
Enfermedades congénitas e idiopáticas de columna vertebral
Dr. Julio Huaroto Rosa-Pérez
ESPINA BÍFIDA, VERTEBRA TRANSICIONAL - ESPONDILOLISTESIS -
ESPONDILOLISIS - ESCOLIOSIS - CIFOSIS - LORDOSIS: CLÍNICA,

TRATAMIENTOS ORTOPÉDICOS CORRECTIVOS - TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO. LUMBALGIAS

1. ESPINA BÍFIDA (Lámina 42:1)

Falta de unión del arco vertebral posterior, en la línea media, a nivel de la apófisis espinosa, que aparece bífida; es L5, S1 y S2.

Dos formas:

- Espina bífida oculta, la falta de unión es cerrada por una membrana de tejido conjuntivo grueso, hallazgo casual.
- Espina bífida manifiesta, aparece como tumor lumbosacro, ocupado por las meninges, (meningocele, mielocelo, mielome-ningocele).

1.1. CLÍNICA

En la espina bífida manifiesta lo característico es el tumor lumbosacro con piel atrófica, con nevus, pelos o angioma; la espina bífida oculta es hallazgo casual, radiológico.

Los signos periféricos son los más frecuentes. Trastornos motores, deformidades, alteraciones de la sensibilidad, trastornos tróficos, incontinencia de esfínteres. Los signos externos: nevus, angiomas o mechón de pelos o depresión de la piel.

El motivo de la consulta suele ser: lumbalgias y a veces parestesias.

1.2. TRATAMIENTO

Quirúrgico en la espina bífida manifiesta, evitar y prevenir deformidades, úlceras por decúbito. En la espina bífida oculta es antálgico, reposo, cama;

sólo en casos extremos quirúrgico.

2. VÉRTEBRA TRANSICIONAL

Lumbarización significa que la primera sacra se convierte en lumbar; sacralización significa que la quinta lumbar va a tener un funcionalismo de primera sacra; hay apofisomegalia transversa; es la más frecuente.

2.1. CLÍNICA

Dolor lumbar, a veces con ciática, en relación a un esfuerzo en adulto joven.

Al contar las vértebras lumbares nos encontramos con 4 (sacralización), o 6 (lumbarización).

2.2. TRATAMIENTO

Reposo postural, antálgicos, antiinflamatorios, relajantes, fisioterapia y a veces corsé ortopédico.

3. ESPONDILOLISIS-ESPONDILOLISTESIS (Lámina 42:2,3)

Espondilolisis es la falta de fusión del arco posterior del istmo, quedando una fisura a nivel de los pedículos. Esta lesión favorece su desplazamiento y se llama espondilolistesis, casi siempre anterior y frecuente en L5 y S1; el disco entre L5 y S1 está degenerado, al igual que las articulaciones interapofisiarias lumbosacras.

3.1. CLÍNICA

Lumbalgias irradiadas en cinturón o como ciática; en la espondilolistesis el dolor es más acentuado, hiperlordosis, acortamiento de talla y abdomen prominente; alteración en pliegues transversales.

3.2. RX

Lateralmente se confirma el desplazamiento anterior de L5 (según Meyerding hay 4 grados); RX oblicua a 45°, vemos la imagen del perrito de Lachapelle; en la espondilolisis nos da imagen en collar, en la espondilolistesis la imagen es de perrito degollado.

3.3. TRATAMIENTO

Conservador, fisioterapia, corsé ortopédico, antálgicos.

En las espondilolistesis, cuando el deslizamiento vertebral es marcado o en recidivas es mejor el tratamiento quirúrgico. Fusión vertebral de L3 a

S1, sin intentar reducción.

4. ESCOLIOSIS (Lámina 42:4)

Es la desviación lateral de la columna en el plano frontal.

Dos tipos:

- No estructurales funcionales: fisiológica, postural, compensadora y antálgica.
 - Estructural u orgánica: tríada frecuente (esencial, paralítica y congénita), tríada rara (raquitismo, neurofibromatosis y Margan), otras (Toracogénicas, tortícolis, acondroplasias, etc.).
- a) Escoliosis esencial o idiopática: se desconoce su etiología; es una desviación lateral permanente de la columna acompañada de rotación y alteraciones morfológicas vertebrales.

Anatomía patológica: Hay 5 formas, de acuerdo a la curva principal:

- Lumbar: la más benigna; aparece tardíamente; da lumbalgia en adulto.
- Dorsolumbar: ápice en D12, intermedia entre 1 y 3.
- Dorsal: ápice en D8, llamada torácica, es la más frecuente, evoluciona progresivamente, es frecuente la cirugía.
- Cervicodorsal: ápice en D12, la más grave, es infrecuente.
- Curvas primarias dorsal y lumbar asociadas.

