

# 6º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria



## ¿Cuándo me preocupo? Intervenciones saludables en el consultorio

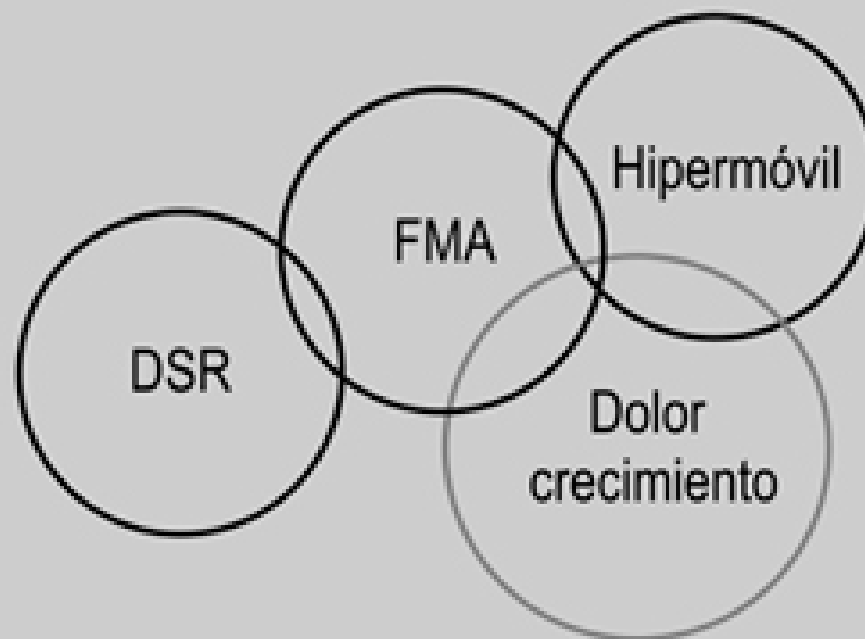
Dra. María del Carmen Hiebra

Dr. Carlos A. Sanz

Una adolescente de 12 años lo consulta pues desde hace un año refiere dolor intermitente en miembros inferiores, a predominio nocturno, sin síntomas sistémicos, que cede con fricciones con pomadas. Lo refiere como calambres en muslos y pantorrillas. A veces la despierta. Nunca ha dejado de realizar sus actividades habituales. No presenta antecedentes de importancia. El examen físico resulta normal, con articulaciones libres y sin signos de hiperlaxitud ligamentaria. Estos dolores y algunas cefaleas surgen a partir del nacimiento de un hermano. Los exámenes de laboratorio básicos y radiografías de miembros inferiores resultan normales.

¿Cómo se orientaría ante esta situación?

## Dolor musculoesquelético



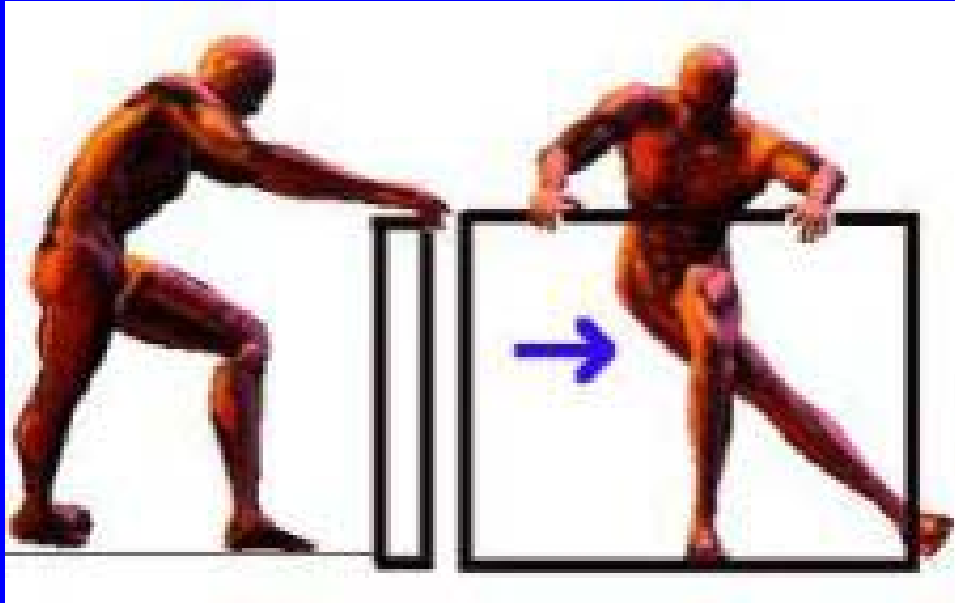
# Diagnóstico. Anamnesis

- Características del dolor
- Presencia de síntomas sistémicos asociados
- Antecedentes familiares de enfermedad M.E. o de dolor crónico recurrente
- Factores sociales y emocionales del adolescente
- Escolaridad
- Antecedentes personales: enfermedades o cirugías previas, uso de drogas, des. madurativo

# Diagnóstico. Severidad del dolor

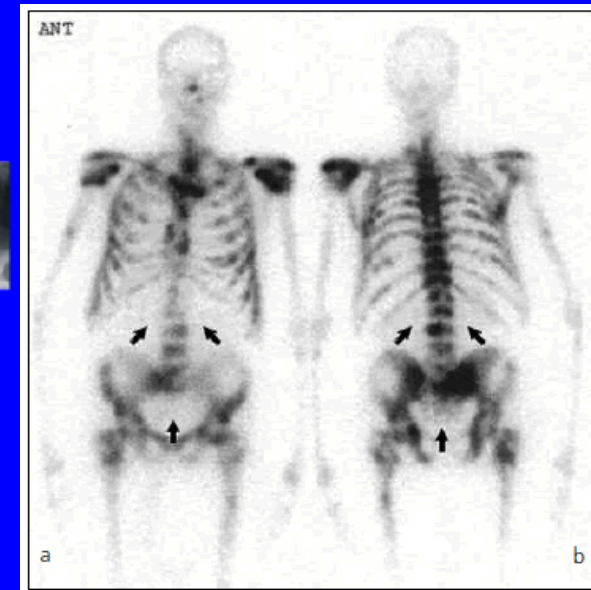
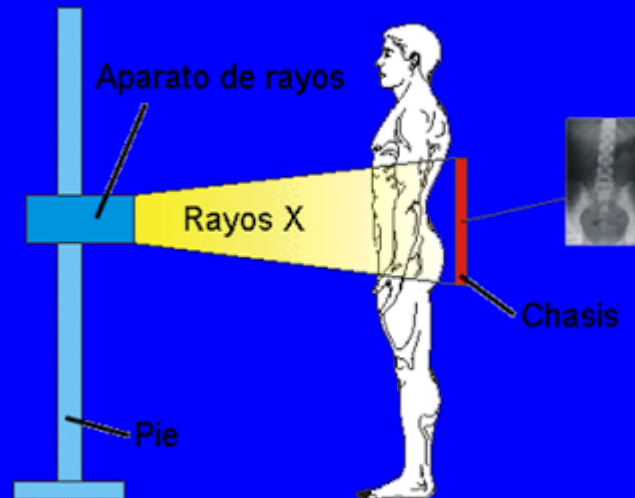


# Diagnóstico. Examen físico



# Diagnóstico.

## Exámenes complementarios



# Dolores de crecimiento

## Criterios de diagnóstico

- Dolor de más de 3 meses de evolución
- Dolor intermitente
- Aparición nocturna o al atardecer
- Dolor no articular
- Interrumpe el sueño
- E. físico, laboratorio y radiología normales



# Tratamiento

- Informar y tranquilizar al paciente
- Masajes en zonas doloridas
- AINES (en dosis analgésicas)
- Ejercicios de elongación

