



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Casado Sánchez, M. L.; Martínez González, C.
Mi hijo no crece, ¿y dice usted que esto es normal?
Pediatría Atención Primaria, vol. XIV, núm. 53, enero-marzo, 2012, pp. 31-33
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638734005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Publicado en Internet:
15-marzo-2012

M.^a Laura Casado Sánchez:
cs.mlaure@yahoo.es

Nota clínica

Mi hijo no crece, ¿y dice usted que esto es normal?

M. L. Casado Sánchez, C. Martínez González

Pediatras. CS San Blas. Parla. Madrid. España.

Palabras clave:

- *Genu varum*
- Enfermedad de Blount
- Enfermedades de los huesos

Resumen

El *genu varum* es un proceso fisiológico en los dos primeros años de vida, evolucionando en ocasiones hacia *genu valgum*. No obstante, su diagnóstico diferencial abarca patologías importantes que deben ser descartadas para decidir el tratamiento. En los niños con *genu varum* se debe tranquilizar a la familia y adoptar una actitud expectante, dado que no reviste gravedad y es un proceso autolimitado. Presentamos el caso de dos hermanos con *genu varum* extremo, llegando incluso a producir un estacionamiento de la talla en uno de ellos. Ambos han evolucionado a la normalidad sin intervención médica.

My child doesn't grow, and you say this is normal?

Key words:

- *Genu varum*
- Blount disease
- Bone diseases

Abstract

Genu varum is a physiologic finding in children up to 2 years old that sometimes becomes *genu valgum*. However, it may present accompanying systemic conditions that must be ruled out in order to treat them or not. The relatives of children with *genu varum* should be reassured and doctors should assume an expectant management due to its favourable natural history. We show the case of two brothers with a pronounced *genu varum*, one of them with a temporary stop in growth. Both evolved in a right way without treatment.

INTRODUCCIÓN

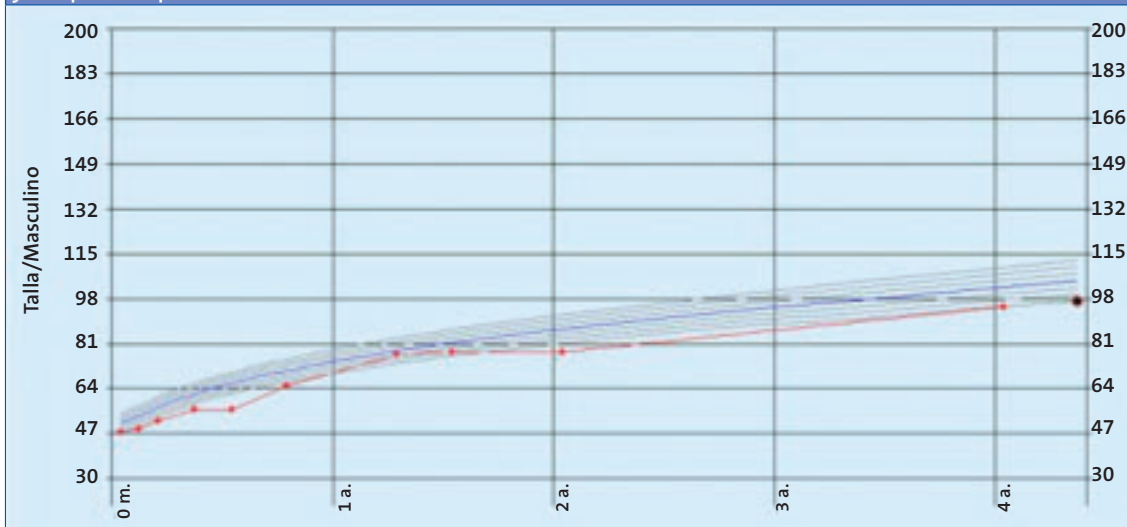
El *genu varum* fisiológico es una deformidad frecuente en los dos primeros años de vida, en ocasiones muy marcada. Al nacimiento podemos encontrar un *genu varum* fisiológico de 10° a 15°, que suele corregirse a 0° a los 12-18 meses. A partir de entonces y hasta los 3-4 años es normal un *genu valgum* fisiológico de 10° a 15°. Incluso existen estudios con valores de normalidad¹.

A partir de los 3-5 años, el *genu varum* persiste solo en un 10,4% de los niños, siendo desde esa edad normal el *genu valgum* (32,3% en algunas series)².

Presentamos el caso de dos hermanos varones de raza negra, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con estacionamiento de la talla debido a *genu varum* muy marcado, que persiste por encima del rango de edad considerado fisiológico.