• CLÍNICA

10 a 12 años (adolescentes), no determina dolor, se quejan de cansancio y deformaciones de la columna y tórax; giba dorsal, cresta iliaca saliente, prominencia de reborde costal o seno.

Al examen: descarte de escoliosis no estructurales, estudio de curvas, jibas, simetría del tronco, rigidez de cada curva, si está compensada la escoliosis y efectuar las mediciones de columna (pie, sentado, acostado). Maniobra de Adams: a la genuflexión mayor prominencia de hemitórax; diferente altura de hombros.

• RX

De frente, en posición de pie y otra en posición neutra y con inclinación activa a la derecha e izquierda en decúbito; hay que estudiar en cada placa: número de curvas, cuál es la curva principal y medir detalles (longitud y angulación de la curva, rotación, acuñaamiento y desplazamiento lateral de la vértebra apex). También estudiar el punto de osificación de la cresta iliaca (signo de Risser) para averiguar el crecimiento probable en cada caso.

- PRONÓSTICO

Son importantes cuatro elementos:

- Edad de aparición del proceso (más grave, si aparece a menor edad).
- Tipo de curva (cuanto más alta la curva primaria, más progresiva).
- Etiología (la esencial es más benigna que las otras estructurales).
- Cercanía al final del crecimiento (signo de Risser).
- Cuando termina el crecimiento, la escoliosis esencial se estaciona, con la adultez vienen las artrosis dolorosas.

- TRATAMIENTO

La fisioterapia no corrige las curvas, pero mejora la función respiratoria y la musculatura y es aconsejable por motivos psicológicos; la base del tratamiento es:

- 1.- Casos leves: control periódico clínico-radiográfico. Son leves las escoliosis dorsales; de menos de 20 grados y las lumbares de menos de 30 grados; el control se hace con la ficha de Cobb trimestral.
 - 2.- Casos moderados, graves, progresivos o antiestéticos: artrodesis con corrección previa.
 - 3.- En algunos de los casos moderados, previa reducción: se puede colocar un buen corsé de Milwaukee, la edad ideal del tratamiento quirúrgico es a partir de los 12 años y se divide en dos fases:
 - Corrección de la curva (tracción continua esquelética o Hale y el sistema de la fronda de Cutrel), corsés de yeso correctores, corsés ortopédicos activos tipo Milwaukee, instrumental de Harrington o similares y osteotomía de columna.
 - Fijación estable de la corrección mediante artrodesis vertebral posterior; colocar barras de Harrington y corsé de Risser en máxima corrección llevado durante un año.
- b) Otras escoliosis
- A. Paralítica
- Por parálisis de los músculos del tronco, sobre todo en polio-mielitis, por el desequilibrio muscular, las posibilidades de compensación son escasas y se hacen graves por su magnitud y rápida progresividad: la forma más típica de curva es la de una curva en C; casi siempre requieren artrodesis previa solución de problemas en los miembros inferiores y pelvis.

- B. Congénita
No son frecuentes, se manifiestan en los primeros meses de vida; son causadas por malformaciones congénitas de las vértebras (hemivértebras, sinostosis o barra vertebral); se localizan en el tracto cervicodorsal y dorsal, se asocian a cifosis. Requieren artrodesis a temprana edad; si hay cifosis el pronóstico es peor por la posibilidad de paraplejía.
- C. Osteopáticas
Causadas por alteración ósea de la columna (raquitismo, osteomalacia, espondilitis, TBC, fracturas, neoplasias) en primera infancia, curvas de radio corto, a menudo cifosis, rápidamente evolutivas. Su tratamiento: Corsé y etiológico.
- D. De la neurofibromatosis (Enf. de Von Recklinghausen)
Suele iniciarse en edad infantil, sede dorsal, radio de la curva corto, tiende a agravarse rápida y notablemente, es angular. Hay que artrodesar precozmente al no estabilizarse espontáneamente a los 18 años hay tendencia a escoliosis grave acentuada y se desarrolla cifosis con posibilidad de paraplejía.
- E. Síndrome de Marfan
Caracterizado por aracnodactilia, luxación del cristalino y anomalías cardiovasculares; hay escoliosis en la mitad de los casos.
- F. Toracogénicas
Causadas por retracciones cicatrizales de un hemitórax, consecutiva a enfisemas, pleuresías graves. Es siempre dorsal leve y radio de curvatura largo.

5. CIFOSIS

Es una convexidad anormal de la columna en el plano perfil (sagital), la curva debe ser más o menos suave; si es brusca, se habla de giba o cifosis angular. Hay un tipo de cifosis propio de cada edad (Lámina 42:6).

1. Cifosis congénita
Poco frecuente, muy grave, por vértebra triangular de base posterior o barra de la mitad anterior, ambas crecen hacia atrás, comprimen la médula y determinan paraplejía, es imperiosa la artrodesis en los primeros años.
2. Niño de dos primeros años
Por raquitismo, curva única y grave, aparte de tratamiento específico, lecho de yeso.
3. Niño de edad escolar
Dorso redondo infantil, chicos pálidos, asténicos, delgados; en la posición

de firmes desaparece la postura cifótica; tratamiento a base de gimnasia, medidas higiénico-dietético-medica-mentosas, considerar corsé ortopédico y yeso corrector.