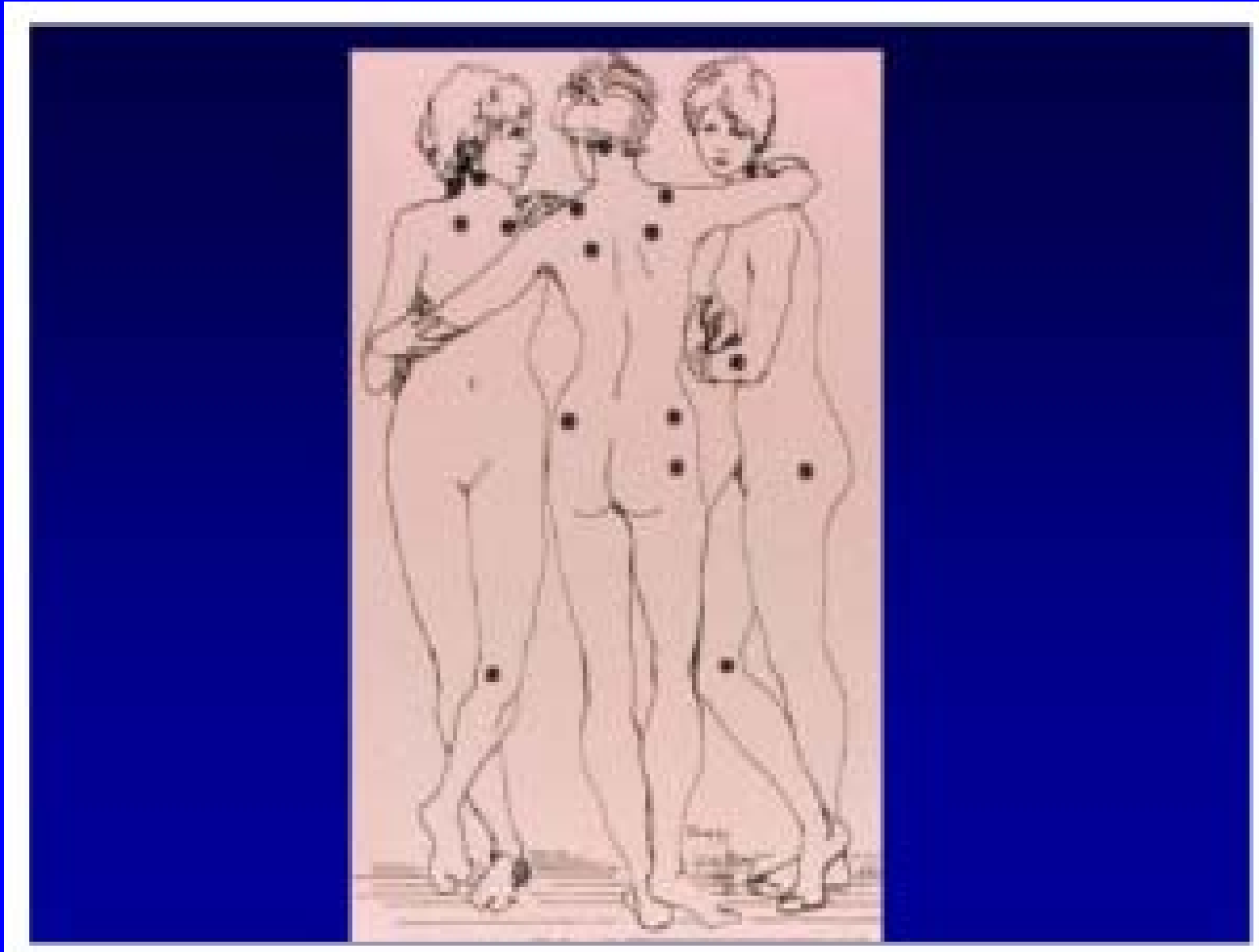
Una adolescente de 14 años lo consulta por presentar dolor difuso constante en cuello, cintura escapular, c. dorsal, miembros inferiores y superiores desde hace 6 meses. Los dolores le limitan la actividad deportiva pues aumentan con el ejercicio. También refiere caída de cabello, dismenorrea, cefaleas tensionales, cansancio y somnolencia diurna por dificultad para dormirse. Cursa 2º año, bajó sus notas tras ruptura de noviazgo. Menarca: 12,6 años. IRS: no. El examen físico es normal. No presenta signos de artritis. Tono muscular conservado. Laboratorio (hemograma, ESD, T4, TSH, FAN, FR, HIV, E.Barr) normal. ¿Cómo se orientaría ante esta situación?

# Síndrome de amplificación del dolor

## Fibromialgia. Criterios diagnósticos

- Dolor difuso de por lo menos 3 meses: dolor en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y debajo de la cintura. También en esqueleto axial (columna cervical, torácica anterior, dorsal y lumbar).
- Dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la digitopresión, bilaterales en: occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, 2ª costilla, epicóndilo, glúteos, trocánter mayor y rodilla).

# Localización de puntos dolorosos



# Tratamiento interdisciplinario

- AINES o Paracetamol
- Terapia física: elongación, aeróbicos de bajo impacto, natación, técnicas de relajación
- IC/Reumatología. Miorelajantes, antidepresivos
- IC/Salud Mental. Ver factores disparadores y comorbilidades. Psicoterapia

Una adolescente de 13 años 8 meses, consulta porque sus ciclos menstruales son irregulares. Su menarca fue a los 12 años y 6 meses. Refiere que sus ciclos duran entre 40 y 50 días y, en ocasiones, son más prolongados. Las menstruaciones son normales en cantidad y tienen una duración de 5/6 días. Trae un calendario menstrual de los últimos meses: 3/07 – 18/08 – 29/09 – 24/11. No IRS.

Es sana, presenta buen estado nutricional y el examen físico es normal. Talla: 163 cm. Peso: 51,500 Kg. IMC 19,3 y la palpación tiroidea es normal. No tiene antec. familiares de importancia. Cursa 1er año de la escuela secundaria, con buen rendimiento, realiza actividad física sólo en el colegio, tiene buen grupo de amigas y refiere buena relación sus padres y hermana de 16 años.

# Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual normal tiene una duración de 21 a 35 días, dependiendo de la longitud de la fase folicular pues la duración de la fase lútea es relativamente constante. La duración del sangrado menstrual es de 2-7 días. Durante la menstruación se eliminan entre 50 y 120 ml de sangre.



# Alteraciones del ciclo menstrual

		Intervalo	Duración	Cantidad
Ritmo	Polimenorrea	< 21 días	2 a 7 días	50 a 120 ml
	Oligomenorrea	35 a 90 días	2 a 7 días	50 a 120 ml
	Amenorrea secundaria	> 90 días	--	--
Cantidad	Hipermenorrea	25 a 35 días	> a 7 días	> 120 ml
	Hipomenorrea	25 a 35 días	< a 2 días	< 50 ml



# Trastornos menstruales

- Frecuentes en los primeros años posteriores a la menarca.
- En la mayoría de los casos se deben a inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico (HHO), propia de los primeros años de edad ginecológica.
- También pueden ser la primera manifestación de una alteración general, orgánica o emocional.
- Manifestación clínica variada, oligomenorrea o amenorrea, pero también polimenorrea o metrorragia.

# Diagnóstico presuntivo

## Oligomenorrea.

La fisiopatología está relacionada con una prolongación de la fase folicular, ya sea porque una vez terminado un ciclo no se inicia la maduración de un folículo sino después de un tiempo de inactividad o bien porque un folículo inicia su desarrollo, pero no lo completa, sucediéndole luego otro que madura normalmente.

