



**Figura 1.** Evolución estatural de los pacientes estudiados teniendo en cuenta la talla diana.

años tuvo que ser sometido a terapia hormonal sustitutiva; tal situación podría deberse al hecho de que estos pacientes llegaron al TMO ya con patologías de acúmulo de hierro en el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas.

Teniendo en cuenta la talla diana (Fig. 1), se observó que los pacientes con una talla diana inferior a -1 SDS presentaban siempre un potencial de crecimiento inferior respecto a aquellos con talla diana superior. Por el contrario, los pacientes con talla diana superior tienden a presentar una evolución estatural mejor a

pesar de la presencia de variables que pueden influenciar de modo negativo su crecimiento.

Nuestra experiencia, por lo tanto, nos indica que el nivel de depósito de hierro en los tejidos en el período pretrasplante debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el crecimiento estatural postrasplante. Los pacientes que manifiesten GHVD que requiera terapia inmunosupresora, manifiestan una reducción del crecimiento con recuperación parcial tras 1,5-2 años del TMO. Las expectativas estaturales son mayormente respetadas en los pacientes con talla diana superior, incluso en los casos en que están presentes factores que influyen negativamente sobre el crecimiento (terapias corticoides e inmunosupresoras, infecciones, etc.).

## Bibliografía

- 1 Collell M. Monitorizzazione auxologica delle malattie croniche:  $\beta$ -talassemia. Tesi di dottorato in auxologia. Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Dip. Biologia 10-06-1993.
- 2 Giardini C, Lucarelli G. Il trapianto di midollo osseo nella talassemia major: progressi e prospettive dopo 10 anni di esperienze cliniche. *Minerva Pediatrica* 1993;**45**(7-8):273-279.
- 3 Tanner JM. Growth at adolescence. Blackwell Scientific Publ. (Oxford) 1962:28-39.
- 4 Karlberg P, Engström I, Karlberg J. A method for evaluation of growth. En: The biology of normal growth. Raven Press 1981:137-142.
- 5 Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity and stages of puberty. *Arch Dis Child* 1976; **51**:170-179.

J. Minguella Solá

*An Esp Pediatr* 1996;**44**:83-84.

*Sr. Director:*

Las malformaciones de las extremidades son una patología poco frecuente, pero en modo alguno rara y aunque algunas no tengan una gran trascendencia, sí que siempre provocan una cierta angustia familiar. Vemos estos niños cada vez a edades más

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Carretera d'Esplugues s/n. 08034 Barcelona.

Correspondencia: Dr. J. Minguella  
C/ Temple, 24, 2º. 08911 Badalona

## Malformaciones de las extremidades. Planteamiento terapéutico

tempranas, pero aún está en la idea de muchos colegas pediatras el que no hace falta verles hasta los 2-3 años de edad y en algunos colectivos se llega a posponer la consulta hasta los 6 años.

Hay un aspecto psicoafectivo que hay que solucionar de inmediato y es el impacto que reciben los padres ante la noticia de que su hijo presenta una malformación. Noticia a veces precoz, a través del ecografista en una exploración durante el embarazo, otras veces más tardía, en el momento del parto. Estos padres, cuanto antes, deben dirigirse a una persona que entienda en el tipo concreto de malformación que el niño presenta, pa-

ra que les explique sus posibilidades terapéuticas y las perspectivas de futuro que tendrá el niño.

El tratamiento, cuando es necesario, debe ser también precoz. Un niño que presenta una malformación de la extremidad inferior, por ej., debe iniciar la marcha al año de edad, como todos los niños, y por tanto hay que plantearse si requerirá algún tratamiento o algún aparallaje para que esto sea posible. Necesita calzarse, por lo que, si hace falta, habrá que adecuar el pie malformado a los condicionamientos de un zapato normal.

Los niños aprenden las funciones de la mano en un determinado tiempo de su desarrollo psicomotor<sup>(1)</sup>, así a los 4 meses desarrollan la bimanualidad, a los 7 meses la función de oposición del pulgar y alrededor del año asumen la plena funcionalidad de la mano. En cada uno de estos momentos el niño deberá tener la mano en condiciones, si es posible, de adquirir estas funciones; por tanto, los planteamientos terapéuticos hay que hacerlos precozmente.

El grado de adaptación del niño a su malformación está en relación con el momento oportuno en que se le hayan proporcionado los medios para desarrollar una determinada función, sea una prótesis o sean unas intervenciones quirúrgicas reparadoras o supletorias<sup>(2)</sup>. Así, por ej., en una amputación congénita del antebrazo, una prótesis de prolongación colocada a los 4 me-

ses de edad, puede desarrollar en el niño una verdadera función de bimanualidad, que ya no olvidará. Esta misma prótesis colocada a los 3 años, raramente es aceptada y la integración será muy difícil. Ante la ausencia del pulgar, otro ej., la pulgarización del dedo índice al año de edad, puede conseguir una excelente función de pinza, que necesita sólo que le ofrezcan oportunidades para desarrollarla, quedando la función completamente integrada en el esquema cerebral de la mano. La misma operación a los 6-10 años, precisa de una larga y penosa rehabilitación, para conseguir una función sólo aceptable y muy poco integrada.

Los problemas de las malformaciones de las extremidades, hay que afrontarlos al nacimiento del niño y los padres deben conocer el programa que podrá desarrollarse, las posibilidades y los resultados que se esperan obtener.

## Bibliografía

- 1 Baruk H, Leroy B, Launay J, Vallancien B : Les étapes du développement psicomoteur et de la prehension volontaire chez le nourrisson. *Arch Franç Ped*, 1953;4:425-432.
- 2 Minguella J : Malformaciones de la mano. *Rev Ortop Traum*, 1988; 32 IB:71-76.