

Opinan los Expertos

*Entrevista a David M. Farrington,
cirujano ortopédico*

“El riesgo de escoliosis en pacientes con cardiopatías congénitas es diez veces mayor”



Es el jefe de sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil del hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, y un experto indiscutible en escoliosis. En nuestras Jornadas 2015, tuvimos el privilegio de contar con él como ponente para una de las mesas redondas. Y hoy nos vuelve a abrir las puertas de su conocimiento en esta entrevista, donde analizamos por qué escoliosis y cardiopatías van juntas, para aquellos que no pudisteis asistir a nuestra cita más importante del año. ¡Os esperamos de nuevo pronto!

Por Conchi Llorente

¿Podrías explicarnos qué es exactamente una escoliosis y cómo se diagnostica?

La columna vertebral vista de frente o de espaldas debe estar recta. La escoliosis se define como un desplazamiento lateral de la columna hacia la derecha o hacia la izquierda. Aproximadamente el 10% de la población tiene pequeñas curvas, de menos de 10 grados, que no tienen consecuencia alguna para la salud.

La escoliosis se diagnostica mediante la exploración física que efectúa el especialista y una radiografía de la columna completa. En ella, la curva se mide en grados, como si se tratara de un ángulo, y se denomina Ángulo de Cobb. Se define la escoliosis como una curva mayor de 10 grados. Es más frecuente en las regiones torácica y lumbar de la columna y puede afectar a una o a ambas de estas localizaciones.

¿Por qué se produce la escoliosis en personas con cardiopatías congénitas?

Primero, por la existencia de una escoliosis congénita asociada. Entre la tercera y la octava semana de vida del embrión, se están formando el corazón y la columna, entre otras estructuras. Si durante este periodo de tiempo se produce alguna alteración en el desarrollo del embrión, puede aparecer una anomalía congénita en cualquiera de estas estructuras o incluso en ambas. Este es el motivo por el que los pacientes con cardiopatías congénitas asocian una mayor

incidencia de escoliosis congénitas, y viceversa. La severidad de estas curvas es muy variable y depende del tipo de anomalía vertebral que padece el paciente.

En segundo lugar, también puede deberse al desarrollo de una escoliosis idiopática, que parece tener un origen genético, aunque a fecha de hoy realmente desconocemos su origen. Este tipo de escoliosis suele aparecer durante la infancia o la adolescencia y su incidencia entre los pacientes con cardiopatías congénitas también es más alta que en la población sana.

Finalmente, un tercer tipo de escoliosis que puede aparecer en estos pacientes son las toracogénicas. Estas curvas aparecen tras el abordaje quirúrgico del tórax mediante esternotomía, toracotomía o ambas. Parece ser que la disrupción de la caja torácica provoca un crecimiento anómalo de la columna vertebral y aparece la escoliosis. Suele tratarse también de curvas de crecimiento moderado.

En este sentido, ¿con qué frecuencia suele generarse?

El riesgo de desarrollo de escoliosis en pacientes con cardiopatías congénitas es diez veces mayor que el de la población general. En torno a un 40% de los pacientes con cardiopatías congénitas presentan curvas escolióticas aunque solo en un 20% las curvas superan los 10 grados. La escoliosis también es más frecuente entre los pacientes con cardiopatías cianóticas, siendo asimismo más severas en este grupo.



En su exposición, en las XII Jornadas de Menudos Corazones.



¿Cuántos tipos de escoliosis están asociados a las cardiopatías congénitas?

Existen múltiples tipos de escoliosis, aunque últimamente se clasifican en cuatro grandes grupos: las **estructurales**, asociadas a alteraciones de la caja torácica o de la columna, como congénitas, toracogénicas, etc.; las **sindrómicas**, que surgen en el contexto de determinados síndromes, como pueda ser el síndrome de Down, el de Ehler-Danlos, etc.; las **neuromusculares**, asociadas a enfermedades neuromusculares, como parálisis cerebral infantil, distrofia muscular de Duchenne, etc. e **idiopáticas**, que no se asocian a ninguna otra enfermedad o anomalía y de las que se desconoce su causa exacta.

