

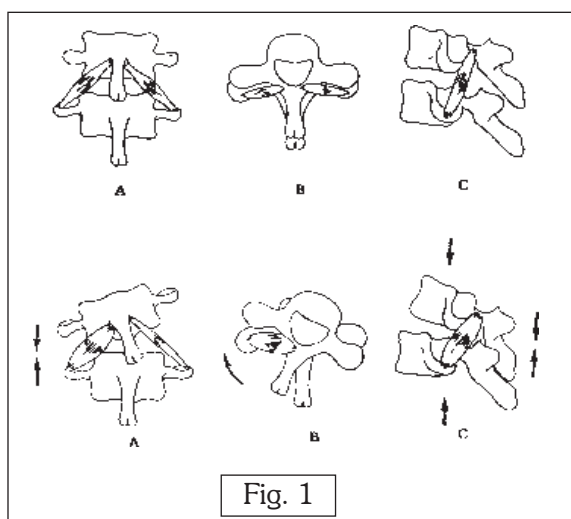
Aportaciones de la R.P.G. en el campo de la Escoliosis

Síntesis de utilidad para los RPGistas

PH.-E. SOUCHARD

PRINCIPIOS

- La escoliosis es una deformación estática, macroscópica tridimensional de la columna vertebral.
- Su origen es una retracción asimétrica de los músculos de la estática.
- La escoliosis esencial coexiste siempre con una lordosis dorsal.
- Los cambios de dirección de las curvaturas laterales se efectúan preferentemente en los cambios de curvatura anteroposterior. La rotación máxima se observa en el centro de la curvatura.
- Las apófisis espinosas giran en la concavidad a nivel dorsal y lumbar (movimiento antigraavitatorio) (Fig.1). Giran en la convexidad a nivel cervical (movimiento gravitatorio). La cabeza se reequilibra por sus músculos propios (en particular el esternocleidomastoideo) gracias a la adaptación del raquis cervical alto (movimiento antigraavitatorio).



- La escoliosis respeta la hegemonía estática (horizontalidad de la mirada) y es indolora. Se trata entonces de un mecanismo de adaptación o de defensa. Toda escoliosis tiene una causa.

- Si las causas pueden situarse en un lugar cualquiera del aparato músculo-esquelético, en posición de pie o sentado,

la estática se mantiene a partir de los puntos fijos inferiores. La escoliosis es entonces siempre ascendente.

- A nivel lumbar, la responsabilidad de la masa común y del músculo psoas-iliaco es esencial, y a nivel dorsal el músculo transverso espinoso es el principal culpable.

- Los músculos de la estática, al organizarse en cadenas musculares, exigen un tratamiento global.

- En periodo de crecimiento la escoliosis tiende naturalmente a la agravación, sobre todo en casos de: desequilibrio frontal, importante escoliosis lumbar y rotación vertebral importante.

ELECCION DE POSTURAS

- Se establece siguiendo el siguiente esquema:

Foto general

Interrogatorio

Examen de las retracciones

Tentativas de reequilibración

- En ausencia de dolor el problema morfológico es prioritario.

- Las posturas en descarga permiten una mayor acción manual del terapeuta (balance pasivo).

-Las posturas en carga piden una mayor participación del paciente (trabajo isométrico en posición cada vez más excéntrica o isotónica excéntrica). El empleo de los 2 tipos de posturas será prácticamente necesario siempre.

- Las aberturas del ángulo coxo-femoral son más eficaces para la escoliosis lumbar (músculo psoas-iliaco). Los cierres del ángulo coxofemoral para las escoliosis dorsales (músculos espinales).

- En abertura de ángulo, la postura rana en el suelo y de pie en el centro son las más empleadas.

- En cierre, la postura sentada es la más eficaz.

- La posición de brazos juntos permite corregir mejor las concavidades (la descarga de cada uno de los hombros corresponde directamente a la concavidad situada en su lado).

- La separación de brazos es más eficaz para la convexidad dorsal.

- Las integraciones estáticas o dinámicas en posición de pie o sentada son frecuentemente muy necesarias cuando el paciente no

está preparado a aceptar inmediatamente en su nivel automático las correcciones aportadas por la sesión.

EL TRATAMIENTO

- Consiste en una detorsión de cada una de las curvaturas en tracción axial progresivamente, y cada vez más global, de los músculos de la estática.

- La progresión consiste en corregir la escoliosis aceptando al comienzo de la postura todas las compensaciones necesarias.

- El mantenimiento de las correcciones centrales está asegurado pasivamente por la acción manual, y activamente por la contracción sectorial de los abdominales.

- La corrección de las compensaciones a nivel de miembros se hace en «dosis homeopáticas» sin relajar las correcciones de la escoliosis.

- La búsqueda de las causas es esencial y reclama una vigilancia constante en el transcurso de la postura de cara a todo comportamiento que pueda aparecer referente a la escoliosis.

- Las escoliosis importantes, sobretodo aquellas que aparecen muy pronto (periodo prepubertario o pubertario) deben hacer o ser objeto de un tratamiento ortopédico con corsé.

EVALUACION DE LA ESCOLIOSIS

- Una columna vertebral no se resume en una radiografía. Un cuerpo no se resume en una columna vertebral. Un ser humano no se resume en un cuerpo.

- La valoración de una escoliosis debe establecerse en función de tres criterios:

Radiológico

Funcional

Estético

- El segundo y tercer punto son fundamentales para el aspecto psicológico.

- El RPGista que comienza un tratamiento debe disponer de radiografías recientes.

- Estas siempre deben tomarse en las mismas condiciones:

En posición de pie, pies juntos

Mirada en la horizontal

Al final de una espiración normal

- Cada período de tratamiento (alrededor de 15 sesiones) debe confirmarse el resultado por medio de una radiografía.

- El ángulo de Cobb debe medirse siempre entre las mismas vértebras de referencia. En caso de cambio esto debe ser señalado.

- La escoliosis cervical debe ser también evaluada.

- Cada vez que sea posible, la rotación vertebral debe ser medida en el centro de la curva, tomando la distancia del trazo de la espinosa con respecto al borde lateral de la vértebra.

- En periodo de crecimiento cada radiografía debe estar acompañada de la evaluación de la talla del sujeto y del test de Risser*.

- El equilibrio frontal vertical es fundamental. Todo desequilibrio a medio plazo es compensado por una agravación de curvatura. Esta se aprecia radiológicamente y en el examen morfológico gracias al hilo de plomada.

- La valoración funcional se establece siguiendo los criterios RPGistas: el sujeto debe ser capaz de la reflexión, latero-flexión y rotación opuestas a cada una de sus curvatura.

- Hay que tomar fotografías siempre en las mismas condiciones que en las radiografías y en las mismas fechas para que nos permitan hacer un juicio de valor de la evolución estética.

** N.B. Después de Risser I, nuestra referencia es la radiografía de la mano izquierda, con el fin de precisar con gran rigor la edad ósea (según el Atlas de Greulien y Pyle)*

