

Artículo especial:

Manejo de los niños con baja talla

Management of children with short stature

Diego Terceiro y Pascual Barán*

Resumen

En este artículo, los autores presentan el caso de un adolescente de 13 años de edad con baja talla para luego proponer al lector un ejercicio diagnóstico a través del análisis secuencial de datos relevantes.

Las consultas por baja talla representan un evento frecuente en la práctica ambulatoria y si bien una gran proporción de ellas responden a una alteración transitoria del crecimiento normal, su evaluación puede representar un verdadero desafío para el médico de atención primaria. Por ello resulta importante estar familiarizado con los aspectos más salientes de su evaluación.

Abstract

In this paper the case of a 13-year-old teenager with short stature is presented followed by a short diagnostic exercise through the analysis of sequential and relevant complementary data.

Short stature consultations are frequent in ambulatory practice and although a large proportion of them respond to a transient alteration of normal growth, their evaluation can be challenging for primary care physicians. It is therefore important to be familiar with the most important aspects of its assessment.

Terceiro D. y Barán P. Manejo de los niños con baja talla. Evid. actual. práct. ambul;14(1):10-11, Ene-Mar 2011.

Caso clínico

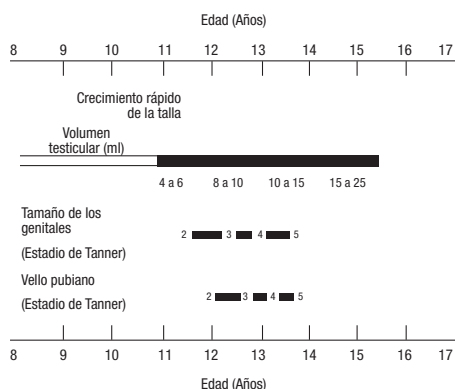
Un adolescente varón de 13 años de edad y sus padres, consultan por primera vez a su consultorio manifestando que desde el inicio de la escuela primaria recurrieron ya a varias consultas preocupados por ser el paciente el más bajo de todos sus compañeros de aula. Esta tema lo tiene acomplejado y lo ha llevado a apartarse de su grupo de amigos.

Al examen físico el paciente luce sano, ligeramente adelgazado, con desarrollo musculoesquelético normal y adecuadamente proporcionado. Presenta además un desarrollo genital testicular grado II y un desarrollo del vello pubiano grado I, según la clasificación de Tanner (ver cuadro 1 y figura 1).

Cuadro 1: desarrollo del vello pubiano y genital en el varón según la clasificación de Tanner^{1,2}

- Grado I o prepuberal: no existe vello de tipo terminal y los genitales tienen características infantiles.
- Grado II: vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene, el cual no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.
- Grado III: pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa, testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.
- Grado IV: el vello tiene las características del adulto, desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.
- Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos, largo testicular mayor de 4,5 cm.

Figura 1: Secuencia de los eventos de desarrollo puberal en el varón^{1,2}



* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. diego.terceiro@hospitalitaliano.org.ar

1. De acuerdo a esta información, y con el propósito de avanzar en la evaluación del caso ¿Qué estudios o datos adicionales solicitaría? (una o mas opciones pueden resultar correctas)

- Radiografías para calcular la edad ósea.
- Dosaje en sangre de TSH y función tiroidea.
- Examen parasitológico de materia fecal.
- Estudio citogenético y prueba de enfermedad celíaca.
- Datos adicionales del crecimiento del niño y sus padres.

Las respuestas a y e son correctas: el informe de la edad ósea, establece nueve años de edad cronológica; la madre del paciente es sana, e inició su desarrollo puberal a los 14 años, presentando actualmente una talla de 1,65m; y el padre también sano, inició su desarrollo puberal a los 15 años, siendo su talla actual de 1,60m.

Con estos datos usted calcula la talla objetivo genético de la siguiente manera: (talla padre + talla madre + 12,5 cm) / 2 ± 8,5 = (160+165+12,5)/2 ± 8,5 = 168,75 +/- 8,5. Al relacionar estos datos con la tabla de percentilos de talla, el valor central calculado corresponde al centilo 25, y los valores extremos, al centilo 3 y 50 respectivamente.

Por otro lado, valiéndose de la libreta sanitaria del paciente usted constata mediciones de altura a los nueve, 11 y 13 años menores al percentilo tres para la edad. Realiza entonces el cálculo de la velocidad de crecimiento de la talla del niño, cuyo valor de 5 cm/año, ubicándose en el centilo >25.

2. Teniendo en cuenta estos datos adicionales ¿Que diagnóstico plantearía en este momento? (solo una opción es correcta)

- Secuela de retraso de crecimiento de causa endocrina.
- Retardo constitucional o madurador lento.
- Crecimiento normal con ligero enlentecimiento.
- Baja talla familiar o genética.
- Déficit de hormona de crecimiento.
- Enfermedad dismórfica esquelética.

