

Escoliosis o rotación lumbar idiopática

Una opción de tratamiento sin cirugía ni uso de corset - Diseño de caso único



Lic. Germán L. Hernández

Miembro Activo del Centro de Estudio e Investigación Praxis Vertebral- Buenos Aires-
Argentina- Año 2010

Correspondencia: hernandezki@gmail.com

Introducción: En consulta diaria recibimos pacientes que presentan rotaciones lumbares causantes de dolor lumbar e incapacidad funcional. Las escoliosis de tipo idiopáticas, (de causa desconocida) sub-clasificado como infantil, juvenil, adolescente o adulto afecta a aproximadamente 20 millones de personas en los Estados Unidos. En el caso de la forma más común de escoliosis idiopática del adolescente, no es agente causal claro y en general se cree que es multifactorial.

Método: El siguiente trabajo es un diseño de tipo caso único. Se realizaron un total de 5 sesiones de tratamiento con el Método praxis vertebral. Se procedió a evaluar la rotación lumbar a través de Rx frente de la zona implicada antes de comenzar el tratamiento y al finalizar a través de un nuevo estudio. No se contemplaron otras variables para no perder validez interna del mismo.

Resultados: Realizando el análisis de los datos, se aprecia una mejora notable en la alineación de la columna lumbar que conlleva a disminución total de síntomas existentes y una tendencia a mantener estos resultados cuando se retira el tratamiento.

Conclusiones: Los diseños de caso único suponen un instrumento factible y aplicable en el campo clínico, donde la investigación experimental resulta más difícil de realizar, debido a la incorporación de más población en estudio. Estos diseños nos permiten combinar la investigación con la práctica clínica. El trabajo multidisciplinario y el reconocimiento de las variables asociadas a esta patología, pueden ser una serie de datos de utilidad en el tratamiento de los pacientes.

Palabras claves: Rotación lumbar, dolor lumbar, praxis vertebral

Background: In daily practice patients who received lumbar rotations causing back pain and functional disability. The idiopathic form of scoliosis (unknown cause) sub-classified as infantile, juvenile, adolescent or adult affects approximately 20 million people in the United States. In the case of the most common adolescent idiopathic scoliosis, it is not clear causal agent and is generally believed to be multifactorial.

Method: The following work is a type design unique. A total of 5 sessions of treatment with the vertebral praxis. Was evaluated lumbar rotation through Rx front of the involved area before treatment and at the end through a new study. Does not address other variables to keep track of the internal validity.

Results: By analyzing the data, there is a substantial improvement in the alignment of the lumbar spine leading to overall reduction of existing symptoms and a tendency to keep these results when treatment is withdrawn.

Conclusions: The unique case designs represent a feasible and applicable in the clinical field, where experimental research is more difficult to achieve due to the addition of more study population. These designs enable us to combine research with practice clínica. The multidisciplinary and recognition of the variables associated with this condition may be a data set useful in the treatment of patients.

Keywords: lumbar rotation, back pain, vertebral praxis

Introducción:

La **escoliosis** (en griego: skoliōsis condición torcida, de skolios, "torcida") consiste en la desviación en el plano frontal de la columna vertebral. En una radiografía vista desde atrás, la columna vertebral de una persona con escoliosis o rotación lumbar idiopática puede verse en forma de "C" hacia la derecha o hacia la izquierda.

Las escoliosis de tipo idiopáticas, (de causa desconocida) subclasificadas como infantil, juvenil, adolescente o adulta afecta a aproximadamente 20 millones de personas en los Estados Unidos.

Las rotaciones lumbares son muy frecuentes en consulta diaria. Se generan por problemas posturales, caídas y por causas realmente desconocidas. En el caso de la forma más común de escoliosis, escoliosis idiopática del adolescente, no es agente causal claro y en general se cree que es multifactorial. Varias causas han sido implicadas, pero no hay consenso entre los científicos como la causa de la escoliosis. El papel de los factores genéticos en el desarrollo de esta condición es ampliamente aceptado.

En abril de 2007, los investigadores de Texas Scottish Rite Hospital for Children identificaron el primer gen asociado a la escoliosis idiopática, CHD7. El avance médico fue el resultado de un estudio de 10 años y se describe en la edición de mayo de 2007 de la revista American Journal of Human Genetics.

