



Caso clínico. Endocrinología

Retraso constitucional del crecimiento: un reto para el pediatra de Atención Primaria

Raquel Acebes Puertas^a, Ana M.^a Fierro^b, M.^a Teresa Arroyo Romo^b,
Pilar García Gutiérrez^b, Mónica Sanz Fernández^b, Teresa Cancho Soto^c

^aPediatra. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

^bPediatra de Atención Primaria. CS Pisuerga. Arroyo de la Encomienda. Valladolid. España.

^cMIR Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Publicado en Internet:
24-marzo-2022

Raquel Acebes Puertas:
j.abril.ray@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Considerado el extremo del espectro normal del inicio puberal y la primera causa de pubertad retrasada, supone un desafío para el pediatra al no existir pruebas específicas para su diagnóstico.

Etiología desconocida. Supuesto origen genético al existir antecedentes familiares en el 50%.

En nuestra sociedad, donde el aspecto físico es tan importante, la talla baja y el escaso desarrollo corporal implica una importante afectación psicológica en estos pacientes, en su mayoría varones.

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Paciente de 13 años y 2 meses con talla baja desde los 3 años. No patologías relevantes. Somatometría normal al nacimiento. Desaceleración del crecimiento desde los 2 años, manteniendo talla en P 3 con velocidades de crecimiento normales. Edades óseas retrasadas 2-3 años. Talla diana: 172,95 +/- 5 cm. Estudios analíticos y hormonales normales. Padre y tío paterno con desarrollo puberal retrasado.

Exploración física: peso, 27,8 kg (p3, -1,95 DE). Talla: 131,1 cm (p3, -1,99 DE). Armónico. Fenotipo normal. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. No vello púbico ni axilar. Testes en bolsas escrotales de 3 cm.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Exploraciones complementarias:
 - Radiografía de mano y muñeca izquierdas: Edad ósea (según atlas de Greulich & Pyle) 10 años para edad cronológica de 13 años y 2 meses (retrasada). Pronóstico de talla final acorde a talla diana.

- Analítica sanguínea: hemograma, perfil renal, hepático, lipídico y de anemias normales. Hormonas tiroideas normales.
- FSH 2,37 UI/i. LH 0,1 UI/i. Testosterona 0,11 ng/ml.
- Inhibina B 41 pg/ml, hormona antimülleriana 132 pmol/l.
- Tratamiento: actitud expectante. Terapia psicológica si afectación importante.
- Interconsulta a Endocrinología si testículos menores de 4 cm con 14 años.

CONCLUSIONES

El pediatra de Atención Primaria es quien mejor controla el crecimiento. Tiene una posición privilegiada para detectar patologías en el desarrollo puberal que supondrían una pérdida de talla final y problemas psicológicos.

Asimismo, maneja las herramientas básicas para realizar el seguimiento de las tallas bajas, derivando al endocrinólogo las que precisen pruebas complementarias hospitalarias o planteen dudas diagnósticas.

Será precisa una correcta coordinación entre Atención Primaria y Especializada, pero puede realizarse el seguimiento desde Atención Primaria, controlando la aparición de signos puberales y el adecuado ritmo de crecimiento.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

FSH: hormona foliculoestimulante • LH: hormona luteinizante.

Cómo citar este artículo: Acebes Puertas R, Fierro AM, Arroyo Romo MT, García Gutiérrez P, Sanz Fernández M, Cancho Soto T. Retraso constitucional del crecimiento: un reto para el pediatra de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2022;(31):e65.