

---

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 interapofisarias 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, acuñamiento 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, Gaenslen 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 apofisiaria 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.