# Otras causas frecuentes de oligo o amenorrea en la adolescencia

- Trastornos de la conducta alimentaria, pérdida de peso y sobre entrenamiento físico.
- Mínimo 17% de grasa corporal para inicio de ciclos menstruales y 22% para mantener ciclos ovulatorios.
- Existe una asociación entre **amenorrea y masa grasa reducida** en relación a la masa magra, resultante de un ejercicio físico intenso, de una dieta restrictiva, o de la combinación de ambos.
- La amenorrea asociada a los factores mencionados, llamada **amenorrea hipotalámica funcional**, se debe a una alteración de la secreción de GnRH secundaria al déficit relativo de energía.

# Evaluación de adolescentes con trastornos del ciclo menstrual

- **Anamnesis:** Edad ginecológica. Relaciones sexuales. Antecedente personal o familiar de coagulopatías y tiroideopatías. Cefaleas. Historia alimentaria y peso. Actividad física. Calendario menstrual.
- **Examen físico:** Peso/talla. Frecuencia cardíaca. Tensión arterial. Hirsutismo. Bocio. Galactorrea.
- **Estudios por imágenes:** ecografía pelviana.
- **Exámenes de laboratorio:** rutina general, coagulograma, prueba de embarazo, TSH, T4, anticuerpos antitiroideos, LH, FSH, estradiol, prolactina, andrógenos.



Otra adolescente de 17 años y 4 meses, consulta porque sus ciclos son muy irregulares. Refiere que sus menstruaciones ocurren aproximadamente cada 60 días. Su menarca ocurrió a los 13 años, por lo tanto tiene una edad ginecológica mayor a 4 años. Realizó consultas anteriormente pero la respuesta fue que tenía que esperar porque los ciclos se iban a regularizar luego de los 3 años de la menarca. Nunca le solicitaron estudios complementarios.

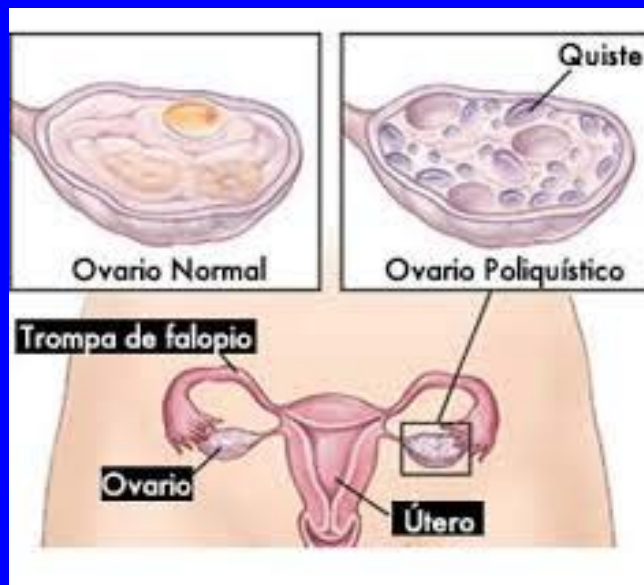
Su FUM fue hace 2 meses. No IRS. Al examen físico surge sobrepeso con IMC de 27. Presenta acné en áreas no seboreicas y signos de hirsutismo.

# Causas ováricas de trastornos del ciclo

- Síndrome de poliquistosis ovárica.
- Falla ovárica prematura: disgenesias gonadales (síndrome de Turner, otras disgenesias), secundaria a quimioterapia o radioterapia, ooforectomía, otras causas.
- Tumores funcionantes

# ¿Cuál sería el diagnóstico presuntivo en este caso?

Síndrome de poliquistosis ovárica (SPQO).  
oligoovulación, hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico  
ovarios de aspecto poliquísticos por ecografía.





El 70% de las adolescentes con SPQO presentan irregularidades menstruales, oligomenorrea o amenorrea como manifestación de la anovulación u oligoovulación crónica.

Estas alteraciones del ciclo se acompañan de signos clínicos de hiperandrogenismo, como acné e hirsutismo. La obesidad puede estar presente o no como parte del cuadro y puede existir resistencia a la insulina.

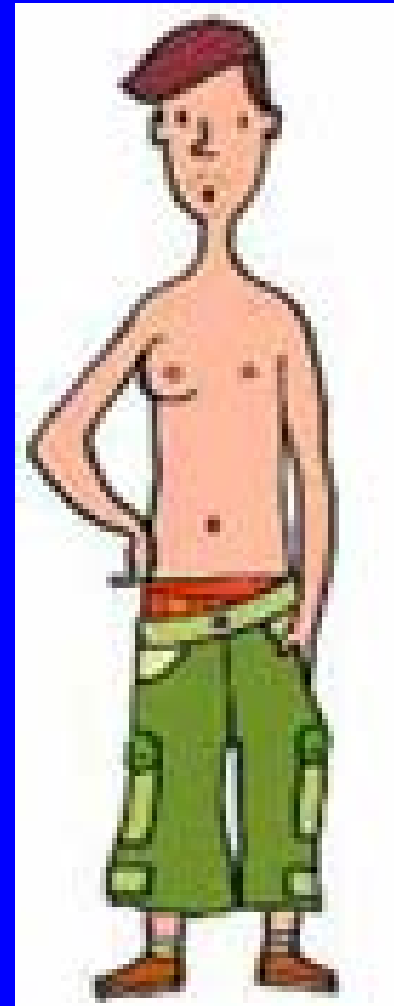
Afecta aproximadamente a un 5% de las mujeres en edad reproductiva y es de comienzo perimenárquico.

# Dificultades diagnósticas en la adolescencia

- La adolescencia constituye un estado “SOP símil”.
- La oligoovulación es frecuente en los años siguientes a la menarca.
- El hiperandrogenismo clínico es frecuente en la adolescencia (acné y aumento del vello).
- El hiperandrogenismo bioquímico está presente en muchas adolescentes.
- La morfología de ovarios poliquísticos puede observarse hasta en el 48% de las adolescentes controles sanas.
- Durante la pubertad normal se observa un estado de insulinoresistencia fisiológica.

Un varón de 14 años lo consulta por presentar desde hace 6 meses un bulto en su tetilla derecha. Le preocupa pues al acercarse el verano, al ponerse una remera, dicho agrandamiento resultará notorio. El examen físico es normal. Peso: 56 kg. Talla: 1,68 m. IMC: 20. Tanner: III. Tamaño testicular: 12 ml. (orquidómetro). Se palpa un aumento firme del tejido glandular concéntrico a la aréola (2 cm. diámetro). Ant. personales: gastritis hace 1 año. Cursa 2º año sin dificultades académicas. Realiza alimentación saludable. Consume marihuana grupalmente con frecuencia muy esporádica. La familia se preocupó pensando en un tumor. Consultaron con un cirujano plástico que aconsejó la exéresis de la glándula.

