



Juan Cabello Blanco

Sección Traumatología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Alargamientos óseos

Existe registro desde finales del siglo XIX de la voluntad de alargar miembros, pero no fue hasta 1905 cuando Codivilla empezó con escaso éxito los alargamientos óseos. Faltaba un procedimiento generalizable con un riesgo aceptable. Fue a finales de los 50 cuando en una región remota de Rusia un médico llamado Ilizarov inventó un método basado en anillos metálicos y barras roscadas conectadas como un “mecano” para ir separando progresivamente los huesos. El método no es fácil, ni exento de complicaciones, pero ha sido el *gold standard* para el alargamiento óseo hasta hace apenas unos años. Precisamente por ser un método difícil técnicamente, y difícil de llevar por el paciente, se tendía a hacer en los casos estrictamente necesarios. Pero a medida que mejora la ingeniería de los dispositivos, se facilita la recuperación y disminuyen las complicaciones, nos planteamos expandir las indicaciones del alargamiento óseo.

Hay acuerdo entre especialistas en traumatología infantil de tratar discrepancias de dos centímetros. Es un número mágico, sin evidencia científica clara, pero la idea es tratar a aquellos pacientes en los que la discrepancia les afecte a la estática de su espalda o cadera. Cuando alargamos un miembro por una discrepancia congénita o adquirida, hablamos precisamente de eso, de igualar la longitud de ambas piernas mediante el alargamiento de la corta. En otras ocasiones se realizan alargamientos de ambas extremidades a la vez, logrando un incremento de la talla. A estos procedimientos se les conoce como alargamientos cosméticos⁽¹⁾. La reposición de la anatomía normal que se ve alterada por un proceso congénito forma parte de nuestra cartera de servicios de la sanidad pública y, de este modo, si una persona de talla baja con una causa médica demostrada lo solicita, podemos realizar alargamiento de ambos fémures o tibias o ambos. La entidad en la que hay más experiencia es en el alargamiento óseo de personas con acondroplasia, pudiendo lograr incrementos de talla de 20-25 cm. Hay que dejar claro que no es una necesidad y por lo tanto será una respuesta a la solicitud del paciente, no un tratamiento que se realice a todos los pacientes.

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías se han diseñado implantes “todo dentro” que nos permiten alargar huesos sin aparatosos hierros por fuera. Mejoran el dolor, las infecciones y la tolerancia global al proceso de alargamiento. Por ello cada vez es más frecuente que nos reclamen tratamientos de alargamiento cosmético. Hay familias que aceptan tratamientos con hormona de crecimiento para ganar unos centímetros. Otras aceptan pasar un procedimiento quirúrgico y una recuperación para ganar 4-8 cm. Puede sorprender, pero los cánones de armonía corporal son variables y anecdóticamente recibimos pacientes de talla superior a 1,80 solicitando alargamiento óseo.

No sabemos responder con claridad hasta cuanto y desde qué altura empezar a ofrecer un alargamiento óseo. Supongamos un paciente de 1,45 que he alargado hasta 1,53. Tengo previsto una segunda fase para lograr el 1,60. ¿Y después? ¿Y si pide llegar al 1,65?

Los endocrinos infantiles tal vez tengan más experiencia en estos dilemas con la experiencia acumulada de tratamientos con hormona de crecimiento. ¿Vendrán las familias a buscarnos tras un tratamiento con hormona de crecimiento que no consiguió el aumento deseado? La talla baja, aunque en sí no es una enfermedad mientras que no haya una causa subyacente, puede causar limitación funcional y alteración psicológica. Hay estudios que relacionan talla baja con menor autoestima, menos éxito profesional, “bullying” o dificultad de encontrar pareja⁽¹⁾. Parece ser que para los hombres es más preocupante la talla baja y así, son los varones los que solicitan el alargamiento óseo cosmético con más frecuencia. Uno de los requisitos que ponemos a los pacientes antes de someterse a un alargamiento cosmético es pasar una revisión psicológica para descartar dismorfofobia, deseos no realistas u otras alteraciones mentales que puedan influir en la decisión de alargarse o en el cumplimiento terapéutico (recuperación prolongada de en torno a un año).

Además de la valoración psicológica, los cirujanos debemos exponer los riesgos a los que se somete el paciente al realizar un alargamiento y acordar con el paciente qué aumento necesita. Una cirugía de alargamiento tiene problemas, obstáculos y complicaciones⁽²⁾ que nos conllevarán “baches”, “retoques” o incluso el fracaso del objetivo propuesto.

En ausencia de legislación, corresponde a las Sociedades Científicas liderar la creación de unas guías que ayuden a los pacientes a decidir mejor y les aseguren unos estándares de atención. Ya no podemos prohibir los alargamientos cosméticos, solo regularlos⁽³⁾.

Bibliografía

1. Marwan Y, Cohen D, Alotaibi M, Addar A, Bernstein M, Hamdy R. Cosmetic stature lengthening. *Bone Jt Res.* 2020;9(7):341–50.
2. Paley D. Problems, obstacles, and complications of limb lengthening by the Ilizarov technique. *Clinical orthopaedics and related research.* 1990. p. 81–104.
3. Patel M. Cosmetic limb lengthening surgery: The elephant in the Room. Harm minimization not prohibition. *J Limb Lengthening Reconstr.* 2017 Jan 1;3:73.