

## Protocolos de Endocrinología

### Talla baja: Diagnóstico y seguimiento desde Atención Primaria

B. AGUIRREZABALAGA GONZÁLEZ\*, C. PÉREZ MÉNDEZ\*\*

\*Centro de Salud Natahoyo. \*\*Servicio de Pediatría Hospital de Cabueñes.

#### INTRODUCCIÓN

El número de consultas pediátricas por fallos de crecimiento es cada día más frecuente, lo que viene determinado, en gran parte, por el concepto social de que la talla alta se relaciona, de manera injustificada, con salud óptima y éxito social y económico.

Dada la diversidad etiológica de los fallos de crecimiento, el pediatra tiene la responsabilidad de seleccionar sólo los exámenes complementarios que aconseje el historial de cada paciente. De esta forma, los estudios complementarios únicamente tienen su justificación para confirmar una sospecha diagnóstica y no deben sustituir nunca a los datos de una historia clínica completa, una minuciosa exploración física y una cuidadosa evaluación seriada del crecimiento.

Con este protocolo, se intenta resumir la orientación que, desde la Atención Primaria, se debe dar al niño con talla baja.

#### DEFINICIÓN DE TALLA BAJA

Se habla de talla baja en un niño cuando ésta se sitúa por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) para la edad y sexo del niño. El concepto de hipocrecimiento engloba también a aquellos niños con una velocidad de crecimiento baja de forma mantenida, es decir, una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 durante más de 2-3 años consecutivos.

El concepto de talla baja incluye tanto a aquellos niños con talla baja patológica como a aquellos que presentan una talla baja considerada como variante de la normalidad. Las tallas bajas variantes de la normalidad son responsables del

80% de los casos de hipocrecimiento y son debidas a un menor potencial genético de crecimiento (talla baja familiar), a un retraso en la maduración (retraso constitucional del crecimiento y la pubertad) o a una combinación de ambos procesos y serán comentadas al final de este capítulo.

#### CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA

##### A) VARIANTE DE LA NORMALIDAD (80%)

- Retraso constitucional del crecimiento y pubertad (tardanos).
- Talla baja familiar.
- Hipocrecimiento étnico o racial.

##### B) TALLA BAJA PATOLÓGICA (20%)

- Hipocrecimientos no armónicos
  - . Displasias esqueléticas.
  - . Radioterapia espinal.
- Hipocrecimientos armónicos
  - . *De inicio prenatal*
    - Pequeños para edad gestacional (patologías maternas, placentarias).
    - Formando parte de algún síndrome.
  - . *De inicio postnatal*
    - Desnutrición.
    - Enfermedad crónica no endocrinológica:
      - . Digestiva (celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, etc).
      - . Respiratoria (asma, fibrosis quística, etc).
      - . Cardiopatías congénitas.

Correo electrónico: belén.aguirrezabalaga@sespa.princast.es

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
 Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

- . Renal (insuficiencia renal crónica, tubulopatías, etc).
- . Inmunodeficiencias (congénitas, SIDA, etc).
- . Hematológica/oncológica (anemias, leucosis, tumores, etc).
- . Yatrogenia.
- Enfermedad endocrinológica:
  - . Déficit de GH
  - . Hipotiroidismo
  - . Síndrome de Cushing
  - . Pubertad precoz
  - . Pseudohipoparatiroidismo
- Causa psicosocial

### METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

Nuestro objetivo fundamental será distinguir aquellos niños que realmente tienen un retraso patológico de la talla de aquellos considerados variante de la normalidad. La historia clínica, la exploración física y los datos antropométricos nos orientarán hacia un tipo de patología u otra. Después de esta evaluación clínica inicial, sólo un grupo reducido de enfermos necesitarán un estudio más completo para aclarar la etiología del proceso.

#### Historia clínica

##### *Personal:*

- Datos de somatometría al nacimiento.
- Datos evolutivos de peso y talla del paciente hasta el momento.
- Acontecimientos de interés.
- Encuesta dietética detallada.
- Anamnesis dirigida para valorar la existencia de algún padecimiento crónico subyacente (síntomas digestivos, respiratorios, cardíacos, neurológicos, infecciones recurrentes).
- Anamnesis del entorno social, práctica de deportes de competición.