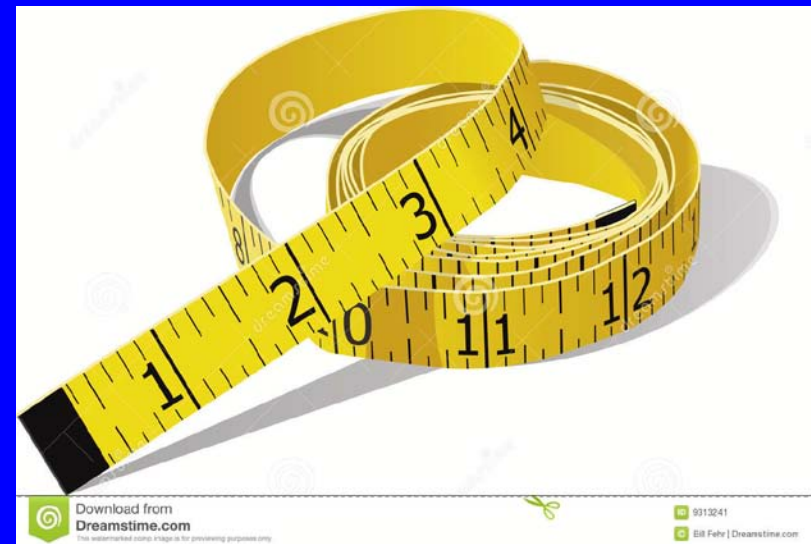
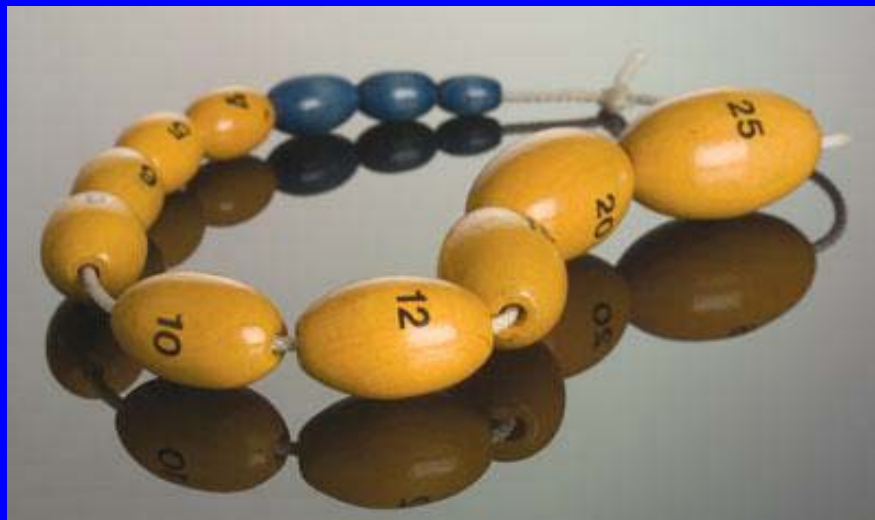
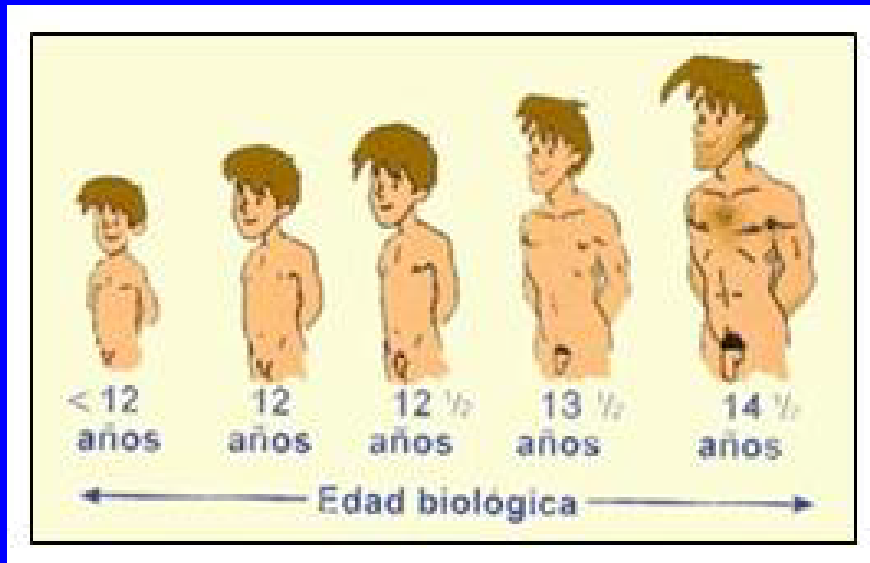
¿Cómo se orientaría ante esta situación?



# Diagnóstico. Anamnesis

- Drogas: alcohol, marihuana, esteroides anabólicos
- Fármacos: ATB, antiulcerosos, psicofármacos
- Alimentos: pollo, suplementos herbales con fitoestrógenos
- Cosméticos: cremas con hormonas, lociones con lavanda o aceite de té
- Antecedentes de: enfermedades hepáticas, tiroideas, tumores, criptorquidia, torsión testicular, quimio/radioterapia

# Diagnóstico. Examen físico



# Ginecomastia fisiológica del adolescente

Es el aumento de la glándula mamaria (uni o bilateral) en el adolescente varón, por el incremento del estroma y del tejido glandular secundario a un desbalance entre andrógenos y estrógenos y a una mayor sensibilidad del tejido mamario.

Incidencia: supera el 20% de los jóvenes

# Diagnóstico diferencial





# Información

- Tranquilizar al adolescente, reafirmar normalidad
- Es un proceso normal, debido a cambios hormonales, que tiende a desaparecer en 6 a 18 meses
- No genera problemas en su vida sexual
- Ejercicios para desarrollar pectorales mayores
- Control cada 6 meses
- Actividad física y bajar de peso si existe sobrepeso

# Información si no involuciona

- Cirugía plástica si después de 24 meses la ginecomastia es significativa y causa malestar psicosocial o alcanzado un Tanner V (volumen testicular 15-25 ml.)
- Interconsulta endocrinología: evaluar tratamiento con tamoxifeno.

Un varón de 13 años consulta por presentar agrandamiento de ambas tetillas desde hace 6 meses.

Ex. físico: Facies normales. Hábito longilíneo. Peso: 48 kg. (perc. 50/75). Talla: 1,68 m. (perc. 97). Envergadura: 1,71 m. Miembros largos respecto a su estatura. No presenta laxitud ligamentaria ni escoliosis. Ginecomastia bilateral, diámetro: 5 cm. Testículos pequeños (orquidómetro: 2,5 ml.), duros a la palpación. Pene: tamaño normal (Tanner III). Distribución grasa feminoide. Rendimiento académico bajo, con déficit de atención, repitiendo 6º grado. Se irrita fácilmente y su vínculo con pares es pobre. Antecedentes personales: cirugía por criptorquidia (5 años).

¿Cómo orientaría esta situación?

# ¿Cuándo pensaríamos en una ginecomastia patológica?

- Cuando no remite espontáneamente 12 a 18 meses posteriores a su aparición.
- Si se trata de ginecomastias mayores a 4 cm.
- En ginecomastias que aparecen en estadios prepuberales o luego de haber completado su desarrollo puberal.
- Ante variaciones del ex. testicular (tamaño, consistencia, asimetrías), hepatomegalia, signos de feminización (tono de voz, distribución de vello y grasa corporal).

