

EXPLORACION DE MIEMBROS INFERIORES EN LOS NIÑOS

Autoras: Ramona Mínguez y M^a José Bañuls, Centro de Salud de Algemesí

Exploracion del recién nacido: postura, movilidad, asimetrías, deformidades... Las malformaciones congénitas del aparato locomotor más frecuentes son el pie zambo y la luxación congénita de cadera.

Pie Equinovaro :El pie aparece en equinismo, en varo, con un metatarso varo y una evidente rotación interna del pie, en relación con la tibia.

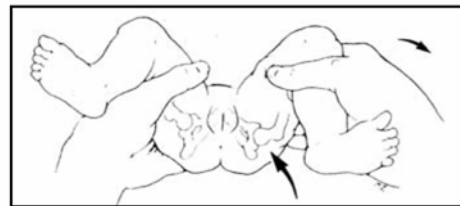
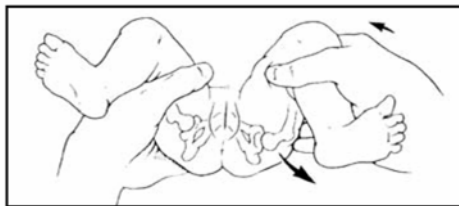


PIE ZAMBO

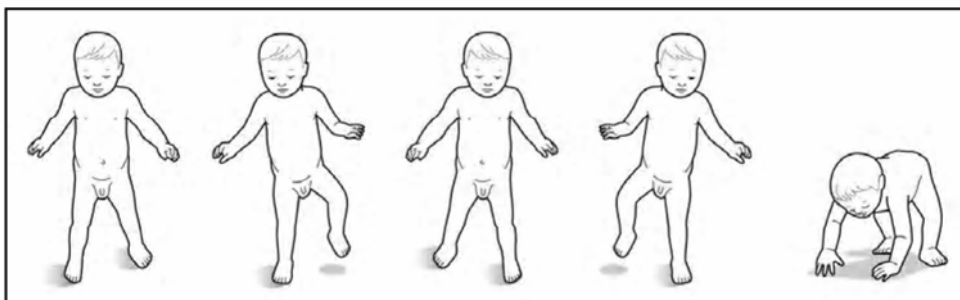


METATARSO VARO

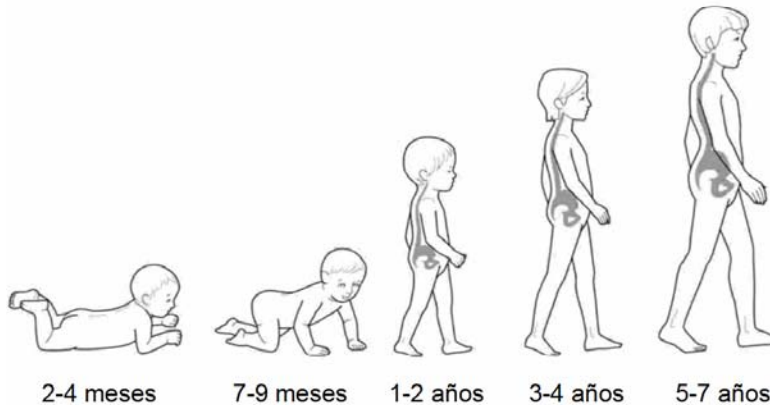
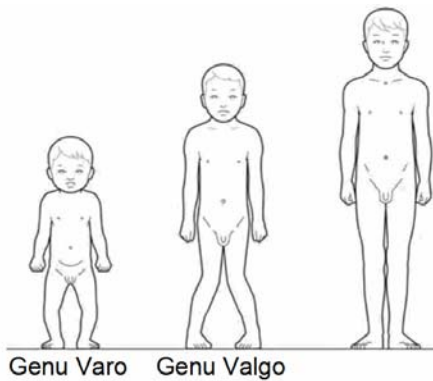
Luxación Congénita de Cadera: las maniobras de Ortolani y de Barlow nos ayudarán a diagnosticarla.



La función de caminar no se hace de forma instantánea, requiere un aprendizaje. Todos los niños al principio tienen dificultad para mantenerse en pie y adoptan posturas anómalas. Andan sin ayuda alrededor de los 12 meses. A esta edad apreciamos una **marcha bipodal de lado**, titubeante, aumentando con ello la base de sustentación de las extremidades inferiores, abriendo los miembros superiores con el fin de conseguir un mayor equilibrio.



