

Lo que debe conocer de

ESCOLIOSIS IDIOPATICA DEL ADOLESCENTE

<https://drmartinezsaez.es>

La **escoliosis** es una desviación de la columna, en la que esta no solo se tuerce hacia un lado, sino que lo hace con rotación de las vértebras, de forma que produce curvas anómalas tanto en el plano frontal como en el sagital [**deformidad tridimensional**].

Se considera que existe escoliosis si la **curva lateral mide más de 10°** y típicamente asociada a una rotación del tronco.

La **escoliosis idiopática del adolescente** (EIA) es el tipo más frecuente de escoliosis que vemos en nuestra consulta.



Se denomina **idiopática** porque no obedece a una causa evidente o motivo concreto, a diferencia de otros tipos de escoliosis debidas a malformaciones congénitas y enfermedades neuromusculares.

Se denomina **del adolescente** a la escoliosis que se desarrolla entre los 10 años y el final del crecimiento óseo (pico de crecimiento puberal o de la adolescencia). Se diferencia así de la desarrollada en la infancia o escoliosis infantil.

Frecuencia y causas de la EIA

Afecta en diverso grado a un **2-4% de los jóvenes**. Las curvas pequeñas se presentan igual en niños y niñas, pero estas tienen un riesgo 8 veces mayor de presentar una curva progresiva que requiera tratamiento.

Aunque la **causa exacta** de la escoliosis idiopática del adolescente (EIA) no se conoce con certeza, las investigaciones actuales sugieren un **origen multifactorial con una fuerte base genética**, aumentando significativamente el riesgo si existen antecedentes familiares. Es crucial entender que **su aparición no está provocada por nada que el paciente haya hecho o dejado de hacer**.

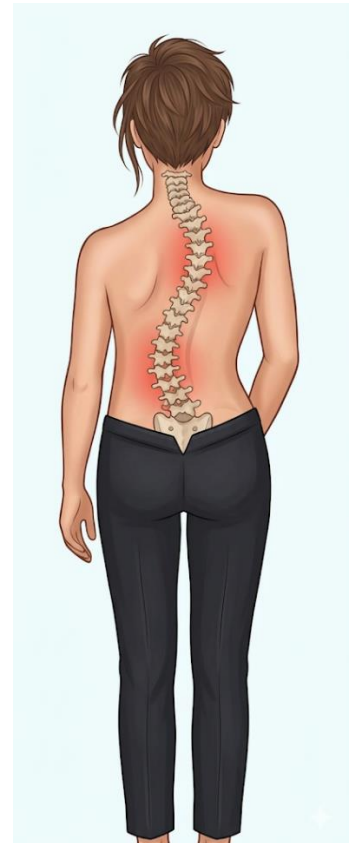
Signos de sospecha

Los cambios en el aspecto corporal son sutiles al principio, y se detectan en revisiones rutinarias del pediatra o los propios padres o el adolescente. Son asimetrías como:

- hombro o cadera más alta que la otra
- omóplato (paletilla) más salido
- cintura desigual
- abultamiento a nivel de las costillas

El test de Adams

Esta es la prueba física más utilizada para el cribado inicial de la escoliosis. El paciente flexiona su tronco hacia delante con las rodillas rectas y los brazos colgando. El médico se coloca detrás y observa su espalda buscando asimetrías y gibas (prominencias) en la espalda, que indican rotación vertebral.



El Diagnóstico Médico

Si se sospecha de escoliosis, se debe acudir a un especialista (traumatólogo o médico rehabilitador).

El diagnóstico definitivo se confirma mediante:

- **Radiografía (Rayos X):** Permite determinar la localización y los grados exactos de la escoliosis (**ángulo de Cobb**). Para proteger a los adolescentes de la radiación repetida, se realizan solo los controles necesarios durante el seguimiento.
- **Madurez Ósea (Signo de Risser):** Mediante la valoración radiológica y clínica el médico valora cuanto crecimiento le queda al adolescente, lo cual es vital porque las curvas tienden a empeorar durante los picos rápidos de crecimiento, y se estabilizan al finalizar éste.
- **Resonancia Magnética (RMN):** No se usa de forma rutinaria.

Opciones de Tratamiento

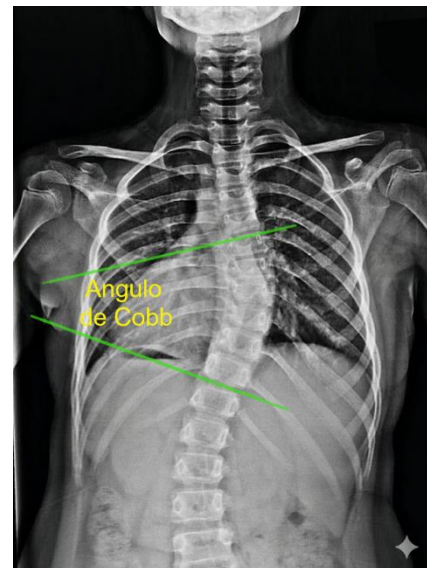
El tratamiento es individualizado y depende de los **grados de la curva (Cobb)** y del **crecimiento remanente del paciente**. El **objetivo es mantener la curva en valores inferiores a 45-50°**.