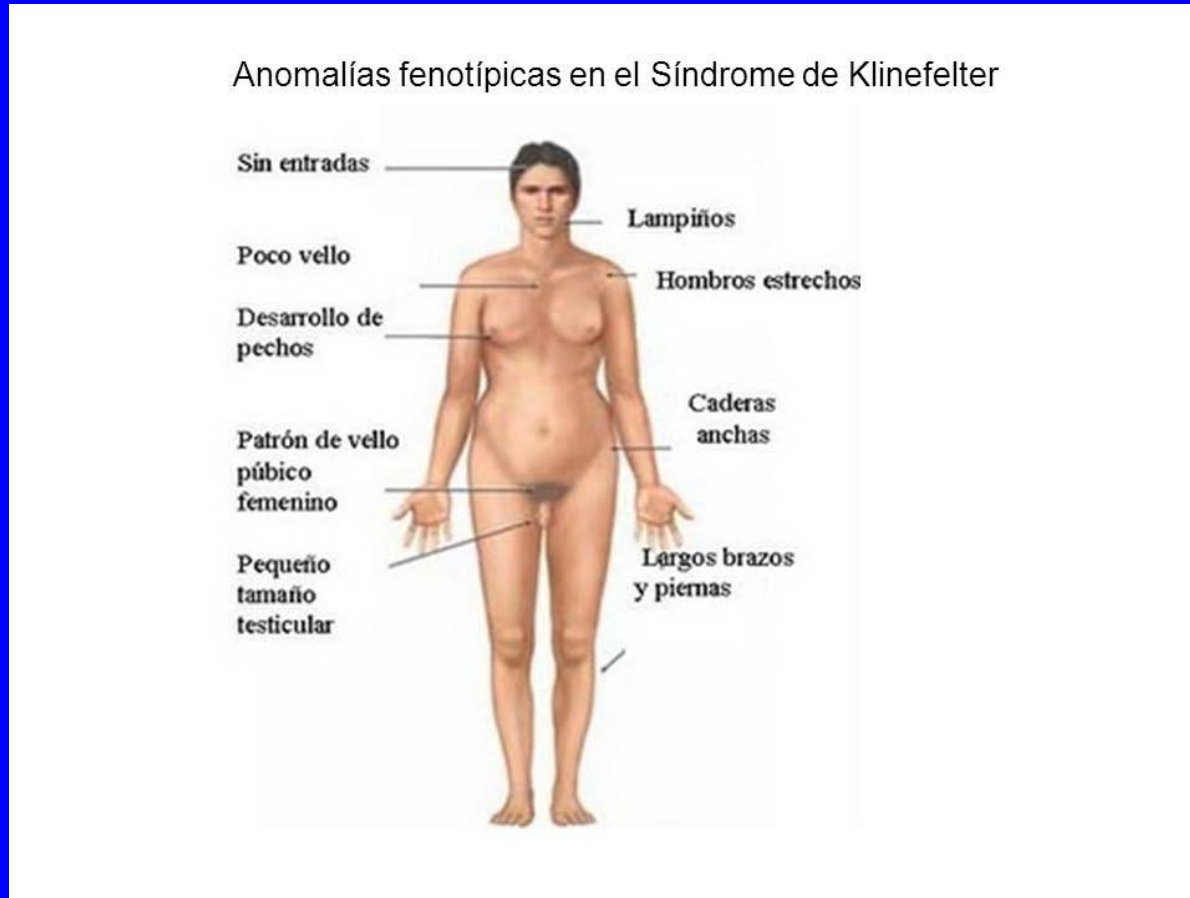
# ¿Qué estudiar?

- Rutina de laboratorio
- Estudios hormonales (LH, FSH, testosterona, estradiol, prolactina)
- Laboratorio ampliado (alfa-fetoproteína, Ag. carcino embrionario)
- Radiografía de silla turca
- Ecografía testicular. Ecografía abdominal y renal
- Cariotipo

# Hallazgos en este paciente

- Ecografía testicular: teste derecho 2 cm. y teste izquierdo 2,5 cm. con ecogenicidad normal.
- Laboratorio: niveles elevados de FSH y LH y disminuidos de testosterona (hipogonadismo hipergonadotrófico). Resto normal.
- Cariotipo con bandas G: 47 XXY en todas las metafases.

# DG: Síndrome de Klinefelter



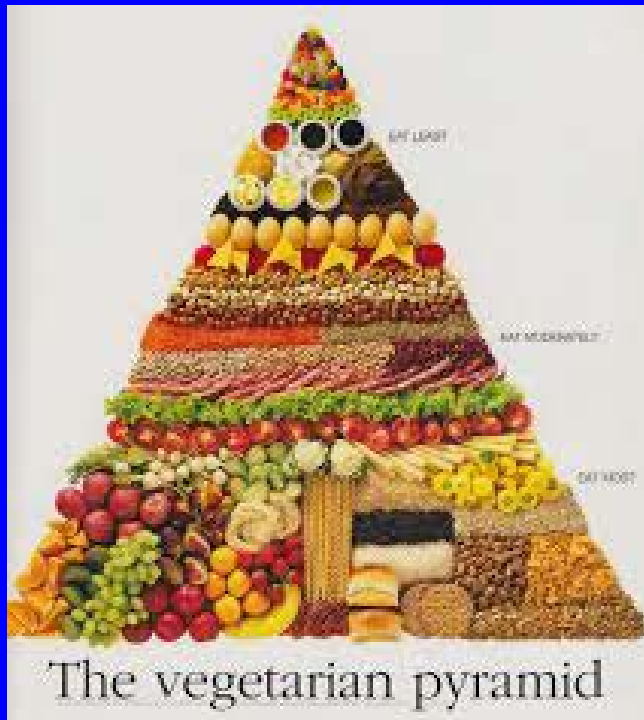
Incidencia: 1,2 por 1.000 nacidos vivos varones. Es la forma más común de hipogonadismo masculino.

# Tratamiento interdisciplinario

- Endocrinología: tratamiento con testosterona de depósito.
- Interconsulta con salud mental (psicología, psicopedagogía).
- Prevención de obesidad.
- Evaluación de neurodesarrollo a toda edad.
- Considerar riesgo de cáncer de mama.



Una adolescente de 14 años consulta con su madre, quien está preocupada porque su hija está muy selectiva con la alimentación y dice que quiere ser vegetariana. Come vegetales crudos o cocidos, milanesa de soja, frutas, cereales y algunos lácteos descremados. Comenta que varias amigas “están en la onda vegetariana” y que no quiere comer más productos de origen animal. No tiene antecedentes de importancia, siempre fue sana. Tuvo su menarca a los 12 5/12 años y los ciclos han sido regulares. Al examen físico se constata: Talla 160 cm. Peso: 49,400 kg. IMC: 19,2 TA 110/60 mm Hg FC: 68 latidos por minuto. El resto del examen es normal. No tiene signos de adelgazamiento. La familia está constituida por sus padres y una hermana de 10 años. En el último tiempo discute con el padre a la hora de comer. Cursa 2º año de secundario, toma clases de danza 2 veces por semana y tiene un buen grupo de amigas.



# ¿Cómo abordaría la consulta?

- Historia clínica completa que incluye historia nutricional.
- Estudio de la alimentación.
- Examen físico completo.
- Datos antropométricos.
- Datos bioquímicos

# Estudio de la alimentación

## El registro y el recordatorio.

La encuesta alimentaria debe ser siempre minuciosa. En los adolescentes, es importante consignar el número de comidas, incluyendo jugos, bebidas, golosinas y extras ingeridos entre comidas, tanto dentro como fuera de la casa, determinar con qué frecuencia come en familia y cuántas veces solo, quién selecciona el plan alimentario.

Es importante, además, detectar la presencia de hábitos alimentarios inhabituales y /o conductas que orienten a trastornos del apetito.

# Examen físico y datos antropométricos

El examen completo y cuidadoso proporciona elementos valiosos para la evaluación nutricional.

En algunos casos, el aspecto general del adolescente, la observación de las masas musculares y la estimación del panículo adiposo permiten formarse una impresión nutricional, pero ésta debe objetivarse con parámetros específicos.

# Requerimientos nutricionales

- Proteínas: aumenta el requerimiento.
- Hierro: carnes, aves, pescados (hierro hem), cereales fortificados y, en menor medida, algunos vegetales y legumbres.
- Calcio: 1.200 g diarios (crecimiento óseo y muscular).
- Zinc: 10 a 15 mg., necesario para maduración sexual adecuada (carne, pescado, huevos y leche).
- Vitaminas: vitamina B12, ácido fólico, vitaminas A, C, D y E, tiamina, niacina y riboflavina.

