

DISMETRIA DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Diferencia o discrepancia en la longitud de las extremidades:

- Por exceso: Hipermetría.
- Por defecto: Hipometría.

Se considera un proceso dinámico hasta que el paciente no llega a la maduración ósea (Niñas 13 – 16 años, niños 16 – 18 años.)

El crecimiento longitudinal del hueso está en relación con los cartílagos de crecimiento (Fisis)

Cada fisis tiene un potencial propio de crecimiento y en relación con la edad ósea.

- La fisis proximal del fémur interviene en el 25 – 30% de crecimiento del fémur y la fisis distal interviene en el 70 – 75%.
- La fisis proximal de la tibia interviene en el 60% de crecimiento de la tibia y la distal el 40%
- Entre la fisis distal del fémur y la proximal de la tibia suponen el 65% del crecimiento total de la pierna.

FACTORES A TENER EN CUENTA:

- Edad: Valor fundamentalmente la edad ósea. Rx de mano izda PA y valoración en Atlas de Greulich y Pyle.
- Sexo:
- Talla del paciente.
- Balance articular y muscular.
- Cuantificación y localización de la dismetría.
- Predicción de la dismetría al finalizar el crecimiento. Va a ser determinante a la hora de valorar el tipo de tratamiento, momento y cuantía de la corrección. Tablas de valoración de crecimiento residual (Gráfica en línea recta de Moseley.)
- Otros: Enfermedades asociadas, cooperación en el tratamiento,...

ETIOLOGÍA:

- Congénita.
 - o Agenesia de peroné.
 - o DFFP
 - o LCC
 - o Pie zambo.
- Infecciosa.
 - o Osteomielitis, artritis séptica, TBC,...
- Tumores.
 - o Osteocondromas, encondromas, displasia fibrosa,...
- Traumáticas.
 - o Secuelas de epifisiolisis.
 - o Acortamiento de diáfisis por fractura.
- Otras causas.

- Perthes, epifisiolisis de cadera, Radioterapia, secuelas de cirugía,...

En caso de Hipermetrías reseñar la enfermedad de Klippel-Trenaunay (Fistulas arteriovenosas.), osteomielitis y fracturas disafisarias en niños.

METODOS DE MEDICION

CLINICOS: Error de +/- 1 cm

- Con el enfermo en bipedestación: Conseguir equilibrar la pelvis, si no lo está, con alzas.
- Con el enfermo en decúbito supino: Puntos de referencia y medir con cinta.
 - Ombligo – maléolo interno.
 - EIAS – maléolo interno.

RADIOLÓGICOS:

- Telerradiografías. Magnificación del 15%.
- Ortorradiografías: Triple disparo en caderas, rodillas y tobillos. Evita magnificación.
- Radiografía ortocinética.
- TAC: Precisión milimétrica pero gran irradiación y coste.
- ECOGRAFIA

PATRONES DE CRECIMIENTO

- Trazado lineal ascendente:
- Ascendente desacelerada.
- Pendiente ascendente y meseta.
- Trazado ascendente seguida de meseta y nuevo ascenso.
- Ascendente, meseta y descenso.

TRATAMIENTO

- Dismetría < de 1,5 cm.
 - Son con mucho las más frecuentes.
 - No precisan tratamiento ya que no producen alteraciones de la marcha ni son causa de escoliosis. (Rang)
 - Algunos podólogos y rehabilitadores suponen que son causa de lumbalgia y que mejoran cuando se coloca un alza y además tranquiliza al padre.
- Dismetría 1,5 – 4 cm.
 - Alza.
 - Epifisiodesis contralateral, si presenta posibilidad de crecimiento.
 - Alargamiento o acortamiento en adultos.
- Dismetría 4 – 10 cm.
 - Elongación.
- Dismetría >10 cm.

- Alargamientos iterativos. 5 –10 cm cada 2 –3 años.
- Plastia rotacional de Van – Ness.
- Amputación.