La escoliosis es más frecuente diagnosticado en las mujeres. En ocasiones, el desarrollo de la escoliosis durante la adolescencia no se debe a una anomalía subyacente como una médula espinal anclada sino se insiste en la anomalía congénita que puede ser agravada por la postura, pero más a menudo la causa es desconocida o idiopática, que han sido heredadas a través de múltiples factores, incluyendo la genética.

Las curvas pequeñas (menores de 15-20 grados) se observan para ver la posible progresión durante un tiempo. En esta etapa no se requiere ningún tratamiento específico para la medicina occidental vigente.

Las curvas mayores (entre 20 y 40 grados) requieren órtesis para evitar que siga progresando la curva.

Debido a que el uso de órtesis resulta incómodo y para el adolescente resulta ser una carga debido a que se siente avergonzado aunque se la oculte bajo la ropa, nace nuestra propuesta.

Generalmente el tratamiento fuera del uso de corset, requiere de la indicación sistemática de actividad física específica y/o controlada.

Por lo tanto, quiero dejar en claro que en los casos de desvíos menores a 40° hoy en día tenemos una propuesta diferente. En mi caso prefiero referirme al término rotación lumbar y no escoliosis, debido a que en nuestra consulta no utilizamos como referencia el ángulo de Cobb como determinante del tratamiento.

También debemos tener presente la ley de Fryette la cual contempla que en toda rotación existe inclinación lateral en la concavidad y es un tema que en el campo de la biomecánica es muy importante para obtener resultados comprobables.

Método:

El presente trabajo se trata de un diseño de caso único que acude a consulta en forma casual.

Caso Clínico:

Paciente de sexo masculino, 21 años de edad que asiste a consulta presentando rotación lumbar dextroconvexa izquierda.

El mismo refería fuertes dolores lumbares sin irradiación, mayormente del lado contrario a la rotación; dolor a la bipedestación, a la sedestación y en posición horizontal en el descanso.

Diseño

Se realizó un diseño de caso único tipo A-B-B-B-A, donde A representa la condición de ausencia de tratamiento y B aplicación del mismo.

Se realizaron un total de 5 sesiones del método Praxis Vertebral. Primera sesión observación del desvío a través de Rx lumbar frontal y aplicación del tratamiento y en las demás oportunidades aplicación sistemática del método; para volver a evaluar en la quinta sesión a través de nuevo Rx comparativo.

Por lo tanto se realizaron 2 observaciones, una en el momento anterior a la aplicación del primer tratamiento (O1), y una posterior al quinto tratamiento (O2).

En nuestro caso en particular, las mismas no se utilizaron para la variable dolor, que de hecho hubo remisión total del dolor.

El objetivo de nuestras observaciones se centró en los cambios radiográficos evidentes

Instrumentos

Rx lumbar frente, placa calidad Kodak realizadas en la Fundación Científica del Sur (Lomas de Zamora) Pcia Bs As- Argentina.

Resultados:

Los resultados corresponden en primer término antes de la aplicación del tratamiento y después de realizar las 5 sesiones del método praxis vertebral.

Se observó en un primer momento rotación lumbar dextroconvexa izquierda evidente. En el segundo momento, después de la aplicación de 5 (cinco) sesiones de Praxis vertebral denota la imagen de Rx cambios notables en la rotación, presentando una alineación considerable con remisión total de dolor.

Si bien en este caso el desvío es izquierdo, queremos aclarar que en casos de desvío derecho obtuvimos similares resultados.

Resultados radiográficos

Antes



Después



Conclusiones

No existen en la actualidad muchos estudios que clarifiquen la causa real de esta patología, hace falta más investigación en este campo para clarificar la misma y así ofrecer al paciente que la padece las opciones más adecuadas y menos invasivas.

Los diseños de caso único suponen un instrumento factible y aplicable en el campo clínico, donde la investigación experimental resulta más difícil de realizar, debido a la incorporación de más población en estudio. Estos diseños nos permiten combinar la investigación con la práctica clínica.

