

Deformidades estructurales del raquis

Las deformidades estructurales del raquis se engloban, en función del sentido de la deformidad, en dos grandes grupos: escoliosis y cifosis. Ambos responden a múltiples causas y en el presente monográfico no podremos dar cabida a todas. Se han seleccionado aquellas que hemos considerado más interesantes desde el punto de vista de la medicina de rehabilitación. Así, se ha estimado oportuno incluir la escoliosis congénita por su enfoque diagnóstico y terapéutico diferente, aunque sean poco frecuentes. Lo mismo ocurre con las neuromusculares, si bien en estas se añade el interés de nuestra implicación terapéutica directa en estos procesos. Por razones de frecuencia se ha dedicado más espacio a la escoliosis idiopática y se ha considerado conveniente el estudio de la etiopatogenia, aunque los resultados sigan siendo decepcionantes, y de la historia natural, porque ello nos permitirá apreciar mejor lo que hacemos en la escoliosis. Se ha estudiado separadamente la escoliosis idiopática de comienzo precoz, por nuestro interés en destacar aquellas características que la hacen diferente de las de aparición más tardía. Una parte importante es la implicación del crecimiento en la evolución y pronóstico de la escoliosis y sus consecuencias en los aspectos terapéuticos que se analizan en tres grupos: papel de la cinesiterapia, a pesar de las dudas que existen sobre su eficacia; el análisis de los diferentes métodos de contención, demostradamente eficaces, pero ¿cuáles? y la actualización de los métodos quirúrgicos.

Dentro de las cifosis se ha seleccionado solamente la cifosis juvenil, sobre todo la que es consecuencia de una enfermedad de Scheuermann, por su gravedad.

En una sociedad cada vez más envejecida no podíamos olvidar la escoliosis del adulto, sobre todo la degenerativa, ni la cifosis osteoporótica, a las que en el futuro la medicina de rehabilitación tendrá que prestar más atención. Y por su rareza, pero por ser problemas que como con frecuencia ocurre en medicina de rehabilitación se nos demandan soluciones para casos de difícil solución, hemos incluido la camptocormia y el síndrome de la cabeza caída.

Es probable que esta selección no satisfaga a muchos, y seguro que hay razones para ello, así como que lo expuesto, en muchas ocasiones, no responda a las expectativas de los lectores, porque no se ha presentado siempre con criterios de medicina de la evidencia. Pero no hay que olvidar que en la toma de decisiones y en los tratamientos de las deformidades del raquis nos movemos en un escenario más cercano al consenso que a la evidencia. La duración de los tratamientos, las dificultades de su cumplimiento, la imposibilidad de series de casos control y de cegamientos de las series, hace difícil la aplicación de los procedimientos de la medicina de la evidencia, aunque todo ello no debe servir de disculpa para que nuestra orientación en el futuro sea en este sentido.

Finalmente, deseo expresar mi agradecimiento a todos los colaboradores cuyo trabajo merece el reconocimiento de su lectura.

J.J. Aguilar Naranjo

*Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Juan XXIII.
Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. España.*