DISCREPÂNCIA DE COMPRIMENTO DOS MEMBROS (ANISOMELIA)

I – GENERALIDADES :

É um problema ortopédico comum decorrente do crescimento ou encurtamento excessivo de um ou mais ossos do membro. Pequenas desigualdades de comprimento(< 02 cm) entre os lados direito e esquerdo é muito comum e não posuem significado clínico sendo bem compensados pela inclinação pélvica. Nestes casos o encurtamento do MID é mais comum que o MIE sendo a etiologia desconhecida .

II – ETIOLOGIA :

I. Devido a encurtamento por retardo do crescimento
  A. Anomalias congênitas do sistema musculoesquelético
    1. Deficiência femoral focal proximal
    2. Fêmur curto congênito
    3. Luxação congênita do quadril
    4. Deficiência longitudinal congênita dos ossos longos no membro inferior — hemimelia fibular, hemimelia tibial
    5. Hemiatrofia congênita
    6. Outras malformações congênitas graves do pé, como talipe equinovaro
  B. Afecções do desenvolvimento e tumorais do esqueleto
    1. Displasia fibrosa — síndrome de Albright
    2. Encondromatose — doença de Ollier
    3. Exostose hereditária múltipla
    4. Displasia epifisária pontilhada
    5. Displasia epifisária hemimélica (doença de Trevor)
    6. Neurofibromatose
  C. Infecções dos ossos e articulações (produzem encurtamento ao destruírem a placa de crescimento)
    1. Osteomielite — fêmur ou tíbia
    2. Tuberculose do quadril, joelho ou tornozelo
    3. Artrite séptica
  D. Traumatismos
    1. Lesão da placa de crescimento pode causar sua fusão prematura e encurtamento
    2. Superposição e má posição de fragmentos de fratura da diáfise do fêmur ou tíbia causarão encurtamento
    3. Queimaduras graves
  E. Doenças neuromusculares — paralisia assimétrica causa encurtamento
    1. Poliomielite
    2. Paralisia cerebral
    3. Mielomeningocele
    4. Lesões do cérebro e medula espinhal, tais como neoplasmas ou abscessos
    5. Lesões de nervos periféricos tais como paralisia do nervo ciático, femoral ou fibular
  F. Outras
    1. Deslizamento da epífise da cabeça do fêmur
    2. Doença de Legg-Perthes
    3. Imobilização prolongada por órtese de alívio de peso
    4. Radioterapia e parada da placa de crescimento
II. Devido a alongamento por estimulação do crescimento
  A. Anomalias congênitas do sistema musculoesquelético
    1. Hemi-hipertrofia congênita
    2. Gigantismo localizado com ou sem malformações vasculares congênitas
  B. Afecções do desenvolvimento e tumorais do esqueleto e malformações dos tecidos moles
    1. Neurofibromatose
    2. Hemangiomatose dos tecidos moles
    3. Fístulas arteriovenosas
  C. Infecções e condições inflamatórias dos ossos e articulações (ao aumentarem o suprimento sanguíneo às regiões epifisárias e metafisárias)
    1. Osteomielite metafisária ou diafisária
    2. Artrite reumatóide
    3. Hemartrose devido à hemofilia
  D. Traumatismos
    1. Fraturas metafisárias ou diafisárias podem aumentar o suprimento sanguíneo à placa de crescimento e estimular o crescimento
    2. Aneurisma ou fístula arteriovenosos traumáticos
    3. Operações na diáfise-metáfise do fêmur ou tíbia (traumatismo iatrogênico)
      a. Avulsão do periósteo
      b. Osteossíntese
      c. Retirada de enxerto ósseo

III – VELCIDADE DE CRESCIMENTO :

