

Talla baja idiopática: definición y tratamiento

J.I. Diago Cabezudo^a, A. Carrascosa Lezcano^b, C.J. del Valle Núñez^c, A. Ferrández Longás^d, R. Gracia Bouthelie^e y M. Pombo Arias^f

^aDepartamento de Investigación Clínica Lilly S.A. Madrid. ^bServicio de Pediatría. Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron. Barcelona. ^cUnidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^dServicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^eServicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-infantil La Paz. Madrid. ^fServicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España.

La talla baja es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de endocrinología pediátrica. Diferentes entidades nosológicas se caracterizan por una disminución de la velocidad de crecimiento y una talla anormalmente baja. Unas están bien caracterizadas; otras corresponden a la denominada talla baja idiopática (TBI). Ésta abarca a los niños que presentan un crecimiento por debajo de -2 DE de los valores de la talla media correspondiente a los niños de su población de similar edad y sexo, en los que se han descartado las causas conocidas de talla baja. No incluye a aquellos niños que presentan únicamente un retraso constitucional del crecimiento y el desarrollo. Diferentes ensayos clínicos demuestran la eficacia del tratamiento con hormona de crecimiento (rhGH) para que estos niños consigan un crecimiento recuperador. Por ello, la TBI debe considerarse como una entidad que se debe tener en cuenta en el diagnóstico de un paciente con talla baja y patrón de crecimiento anómalo que puede beneficiarse del tratamiento con rhGH.

Palabras clave:

Niño. Preescolar. Enfermedades relacionadas con el crecimiento/diagnóstico. Enfermedades relacionadas con el crecimiento/tratamiento farmacológico. Hormona de crecimiento/administración y dosificación.

IDIOPATHIC SHORT STATURE: DEFINITION AND TREATMENT

Short stature is the leading cause of consultation in Pediatric Endocrinology. Decreased growth velocity and abnormally short height are characteristic of several different nosologic entities. Some are well characterized, while others correspond to what is known as idiopathic short stature (ISS). ISS includes children who grow less than 2 SD of the mean height values corresponding to their peers of similar age and the same sex, in whom the

known causes of short stature have been ruled out. The diagnosis of ISS does not include children who only present a constitutional delay in growth and development. Several clinical trials have demonstrated the efficacy of growth hormone (rhGH) treatment in achieving catch-up growth in these children. Therefore, ISS should be kept in mind in the diagnosis of patients with short stature and abnormal growth patterns, who may benefit from rhGH treatment.

Key words:

Child. Preschool. Growth disorders/diagnosis. Growth disorders/drug therapy. Growth hormone/administration and dosage.

INTRODUCCIÓN

Uno de los mejores indicadores del estado de salud de un niño es su patrón de crecimiento. Lo forman dos períodos de crecimiento rápido, los primeros 3 años de vida y el estirón puberal, separados por otro de crecimiento lento, relativamente estable; tras ellos se alcanza la talla definitiva. El proceso de crecimiento es la expresión fenotípica de una potencialidad genética modulada a través de factores propios de cada individuo y externos a él, que pueden hacer que dicho proceso se diferencie del considerado normal. No todas las variantes del patrón normal son patológicas; el mejor ejemplo de variante de la normalidad sin patología es el retraso constitucional del crecimiento y el desarrollo.

El proceso de crecimiento y la talla adulta preocupan a la sociedad. Aunque la talla es un factor más percibido que real de éxito social, actualmente se le da gran importancia, la mayoría de la población quiere ser alta. La altura se relaciona con el estatus social, simboliza salud, éxito, prestigio, riqueza, belleza, incluso fertilidad¹. Los

Declaración de conflicto de intereses: este trabajo ha sido financiado por Lilly S.A.

Correspondencia: Dr. J.I. Diago Cabezudo.
Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A.
Avda. de la Industria, 30. 28108 Madrid. España.
Correo electrónico: diago_jesus_ignacio@lilly.com

Recibido en mayo de 2005.
Aceptado para su publicación en enero de 2006.

miembros más bajos de la sociedad son percibidos menos competentes¹. Diferentes análisis económicos indican que, en los varones, aquellos que consiguen una talla más alta tienen mayor éxito económico durante la edad adulta; esto sugiere que la talla puede influenciar en los logros económicos, sociales y vitales².

DEFINICIÓN

Se considera talla baja la talla menor de -2 DE (desviación estándar) de la media de la población de referencia para igual edad y sexo.

