

¿No crece porque no come o no come porque no crece?

DR. FERNANDO MAÑÉ GARZÓN

*Quies autem vestrum
cogitando potest adiicere
ad statorum suma cubitam unum?*
Lucas, 12:25

I

Las alteraciones del crecimiento han pasado a ser en la última década uno de los temas de mayor actualidad en clínica pediátrica. Al disminuir, prevenir y tener líneas seguras y fecundas de tratamiento de las enfermedades transmisibles, el conjunto de afecciones genéticas y neuroendocrinas ha adquirido mayor gravitación y creciente dedicación por encontrarse una parte muy sustancial de ellas aún en el inicio de su completo conocimiento y muchas sin un tratamiento eficaz y efectivo.

Las alteraciones del crecimiento tienen un lugar preferencial junto a las alteraciones de la morfogénesis (las mal llamadas malformaciones congénitas) y el retardo mental. En nuestra población, calculada en tres millones de habitantes, existen 75 mil de baja estatura (mujeres: 160 cm, hombres: 150 cm) de los cuales 30 mil son menores de 21 años. De éstos sólo 2.800 son de causa orgánica específica (3% anomalía de Down, otras aberraciones cromosómicas 5%, síndrome de Turner 15%, etcétera).

Mucho tiempo este tema se trató relacionado con el hipocrecimiento, denotando un diagnóstico de situación fija, dado por los hechos y la cronología. Hoy, como en todo en medicina clínica, debemos propender al diagnóstico precoz y hablar de falla de crecimiento: concretar el diagnóstico en el momento en que se produce la deflexión del proceso dinámico del crecimiento, ya sea fetal, neonatal, en la primera infancia, en la niñez o en la pubertad.

Imbuidos por la medicina clásica, ambientacionista, nutritiva y microbiológica, se buscó con esmero la causa exógena, tomando la consecuencia por la causa. *No crece porque no come*, a lo que se opuso primero una larga

lista de acciones dietéticas y medicamentosas en donde abundaba la sobrealimentación con cereales, grasas o extractos proteicos, por un lado, y otra larga lista de medicaciones empíricas: inyecciones de calcio, vitaminas y antibióticos.

Una renovación nosológica basada en hechos descriptivos y experimentales mostró una realidad que se confundía con las apreciaciones del empirismo, y permitió comprobar causas intrínsecas de la falta de crecimiento. *No come porque no crece*. Un organismo en desarrollo que baja su potencial de crecimiento disminuye sensiblemente su demanda calórica.

Son conocidas las causas exógenas de falla de crecimiento (déficit calórico primario, carencia afectiva, etcétera) y constituyen un problema de primerísima importancia en la atención primaria, que debe ser tratado a ese nivel asistencial y no en el de sus complicaciones, dado que es la causa de internación más frecuente del niño menor de un año (la infección sigue a la desnutrición como la sombra al cuerpo). Para evitar esta causa de falla de crecimiento en los primeros meses de vida, sabemos cómo se debe proceder, aunque no queremos hacerlo. La atención primaria del niño menor, del infante, no ha cambiado en Uruguay desde hace muchos años y su no reestructura es una de las fallas más graves de la pediatría nacional.

Pero aquí nos dedicaremos a estudiar en primer término las diferencias entre esas dos situaciones y luego cada una de ellas.

II

Ante la primera situación (*No crece porque no come*), frecuente sobre todo en el infante, basta suministrar un correcto aporte calórico para revertirla (prueba de Forman), teniendo en cuenta muy especialmente el tiempo requerido para la readquisición de las funciones de absorción y asimilación (los cuatro períodos de la historia

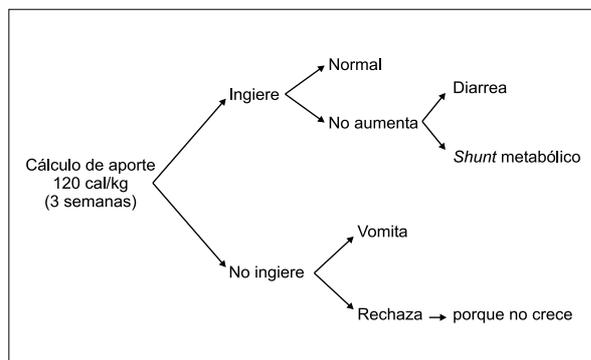


Figura 1. Prueba de Forman

natural del estado distrófico: actividad de distrofia, reparación, recuperación y normalización) (figura 1).

III

La circunstancia de la falla de crecimiento por carencia afectiva, reconocida como entidad especial desde 1967, constituye una situación intermedia entre las dos propuestas: *Come y no crece*. Es la causa más común de falla de crecimiento. A veces comen vorazmente y no crecen, tiene hormona de crecimiento baja, retardo de la edad ósea y un síndrome psíquico depresivo.

La segunda situación (*No come porque no crece*) tiene determinante endógeno, puede haber algún fenómeno exógeno o parásito: infección, depresión por carencia afectiva, pero su causa debe buscarse en el ciclo intraorgánico de la materia (figura 2).

