

## Escoliosi idiopàtica

L'escoliosi es defineix com una curvatura lateral de la columna amb una rotació de les vèrtebres. Es considera que una escoliosi és estructurada quan la seva magnitud és superior a 10°. Per sota d'aquesta xifra es parla d'actitud escoliòtica.

Malgrat els extensos estudis que s'han dut a terme, la causa i la patogènesi de l'escoliosi són desconegudes. En qualsevol cas, no hi ha cap evidència que relacioni l'escoliosi amb factors nutricionals, ni amb postures poc elegants, ni amb la pràctica de determinats esports ni amb l'ús de motxilles escolars.

### Classificació

L'escoliosi idiopàtica es classifica en:

- **escoliosi infantil**, es presenta abans dels tres anys.
- **escoliosi juvenil**, entre els tres anys i l'inici de la pubertat.
- **escoliosi de l'adolescent**, des de l'inici de la pubertat fins a la fi de la maduració esquelètica.

Segons l'àpex de la corba, les escoliosis es classifiquen en toràciques, toracolumbars, dobles i lumbar.

### Diagnòstic

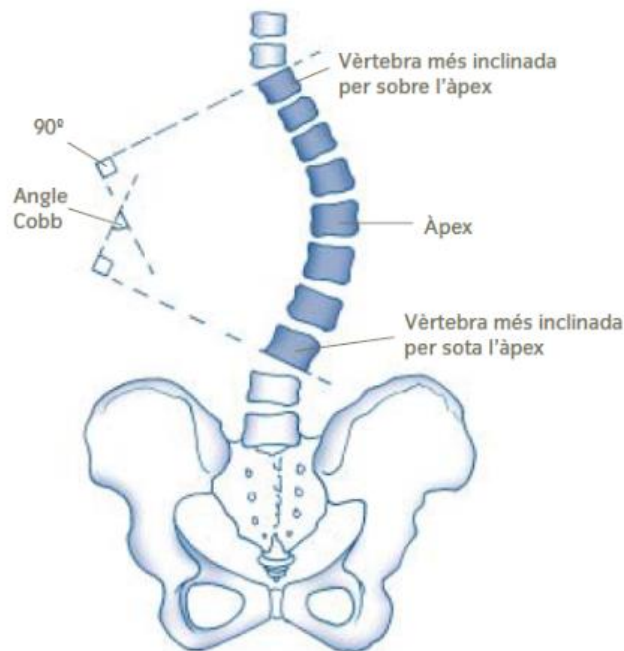
La prova principal de sospita clínica d'escoliosi es basa en l'examen físic de l'esquena. En el nen gran es practica la maniobra d'Adams o de la reverència: l'examinador s'ha de situar assegut a una distància d'1,5 metres observant el nen des del darrere. El nen flexiona el tronc endavant, a poc a poc, tant com sigui possible, amb les cames juntes en extensió i el cap i els braços penjant en actitud simètrica. Amb aquesta maniobra es pot evidenciar la prominència del costat de la convexitat de la corba (dorsal o lumbar) i estimar el grau de rotació dels cossos vertebrals.

*Figura 1*



Davant d'una maniobra d'Adams positiva (*figura 1*), el diagnòstic es du a terme amb una RX de columna en bipedestació i projecció posteroanterior. La mesura de l'angle de l'escoliosi es calcula mitjançant el mètode de Cobb (*figura 2*): es traça una línia seguint la vora superior de la vèrtebra superior que s'inclina més cap a la concavitat i una altra seguint la vora inferior de la vèrtebra inferior que s'inclina més cap a la concavitat. La intersecció d'aquestes línies forma l'angle de curvatura de l'escoliosi. La mesura radiològica de l'escoliosi no és una tècnica del tot exacta, ja que s'han observat errors entre els resultats d'exploradors diversos.

*Figura 2*



El cribratge massiu a les escoles no està justificat ja que no s'ha mostrat eficaç: augmenta el nombre de derivacions però no redueix el nombre de casos que requereixen tractament quirúrgic.

## Críteris de derivació

Davant la sospita d'escoliosi, s'ha de dur a terme la maniobra d'Adams; si aquesta maniobra és negativa, es descarta l'escoliosi.

Si la maniobra d'Adams és positiva, s'ha de fer un estudi radiològic posteroanterior del raquis en bipedestació; si la corba té un angle inferior a 10°, es recomana un seguiment clínic anual durant l'adolescència.

Si la corba té un angle superior a 10°, s'ha de derivar el pacient al metge especialista expert en les deformitats del raquis (traumatòleg o rehabilitador).

## Tractament conservador

1. No es recomana tractament en corbes de  $<10^\circ$ . **C**
2. En corbes d'entre  $10^\circ - 20^\circ$  no hi ha evidències a favor del tractament i s'aconsellen controls radiològics periòdics fins a la maduració òssia. **C**
3. Les corbes d'entre  $20^\circ - 40^\circ$  en període de creixement s'han de tractar amb ortesis rígides. **C**
4. En pacients en creixement, les ortesis rígides modifiquen la història natural de l'escoliosi. **B**
5. En els pacients que han finalitzat la maduració òssia no és recomanable la utilització d'ortesis rígides. **C**
6. No hi ha cap evidència que la teràpia física modifiqui la història natural de l'escoliosi. **C**
7. No hi ha evidència que el tractament conservador millori el component dolorós de l'escoliosi i l'autopercepció de la imatge corporal. **C**

L'únic tractament sobre el qual hi ha alguna evidència d'efectivitat en escoliosis idiopàtiques durant l'època de creixement són les ortesis rígides. L'exercici i la teràpia física no han demostrat tenir cap efecte sobre la magnitud de la corba, però es mantenen com a teràpia coadjuvant.

Les pautes que cal seguir en el tractament conservador durant el període de creixement són:

- Corbes amb angles de Cobb de menys de  $10^\circ$ , per definició, no són escoliosi i només necessiten un seguiment clínic anual durant l'adolescència.
- Corbes amb angles de Cobb entre  $10^\circ - 20^\circ$  no necessiten tractament, però és recomanable fer-ne un seguiment radiològic cada 4 mesos o 6 mesos.
- Corbes amb angles de Cobb entre  $20^\circ - 40^\circ$  necessiten ser tractades amb ortesis rígides.

El tractament amb ortesis rígides és eficaç perquè altera la història natural de l'escoliosi idiopàtica de l'adolescent. A llarg termini, hi ha una pèrdua gradual de correcció.

Els problemes de compliment limiten l'eficàcia del tractament amb ortesis rígides, ja que s'acostuma a recomanar la seva utilització durant 23 h/dia.

No hi ha cap evidència en favor de cap dels diferents models d'ortesi rígida que es poden trobar al mercat.

## Tractament quirúrgic

En termes generals, hi ha consens suficient per recomanar el tractament quirúrgic en: **B**

- Escoliosis majors de  $60^\circ$  simptomàtiques.
- Escoliosis majors de  $40^\circ$  en individus en període de creixement, especialment en aquells casos en què s'hagi observat progressió de la corba malgrat el tractament ortètic correcte.
- Escoliosis amb deformitat inacceptable per al pacient.