

TALLA BAJA

Dra Yajaira Briceño y Dra. Marisela Medina
Hospital J. M. de los Ríos
Servicio de Endocrinología de niños y adolescentes.

¿Cuál es el concepto de Talla Baja?

Se considera talla baja a toda persona cuya talla esté por debajo de la mínima aceptada en las gráficas de crecimiento consideradas normales para esa población, esto también es llamado percentil 3.

Existen gráficas de crecimiento normal ya establecidas para cada población, en donde se compara la estatura de niñas y niños en diferentes momentos, y de acuerdo a la ubicación del crecimiento del niño en esas gráficas se clasifican en los que tienen un patrón de crecimiento normal y aquellos que lo hacen por debajo de los límites aceptados como normales para su edad y sexo.

El crecimiento debe evaluarse mediante revisiones periódicas, ya que una talla aislada en un momento determinado no nos permite determinar un problema real del crecimiento, tampoco nos permite identificar el trastorno específico que este desencadenando el problema.

¿Qué es el potencial genético?

Es el potencial que heredamos de nuestros padres, para crecer. Así si nuestros padres son de talla alta tendremos muchas posibilidades de ser altos y viceversa, es decir tendremos una talla alta o talla baja familiar.

¿Qué factores determinan la talla?

1.- Factores genéticos: la talla de los padres influye por igual en la talla de sus hijos, y nos orienta sobre la talla final que puede alcanzar el niño.

2.-Factores hormonales: Juegan un papel fundamental a través de su acción sobre el tejido óseo y esquelético, interviene la hormona de crecimiento, las hormonas tiroideas, los glucocorticoides, la hormona paratiroidea, la vitamina D, los factores de crecimiento similares a la insulina, las hormonas sexuales, etc.

3.- Sexo y edad de comienzo de la pubertad: Las variaciones más notables ocurren durante la pubertad y guardan relación con el sexo, en las niñas el "estirón" del crecimiento ocurre antes que en los varones, pero la magnitud y duración del mismo es mayor en los varones que en las hembras.

4.- Factores nutricionales y enfermedades: Cualquier alteración en la alimentación del niño o enfermedades importantes pueden afectar su crecimiento.

¿Cuánto debe crecer un niño en cada período de su vida?

En el primer año de vida crece 25 cm. en el segundo año 12 cm. 10 cm. en el tercer año y ocho cm. en el cuarto año.

En la edad escolar la velocidad de crecimiento varía entre 4,5 a 7 cm/año.

En el período del estirón puberal el varón crece aprox. de 9-12 cm/año y la hembra 8-9cm/año.

¿Cuáles son las causas de una talla baja?

Hay variantes normales del crecimiento como son:

1.- Talla Baja genética o Familiar: Son niños pequeños, pero crecen y se desarrollan a velocidades normales, la estatura se incrementa progresivamente en forma adecuada a pesar de encontrarse por debajo de los límites normales para su edad. El pronóstico de la estatura final está de acuerdo a la de sus padres.

2.- Retardo Constitucional del Crecimiento y del Desarrollo: También se conoce como maduración física lenta. Se trata de niños con peso y talla al nacer normales, que crecen lentamente a partir de algún momento de su infancia y frecuentemente comienzan su pubertad de forma tardía. Existe antecedente importante de retardo puberal en alguno de los padres. El pronóstico de la talla final es bueno, acorde a lo esperado para la estatura de sus padres.

En estos casos, no se requiere de ningún tratamiento específico, es importante la vigilancia periódica por un médico capacitado, que pueda detectar desviaciones de los patrones normales de crecimiento.

En cuanto a las causas que determinan una talla baja patológica se mencionan: El Retardo de Crecimiento intrauterino ocasionado principalmente por infecciones intrauterinas, factores teratogénicos, desnutrición materna y fetal, y las anomalías cromosómicas. Generalmente recuperan el retardo originado en los dos primeros años de vida.

Otras causas de alteraciones del crecimiento son principalmente:

-La desnutrición por falta de aporte calórico- proteico en los países en vías de desarrollo es la causa más frecuente de retardo de crecimiento. También limitaciones nutricionales leves como las dietas practicadas por adolescentes o un desequilibrio entre la ingesta y el consumo de calorías por una actividad física intensa pueden alterar el crecimiento normal. La desnutrición también puede ser secundaria a enfermedades crónicas, donde la disminución del apetito y el efecto de la enfermedad por si misma desencadenan el cuadro de desnutrición.