# Entrevista y orientación

- La entrevista es clave, especialmente si se puede realizar en algún momento a solas con el adolescente para crear un ámbito de confianza y confidencialidad.
- Se pueden detectar motivaciones(más allá de las explicitadas), que determinaron el cambio de hábito alimentario, cómo es su imagen corporal, si existe algún factor de riesgo que incida en su selección alimentaria, o si hay algún deseo no expresado de bajar de peso.
- Es importante ofrecer orientación para una alimentación saludable, más allá de que persista en la idea del vegetarianismo. En ese caso, la orientación nutricional debe ser específica.

La madre de una adolescente de 15 años, consulta con su hija (viene a disgusto) porque hace 4 meses, comenzó a hacer una dieta muy restrictiva y cree que bajó 6 o 7 kg en ese tiempo. Su peso máximo fue aprox. 58 kg. La madre dice que está irritable y que discuten mucho por la comida. Concorre al gimnasio 2 hs 4 veces/semana. Su menarca fue a los 12 años, sus ciclos son regulares pero hace 2 meses que no menstrúa. La joven dice que se siente bien, “no sabe para qué la trajeron” y que todas sus compañeras hacen dieta. Cursa 3er año en una escuela de alta exigencia con excelente rendimiento. Examen físico: Talla: 1,63 m Peso: 50,800 kg. IMC 19,12 TA: 100/50 mm Hg. FC: 52 latidos por minuto. Su desarrollo puberal es completo. Resto del examen es normal.



# Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (DSM V)

- Criterio de AN, excepto que presentan menstruaciones.
- Criterio de AN, excepto que tienen peso normal o un déficit de peso menor del 15%.
- Criterio de BN, excepto que los episodios de atracón y conducta compensatoria tienen una frecuencia menor a dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Conductas compensatorias ante atracón imaginario (ingesta de pequeñas cantidades de comida o comida normal).
- Masticar y escupir comida.
- Comilonas recurrentes sin conductas compensatorias posteriores.

# ¿Cuál es la conducta a seguir?

- Entrevista a solas con la paciente con un abordaje integral no sólo orientado a la alimentación, indagar sobre su día de vida, su motivación a bajar de peso, su autoestima e imagen corporal, si hubo algún desencadenante del cambio de conducta alimentaria. Asegurar nuestro rol en acompañarla y ayudarla a que tenga una alimentación y peso saludables y que nuestro objetivo no es “hacerla engordar”.
- Orientación alimentaria con Indicación de 4 comidas diarias (se acuerda con la paciente), comer acompañada.
- Suspensión/reducción (?) transitoria de la actividad física en el gimnasio.

# ¿Cuál es la conducta a seguir?

- Se solicitan estudios de laboratorio: Hemograma completo. ESD. Glucemia. Uremia. Hepatograma. Colesterolemia. Ionograma. Calcemia, Fosfatemia, Magnesemia, Proteinograma, Amilasemia, TSH, T3, T4L; FSH, LH, Estradiol plasmático, Prolactina. Orina completa.
- Se cita en 1 semana con registro alimentario.
- Planteo de armado de equipo interdisciplinario, con controles clínico-nutricionales y psicoterapia individual y/o familiar.



Concurre a la consulta un varón de 16 años. Sus padres refieren que desde hace 1 año está siempre agotado y si no sería aconsejable indicarle vitaminas. Refieren que pasa muchas horas de su tiempo libre “chateando” con amigos. Su examen físico es normal, sin antecedentes significativos. No relata situaciones conflictivas. Cursa 3er año a la mañana sin dificultades académicas. Tiene buenos vínculos sociales con pares. Alterna momentos de cansancio con períodos de gran gasto de energía (partidos de fútbol, salidas). Su apetito es bueno, toma de 4 a 6 bebidas cola por día. No refiere consumos. Comenta que a veces le cuesta dormirse. Su habitación es un bunker tecnológico. En general se duerme después de la 1 a.m. ¿Cómo se orientaría ante esta situación?



# Diagnóstico. Anamnesis

- Antecedentes. Familia. Vida social
- Consumos: bebidas energizantes, alcohol, tabaco
- Medicamentos: CTC, IRS, ansiolíticos, antihistamínicos, anfetaminas
- Hábitos: alimentación, sueño, deportes, T.L.
- Registro de actividad diaria (un día de semana y uno del fin de semana)

# Historia sugestiva de causa orgánica

- Fatiga que mejora con el descanso y se incrementa durante el día.
- Antecedentes de: fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos, artritis, variaciones del ritmo intestinal.
- E. infecciosas: MNI, hepatitis crónica, TBC, HIV.
- E. endócrinas: hipotiroidismo, DBT, suprarrenal.
- Obesidad.
- Hábito respiratorio bucal. Roncopatía con apneas.



# Diagnóstico.

## Exámenes complementarios

Se puede solicitar un laboratorio básico (hemograma, ESD, orina) y ampliar la búsqueda de acuerdo a la orientación diagnóstica



# Cansancio normal del adolescente por sueño insuficiente



# Tratamiento

- Reaseguro de la normalidad.
- Modificación de hábitos (sueño).
- Pautas higiénico-dietéticas (alimentación saludable, disminuir ingesta de bebidas/infusiones estimulantes.)
- Evitar indicación de suplementos vitamínicos.
- Recomendación de actividad física diaria.

Concurre a la consulta un varón de 16 años. Su madre comenta que desde hace 1 año está siempre agotado y si no sería aconsejable indicarle vitaminas. Refiere pérdida de apetito y cambios en su comportamiento habitual, estando generalmente irritable. Concurre a la escuela pero dejó de salir con amigos y permanece mucho tiempo en su cuarto mirando TV. Habla poco. Terminó con un noviazgo reciente. Le cuesta conciliar el sueño. El examen físico es normal. La madre relata que si bien su hijo no es muy comunicativo, lo nota más triste y callado en el último tiempo. En la entrevista surge que la madre y el joven viven solos porque desde hace 3 meses los padres se separaron, luego de un período difícil de convivencia. ¿Cómo se orientaría ante esta situación?

# Historia sugestiva de cansancio emocional

- Cansancio presente al despertar y que se sostiene a lo largo del día.
- Cansancio que no varía a pesar del sueño.
- Antecedentes de conflictos con padres o pares.
- Signos de depresión: actuaciones, apatía, aislamiento social, irritabilidad constante.
- Signos de ansiedad: dolores, palpitaciones.

# Causas psicológicas

- Depresión
- Trastornos de ansiedad
- Situaciones de estrés
- Crisis familiares no previstas
- Bullying

# Cansancio del adolescente secundario a cuadro de depresión

- La diferencia fundamental entre el “bajón normal” y la depresión patológica es la persistencia y profundidad del trastorno anímico, los síntomas asociados, el tiempo de duración y el deterioro en diversas áreas de la vida del adolescente.
- Las causas psicológicas le siguen en orden de frecuencia a los trastornos del sueño como causa de cansancio en la adolescencia.

# Tratamiento interdisciplinario

Interconsulta con salud mental para:  
orientación diagnóstica, consideración de  
psicoterapia (individual, familiar) y valoración  
de necesidad de psicofármacos.



Un varón de 13 2/12 años consulta porque es el más bajo de su clase y está preocupado porque no crece. Cursa 1er año con un rendimiento bueno. Sus padres están separados, es hijo único, convive con la madre y está con el padre 2 veces por semana.