La respuesta correcta es la b, retardo constitucional o madurador lento. A los 13 años este adolescente tiene una baja talla para su edad y su rango genético, con velocidad de crecimiento normal. Estos casos suelen verse con mayor frecuencia en varones, luego de los ocho años de edad, encontrándose un retraso en la edad ósea y en la aparición de los primeros sig-



nos de desarrollo puberal luego de los 14 años. No suelen encontrarse otros signos o síntomas de patología, y por ellos se consideran una variante de la normalidad.

De todas maneras ante estos casos se justifica solicitar un laboratorio que incluya hemograma, función renal, glucemia, perfil fosfocálcico, serología para enfermedad celíaca, examen parasitológico de materia fecal; radiografías para determinar la edad ósea; y radiografía de la silla turca para descartar enfermedades concomitantes. Si estos resultan normales deberá controlarse el crecimiento periódicamente hasta el final del mismo.

En este caso, al cumplir los 18 años, nuestro paciente alcanzó una estatura de 1,64 m, encontrándose la misma dentro de su talla objetivo genético, lo cual corroboró el diagnóstico previamente establecido.

Vale la pena mencionar algunas características de los diagnósticos diferenciales anteriormente ofrecidos:

- a) Secuela de retraso de crecimiento de causa endocrina. Estos niños pueden tener antecedentes de retardo de crecimiento intrauterino y acelerar su velocidad de crecimiento los primeros dos a tres años de vida como crecimiento compensatorio. Terminan con talla normal en la vida adulta, excepto un diez por ciento que no lo hace, llegando a una altura cinco a siete centímetros menor que la población general.
- c) Crecimiento normal con ligero enlentecimiento. Suele tratarse de niños con talla por debajo del percentilo tres y con edad ósea normal.
- d) Baja talla familiar. Se trata de aquellos niños con estatura dentro del rango genético familiar calculado, con edad ósea cronológica adecuada, velocidad de crecimiento normal y sin signos ni síntomas de patología.
- e) Déficit de hormona de crecimiento. Estos niños presentan baja velocidad de crecimiento, que van empeorando con los años.
- f) Enfermedad dismórfica esquelética. En estos casos existen alteraciones de la simetría de los segmentos corporales, y de la morfología de miembros o craneanas.

Comentario

El término talla baja hace referencia a un problema de salud, pero no siempre implica patología.

La talla es el resultado tanto de factores genéticos como socio-ambientales, y se considera un marcador muy sensible del estado de nutrición y salud de un niño.

La talla baja puede ser el único parámetro inicial de una patología. Aunque con frecuencia los términos retraso de crecimiento y baja talla se utilizan como sinónimos, no lo son, ya que el primero de por sí indica una patología subyacente, mientras que el último puede resultar una variante de la normalidad en una gran mayoría de los casos.

Se define baja talla al déficit de estatura mayor a dos desvíos estándar con respecto al percentilo 50 de estatura para la edad y el sexo. Si bien este valor coincidiría con el percentilo 2,28, en la práctica se utiliza como límite al percentilo tres.

En un estudio realizado en nuestro país en el Hospital Garrahan, se encontró la siguiente distribución entre las casas de baja talla: 58% eran variantes de la normalidad, 11% secuelas de retardos de crecimiento intrauterino, 15% enfermedades congénitas y 16% otras enfermedades¹.

Resulta importante que el médico de atención primaria este familiarizado con los puntos más significativos de la evaluación de un niño con baja talla^{3,4}. Entre los antecedentes resulta importante consignar el historial de crecimiento, los antecedentes perinatales, hábitos alimentarios y gastrointestinales. Durante el examen físico se deberá prestar atención a la presencia de asociaciones con signos pulmonares o neurológicos, alteraciones pigmentarias de piel, distribución asimétrica de la grasa corporal, alteraciones faciales (tales como hendiduras palatinas o implantación auricular baja), alteraciones de manos y pies, así como también evaluar el grado de desarrollo sexual, las proporciones corporales y realizar la palpación tiroidea.

También, como vimos con anterioridad resulta importante realizar la antropometría del niño, percentilar sus valores y compararlos con los de la talla materna y paterna a través del cálculo de la talla objetivo genético, calcular la velocidad de crecimiento, evaluar el estado nutricional y correlacionar el grado de desarrollo genital y del vello perineal con los estadios de Tanner, y tener nociones de cómo interpretar estudios valiosos como la edad ósea.

Recibido el 02/03/2010 y aceptado el 02/04/2010

Referencias

1. Lejarraga H, Orfila G. Normas y técnicas antropométricas. Estándares para la evaluación del crecimiento, Baja talla, Maduración lenta, Criterios de atención. Hospital de Pediatría, Profesor Dr. J P Garrahan 2000, Vol. 2; 215-257.
2. Cattani A. Crecimiento y desarrollo puberal en la adolescencia. Extraído del Curso de desarrollo del adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008.
3. Brook Ch, Hindmarsh P. Clinical pediatric Endocrinology. Fourth Edition, Blackwell Science Oxford, 2001.
4. Fano V. Déficit de talla. En: PRONAP 2004: Programa nacional de actualización pediátrica. 1a. ed. - Buenos Aires: Fundasap, 2004; 85-121