Las alteraciones del andar que aparecen con más frecuencia en los primeros años y que no deben considerarse patológicas, sino dentro de los límites de la **evolución fisiológica del aparato locomotor** se describen en la siguiente figura:



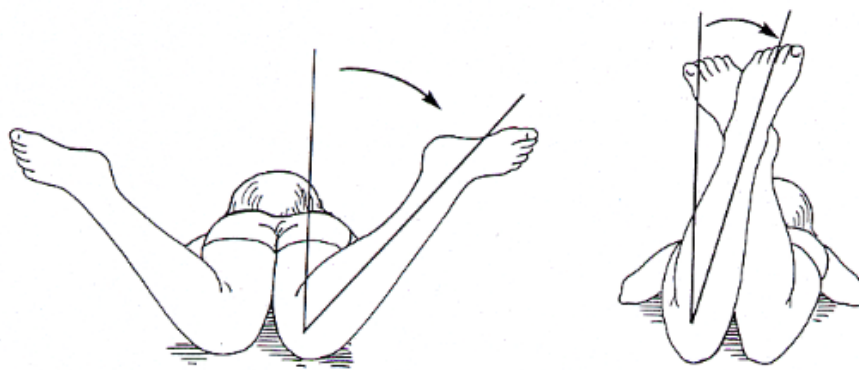
La exploración de la marcha es fundamental, aunque no siempre es fácil en el niño, quien, al sentirse observado, corrige, o al menos intenta hacerlo, los trastornos que preocupan a su familia. En esta exploración es importante valorar la **actitud de la rodillas** (rótulas si “miran” hacia dentro o hacia fuera), así como el **ángulo del paso**, si dirige las puntas de los pies hacia dentro o hacia fuera. Un buen truco para conseguir la colaboración del niño es hacer que traiga un juguete situado en un punto más o menos distante, llevárselo a su madre, llevarlo de nuevo a su sitio ...

Debería completarse la exploración de la marcha haciendo andar al niño **de puntillas, sobre los talones, saltar de forma monopodal** (a partir de los cuatro a cinco años), así como **hacerle levantar del suelo, donde se le hace sentar**.

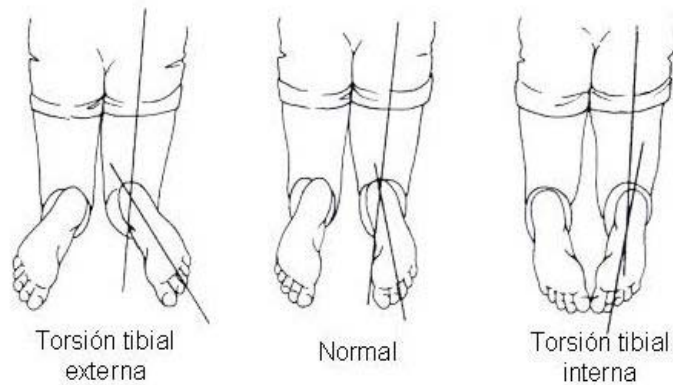
Si se sospecha asimetría, realizar **medición de los miembros inferiores**.

Para apreciar la torsión femoral se evalúan las amplitudes de **rotación externa e interna de las caderas**. Normalmente, en el niño la amplitud de la rotación externa es igual a la de la rotación interna (alrededor de 50 grados). Si existe un aumento de la anteversión femoral se encuentra de manera proporcional un aumento de la amplitud de la rotación interna y una disminución de la de rotación externa.

La medida de la **torsión tibial**, valorar el ángulo muslo-pie, con el niño en decúbito



prono y las rodilla flexionadas a 90 grados.



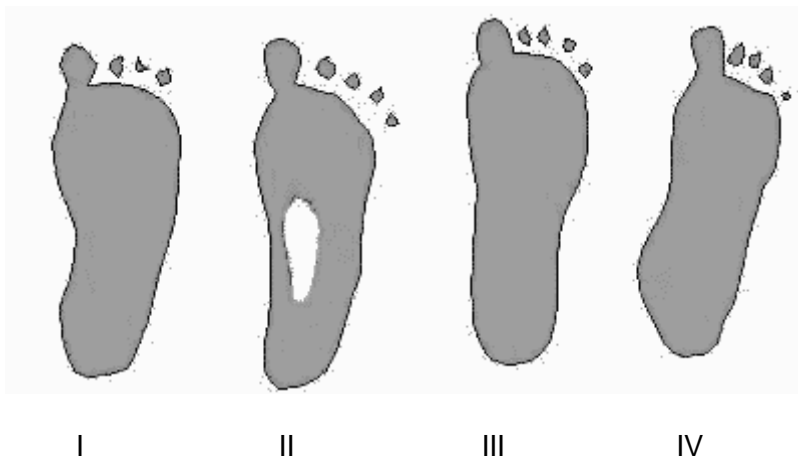
Es preciso verificar que la rótula se desplaza normalmente (con el niño sentado en la camilla y las piernas colgando se le hace extender y flexionar la pierna valorando el **trayecto de la rótula**).

