

## Sección IV. Escritos para recordar

Publicación Original: Carta Ortopédica  
Nº 39, Año 7, mayo de 1983

# Escoliosis paralítica postpoliomielítica

Resumen y Adaptación: Elaborado para la Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología, por el Doctor Javier Matta Ibarra.

Dr. Alvaro Silva Ardila\*

El tratamiento de la escoliosis paralítica es mucho más complejo en relación con otros tipos de escoliosis, dadas las siguientes características particulares:

- Presentación en pacientes de corta edad.
- La progresión de las curvas no cesa con la terminación del crecimiento pondoestatural, ya que su etiología corresponde a una parálisis asimétrica del tronco.
- La parálisis de los músculos respiratorios, así como la deformidad misma, conlleva una disminución de la capacidad pulmonar, lo cual implica mayor morbilidad quirúrgica.
- La oblicuidad pélvica asociada con frecuencia a luxaciones o subluxaciones de caderas, representa otro agravante para el tratamiento.

Con base en la experiencia de 70 casos manejados quirúrgicamente en el Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt, en un lapso de 2 años y medio, el autor recomienda las siguientes pautas de tratamiento:

### Tratamiento conservador

Curvas menores de 20° grados se manejan con fisioterapia y controles radiográficos cada cuatro meses, curvas entre 20° y 40° grados que estén progresando se manejan con corsé ortopédico. El corsé de Milwaukee se utiliza en curvas torácicas o toracolumbares, en cambio el corsé toracolumbosacro se prefiere en curvas lumbares sin oblicuidad pélvica.

\* Ortopedista Traumatólogo. Cirujano de Columna. Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin D. Roosevelt.

### Tratamiento quirúrgico

Pacientes menores de 10 a 12 años: Se intervienen quirúrgicamente aquellos casos cuyas curvas progresen a pesar del tratamiento con corsé ortopédico o en pacientes con curvas demasiado severas, no susceptibles al tratamiento conservador.

La técnica quirúrgica consiste en instrumentación con barras distractoras subcutáneas de Moe sin artrodesis, lo cual permite que el niño continúe su desarrollo pondoestatural; la inmovilización postoperatoria se efectúa con corsé de Milwaukee o corsé toracolumbosacro.

### Oblicuidad pélvica

Debe identificarse si la causa de la oblicuidad es proximal, distal o mixta; la distal obedece a retracción de abductores o aductores de cadera y se maneja con cirugía liberadora correspondiente. La proximal es causada por parálisis asimétrica de la musculatura del tronco, se trata con instrumentación sin artrodesis extendiéndola hasta el sacro. El manejo de la mixta, se inicia con la corrección de las causas distales y si se justifica se continúa con la corrección de las causas proximales.

Pacientes mayores de 10 a 12 años: En este grupo de pacientes, si las curvas son mayores de 40° grados, se practica instrumentación posterior de Harrington con artrodesis; en algunos casos el manejo se modifica de acuerdo a los criterios de Carvalho Pinto, de la Santa Casa de Sao Paulo - Brasil, de la siguiente manera:

### Tracción halo-femoral

Indicada en curvas muy rígidas (corrección menor de 50% en las radiografías dinámicas) o en

presencia de oblicuidad pélvica estructurada de causa proximal.

### **Artrodesis posterior**

Debe ser más extensa que los límites de la curva; en caso de oblicuidad pélvica asociada de causa proximal, la artrodesis se extenderá hasta el sacro. En estos casos la barra de Harrington se fija al sacro utilizando el gancho de cuatro patas.

### **Artrodesis anterior**

La liberación y artrodesis intersomática por vía anterior, se practica en pacientes con deformidad cifótica estructural asociada, en pacientes con curvas escolióticas lumbares rígidas y en pacientes con oblicuidad pélvica fija que no corrijan con la tracción halo-femoral.

En el postoperatorio los pacientes se colocan en tracción halo-femoral, para optimizar la corrección y en un segundo tiempo quirúrgico se estabilizan con el instrumental de Harrington.

### **Revisión 6 + 6**

En todos los pacientes poliomiélicos, que sólo se hayan artrodesado por la vía posterior, se practica revisión quirúrgica a los 6 meses del primer procedimiento, para descartar pseudoartrosis en la masa de fusión y poder colocar nuevos injertos óseos.

La inmovilización postoperatoria se lleva a cabo con yesos de Risser, Cotrel otoracolumbosacros; en pacientes con déficit pulmonar importante, se prefiere corsé de Milwaukee o toracolumbosacro.

### **Complicaciones**

La más frecuente de las complicaciones es la pseudoartrosis, la cual se traduce en pérdida de corrección de la curva y ruptura de las barras de Harrington; otra complicación es la fusión corta o insuficiente en extensión de la misma, lo cual ocasiona pérdida de corrección y/o progresión de las curvas no incluidas en la fusión y artrodesis inicial. En algunos casos se presenta oblicuidad pélvica residual a pesar de la tracción e instrumentación, esto se evitaría probablemente con la liberación anterior previa.

Las opiniones editoriales o científicas  
que se emitan con firma comprometen solamente al autor y no  
a la SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA,  
ni a los editores de la Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología

Comité Editorial