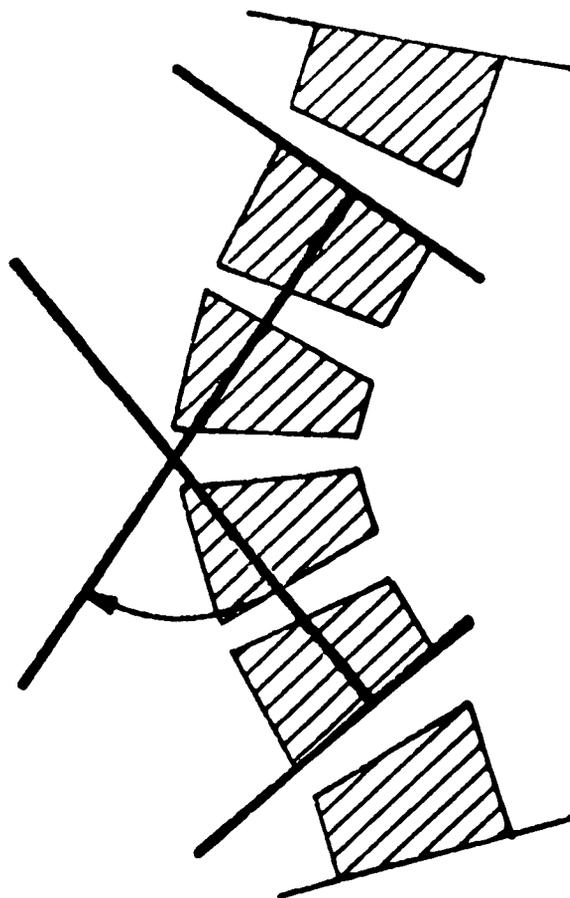


Fig. 2. — Método Cobb - Lippman.

Para lograr un diagnóstico más exacto de la escoliosis, una vez descubierta, es necesario un profundo control radiográfico.

Generalmente se efectúa una radiografía antero-posterior de columna total en bipedestación, en placa 30 x 90, en la misma posición de examen clínico, juzgando así el estado de la columna bajo carga. Debe realizarse también (ya lo hemos señalado al comienzo) otra igual, pero en decúbito, con la misma distancia focal que la anterior; para apreciar el aspecto de la columna en descarga, viendo, en comparación con la anterior, el grado de reductibilidad.

Hecho esto es preciso localizar la extensión de la curva primitiva, señalando la vértebra apex (centro de la curva), y las límites, midiendo las curvas. Para esta última operación, donde es necesaria la objetividad, nosotros seguimos el

método de Cobb-Lippman (Fig. 2), es la medición Ferguson la que empleamos en curvas pequeñas y de amplio radio.

Se pueden efectuar otros tipos de radiografías, por ejemplo una en suspensión total que permita conocer el grado de reducción total; placas en inflexión lateral o bending test en decúbito; tomografías; axial de la jiba; antero-posterior de mano y muñeca para posterior valoración del crecimiento óseo comparando con las tablas de Greulich y Pyle; lateral de raquis que verifique la medida de cifosis y lordosis.

De esta manera podremos (con la clínica y radiografías) conocer la etiología, localización de las curvas, tipo evolutivo, y aplicar el tratamiento correcto.

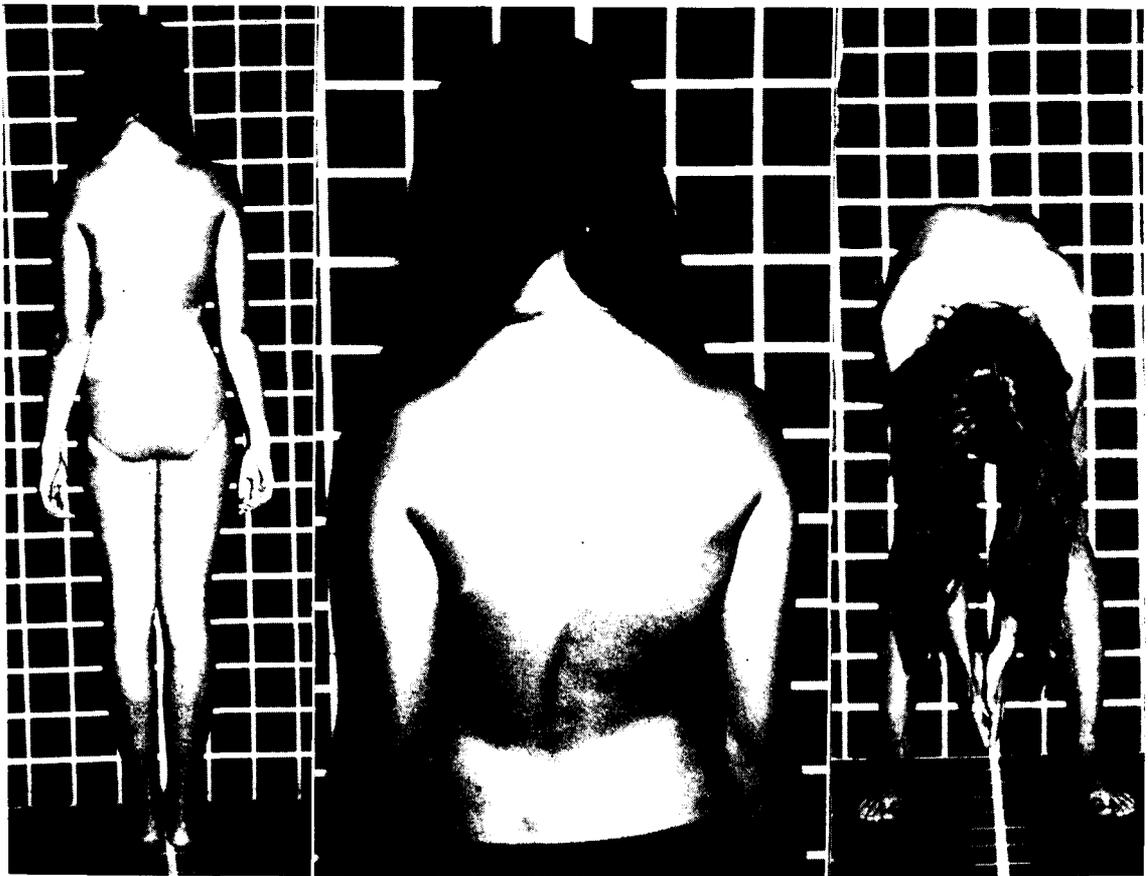


Fig. 3. — Se puede observar como una escoliosis puede ser importante. Vista en nuestro Centro tenía 48° Cobb. Esta escoliosis fue descubierta en una revisión médico-deportiva en una chica que era especialista en salto de altura.

RESUMEN

La escoliosis, enfermedad de la juventud y adolescencia incide en el período de actividad deportiva enormemente. Para que el tratamiento sea correcto es necesario un despistaje precoz a cargo de todos los que de un modo u otro, médicos deportivos, profesores de educa-

ción física, pediatras... están en contacto con el niño. No dejemos que lleguen a las consultas de los especialistas escoliosis de más de 30°. Que sean escoliosis como la de la figura 3 y no como en la 4 las que vean los especialistas. La medicina deportiva tiene una importante misión en este campo.



Fig. 4. — Este grado de evolución (170° Cobb) se tiene que evitar hoy en día. Este caso debió ser diagnosticado años antes y tratado.