4. En adolescentes (Enf. de Scheuermann)
O dorso curvo, etiopatogenia mal conocida (osteocondrosis); evoluciona a una cifosis estructural y no progresa después de los 18 años; se caracteriza por exageración de cifosis dorsal, no siempre dolorosa. Afecta a 4 ó 6 vértebras.
 - A. RX presenta tres signos:
Irregularidad de los contornos superior e inferior de los cuerpos, hernias intraesponjosas de Schmorl y acuñamiento somático.
 - B. Tratamiento: fisioterapia, control clínico-radiográfico, reposo en cama dura y yesos u ortesis estáticas.

5. Adultos
Traumática, bien localizada, tipo giba, dorsolumbar.

6. Ancianos
Cifosis senil por adelgazamiento de discos y acuñamiento fusión de vértebras dorsales superiores. Es evolutiva y de carácter irreversible; más en mujeres, dolores dorsales y fatiga.
Tratamiento: con reposo, antálgicos, corsé ortopédico y medicación para osteoporosis.

6. LORDOSIS

Existe una exagerada convexidad de la columna lumbar dirigida hacia adelante por debilidad de músculos lumbares o como compensación de una curva cifótica. Se asocia con aumento de volumen del abdomen. La causa más frecuente es la simple postura defectuosa, a veces se observa una hiperlordosis lumbar en los enanos y cretinos acondroplásicos, espondilolistesis.

6.1. TRATAMIENTO

Antálgicos, reposo y luego fisioterapia.

7. LUMBALGIAS

Es uno de los problemas álgidos de la práctica diaria de la especialidad, es común en todas las edades después de los 25 años, en ambos sexos; dolor en el tracto lumbar inferior o pasaje lumbosacro, a veces asociado a irradiación a glúteos o cara posterior de muslos.

7.1. CAUSAS

5 grupos:

- Lumbalgias agudas: pensar en desgarro miofascial por esfuerzo, lesión de ligamentos de articulaciones regionales o reumatismo extraarticular, es común.
- Cuadros subagudos o crónicos: hernia grasa, fibrosis interespinosa.
- Cuadros subagudos o crónicos mal localizados: Causa refleja, sobre todo abdominal.
- En personas de edad con lumbalgia, pensar en: Osteo-porosis, metástasis y mieloma múltiple.
- Las causas que sean evidentes a RX: Pott, Paget, osteo-mielitis, etc.

7.2. CLÍNICA

Aguda: inicio a veces brusco en relación a esfuerzo, generalmente después de levantar un peso, dolor intenso, se exacerba con los movimientos, calma con el reposo; la tos y el estornudo despiertan dolor; contractura de músculos paravertebrales; maniobra de Lassegué dolorosa; usualmente cede con el simple reposo y en el tiempo, de dos a tres semanas.

Crónicas: de inicio gradual, dolor no intenso, pero tarda en desaparecer; es causada por irritación mecánica del plexo nervioso endoraquídeo o discartrosis y espondiloartrosis y otras causas óseas.

7.3. AL EXAMEN FÍSICO HAY QUE EVALUAR DIEZ ELEMENTOS

Incurvaciones de columna, movilidad activa, contractura muscular, dolor provocado, Lassegué, Gaenlsen y Naffziger, resto de examen neurológico de miembros inferiores, movilidad pasiva, examen del abdomen, pie plano y marcha.

7.4. RX:

De columna lumbar, lumbosacra, sacroiliaca, exámenes de LCR, análisis generales y EMG.

7.5. TIPOS DE LUMBALGIAS MÁS FRECUENTES

Sin manifestación radiográfica: lumbalgia reumática, desgarro miofascial, fibromiositis interespinosa, hernias grasosas dolorosas.

Con manifestaciones radiográficas: inestabilidad lumbo-sacra, artritis apofisaria interarticular, espondiloartrosis (primaria o secundaria), osteoporosis pre-senil, lesiones evidentes en que la lumbalgia no es la

más importante (Pott, neoplasias, etc.).

7.6. TRATAMIENTO

Hay cuatro recursos fundamentales:

- 1.- Tratamiento general de las lumbalgias. Cama dura y reposo absoluto, faja elástica, calor local, medicación antálgica, antiflogística y relajante, infiltraciones anestésicas discutible).
- 2.- Corsé ortopédico o de yeso, si no cede al tratamiento anterior.
- 3.- Cirugía: cuando el curso es crónico o recidivante, fracaso de tratamiento incruento y existencia de lesión radiográfica causal.
- 4.- Manipulación (movilización forzada), muy discutida.