Las curvas que no exceden estos ángulos se estabilizan tras el crecimiento y permiten una vida saludable. En cambio, las que los superan progresan con el tiempo y generan deformidades que afectan la salud.

1. Medidas de higiene postural y ejercicios Se recomienda a todos los pacientes mantener medidas de higiene postural y hacer ejercicios regulares para cuidar la espalda.

La desalineación de la columna hace más vulnerables a los músculos y articulaciones de la espalda. El sedentarismo, las malas posturas y la debilidad muscular son enemigos que hay que mantener a raya.

2. Observación (Curvas menores de 25°): Es importante controlar la escoliosis durante el crecimiento, realizando exámenes radiológicos y clínicos cada 6 a 12 meses para detectar cualquier empeoramiento. Cuando termina el periodo de crecimiento y se confirma que la escoliosis no progresa, estos controles dejan de ser necesarios.



3. Uso de Corsé (Curvas entre 25° y 45° en pacientes en crecimiento): El corsé ortopédico es efectivo para evitar el avance de la deformidad. Hay diferentes modelos (Boston, Cheneau, nocturnos) y se recomienda llevarlo de 16 a 23 horas diarias. Se retira progresivamente durante 6 a 9 meses tras la madurez ósea.

4. Cirugía (Curvas mayores de 45°-50°)

Hay que **evitar el uso indiscriminado del corsé**, pues también tiene efectos contraproducentes: la limitación de la movilidad ocasiona rigidez y debilidad muscular que hay que contrarrestar con ejercicio adecuado, y además tiene un impacto psicológico en el adolescente nada desdeñable. Por ello se debe utilizar solo en los casos indicados, y finalizar su uso al final del crecimiento.



El Impacto Psicológico: Un reto para la familia

El diagnóstico de escoliosis y el uso de un corsé ocurren en plena adolescencia, un periodo vital complejo debido a los cambios físicos y emocionales. Puede vivirse como una amenaza para la imagen corporal y la autoestima del paciente generando inseguridad.

El adolescente puede pasar un "proceso de duelo" al tener que integrar el corsé o la deformidad en su identidad. El apoyo de la familia es fundamental. Es esencial validar sus sentimientos, escucharles y apoyarles en sus esfuerzos. Hablar con otros adolescentes en su misma situación puede ser de gran ayuda.



Cirugía (Curvas mayores de 45°-50°)

En los casos más severos el desequilibrio de la columna hace que curva siga progresando después del final del crecimiento, lo que ocasionará un importante perjuicio para la salud en un futuro, al contrario de lo que sucede en los casos leves y moderados, donde al finalizar el crecimiento la curva se mantiene estable, sin perjuicios significativos para la salud.

La intervención busca **detener el empeoramiento, corregir la deformidad y equilibrar el tronco**, lo que es beneficioso a largo plazo. Es una **cirugía segura**, con una tasa de complicaciones neurológicas inferior al 1%, y permite a los pacientes llevar una vida normal tras la recuperación.

Desmontando Mitos

¿La escoliosis causa dolor de espalda?

No. Por lo general, la escoliosis idiopática del adolescente no produce dolor. Los adolescentes con curvas leves o moderadas no tienen mayor incidencia de dolor de espalda que cualquier otro adolescente. Si aparece un dolor fuerte, debe consultarse con el médico para descartar otras causas.

¿Llevar mochilas pesadas o tener una mala postura causan la escoliosis?

No.

La escoliosis idiopática no está provocada por malas posturas, cargar mochilas o no beber suficiente leche. Existe la "actitud escoliótica" o "escoliosis postural", que es



una desviación de la columna sin rotación estructurada que se corrige al tratar la causa (como una diferencia de longitud en las piernas), pero esto es diferente a la verdadera escoliosis idiopática.

¿Puede mi hijo/a hacer deporte?

¡Sí, absolutamente! No se ha demostrado que ninguna actividad o deporte empeore los grados de la escoliosis 35. De hecho, mantenerse activo y realizar ejercicio físico está sumamente recomendado por sus beneficios para la salud general, la fuerza muscular y el estado de ánimo 36, 37. Se aconseja mantener el deporte escolar con normalidad.

Si me operan o llevo corsé, ¿podré llevar una vida normal de adulto?

Sí. El tratamiento busca precisamente evitar secuelas a largo plazo. Los pacientes adultos que han sido tratados por escoliosis llevan vidas plenas y activas, no tienen limitaciones a la hora de elegir una profesión y las mujeres pueden tener embarazos y partos completamente normales

Esta información es de carácter orientativo y divulgativo para ayudar a comprender la Escoliosis Idiopática del Adolescente. No sustituye en ningún caso la consulta, evaluación y recomendaciones individualizadas de un médico especialista o profesional sanitario