

TALLA BAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE INICIAL

Autor: Dra. Moyra Villarroel F., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen Portada: En el contexto de Atención Primaria, la consulta por talla baja es una consulta relativamente frecuente por lo que se debe tener presente los datos importantes tanto en la anamnesis como en el examen físico para poder orientarnos hacia una causa patológica o variante de la normalidad. En el siguiente artículo exploraremos el abordaje inicial en niños con talla baja.

Fecha: 17 de mayo de 2018

Palabras claves: Talla baja, Estatura, Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

La Talla baja se define como una longitud o estatura menor a 2DE o al percentil 3 para la edad y sexo, respecto a la media de la población de referencia ⁽¹⁾.

Está descrito que la talla baja alcanza una prevalencia de 3% en la población pediátrica ⁽²⁾, siendo una de las consultas más frecuente en la consulta endocrinológica. Por este motivo es fundamental conocer cual es el abordaje inicial en Atención Primaria, de manera de evitar derivaciones innecesarias al especialista.

ABORDAJE

En la evaluación inicial de un niño con talla baja hay 3 pilares fundamentales: Anamnesis, Examen físico e indicadores de crecimiento ⁽⁴⁾.

1. Anamnesis:

- Antecedentes perinatales: Preguntar por enfermedades maternas, crecimiento intrauterino, edad gestacional, peso y talla al nacer.
- Antecedentes personales: Tiempo de evolución de la talla baja, historia del desarrollo, encuesta nutricional, uso de fármacos/drogas, comorbilidades, hábitos y entorno social.
- Antecedentes familiares: Talla parental, edad de desarrollo puberal de los padres, edad menarquia madre, consanguinidad, enfermedades familiares de posible carácter genético.
- Consecuencias psicológicas: Inmadurez social/padres sobreprotectores, infantilización baja autoestima, acoso escolar, discriminación.

La anamnesis puede orientar hacia una enfermedad crónica, enfermedad genética, variantes de la normalidad, entre otras causas. A continuación se detallan algunas preguntas claves en la anamnesis y a que nos orientan⁽⁴⁾:

- ❖ Orientan a enfermedad crónica: ¿Su hijo tiene alguna enfermedad, ha tenido alguna hospitalización o cirugía? ¿Su hijo tiene tos crónica, diarrea crónica y/o malabsorción?
- ❖ Orientan a enfermedad genética: ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad en la familia? ¿Su hijo se ha desarrollado normalmente?
- ❖ Orientan a disminución aportes nutricionales: ¿Tiene suficiente plata y comida para vivir el mes?

2. Examen físico:

El examen físico debe ser exhaustivo y detallado, con énfasis en: peso, talla, proporciones corporales, estadio puberal, signos de enfermedad crónica o endocrinopatía, y búsqueda de estigmas genéticos ⁽¹⁾. No olvidemos que existen síndromes que se presentan con talla baja en el 100% de los casos, tales como:

- Síndrome de Turner ⁽⁵⁾: Implantación baja de cabello (42%), cuello alado (40%), estenosis aórtica (55%), tórax ancho y mamilas separadas (80%), cúbito valgo (47%), infertilidad y amenorrea (99%), talla baja (100%).
- Síndrome de Noonan ⁽¹⁾: Cabeza en triángulo invertido, frente amplia, cuello alado, cúbito valgo, deformación esternal, talla baja, entre otras.

3. Indicadores de crecimiento:

Dentro de los indicadores de crecimiento se encuentra: la talla diana, estatura, curva de crecimiento, velocidad de crecimiento y relación peso/talla ⁽⁴⁾; y todos ellos los podemos obtener con los recursos que se tienen en Atención Primaria.