El trabajo multidisciplinario y el reconocimiento de las variables asociadas a esta patología, pueden ser una serie de datos de utilidad en el tratamiento de los pacientes.

Discusión:

Como se pudo observar con el método praxis vertebral logramos reducir el desvío en el plano frontal notablemente. Si bien no contemplamos el grado de desviación según ángulo de Cobb para los resultados no fue determinante.

Con esto no queremos generar controversias sobre el abordaje actual de este tipo de patologías, simplemente mostrar una opción diferente de tratamiento, sin contraindicaciones y de forma natural.

Siempre se dice que después del Signo de Risser, cuando el adolescente joven entra en el periodo de osificación; es más difícil que pueda mejorar su desvío, al contrario mucha bibliografía hace referencia a empeoramiento en dicha postura

Bibliografía

- JM. Campos, GD. Coelho La medicina rescatada. Ed. Errepar 1ª Edición (Bs As) 1996. pag. 121-123.
- Good, Christopher (Spring 2009). «The Genetic Basis of Adolescent Idiopathic Scoliosis». *Journal of the Spinal Research Foundation* 4 (1): pp. 13–5. <http://www.spinemd.com/publications/articles/the-genetic-basis-of-adolescent-idiopathic-scoliosis>.
- Kouwenhoven, J & Castelein, R, 2008, 'La patogénesis de la Escoliosis Idiopática del Adolescente', la columna vertebral, vol. 33, no. 26, pp. 2898-2908 2898-2908 . 10.1097/BRS.0b013e3181891751
- Ogilvie JW, Braun J, Argyle V, Nelson L, Meade M, Ward K, 2006, 'La búsqueda de genes idiopática', columna vertebral, no. 31, no. 6, pp. 679-81. Marzo de 2006
- Texas Scottish Rite Hospital for Children
- Negrini S, Fusco C, Minozzi S, Atanasio S, Zaina M, Romano M (2008). Ejercicios de reducir la tasa de progresión de la escoliosis idiopática en adolescentes: resultados de una revisión sistemática exhaustiva de la literatura. = discapacidad Rehabil. 30. pp. 772-85. PMID 18432435.
- Lehnert-Schroth C. 2000. *Dreidimensionale Skoliosebehandlung*. 6th. ed. Stuttgart. Urban & Schwarzer. Plantilla:Pn
- Lehnert-Schroth C. *Three-Dimensional Treatment for Scoliosis: A Physiotherapeutic Method for Deformities of the Spine*. (Palo Alto, CA: The Martindale Press): pp. 1-6.
- Lehnert-Schroth, Christa (2007). *Three-Dimensional Treatment for Scoliosis: A Physiotherapeutic Method for Deformities of the Spine*. (Palo Alto, CA: The Martindale Press): passim. Plantilla:Pn
- Weiss HR, Klein R (2006). «Improving excellence in scoliosis rehabilitation: a controlled study of matched pairs». *Pediatric Rehabilitation* 9 (3): pp. 190–200. doi:10.1080/13638490500079583. PMID 17050397.
- Weiss HR, Hollaender M, Klein R (2006). «ADL based scoliosis rehabilitation--the key to an improvement of time-efficiency?». *Studies in Health Technology and Informatics* 123: pp. 594–8. PMID 17108494.
- Weiss HR, Maier-Hennes A (2008). «Specific exercises in the treatment of scoliosis--differential indication». *Studies in Health Technology and Informatics* 135: pp. 173–90. PMID 18401090.
- Rigo M, Quera-Salva G, Villagrasa M, Ferrer M, et al. (2008). *Scoliosis intensive out-patient rehabilitation based on Schroth method*. *Studies in Health Technology and Informatics* 135:208-27.
- Weiss HR, Goodall, D. 2008a. El tratamiento de la escoliosis idiopática del adolescente (AIS) de acuerdo a presentar pruebas. Una revisión sistemática. *Eur J Phys Med Rehabil*. Junio 44 (2) :177-93.
- Herring JA: *Tachdjian de Ortopedia Pediátrica*, WB Saunders Company, Philadelphia, PA, 2002.
- Herring JA (2002). W.B. Saunders. ed. *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics*. Philadelphia PA

