
CASO CLINICO

Falla de medro

Failure to thrive

Drs: Indhira Alparo Herrera*, Nelson Ramírez Rodríguez, Roxana Quisbert Cruz*****

Resumen

Presentamos el caso clínico de un paciente atendido en el hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, que corresponde a una falla de medro como causa de desnutrición secundaria. Aprovechamos el tema para hacer una revisión del mismo.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 100-4: falla de medro, desnutrición.

Abstract:

We present a clinical case of patient seen at Childrens' Hospital "Ovidio Aliaga Uria", suffering from failure to thrive due to a secondary malnutrition. We decided to revise the subject.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 100-4: failure to thrive, malnutrition.

Introducción

La desnutrición es una enfermedad grave y frecuente, causante del incremento de los niveles de mortalidad en la población infantil boliviana.

El programa "Desnutrición Cero" con los diez pasos estandarizados para el manejo del niño desnutrido agudo grave es ampliamente conocido en el país y responsable de la disminución de los niveles de mortalidad por esta causa, sin embargo este programa solo está indicado en desnutridos agudos graves primarios, dejando de lado los niños desnutridos graves secundarios.

En la práctica clínica la disquisición para el diagnóstico y manejo de desnutrición primaria y secundaria es aún dificultosa ya que existen pacientes que cuestionan nuestra capacidad clínica para definir claramente ambos procesos.

Existen diversos cuadros asociados a desnutrición; determinar si es primaria o secundaria se basará en la anamnesis alimentaria, cronología de presentación, curva de crecimiento individualizada y los antecedentes familiares y del paciente (prematurez, alergias, enfermedades crónicas, etc.).

El manejo de la desnutrición secundaria depende básicamente de la clínica de base que ha condicionado el deterioro nutricional; la falla de medro es considerada causa de desnutrición secundaria, su definición y manejo obedecen a diversas alteraciones en la curva de crecimiento existiendo además protocolos de estudio estandarizados para definir conducta cuando corresponde a una verdadera falla de medro.

* Pediatra Gastroenteróloga. Hospital del Niño "Dr. Ovidio aliaga Uría". La Paz

** Pediatra Gastroenterólogo. Hospital Arco Iris. La Paz

*** Residente de Primer año. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". La Paz

Correspondencia: Dr. Indhira Alparo, correo electrónico: indhirawara@hotmail.com

Conflicto de intereses: el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

Artículo recibido el 1/5/12 y que fue aceptado para su publicación el 23/7/12.

Caso clínico

Paciente masculino de 1 año de edad, procedente de la ciudad de Potosí, producto del segundo embarazo, parto institucional eutócico, con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, alimentación complementaria desde los 6 meses, con esquema de vacunación completa.

Internado por 1 mes en el Hospital Bracamonte de Potosí con diagnóstico de desnutrición aguda grave, ingresó al protocolo de manejo estandarizado para este tipo de pacientes, con evolución tórpida por lo que fue transferido a centro de mayor complejidad, los diagnósticos de transferencia fueron: desnutrido grave emaciado, síndrome de mal-absorción.

De acuerdo a la historia clínica existió pobre ganancia de peso, con falta de apetito de 4 meses de evolución y datos clínicos de enfermedad de reflujo gastroesofágico. Peso de ingreso en el Hospital Bracamonte: 6300 g, peso de egreso 6500 g. Peso de ingreso en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria” 6.100 g, talla 73 cm, Perímetro cefálico 43 cm. Con índices antropométricos compatibles con desnutrición aguda grave y microcefalia (P/T < -3DE, Percentiles P/T < P₃, T/E <M, perímetro cefálico < P₃)

Al examen físico de ingreso, buen estado general, emaciado, sistema cardiovascular y respiratorio sin alteraciones, abdomen sin alteraciones, trefismo muscular disminuido, desarrollo psicomotor adecuado para la edad.

Estudios complementarios realizados durante su internación: hemograma: Hb 123 g/L, GB 6,8 x 10⁹/L; grupo “A” RH positivo; química sanguínea: AST-ALT, creatinina, ionograma, glicemia, TPT: normales; proteínas totales 5,9 g/dL, albumina 2,8g/dl/L; examen general de orina: normal; serología para TORCHS: IgG reactivo IgM no reactivo, Retrovirus Negativo; hormonas tiroideas normales; serie esófago gastroduodenal normal y ac antiendomiso y gliadina negativos.

De acuerdo a protocolo de investigación en cuadros de falla de medro se procedió a realización de otros estudios; considerando el perímetro cefálico por debajo del Percentil 3 para la edad, se realizaron radiografías de cráneo, mismas dentro de parámetros normales. Edad ósea compatible con 9 meses; inferior a la edad cronológica. Biopsia intestinal per-oral con Cápsula de Watson, informa en el estudio histopatológico duodenitis. Tomografía de cráneo con informe que indica: macroadenoma hipofisario probable cráneo-faringeoma. Con indicación de biopsia para definir diagnóstico.