Diferentes entidades nosológicas se caracterizan por disminución de la velocidad de crecimiento y talla anormalmente baja. Unas corresponden a patologías bien caracterizadas; otras a la denominada talla baja idiopática (TBI), que incluye a niños con un crecimiento por debajo de -2 DE de la talla media de la población de similar edad y sexo, en los que se han descartado las causas conocidas de talla baja, siendo su etiología, actualmente, desconocida. En general, su retraso de crecimiento suele hacerse evidente a partir de los 2-3 años de edad; su altura permanece de forma permanente por debajo de -2 DE hasta la talla adulta.

Para ser diagnosticado de TBI, un niño debe presentar:

1. Longitud y peso al nacer por encima de -2 DE de la media correspondiente a la población de similar edad gestacional y sexo.
2. Talla inferior a -2 DE de la media correspondiente a su población, edad y sexo.
3. Velocidad de crecimiento normal o baja, que no permite un crecimiento recuperador.
4. Fenotipo armónico.
5. Ausencia de déficit hormonales, enfermedad orgánica crónica, patología psiquiátrica y problemas emocionales.
6. Ingesta adecuada de nutrientes con estado nutricional normal.

Existen casos de TBI con agregación familiar; otros aparecen de forma aislada dentro de una familia: la presencia o no de antecedentes familiares de talla baja no debe ser un factor a favor ni en contra del diagnóstico.

El tempo de maduración a través del proceso de crecimiento puede ser lento o normal; algunos presentan talla baja y, además, un tempo de maduración lento. Sin embargo, no deberían ser incluidos en esta entidad aquellos individuos que, habiendo mostrado un crecimiento normal durante la etapa prepuberal, adquieren la talla baja durante los años en que la población de referencia inicia el desarrollo puberal, sin que en ellos sea evidente algún signo de pubertad, pues la talla baja puede ser consecuencia de la ausencia del inicio de la pubertad. El diagnóstico de TBI no incluye a aquellos niños que presentan

únicamente un retraso constitucional del crecimiento y el desarrollo, pues en la gran mayoría de ellos la talla final estará dentro de los rangos de normalidad.

Sin embargo, existen situaciones en las que se asocia talla baja de agregación familiar con retraso madurativo, cuyo pronóstico de talla adulta es bajo, menor de -2 DE de la media de la población de referencia. Por ello, aunque se cumplan los criterios anteriores, es necesario considerar cada caso individualmente.

TRATAMIENTO

Los niños diagnosticados de TBI carecen de déficit hormonales, de acuerdo a la respuesta de su hormona del crecimiento (GH) a los test de estímulo utilizados en la práctica clínica, que es normal. Cada vez existen mayores evidencias de que estos test, generalmente realizados con estímulos no fisiológicos, tienen una fiabilidad y una exactitud bajas³, pobre reproducibilidad, baja especificidad y baja sensibilidad⁴; sus resultados no siempre diferencian a los niños con disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-GH de los que lo tienen normofuncionante. Además, poseen una baja utilidad para diferenciar qué niños se podrían beneficiar de un tratamiento con hormona de crecimiento recombinante humana (rhGH) de quiénes no. Por ello, cada vez se cuestiona más su utilización rutinaria³.

Por otra parte, cada vez está más generalizada la idea de que la causa de la talla baja no es un factor determinante para decidir instaurar, o no, un tratamiento con rhGH. Las indicaciones de tratamiento con rhGH en pacientes pediátricos aprobadas desde 1985 corresponden a patologías con valores de GH normales: insuficiencia renal crónica, síndrome de Turner, síndrome de Prader-Willi y niños con talla baja nacidos pequeños para su edad gestacional. Entre los objetivos del tratamiento con rhGH en un niño con talla baja, independientemente de la etiología, está normalizar su estatura, anormalmente baja respecto al resto de individuos, así como mejorar su talla adulta.

Diferentes estudios han evaluado el efecto del tratamiento con rhGH en niños con TBI. En 2002, Finkelstein et al⁵ publicaron un metaanálisis de los estudios publicados hasta entonces. Analizaron datos procedentes de 38 estudios, 10 controlados y 28 sin grupo control. De ellos, 12 (cuatro controlados y ocho sin controlar, 454 pacientes en total) presentaban datos de talla final.

Los 188 niños participantes en los 4 estudios controlados con datos de talla final recibieron una dosis media de rhGH de 0,31 mg/kg de peso y semana, divididos en 6 dosis, durante una media de 5,3 años. Basalmente, las características del grupo en tratamiento y las del control no ofrecían diferencias estadísticamente significativas. La diferencia entre la talla media final alcanzada oscilaba entre 0,78 (análisis pareado) y 0,84 DE (análisis agregado), lo que significa 5 a 6 cm más alcanzados por los niños

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4143347>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4143347>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)