

Talla Baja en Adolescente

Dr. Rodrigo Araya M.

Becario Medicina General Familiar
Universidad de Chile

Motivo de Consulta (lo subjetivo)

Mónica, de 12 años y 8 meses, es traída por su madre porque la encuentra "chica" en relación a las otras niñas de su edad.

Historia y exploración (lo objetivable)

En el marco del Programa del adolescente se realiza evaluación integral con el formulario CLAPS - OPS.

Con relación al motivo de consulta se objetiva lo siguiente:

Talla	:141 cm.
Peso actual	: 31,5 kilos
Talla / edad cronológica	:155,1 cm (-2 a -3 DE)
Peso / edad cronológica	: 44,6 Kg. (- 2 DE)
Peso / Talla	: 91,1 % (normal)
Etapas de Tanner	: II

Otros aspectos importantes: Familia nuclear con hijos adolescentes, Nivel Socio Económico Bajo, padres casados, cesantes, 3 hijas de 15, 12 y 10 año, problemas de comunicación entre padres y hermanas, irregular patrón alimentario de Mónica en horarios y en calidad, almuerza en la escuela a la cual asiste irregularmente, buen rendimiento escolar, cursa 7° básico.

De acuerdo al índice T / E nuestra paciente tiene **Talla Baja** (el criterio es un índice T/E menor a 2 DE o bajo el Percentil 3), y no cursa Desnutrición Aguda.

Se procede a evaluar:

1.-Velocidad de crecimiento:- Disminuida: Se calcula observando el incremento de la talla entre dos mediciones sucesivas (mínimo 6 meses a un año) u observando la curva T / E. Mónica a los 8 años estaba en rango Normal (límite) y a los 10 años 4 meses en -1 DE. Entre los 8 y 10 años creció 4 cm por año y entre los 10 y los 12 años creció 4,5 cm por año lo que se encuentra bajo el Percentil 10 de la curva de Velocidad de crecimiento de Tanner.

2- Edad / Talla:- Corresponde a la edad en la cual el promedio de los niños sanos alcanza esa talla. En esta talla corresponde a los 10 años 3 meses.

3- Carga genética

Niñas: $[(\text{Talla padre} - 13) + \text{Talla madre}] / 2 =$
 $(166 - 13) + 153 = 153 \pm 5 \text{ cm}$

Niños: $[(\text{Talla padre} + (\text{Talla madre} + 13))] / 2$

Esta estimación se lleva a la curva Talla / Edad y corresponde a la talla estimada que tendrá a los 18 años, en nuestro caso ésta se ubica por bajo el percentil 5 a esa edad.

4- Edad Osea: Radiografía de Carpo de la mano izquierda en los mayores de 1 año, de Tibia en los menores. Según el Atlas de Grunlich y Pyle el caso corresponde a +/- 12 años

5- Apariencia:- No hay asimetría de segmentos ni dismorfias por los que es Normal.

6- Exámenes: Hemograma, orina completa, coproparasitológico normales.

Hipótesis Diagnóstica (Assesment: valoración)

Las causas más frecuentes de talla baja son la familiar y la constitucional, ambas con una velocidad de crecimiento normal.

En este caso se trata de una adolescente con apariencia normal, velocidad de crecimiento disminuida, y con una relación Peso/Talla Normal por lo que debe pensarse en una "Desnutrición Crónica", lo que está sostenido también por la historia clínica: curva de Peso/Edad que venía por debajo del Percentil 5 antes de los 6 años y que se mantiene en ese Percentil hasta hoy y compromiso de la talla progresivo desde los 8 años (en la desnutrición se compromete después la Talla).

Se puede inferir que Mónica tiene Talla Baja por una Desnutrición crónica, pero está en el carril de crecimiento de la carga genética de sus padres, por lo que el factor familiar también está influyendo, más si se considera que se trata de una familia de estrato socioeconómico bajo en que los padres puede que tampoco hayan expresado su potencial genético. Tiene a su favor que su desarrollo puberal está en Tanner 2, en que aún tiene posibilidad de crecimiento por no tener aún su menarquia.

Plan de intervención individual y familiar

En primer lugar informar a la adolescente y madre las conclusiones del análisis para favorecer la relación terapéutica y preventiva.