##### *Familiar:*

- Existencia de patología crónica familiar.
- Edad de la pubertad en padre y madre (estos datos orientarán hacia un patrón de retraso constitucional de crecimiento).
- Talla del padre y madre (es aconsejable hacerlo en nuestra consulta, siempre que sea posible). Con estas tallas,

podemos calcular la "talla diana familiar" de nuestro paciente con la siguiente fórmula:

$$\text{Talla diana niños} = \frac{(\text{talla padre} + \text{talla madre}) + (13)}{2}$$

$$\text{Talla diana niñas} = \frac{(\text{talla padre} + \text{talla madre}) - (13)}{2}$$

#### Exploración física

- **Peso:** es obligado comprobar el peso a la vez que la talla. Las causas endocrinológicas de talla baja suelen presentar un peso adecuado o incluso elevado para la talla; por lo tanto, ante un paciente con peso bajo para la talla debemos incidir más en la investigación de posibles causas no endocrinológicas.
- **Talla** (se harán 3 medidas seguidas, y se dará por válida la media de éstas).
- El peso y la talla deberán ser evaluados en una gráfica de crecimiento, según los estándares de la Fundación Orbegozo.
- Comprobar si el hipocrecimiento es armónico o no armónico.
- Examen físico por aparatos.
- Valorar el desarrollo sexual, si procede, por edad.
- Valorar existencia de anomalías fenotípicas asociadas.

#### Valoración del patrón de crecimiento

Se medirá al paciente cada 6 meses para determinar su velocidad de crecimiento: en un niño con talla inferior a -2 DE, una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 es patológica y motivaría iniciar estudios complementarios. Asimismo, en un niño con talla normal, una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 de forma mantenida durante más de 2-3 años debe ser también motivo de preocupación. Por contra, un niño con una talla entre -2 y -3 DE con una velocidad de crecimiento normal se trata con casi toda seguridad de una variante de la normalidad (familiar o retraso constitucional) y sólo precisa tranquilizar a la familia y seguimiento periódico.

#### Pruebas complementarias

Aunque se propone un protocolo de actuaciones serias desde Atención Primaria, es lógico pensar que todo ello dependerá en cada caso de los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración física.