Estas enfermedades crónicas son las siguientes: enfermedades gastrointestinales, las parasitosis donde hay malabsorción intestinal que lleva a desnutrición, las enfermedades cardíacas y pulmonares que disminuyen el aporte de oxígeno a los tejidos en forma crónica alterando procesos metabólicos que son esenciales para el crecimiento, las enfermedades renales como la acidosis tubular renal (Disminución del pH en la sangre), hipercalciuria (Aumento de la eliminación urinaria de Calcio) la insuficiencia renal crónica pueden afectar el proceso del crecimiento, las enfermedades de la sangre como anemias crónicas, los trastornos depresivos ,y los pacientes con patologías oncológicas que han recibido tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

¿Cuáles son las patologías endocrinas que pueden causar talla baja?

El Hipotiroidismo debido a una disminución en la sangre de hormonas tiroideas, que puede presentarse al nacer o posteriormente pueden causar retraso severo del crecimiento. El congénito cuando no se detecta y trata precozmente produce principalmente retardo psicomotor, el adquirido durante la niñez y la adolescencia afecta principalmente el crecimiento. El exceso de glucocorticoides o Síndrome de Cushing, la Diabetes mellitus, el raquitismo, se caracterizan por un retardo del crecimiento.

¿Cómo debemos evaluar a un niño que crece mal?

Realizar una adecuada historia clínica que investigue si hubo patologías del embarazo, estado nutricional de la madre, ingestión de drogas y medicamentos en ese período, peso y talla al nacer, patologías neonatales.

Historia nutricional y de enfermedades del paciente, uso de medicamentos, desarrollo psicomotor, edad de aparición del retardo del crecimiento, realizar una curva de crecimiento con las tallas previas del paciente.

En los antecedentes familiares determinar talla de los padres y hermanos, edad de inicio del desarrollo puberal.

En el examen Físico se debe evaluar peso, talla, circunferencia cefálica, ubicarlos en las gráficas de crecimiento, buscar estigmas genéticos, además evidencias de disfunción endocrina (hipotiroidismo, déficit de hormona de crecimiento), determinar el grado de desarrollo puberal

En cuanto a los estudios de laboratorio se deben solicitar los siguientes:

Hemoglobina y Hematocrito, creatinina, gases venosos, electrolitos, Calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, TSH T4 libre, IGF1 o Somatomedina C, IGFBP3.

Relación calcio/creatinina, Acido Úrico/Creatinina, Rayos X mano y muñeca Izquierda para edad ósea y cariotipo cuando sea considerado necesario.

¿Qué factores favorecen el crecimiento de los niños?

Proporcionarles una nutrición balanceada, adecuada, equilibrada y suficiente, evitar los alimentos “chatarra” y crearles buenos hábitos de alimentación. Así mismo fomentar la práctica del ejercicio en forma programada y constante en forma diaria, en intensidad y tiempo moderado permite un mejor aprovechamiento de los nutrientes y por lo tanto favorecer el proceso del crecimiento.

¿Existe algún tratamiento para mejorar la talla final de un niño?

Está indicado para los niños que tienen una patología endocrina que afecte directamente el crecimiento como son déficit de hormona tiroidea, y déficit comprobados de hormona de crecimiento, otros actúan de forma indirecta como son la inhibición de la pubertad principalmente en niños con cuadros de pubertad precoz.

¿Se debe indicar hormona de crecimiento en todos los niños con talla Baja?

No, sólo en los niños en los que tienen comprobado un déficit de dicha hormona y en otras patologías en las cuales está autorizada internacionalmente como el Síndrome de Turner, los retardos de crecimiento intrauterino, en la insuficiencia renal crónica antes de trasplante renal. Su administración debe ser supervisada de forma estricta, ya que pueden observarse efectos adversos siendo la elevación del azúcar y la insulina en la sangre las más importantes. Luego de finalizado el crecimiento del paciente, se decidirá la reexploración de la liberación de la hormona para así determinar si el paciente requerirá la hormona en la vida adulta, ya que la hormona de crecimiento interviene también en muchos otros sistemas metabólicos, indispensables para llevar una vida saludable.

Fuentes generales de información:

- 1.-Carrascosa, Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. Segunda edición. Ediciones Doyma. 2000.
- 2.-Dieguez, C. Crecimiento. Actualizaciones en endocrinología. Segunda edición. McGRAW-HILL. España 2005.
- 3.-Pombo, Tratado de Endocrinología Pediátrica. Tercera edición. McGRAW-HILL. España 2002.
- 4.-Sperling, M. Pediatric Endocrinology. Second Edition. USA 2002.