El primer paciente consulta por sensación subjetiva familiar de falta de crecimiento, coincidiendo con la revisión de los 15 meses. En la exploración física se objetiva un aplanamiento de la curva de talla, midiendo 77 cm (percentil 25) (Fig. 1). Además, presentaba hiperlordosis lumbar, aumento de la base de sustentación, coxa vara que limitaba la abducción de ambas caderas y aumento considerable del *genu varum* de los miembros inferiores

Figura 1. Evolución de la talla del caso índice. Estacionamiento de la curva de talla al diagnóstico y recuperación posterior



(MMII), muy marcado y simétrico (Fig. 2), sin otros signos clínicos de raquitismo carencial. A los 18 meses, presentaba *genu varum* fisiológico, simétrico y leve, con talla de 78 cm (percentil 10). Se deriva al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

(COT), que confirma el *genu varum* fisiológico extremo, descartando otras alteraciones óseas. En controles posteriores, a los tres años, solo presentaba un leve varo de los MMII y una mínima lordosis lumbar, siendo la alineación de los MMII completamente normal a los cinco años.

El segundo hermano, también varón, muestra una deformidad similar en el control de los 18 meses, con *genu varum* y estancamiento de la talla en relación a la deformidad de los MMII, por lo que se deriva a COT para valoración y descartar patología ósea asociada. Se decide decidiendo seguimiento clínico exclusivo, dada la ausencia de otras enfermedades y el pronóstico favorable. Actualmente tiene tres años y todavía presenta marcada deformidad en varo.

Siendo una variante de la normalidad, el *genu varum* fisiológico merece un diagnóstico diferencial que descarte patologías subyacentes, como la tibia vara o la enfermedad de Blount, en la que los niños presentan arqueamiento de los MMII en el primer año, que se agrava posteriormente en lugar de corregirse hacia *genu valgum*³. Es un trastorno del crecimiento de la porción interna o medial de las epífisis y metáfisis proximales de la tibia, resultando una angulación medial y una rotación tibial interna. Suele ser bilateral (50-75%) y predomina en mujeres de raza negra⁴.

Figura 2. Arqueamiento de miembros inferiores, *genu varum* del paciente índice



Además, las deformidades en los MMII pueden encontrarse como resultado de diversas patologías, como enfermedades metabólicas (raquitismo), endocrinas, infecciosas (osteomielitis crónica) o tumorales, fracturas antiguas, displasias esqueléticas, encondromatosis múltiple de Ollier, etc.

De todas estas enfermedades, precisamente el *genu varum* fisiológico es el que menos retrasa la deambulación. Sin embargo, los niños con deformidad en *genu valgum* fisiológico, como prematuros sanos, gemelos o niños con hermanos raquíuticos, caminan más tarde⁵.

El diagnóstico es clínico y radiológico, midiendo los ángulos formados por los MMII. No obstante, se deben descartar las patologías indicadas para tratar la causa subyacente si existe (vitamina D y calcio en raquitismo, antibioterapia en infecciones...).

El tratamiento exclusivo de las deformidades óseas abarca desde la mera observación clínica hasta la

cirugía, pasando por la colocación de ortesis, según la evolución y la angulación en los MMII.

Es destacable la gran angulación que presentaban los hermanos expuestos y la corrección experimentada sin intervención. Por este motivo, consideramos importante incidir en el conocimiento de las variantes extremas de la normalidad antes de iniciar medidas terapéuticas innecesarias, teniendo en cuenta que no afecta a la deambulación y que la talla se recupera con la alineación espontánea de los MMII en la evolución.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

COT: Cirugía Ortopédica y Traumatológica • **MMII:** miembros inferiores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gelfman MG. Valores normales de genu valgo en niños argentinos de 2 a 12 años. Arch Arg Pediatr. 1998;96:103-7.
2. Jiménez Vázquez H, Puentes Cacin F, Machado Consuegra AM. Las deformidades podálicas en la infancia. Un problema de salud en los círculos infantiles. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(4):311-5.
3. Kaneshiro NK. Piernas arqueadas. [en línea] [consultado el 01/09/2011]. Disponible en www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001585.htm
4. Márquez-Mézquita J. Tibia vara o enfermedad de Blount. Rev Med CMA. 2010;3:23-8.
5. Echarri JJ, Aimé Bazebo J, Guillén-Grima F. Deformaciones raquíuticas de miembros inferiores en los niños congoleños. An Sist Sanit Navar. 2008; 31(3): 235-40.