IV

Es muy diferente la orientación diagnóstica según la edad del sujeto investigado. Partimos desde la concepción y cuando podemos medir el crecimiento: retardo de crecimiento intrauterino que culminará en un recién nacido pequeño para la edad de gestación. Cuatro factores inciden en ello; causa exógena al *propositus*: enfermedad materna, situación ambiental, patología del embarazo (infecciosa, tóxica, hipotóxica) y causa fetal. Es esta última la que más nos interesa. Dentro de ella existe un número cada vez mayor de causas que se identifican en los síndromes específicos caracterizados entre otras cosas por el bajo potencial mitótico que conduce a una falla inicial del crecimiento:

- 1) Errores congénitos del metabolismo de causa genética simple, generalmente de herencia recesiva.
- 2) Aberraciones cromosómicas clásicas (aneuploidias: anomalía de Down, trisomía 13, trisomía 18, *cri du chat*, síndrome de Turner, etcétera).

- 3) Aberraciones cromosómicas por selección de genes contiguos (tumor de Wilms, síndrome de Willi-Prader, Zellweger, etcétera).
- 4) Síndromes displásicos específicos (síndrome de Silver-Russell, Cornelia de Lange, etcétera), cuyo sustrato génico es desconocido o discutido.

La situación diagnóstica cambia si nos enfrentamos a la falla de crecimiento posneonatal; cuando el crecimiento es normal hasta los primeros meses o años, la curva rápida o lentamente defleciona y cae en los desvíos estándar de alarma o riesgo.

Por tanto, la responsabilidad clínica debe estar dirigida a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento que cumpla con las siguientes premisas:

- 1) Detectar la falla de crecimiento precozmente en cada uno de los grupos etarios señalados.
- 2) Utilizar una metodología diagnóstica precisa, segura y eficaz, evitando demoras, falsas rutas (síndrome de Ulises), gastos innecesarios.
- 3) Proponer el tratamiento, siempre lo hay, si bien es cierto que en grado variable, muy específico.
- 4) Controlar simultáneamente el desarrollo neuropsíquico, de capital importancia para una adecuada asimilación.
- 5) Detectar manifestaciones tardías de la afección (por ejemplo enfermedad cardiovascular en el síndrome de Turner, compresiones medulares en las condrodistrofias).
- 6) Tratar psicológicamente a estos pacientes a fin de hacerles aceptar su condición somática.

Entre los niños de baja estatura existe una proporción mínima, es cierto, que tiene como causa específica un déficit de la hormona de crecimiento. Su causa puede ser ambiental (poshipoxoisisquémica del período perinatal) o genética (de herencia autosómica dominante o recesiva y ligada al cromosoma X), suministrándose hormona de crecimiento. El costo de este tratamiento obtenido por ingeniería genética supera los 100 mil dólares anuales. En nuestra población –extrapolando cifras de otros países que tienen igual incidencia– existirían entre 150 y 200 casos de esta afección; por tanto, insumiría un gasto aproximado de 15 a 20 millones de dólares anuales. Si a ello agregamos, dentro del grupo de sujetos de baja estatura, la causa *no orgánica* que eventualmente respondería al tratamiento con esta hormona, la cantidad se hace totalmente irracional. No todo, por otro lado, está a favor del tratamiento con hormona de crecimiento. Éste aumenta la incidencia de neoplasias, en especial de leucemia aguda linfoblástica, y la aceleración

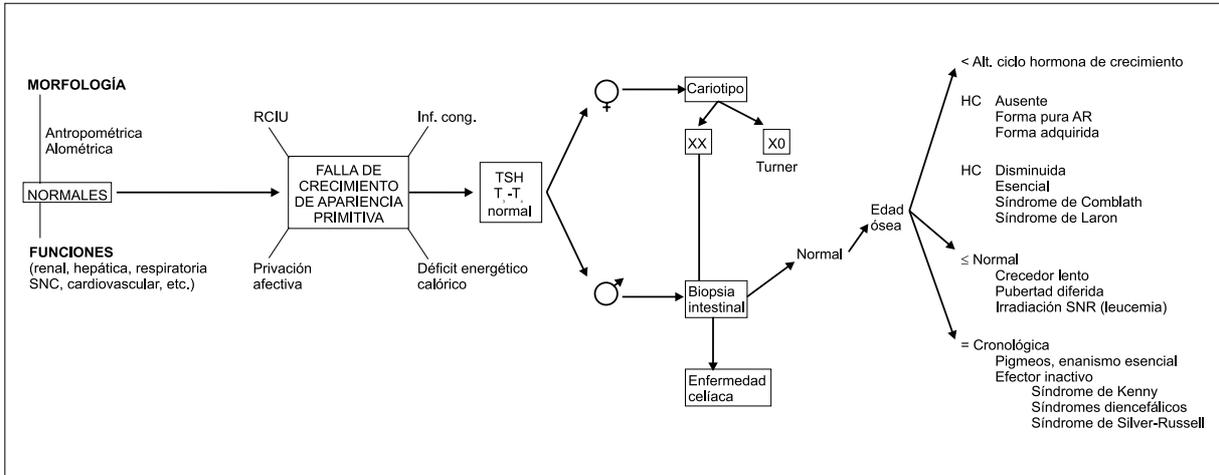


Figura 2. Algoritmo diagnóstico de la falla de crecimiento

del crecimiento que produce no está siempre en relación con la estatura final alcanzada.

Nuestro país está aún lejos de encarar esta situación en materia de asistencia. Otras prioridades de salud de menor costo aún no están cubiertas (disminución de la mortalidad infantil, profilaxis del retardo mental, hidati-

dos, profilaxis del cáncer, en fin). Pero esto no implica dejar de reconocer el problema y buscarle solución en la medida de nuestras posibilidades. Una proporción cada vez mayor de otras causas de falla de crecimiento tienen cada día más posibilidades de tratamiento, siempre que sea antecedida de un atinado y precoz diagnóstico.