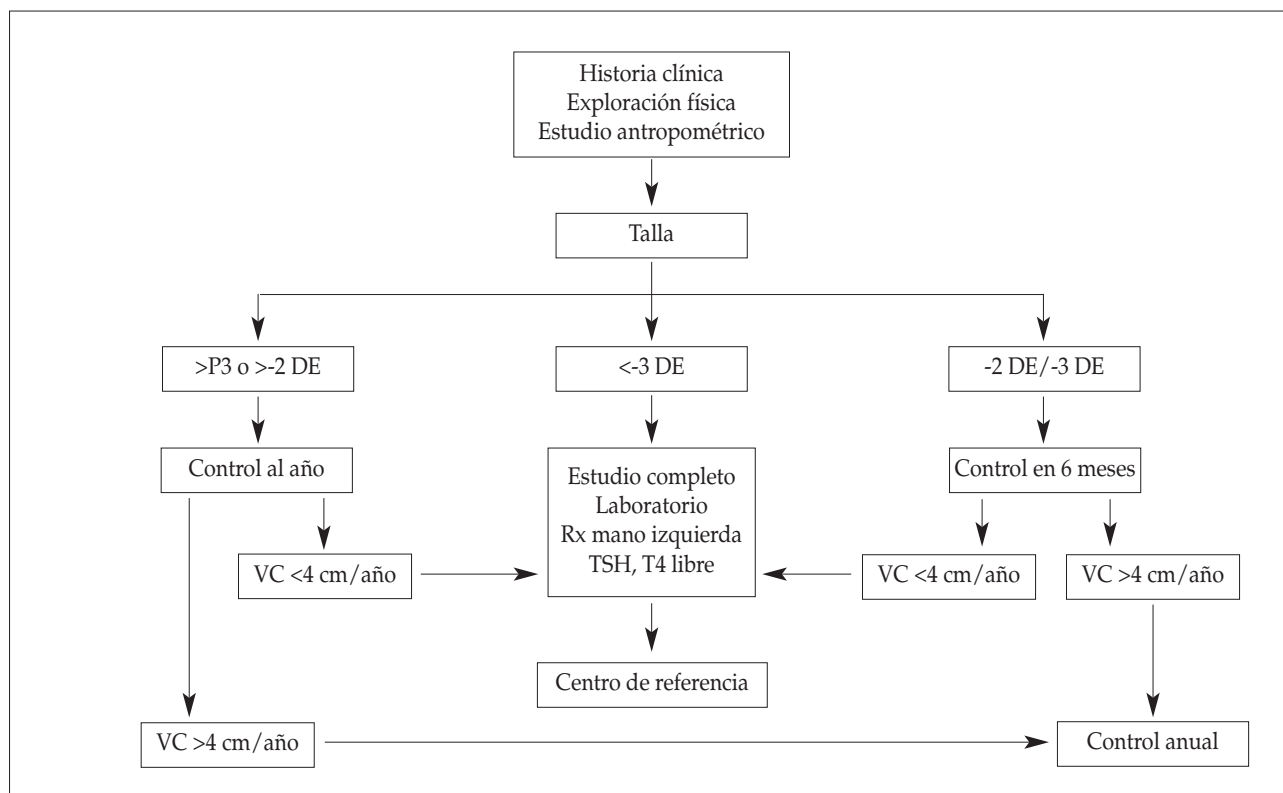


Figura 1. Valoración y seguimiento del hipoprecimiento desde Atención Primaria.

- 1) Análítica general: hemograma, VSG y bioquímica completa (incluir chequeo de función renal y hepática).
- 2) Heces: parásitos, cultivo.
- 3) Orina: cultivo, sistemático y sedimento.
- 4) Tiroides: TSH, T4 libre.
- 5) Digestivo: anticuerpos antitransglutaminasa (es importante incluirlos en el estudio de todo niño con talla baja, ya que puede ser la única manifestación de una enfermedad celíaca), vitamina B12 y ácido fólico.
- 6) Estudio radiológico de edad ósea.

Todas las pruebas mencionadas son fácilmente realizables desde Atención Primaria y nos permiten hacer un abordaje inicial completo a la hora de descartar enfermedades sistémicas que causen retraso de crecimiento.

#### SEGUIMIENTO DE LA TALLA BAJA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

El pediatra de Atención Primaria es el primer nivel donde van a consultar los padres preocupados por la posible talla baja

de su hijo. Por ello, nuestra labor será definir si es realmente una talla baja, y en ese caso descartar procesos patológicos poco aparentes o considerar una variante de la normalidad.

Siguiendo la metodología diagnóstica que hemos comentado, podemos encontrarnos ante diferentes tipos de situaciones (Fig. 1):

- Aquellos casos en que la talla está realmente en percentiles normales, adecuada a su talla diana, nada nos hará sospechar que estemos ante un hipoprecimiento. En exploraciones sucesivas (cada 12 meses, por ejemplo) solo habrá que confirmar que la velocidad de crecimiento es la adecuada y tranquilizar a la familia.
- Cuando la talla está entre -2 DE y -3 DE respecto a la media es necesario valorar la talla parental, así como la velocidad de crecimiento:
  - . Si la velocidad de crecimiento es óptima (mayor del percentil 25), se reevaluará al niño de forma anual.
  - . Si la velocidad de crecimiento está disminuida, será el momento de hacer estudio de edad ósea y prue-

bas de laboratorio. Es importante recordar que si el peso se encuentra más afectado que la talla es menos probable que se trate de una patología endocrinológica y debemos incidir más en la anamnesis, exploración física y pruebas básicas de laboratorio en busca de patología crónica. Según sean los resultados, tomaremos la decisión de derivación hospitalaria.