Las de mayor incidencia entre los pacientes con cardiopatías congénitas son las idiopáticas. No obstante, cualquier paciente con una cardiopatía congénita puede asociar una enfermedad neurológica o quedar su cardiopatía incluida en el contexto de un síndrome, presentando por tanto un mayor riesgo aún de desarrollar una escoliosis.

¿Qué tratamientos se aplican?

La escoliosis puede tratarse quirúrgicamente o no quirúrgicamente, dependiendo del tamaño y la severidad de la curva. El tratamiento no quirúrgico incluye la observación de la curva por si precisara el uso de un corsé. Puede plantearse el tratamiento quirúrgico si la curva alcanza un punto en el que seguirá progresando incluso una vez finalizado el crecimiento.

Uno de los principales factores a tener en cuenta a la hora de recomendar un tratamiento es el origen de la escoliosis. Las curvas de origen congénito, sindrómico y neuromuscular tienen un comportamiento muy variable y es difícil predecir cuál va a ser su evolución, aunque en general responden mal al tratamiento mediante corsé.

Hay otros tratamientos y técnicas, como la acupuntura, la presoterapia, la estimulación eléctrica, la fisioterapia, etc., cuyos propulsores argumentan que pueden frenar la progresión de la escoliosis, aunque, siendo realista, hasta la fecha ninguno de estos tratamientos ha demostrado científicamente que repercuta sobre la escoliosis.

Si progresa hasta el punto de que siga empeorando durante la edad adulta y suponga un problema de salud grave más adelante, puede que se recomiende el tratamiento quirúrgico, que dependerá de la edad del paciente y la localización y el patrón de la curva.

Y sobre esto, ¿hay alguna diferencia entre pacientes con cardiopatías congénitas y no cardiopatas?

La cirugía de la escoliosis en pacientes con cardiopatías congénitas lleva implícitos elevados riesgos de arritmias cardiacas

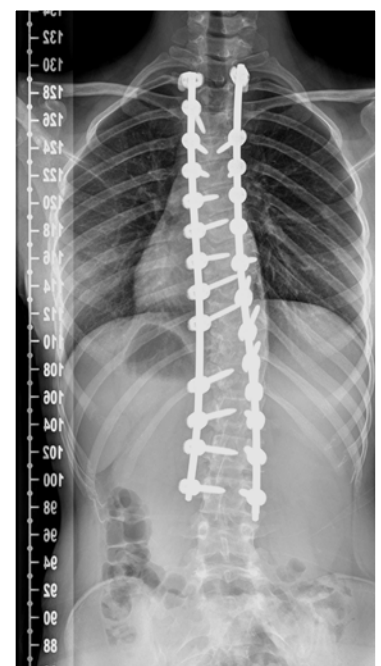
y tromboembolismos. Por eso, puede llegar a plantearse una cirugía correctora, aunque la tasa de complicaciones es superior en comparación con la población general. El adecuado manejo anestésico y el objetivo de evitar una excesiva pérdida sanguínea juegan entonces un papel aún más fundamental.

Por último, ¿qué aconsejaría a los pacientes con cardiopatías congénitas que tienen escoliosis?

Cualquier paciente con una cardiopatía congénita al que se le diagnostica una escoliosis debe recibir atención por parte de un especialista en cirugía ortopédica con experiencia contrastada en deformidades de la columna vertebral. Una vez evaluado, el médico le ofrecerá las diferentes opciones de tratamiento, recomendándole la más beneficiosa en su caso.



Radiografía de una escoliosis preoperatoria.



Radiografía de una escoliosis postoperatoria.

El desarrollo de una escoliosis en estos pacientes no implica necesariamente tener que emplear un corsé o tener que someterse a una intervención quirúrgica. La inmensa mayoría de las deformidades de la columna en estos casos son totalmente compatibles con llevar una vida normal, incluso cuando se alcanzan ciertos grados de deformidad llamativos. La calidad de vida no suele verse afectada hasta alcanzar cifras muy importantes. Mi consejo es preocuparse en la justa medida y ponerse en manos de un buen especialista en deformidades de columna, que hará todo lo que esté en sus manos para evitar que esto suceda.