



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

27 de junho – Dia Internacional de Sensibilização para a Escoliose

Artigo de opinião de Nelson Carvalho, presidente da Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral (SPPCV)

Escoliose Idiopática do Adolescente e a importância do diagnóstico precoce

A escoliose idiopática do adolescente (EIA) é uma patologia que afeta entre 2 a 4 por cento da população mundial. É caracterizada por uma inclinação lateral da espinha dorsal, com rotação das vértebras. Apesar de ser mais notório o desvio da coluna para um dos lados, a escoliose é uma deformidade tridimensional da coluna, com rotação e desvio em vários planos. A EIA é mais frequente entre o sexo feminino, sobretudo antes da primeira menstruação. Apesar de os rapazes também poderem vir a desenvolver esta patologia, a ocorrência é bem menos frequente.

Ainda que, na maioria dos casos, a causa seja idiopática (que significa de causa desconhecida, embora saibamos que terá a ver com um determinismo genético ainda não identificado), pode ter outras causas como neurológicas, congénitas, do tecido conjuntivo e outras. A escoliose idiopática pode ainda ser infantil (< 3 anos), juvenil (3 – 10 anos) e do adulto e pode ainda ser “*de novo*” em adultos habitualmente na 5ª década que não sofriam desta patologia

Na EIA há quem acredite que o peso das malas e mochilas pode potenciar o surgimento desta patologia, o que é errado. O transporte de mochilas e malas, ainda que possam aumentar a quantidade de stress na coluna vertebral, devido ao peso excessivo, a utilização das mesmas não é o principal fator de desenvolvimento de escoliose. O máximo que pode acontecer é que a dor sentida aumente. Vários estudos comparativos entre crianças que usam mochila em apenas um ombro com as que não usam mochila, revelaram que a incidência de escoliose é igual em ambas.

No entanto, pode sim existir uma relação entre o peso das malas e algumas alterações de postura. Por forma a que não haja um comprometimento da coluna, recomenda-se que o peso carregado não ultrapasse 10 por cento do peso corporal.

Os principais sinais de alerta são os ombros a alturas diferentes, um lado da anca mais levantado do que o outro, inclinação do corpo para um dos lados e proeminência da grelha costal (gibosidade ou bossa torácica) ao fletir a coluna para a frente. Por vezes, a escoliose pode ser facilmente confundida com a desigualdade do comprimento das pernas, sendo estes casos uma das causas de atitude escoliótica e não escoliose, na qual temos para além da curvatura da coluna uma rotação das vértebras.

As escolioses que se encontram entre os 10 graus e os 20-25 graus (Ângulo de Cobb) apenas necessitam de vigilância regular até à conclusão do crescimento da coluna vertebral. Porém, quando temos uma curvatura entre 20-25 e 40-45 graus, pode ser recomendada a utilização de um colete para impedir que a curva se agrave. As curvas com mais de 45 graus têm habitualmente indicação cirúrgica.

Relativamente ao tratamento da escoliose, este deve ser personalizado e individualizado, consoante a gravidade da situação. O problema mais importante relacionado com a escoliose é a progressão da deformidade e os efeitos colaterais resultantes, como distúrbios respiratórios e dor.

A fisioterapia, osteopatia, exercícios de alongamento ou reforço das cadeias musculares, não têm validação científica quanto à correção da curva. No entanto são importantes quando pensamos em atitudes escolióticas e correções posturais, o que é diferente das verdadeiras escolioses. Nestas, para além da inclinação lateral do tronco temos ao mesmo tempo a rotação da coluna no seu eixo vertical, que corresponde clinicamente ao aparecimento da gibosidade ou bossa torácica dorsal.

As ortóteses, recomendadas entre os 20-40 graus, têm como principal objetivo que a curva não progrida com o crescimento da adolescência. Podem ser de vários tipos, sendo os mais comuns os coletes de Boston, Providence e Charleston. Os dois primeiros são habitualmente usados 23 horas por dia, podendo em alguns casos aplicar-se o colete de Charleston apenas durante o período noturno.

Na EIA apenas é aconselhada a cirurgia nos casos graves, com curvas superiores a 40-45°, recorrendo-se a anestesia geral e a um período de internamento que varia entre quatro a sete dias. É uma cirurgia que se realiza habitualmente com monitorização neurológica, sendo colocado no paciente implantes de titânio que permitem a correção da deformidade em 70 a 80% do ângulo pré-operatório. No início da 4ª semana da data da cirurgia podem retomar as suas atividades escolares, recomendando-se atividades físicas sem contacto físico a partir das 6 semanas e sem restrições do desporto escolar a partir dos 4 meses. Existem técnicas recentes de não fusão das vértebras (“Tethering”), permitindo a mobilidade no segmento operado. Recorrem a bandas em vez de barras, sendo, contudo, uma técnica que ainda não tem o seguimento de anos pós-operatórios suficientes para se encontrar validada e ser consensual na comunidade científica.

Os outros tipos de escoliose, que não a EIA, têm tratamentos específicos caso a caso, necessitando de um tratamento personalizado a ser encetado por um Cirurgião de Coluna (Ortopedista ou Neurocirurgião) ou um Fisiatra. Para mais informações sobre patologia da coluna vertebral, visite www.sppcv.pt.