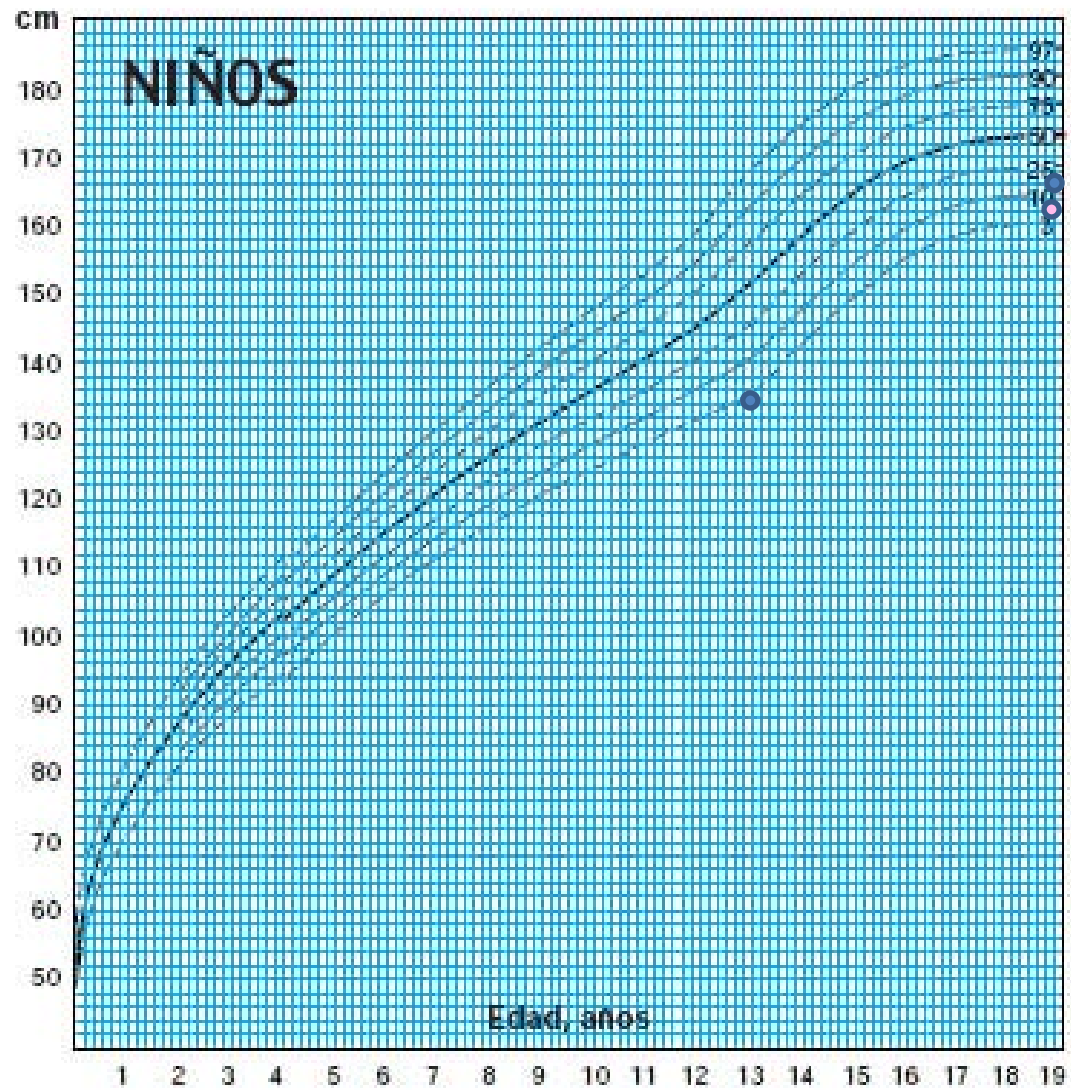
Al interrogatorio surge que el embarazo fue normal, el parto en pelviana, no hubo sufrimiento fetal. No tuvo enfermedades de importancia en la infancia y su vacunación es completa. El peso de nacimiento fue 2,800 kg y la talla 48 cm.

Al examen físico presenta: Talla: 1,34 m Peso: 32 kg (ambos en borde inferior centilo 3) Tanner: G1 VP1 FC: 66 por minuto TA: 90/60 mm Hg Tanner 1 Contextura pequeña y armónica.

La estatura de la madre es 1,52 m y la del padre, 1,66 m.

El centil 50 (P50) de talla para la edad y sexo de un varón de 13 años 2 meses es: 152,52 cm. El desvío estándar (DS) correspondiente es de 8,79 cm. Puntaje Z: -2,10. Se solicita edad ósea que es acorde a su edad cronológica.

Gráfico N° 19  
**NIÑOS**  
**ESTATURA**  
Nacimiento-19 años



Padre  
Madre

# Baja talla

- **Baja talla:** déficit mayor de -2 desvíos estándar del centilo 50 de estatura para la edad y sexo. En la práctica pediátrica se utiliza menor al centilo 3 (exactamente corresponde al centilo 2,28).
- Baja talla es un **signo, no una enfermedad** y puede tratarse de un adolescente normal.

- Los adolescentes con baja estatura sin causa patológica tendrán un déficit de talla cercano al centilo 3.
- Si para el diagnóstico de baja talla definimos como punto de corte  $-2$  desvíos estándares, cuanto más lejos esté la estatura de este valor, menor es la probabilidad de ser un déficit de talla como variante normal.

- La causa más frecuente de talla baja es la talla baja familiar y/o el retardo de talla constitucional (madurador lento). Por eso es importante conocer la talla de los padres, de los hermanos y su edad de desarrollo puberal.

# Pasos para el diagnóstico

- **Historia clínica completa:** crecimiento previo, eventos perinatales, historia alimentaria, enfermedades, antecedentes familiares (incluyen estaturas y pubertad), problemas familiares, riesgo social, escolaridad, etc.
- **Examen físico completo.**
- **Evaluación antropométrica:** diagnóstico, auxológico.
- El enfoque auxológico inicial limita los problemas que requieren un plan de estudios inmediato a aquellos niños que tienen baja estatura para padres sin causa clara y aquellos con retardo de crecimiento.

# ¿Qué estudios solicitaría en primer lugar, según corresponda?

- Hemograma, ESD, glucemia, urea, creatininemia, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina ,orina completa, parasitológico seriado de materia fecal, TSH, T4, Prolactina.
- Anticuerpo antitransglutaminasa, anticuerpo antiendomisio.
- Rx de mano y muñeca izquierda frente (edad ósea), Rx de cráneo perfil.
-

# Edad ósea

- **Normal:** baja talla familiar.
- **Retrasada:** Madurador lento (más de 2 años de atraso con respecto a la cronológica)
- Enfermedades crónicas.
- Malnutrición (EO similar a la edad por talla).
- Déficit de hormona de crecimiento (retraso significativo, en gral en concordancia con la edad por talla).
- Hipotiroidismo (EO menor que la edad por talla en hipotiroidismo de larga data).
- Hipogonadismo hipogonadotrófico, hipercortisolismo.



# Baja talla familiar

- Déficit de estatura entre centilo 3 y menos 3 DS del centilo 50, dentro del rango de los padres.
- Examen físico normal sin alteración de las proporciones corporales.
- Ausencia de signos y síntomas de enfermedad.
- Peso para talla normal.
- Edad ósea acorde a la cronológica.
- Velocidad de crecimiento normal.
- Predicción de la estatura adulta dentro del rango de los padres.

# ¿Qué conducta asumir?

- Observación.
- Controles clínicos periódicos.
- Evaluar VC posterior. Efectuar por lo menos 2 mediciones con intervalo de 3 a 6 meses.

*Los pacientes, frecuentemente, tienen alteración de la imagen corporal y tienden al aislamiento social. El rol del pediatra, que asegure que el paciente es normal, que la maduración sexual se completará normalmente y que la talla adulta va a ser similar a la de la familia, es muy importante.*

Los padres de un varón de 13 años y 5 meses consultan porque es muy pequeño para su edad y dicen que come poco. Es el 4º hijo de padres jóvenes, cuyos intervalos intergestacionales fueron cortos. Su medio social es bajo. El embarazo y parto fueron normales. Edad gestacional: 40 semanas . Peso de nacimiento: 2.200 g.