La curva de crecimiento nos otorga gran información en relación a cómo ha sido la evolución de la talla, siendo necesario recordar algunos conceptos:

- el 75% de los niños se moverá del percentil en el que nació, acomodándose al canal familiar antes de los 2 años ⁽⁴⁾.
- cualquier cambio en la curva entre los 2 años y la pubertad se debe considerar como patológico ⁽⁴⁾.
- si se compromete primero el peso y luego la talla, esto nos orienta a una enfermedad sistémica como causa del hipocrecimiento. Son ejemplos de esta: enfermedades renales, cardíacas, pulmonares o malabsorción crónica ⁽¹⁾.

1. Talla Baja Primaria: Síndromes genéticos, displasias esqueléticas, niños pequeños para la edad gestacional sin crecimiento compensatorio, etc.
2. Talla Baja Secundaria: Desnutrición, enfermedades sistémicas, endocrinopatías, desórdenes eje GH/IGF1, enfermedades metabólicas, psicossocial, iatrogénicas.
3. Talla Baja Idiopática: talla baja sin evidencias de enfermedad luego de una evaluación completa por endocrinólogo pediátrico, incluyendo niveles de GH ⁽⁶⁾.
4. Variantes de la normalidad (60-80% de las talla baja): Talla Baja Familiar (TBF), Retardo Constitucional del crecimiento (RCC).

CUANDO DERIVAR A UN NIÑO CON TALLA BAJA ^(1, 4, 6)

Se sugiere derivar en caso de:

- Síntomas de enfermedad crónica: Tos, diarrea, malabsorción.
- Antecedentes familiares de enfermedad genética.
- Talla/edad <3DE
- Talla/edad <2,5DE en repetidos controles
- Diferencia entre carga genética y talla actual >2DE
- Velocidad de crecimiento <4cm/año a CUALQUIER edad
- Caída sostenida de percentiles/1DE de talla luego de los 18-24 meses de edad
- Talla Baja asociada a desproporción o dismorfias
- Talla Baja sin antecedentes de TBF/RCC y examen físico normal
- Talla Baja + relación Peso/Talla disminuido

RESUMEN:

La consulta por talla baja es una consulta que nos puede llegar a Atención Primaria.

Es muy importante poder orientarnos con una buena anamnesis y examen físico, teniendo en mente las etiologías más frecuentes y las banderas rojas, de modo de poder orientar el diagnóstico y derivar de manera oportuna para iniciar los estudios correspondientes.

REFERENCIAS:

1. Dra. Verónica Mericq G., Dra. Jeannette Linares M., Dr. Joel Riquelme. Talla Baja: Enfoque Diagnóstico Y Bases Terapéuticas. Rev. Med. Clin. Condes 2013,24(5) , 847-856
2. Batty G.D., et al. Height, wealth, and health: an overview with new data from three longitudinal studies. Economics & Human Biology 2009 Jul;7(2):137-52.
3. Dra, Isabel Tonealba M.; Dra. Matilde Maddaleno H.; Dr. Francisco Beas F.; Dra. Lilian Cuadra C.; Dra. America Espinoza M.; Dra. Amanda Cortínez R., Dra. Martha Eggers M. ; Dra. Cecilia Henríquez del V . Algunas características clínicas de pacientes con retardo de crecimiento. Rev. Chil. Pediatr. 1986 57(6): 501 505.
4. Alan D. Rogol, MD, PhD¹, and Gregory F. Hayden, MD². Etiologies and Early Diagnosis of Short Stature and Growth Failure in Children and Adolescents. J Pediatr 2014;164:S1-S14.
5. Barreda Bonis AC, González Casado I, Gracia Bouthelie R. Síndrome de Turner. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2011;1:218-27.
6. P. Cohen, A. D. Rogol, C. L. Deal, P. Saenger, E. O. Reiter, J. L. Ross, S. D. Chernausek, M. O. Savage, and J. M. Wit. Consensus Statement on the Diagnosis and Treatment of Children with Idiopathic Short Stature: A Summary of the Growth Hormone Research Society, the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, and the European Society for Paediatric Endocrinology Workshop. J Clin Endocrinol Metab. 2008 93(11):4210-7