- Cuando la talla está por debajo de -3 DE respecto a la media y la velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 es recomendable la derivación al hospital desde el inicio, para un estudio más completo. Hay que tener en cuenta que en este caso, las probabilidades de encontrarnos con patología endocrinológica susceptible de tratamiento son mayores.
- Aquellos niños que presentaron una longitud y/o peso al nacimiento inferiores a -2 DE para su edad gestacional (según los patrones de referencia de P. Delgado) y que no han recuperado una talla normal a los cuatro años, manteniéndose con una estatura inferior a -2,5 DE según los estándares de la Fundación, podrían beneficiarse del tratamiento con hormona de crecimiento. Por ello, es conveniente que sean derivados al hospital de referencia para su valoración lo antes posible ya que el tratamiento no está aprobado una vez iniciada la pubertad.

Llegado a este punto, es obligado hacer un breve perfil de aquellas situaciones que hemos considerado como variantes de la normalidad, ya que por su prevalencia van a ser motivo de consulta de Atención Primaria y, en algunos casos, objeto también de seguimiento.

### Retraso constitucional de crecimiento y desarrollo

Se caracteriza por una evolución retrasada en la estatura y el desarrollo puberal, generalmente con antecedentes de otros miembros de la familia con un patrón de desarrollo similar y que, en principio, conlleva un pronóstico de talla adulta normal. Se trata de niños con un peso y talla normales al nacimiento que, a partir del año de edad, presentan una desaceleración en la curva de crecimiento que cae próxima al percentil 3 (-2 DE) en torno a los 2-3 años de edad; a partir de este momento, su velocidad de crecimiento es normal y se mantiene paralela al percentil 3; presentan el desarrollo puberal más tarde que sus compañeros de clase, pero cuando éstos ya han alcanzado su talla adulta ellos siguen creciendo hasta alcanzar una talla final normal. Su

edad ósea está atrasada uno o dos años y su talla se correlaciona más con su edad ósea que con su edad cronológica.

### Talla baja familiar

También conocida como talla baja genética. Se trata de niños con antecedentes de talla baja en su familia, con una somatometría normal al nacimiento y que de manera precoz, ya en los dos primeros años de vida, presentan una desaceleración de su velocidad de crecimiento; su talla cae un poco por debajo del percentil 3 (entre -2 y -3 DE) y posteriormente crecen a un ritmo normal-bajo a lo largo de este carril. Su pubertad ocurre a una edad normal y su estirón puberal es similar o incluso algo inferior a la media, con lo que su talla final es baja, pero dentro de los límites familiares. Aunque en otros países como Estados Unidos está aprobado el tratamiento de prueba con hormona de crecimiento en estos niños, en Europa no es una indicación aceptada para su uso.

### BIBLIOGRAFÍA

- Argemí J. Talla baja: metodología diagnóstica y clasificación. En: Pombo M, Argemí J (eds). Tratado de Endocrinología Pediátrica. Madrid: Díaz de Santos; 1997, pp. 275-286.
- Bueno-Lozano G, Sarriá A, Bueno M. Aproximación al diagnóstico de talla baja. En: Bueno M (ed). Crecimiento y desarrollo humano y sus trastornos. Madrid: Ergón; 1996, pp. 123-133.
- William M. Problemas del crecimiento. En: William M, Charney EB (eds). Manual de atención primaria en pediatría. Madrid: Mosby; 1994, pp. 229-237.
- Halac I, Zimmerman D. Evaluating short stature in children. *Pediatr Ann* 2004; 33:170-176.
- González JP, Castro JR. Talla baja: concepto, clasificación y enfoque diagnóstico. En: Cañete R, Fernández JM (eds). Manual de Endocrinología Pediátrica para Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 2000, pp. 9-16.
- Caro E. Metodología diagnóstica de la talla baja. En: Protocolos de diagnóstico terapéutico en Endocrinología Pediátrica. Grupo de trabajo Pediatras Endocrinólogos de Andalucía. Laboratorios Lilly.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Comité Asesor para la Hormona de Crecimiento. Criterios para la utilización racional de la hormona de crecimiento en niños. Disponible en: <http://www.msc.es/profesional/farmacia/pdf/criteriosHCNiños200904.pdf>.
- Garagorri JM, Moreno LA. Talla baja familiar y retraso del crecimiento y desarrollo. En: Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez F (eds). Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. Barcelona: Doyma; 2000; pp. 247-264.
- Pozo J, Martos-Moreno GA, Argente J. Talla baja armónica. *An Pediatr Contin* 2005; 3:205-213.