Tomó pecho exclusivo hasta los 2 meses. A los 5 meses tuvo una internación por diarrea y neumonía. No recuerdan datos de peso y talla pero la madre refiere siempre fue pequeño y al año pesaba 6.500 g

A los 15 meses: 2ª internación por diarrea y neumonía y a los 20 meses: internación por diarrea. A los 8 años consultó por su estatura baja y trae datos de la consulta: Edad 8 años 6 meses. Talla: 112 cm Peso: 19,500 kg EO: 8 años. Se solicitaron estudios de laboratorio que nunca llegó a realizar. Examen físico: Talla: 135,4 cm Peso: 33,500 kg, Tanner: VP 2, G 3, Tamaño testicular: 8 ml. DS: - 2,33

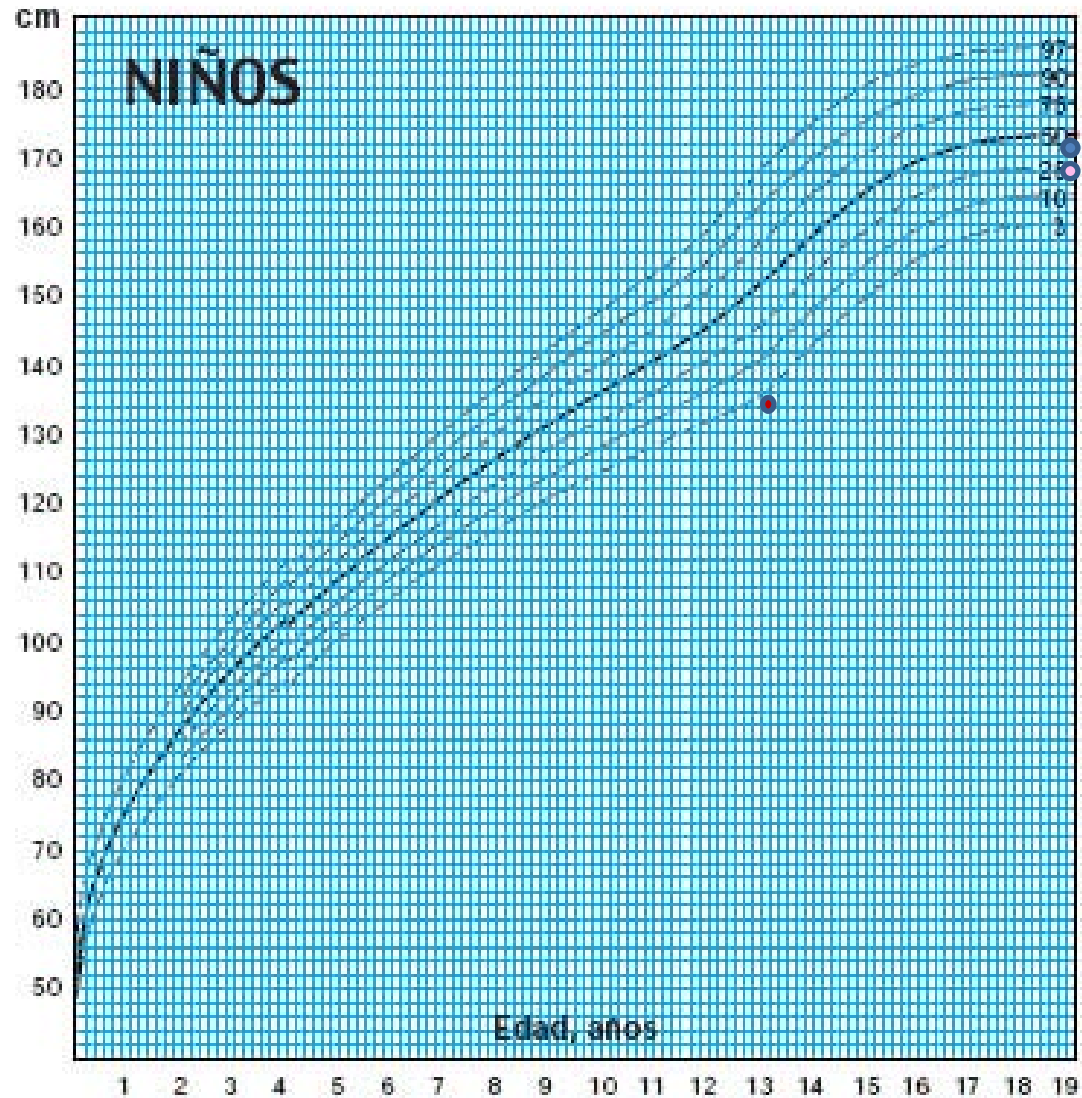
La talla de la madre es: 155 cm y la del padre: 170 cm.

Gráfico N° 19

NIÑOS

ESTATURA

Nacimiento-19 años



Padre  
Madre

# Diagnóstico diferencial

## Datos útiles para la orientación clínica

a) Ubicar 1º la talla con respecto a los padres y 2º la talla con respecto a la población general determinando los DS con respecto a la media.

1)  $< -2DS$  = probablemente normales.

2)  $> -2.5 DS$  = descartar hipotiroidismo, enfermedades sistémicas, malnutrición, anomalías cromosómicas.  
Si todo es negativo, es resorte del especialista la valoración del eje hormona de crecimiento/  
somatomedina C.

3) Entre  $-2.0$  y  $-2.5 DS$  = descartado lo anterior:  
seguimiento cercano.

# Diagnóstico diferencial

## Valorar el fenotipo (F) y VC

- 1) F normal con VC normal= probablemente normal, seguimiento.
- 2) F normal con baja VC y delgado= probablemente desorden crónico: cardiopatía congénita, fibrosis quística, malabsorción, enfermedad renal, desorden psicosocial.
- 3) F normal con baja VC con sobrepeso u obeso = probablemente desorden endócrino: hipopituitarismo, hipotiroidismo, S de Cushing.
- 4) F anormal: buscar síndromes reconocidos o alteraciones cromosómicas (ej. S de Turner)
- 5) F anormal con proporciones corporales alteradas: miembros cortos: acondroplasia, hipocondroplasia, displasias óseas.

# Diagnósticos diferenciales

- **Baja talla normal:**
  - 1) Retraso constitucional de crecimiento y desarrollo (RCCD) o madurador lento.
  - 2) Baja talla familiar (BTF)
- **Baja talla patológica:**
  - 1) Causas endócrinas
  - 2) Defectos cromosómicos
  - 3) Asociados con retardo mental
  - 4) **Causas nutricionales**
  - 5) Retardo de crecimiento intrauterino
  - 6) Desórdenes del desarrollo óseo
  - 7) Metabólicas
  - 8) Enfermedades crónicas
  - 9) Psicosocial
  - 10) Tratamiento crónico con drogas



# Desnutrición crónica o retraso de crecimiento lineal

- El peso para talla suele no estar afectado La desnutrición comienza en el útero y se perpetúa en la adolescencia y la adultez.
- El bajo peso de nacimiento se asocia otros factores concurrentes como alimentación a pecho por períodos muy cortos, interurrencias infecciosas los primeros años y dietas pobres en micronutrientes.
- El período de 6 a 24 meses es crítico y determina acortamiento de la longitud corporal a los 2 años.
- Las posibilidades de crecimiento compensatorio son escasas
- después de los 2 años de edad si no se modifican las condiciones de pobreza.