El examen de los pies:

Eje del talón, talón varo descartar patología neurológica.

Huella (valorar en **podoscopio**, pies planos, cavos y normales) es fundamental para descartar que no sea una malformación de ellos la responsable de la alteración de la marcha, con la que también pueden ir asociados, sobre todo el metatarso varo o aducto

pies planos



pies cavos



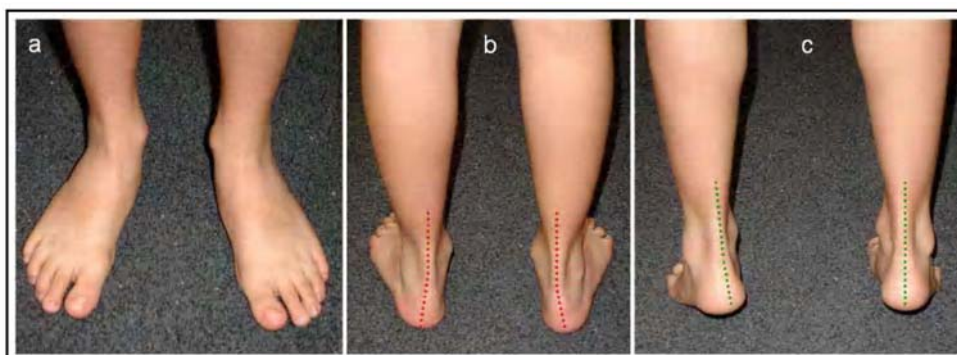
El **genu varo** es fisiológico hasta los dos o tres años, y lo habitual es que estas piernas se corrijan espontáneamente, e incluso no es infrecuente que pasen de la deformidad en varo a valgo. Es una deformidad poco frecuente que suele aparecer al empezar a caminar, puede tener relación con los pañales que suelen llevar los niños a esta edad, ya que les separa los muslos viéndose obligados, para mantener el equilibrio, a arquear las piernas.

El **genu valgo** absolutamente fisiológico, suele aparecer a partir de los dos años de edad para aumentar hasta los tres años y después irse corrigiendo para ir disminuyendo hasta llegar a la normalización, que siempre es en un discreto valgo hacia los siete-nueve años. Es patológico cuando hay un ángulo femorotibial de varo mayor o igual a 25° , en la primera etapa «varoide», y un ángulo femorotibial de valgo, mayor o igual a 15° o con una distancia intermaleolar superior a 7,5 cm en la segunda etapa «valgoide».

Como en la mayoría de deformidades, la afectación de una sola pierna o extremidad suele ser criterio de mayor gravedad.

PIES PLANOS:

Hasta los dos años de edad siempre el pie es plano valgo. La laxitud ligamentosa y la falta de fuerza muscular hacen que al caminar los niños aplanen su bóveda plantar. Aun pasados los dos años es frecuente encontrarse con un falso pie plano por exceso de panículo adiposo en la planta del pie. Suelen ser niños laxos, que con y sin tratamiento habitualmente seguirán teniendo un pie con hundimiento de la bóveda y un valgo del retropié, un pie poco estético y que deformará el calzado, pero que raramente dará molestias. Mirando los pies por detrás y en apoyo, si al ponerse el niño de puntillas aparece un buen arco longitudinal y el talón se coloca en varo, invirtiendo la inclinación del relieve del tendón de Aquiles, es que se trata de un pie que corrige activamente y por tanto tiene buen pronóstico (**Signo de Fonseca**).



EL NIÑO QUE ANDA DE PUNTILLAS

Se trata, a menudo, de un trastorno temporal durante los primeros meses de la adquisición de la deambulación, considerando los tres años como edad límite para considerarlo normal. Si persiste explorar tono muscular (hipertonías), reflejos osteotendinosos, fatigabilidad muscular (signo de Gowers)