Individual

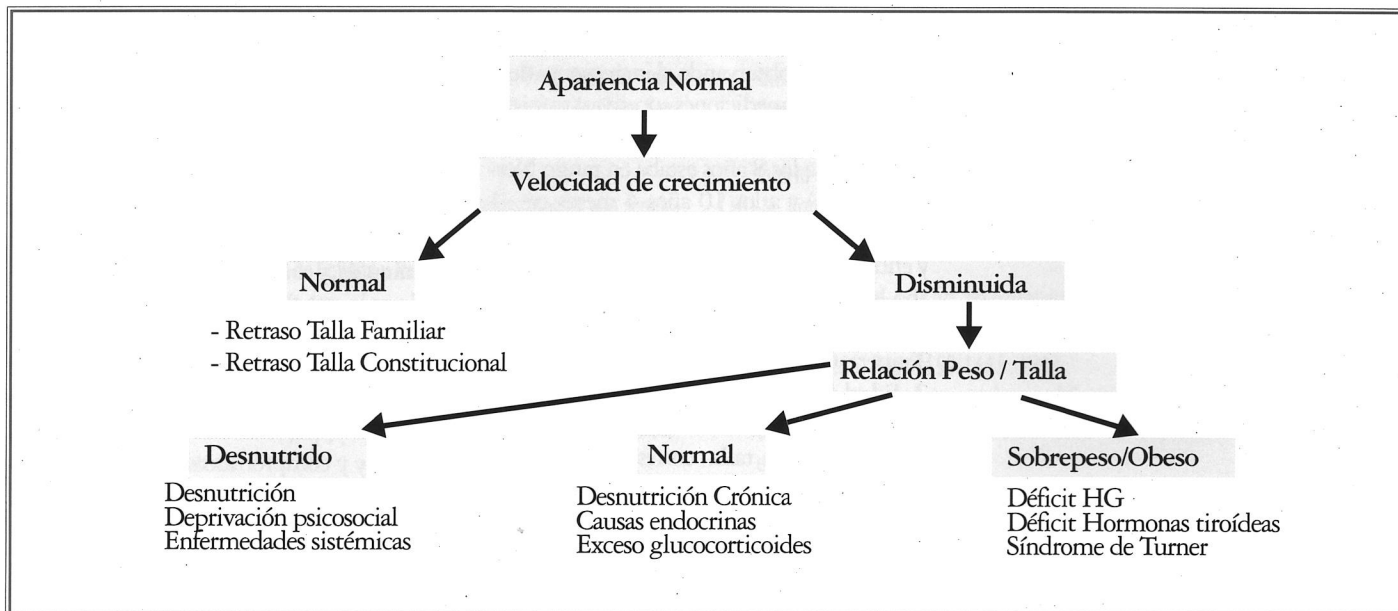
- Motivación para modificar patrón alimentario que evite obesidad.
- Suplementar los 2 principales micronutrientes Calcio y Hierro; el Zinc debiera obtenerse privilegiando los alimentos que lo contienen (carnes, pescados, huevos y leche). Requerimientos diarios: Cal-

cio 1200 mg; Hierro: Hombres 10 a 12 mg, Mujeres 15 mg; Zinc: hombres 15 mg, mujeres 12 mg.

- Controles compartidos con Nutricionista del Cesfam, por lo menos cada dos meses.
- Motivar al ejercicio físico que mejor utilice el potencial genético.

Familiar

- Motivar al cambio de sus patrones alimentarios, potenciando el rol de la madre en este aspecto. Selección de los mejores alimentos según sus posibilidades económicas, pero eligiendo según su contenido de nutrientes, labor que se realizará a través de Nutricionista y Enfermera del Cesfam.

**Comentarios de la Especialista:**

Para clasificar a un adolescente como talla baja es necesario corregir la edad cronológica a edad biológica según la etapa de Tanner del desarrollo puberal. En este caso correspondería a una adolescente con una edad biológica de 10 años 6 meses (Clasificación de edad biológica según Tanner: M2: 10 años 6 meses; M3: 11 años; M4: 12 años, si aún no tiene menarquia).

Teniendo en cuenta este criterio se calcula la talla ideal, según edad biológica (tablas de evaluación de estado nutricional de Gladis Barrera)

Edad biológica según Tanner : 10 años 6 meses

Talla ideal según edad biológica : 141,5 cm.

Peso ideal según edad biológica : 34,0 Kg.

- % adecuación talla/edad: $Talla\ real / talla\ ideal \times 100 = 141 / 141,5 = 99,6\%$ normal
- $Z = 141,5 / 148,4 (+ 1\ DE\ sobre\ la\ talla\ ideal) - 141,5 = -0,079$ (normal -1 DE a 1DE) normal

En resumen: según edad cronológica sería talla baja, pero según edad biológica estaría dentro de parámetros normales. Existiendo ambas mediciones el estudio complementario de todas maneras es necesario ya que ello permite tratar cualquier causa que pueda alterar el potencial genético, que en este caso ya es bajo y aportar elementos que resuelvan lo mejor posible las dudas de la familia.

Referencias

(1) José A. Rodríguez P, "Endocrinología Clínica", Editorial Mediterráneo, 2000, Cap. 14

(2) R. Taylor, "Medicina de Familia", 5ª Edición, Versión CD, Cap. 22.

(3) Cromer et al., Journal of Adolescent Health, Vol. 13, N° 2 S (March 1992 Supplement)