Los diagnósticos finales son: desnutrición diencefálica, síndrome de Russel, tumor hipotalámico.

Discusión

La falla de medro tiene diversas definiciones, es conocida como: crecimiento insuficiente, retraso de crecimiento del lactante, subnutrición, malnutrición, sin embargo la falla de medro es tan solo la descripción clínica de diversos cuadros que secundariamente producen desnutrición.

Es considerada la “*Nemesis*” del milenio, y es marcador importante de maltrato infantil.

Otras definiciones indican:

- Niño menor de 2 años de edad cuyo peso está por debajo del p3 o p5 en más de una ocasión
- Niño menor de 2 años de edad cuyo peso es menor al 80% del peso para su edad
- Niño menor de 2 años de edad cuyo peso cae 2 percentiles en la curva de crecimiento estandarizada a lo largo del tiempo.
- Incremento de peso menor a 2 DE durante un intervalo igual o mayor a 2 m en menores de 6 m o mayor a 3 m en mayores a 6 meses.
- Descenso de la velocidad de crecimiento basada en la propia curva del niño aunque no esté por debajo del P3

- Fracaso del crecimiento lineal, retraso ponderal para la edad y/o talla o cuando la velocidad de crecimiento ha disminuido a lo largo de un período de tiempo determinado en menores de 2 años.

Sin embargo se sabe que el crecimiento en un niño sano no es continuo, pueden existir periodos de falta de crecimiento con aplanamiento de la curva de crecimiento individualizada hasta de 2 meses, consideradas normales. UNICEF indica porcentajes a nivel mundial de aproximadamente 40% con alguna alteración nutricional, siendo de importancia las alteraciones cognitivas y la

disminución en la capacidad de trabajo en edad adulta.

La tendencia de desnutrición crónica en Bolivia es alta, nos encontramos por debajo de países incluso en las mismas condiciones de deterioro económico, sin embargo cuántos de estos niños tienen criterios de desnutrición secundaria o falla de medro, no existen datos a este cuestionamiento ya que los niños son evaluados casi siempre con la premisa de desnutrición primaria aguda o crónica.

La falla de medro se considera secundaria a causas orgánicas, inorgánicas y mixtas. Las mismas se resumen en el cuadro # 1.

Cuadro 1: Causas orgánicas e inorgánicas de Falla de Medro

<p>Ingesta inadecuada de nutrientes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Técnica de alimentación inadecuada – Alteración relación cuidador-niño – Pobreza, dificultades económicas – Ingesta inadecuada de nutrientes (preparación inadecuada de la fórmula, negligencia, comida basura) – Inadecuado conocimiento de padres y cuidadores – Lactancia insuficiente – Reflujo gastro-esofágico severo – Problemas psicosociales – Disfunción madre-hijo – Problemas mecánicos (paladar hendido, obstrucción nasal, hipertrofia adenoidea, lesiones dentales) – Anomalía en la succión o deglución 	<p>Alteraciones en la absorción o aumento de pérdidas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mal-absorción (intolerancia a la lactosa, fibrosis quística, enfermedad celíaca, cardiopatías, enfermedad inflamatoria intestinal, alergia a PLV, parásitos) – Cirrosis, AVBEH – Vómitos severos (gastro-enteritis prolongada, Hipertensión intracraneana, insuficiencia suprarrenal, fármacos) – Obstrucción intestinal (estenosis pilórica, hernia, malrotación intestinal, invaginación) – Diarrea persistente o crónica – Enterocolitis necrosante, síndrome de intestino corto
<p>Disminución apetito. Incapacidad para ingerir grandes cantidades</p> <ul style="list-style-type: none"> – Problemas psicosociales-apatía – Hipo o hipertonía, debilidad muscular – Enfermedad cardiopulmonar – Anorexia secundaria a infección crónica o inmunodeficiencia – Parálisis cerebral – Tumores del SNC, hidrocefalia – Síndromes genéticos – Anemia – Estreñimiento crónico – Trastornos gastrointestinales: ERGE, obstrucción gastrointestinal – Anomalías cráneo-faciales fisura-palatina, micrognatia 	<p>Requerimientos aumentados de nutrientes o utilización ineficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hipertiroidismo – Cáncer – Enfermedad inflamatoria crónica intestinal – Artritis reumatoide juvenil y otras enfermedades crónicas – Enfermedades sistémicas crónicas o recurrentes (TBC, infección urinaria, toxoplasmosis) – Metabolopatías: enfermedades de depósito, errores innatos del metabolismo) – Insuficiencia respiratoria crónica (fibrosis quística, displasia broncopulmonar) – Cardiopatía congénita o adquirida

Otras causas inorgánicas importantes en la etiología de la falla de medro están relacionadas básicamente a trastornos alimentarios post-traumáticos (atragantamientos, trauma orofaríngeo, instalación SNG/SOG, intubación y otros procedimientos), cuadros de anorexia infantil y secundarias a negligencia de parte de los cuidadores que incluyen: depresión y estrés marital, historia de violencia familiar, madre con retardo mental, padres muy jóvenes, abuso de alcohol, drogas y marginación.