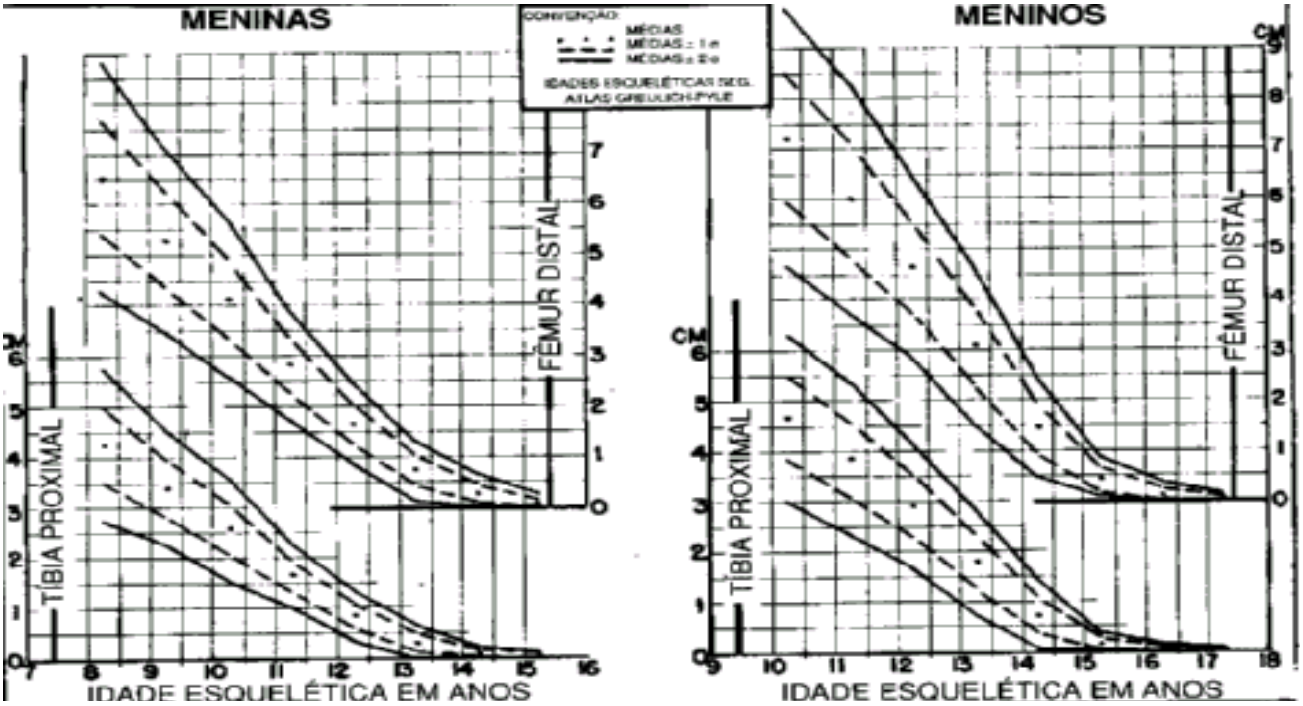
Durante a lactância o crescimento é muito rápido diminuindo o ritmo durante a primeira década retomando-o na adolescência no período do estirão do crescimento que dura de 01 á 02 anos. Nas meninas esta fase vai dos 10 aos 12 anos e nos meninos vai dos 12 aos 14 anos porém durante a lactância o crescimento entre os sexos é igual.

O período do estirão a VC pode ser até duplicada diminuindo gradualmente nos 04 anos seguintes chegando á zero. Os MMII crescem mais rápido que o tronco e a relação se

inverte apos esta fase. Cessado o crescimento dos ossos longos a coluna vertebral continua á crescer por mais dois anos.

Apenas á título de curiosidade o fêmur cresce 02 cm/ano e a tibia 1,6cm/ano sendo que 65% do crescimento do MMII se dá em torno do joelho(fise femoral distal , 35% / fise tibial proximal , 30%) , 15% no fêmur proximal e 20% na tibia distal .

Nas previsões de crescimento futuro é a idade esquelética em vez da cronológica que deve ser considerada e isto pode ser avaliada pelo atlas de Greulich – Pyle



http://traumatologiaeortopedia.com/
http://ortopediabrasil.blogspot.com.br/