La clasificación psicosomática de la anorexia infantil incluye:

- **Periodo de inapetencia transitoria** en el parto, perpetuado por madre ansiosa.
- **Anorexia neonatal activa y de inercia**
- **Anorexia común precoz**, en el segundo trimestre con introducción de nuevos alimentos y cambios en la rutina diaria
- **Anorexia mental compleja de la primera infancia** con formas psicóticas, depresivas y fóbicas.

Para el diagnóstico verificar dos vertientes básicas:

1. Por ingesta inadecuada o insuficiente de alimentos: falta de nutrientes, creencias culturales erróneas, técnicas de alimentación erróneas. Donde la intervención incluye: información, educación, promoción y seguridad alimentaria.
2. Por causa orgánica o infecciosa, de acuerdo a los síntomas e intervención clínica con examen físico y diagnóstico y tratamiento causal.

Los estudios de laboratorio deben incluir:

<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Ionograma • Fósforo y magnesio séricos • Proteínas séricas y albúmina • Bioquímica hepática y renal • Ferritina • Examen general de orina y Urocultivo • Grasa fecal 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos: anti gliadina, antitransglutaminasa • Coproparasitológico seriado • Edad ósea • Protocolo de Tb • Test del sudor • TORCHS • Retrovirus • H. tiroideas
--	---

Y de acuerdo a sospecha diagnóstica

- Inmunoglobulinas, IgE, IgAss, IgA, IgM, IgG
- Biopsia intestinal
- SEGD, Tránsito intestinal, Cólón por enema.
- Descartar *H. pilory*
- TAC de cráneo, abdomen, etc.
- Radiografía de tórax
- Hidrógeno espirado
- Valoración genética y endócrina

Considerar que solamente 1.4% de las pruebas tienen utilidad diagnóstica y que solo el 30% de los casos de falla de medro son secundarios a causa orgánica.

El manejo terapéutico incluye: asesoramiento nutricional (incremento de la densidad energética, suplementación oral y nutrición enteral en pacientes de riesgo), modificación del comportamiento, tratamiento de deficiencias nutricionales secundarias, tratamiento farmacológico, hospitalización si precisa y tratamiento específico si existen causas orgánicas.

El pronóstico en menores de 6 m incluye: riesgo de trastornos conductuales o psicológicos, 14-60% dificultades de aprendizaje, trastornos alimentarios: pica, anorexia, trastornos de lenguaje e IQ inferior 4.2 puntos menos para el rango de edad.^(6,7), en otros estudios sistemáticos concluyen una reducción en el IQ de 3 puntos en niños con FM con relación a niños sanos.

La mayor consecuencia en cuadros de falla de medro además del deterioro nutricional que conlleva riesgos en la patogénesis de otras entidades secundarias a desnutrición, es el déficit cognitivo y de capacidad de trabajo.

El programa de “Desnutrición Cero” en Bolivia inculca el manejo inmediato y estandarizado de todo niño con diagnóstico de desnutrición aguda grave, sin embargo no existe aun manejo estandarizado o protocolizado en cuadros compatibles con desnu-

trición secundaria y/o falla de medro. Sumamente importante en nuestro medio ya que la estadística nacional revela gran porcentaje de niños con desnutrición aguda y crónica, pero sin especificar si esta es primaria o secundaria.

Referencia

1. Arthur C. Jaffe. Failure to Thrive: Current Clinical Concepts. *Pediatr Rev* 2011;32:100-8.
2. Bousoño-García C, Ramos E. Fallo de medro. *An Pediatr Contin* 2005;3:277-84.
3. Sirotnak AP. Child abuse and neglect: failure to thrive. *Pediatr Rev* 2004;25:264-77.
4. Pericacho CA, Sanchez GB. Fallo de medro. *Bol Pediatr* 2006;46:189-99.
5. Corbett SS, Drewett RF. To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:641-54.
6. Rudolf MC, Logan S. What is the long term outcome for children who fail to thrive? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90:925-3.
7. Krugman SD, Dubowitz H. Failure to thrive. *Am Fam Physician* 2003;68:879-84.
8. Cuevas M. Infant with failure to thrive. *Clinical Pediatrics* 2011;50:364-6.
9. Schwartz DI. Failure to thrive: an old nemesis in the new millennium. *Pediatrics in Review* 2000;21:257-64.
10. NJ Spencer. Failure to think about failure to thrive. *Arch Dis Child* 2007;92:95-6.