

# FALLA PARA CRECER

## HÉCTOR ESCOBAR CASTRO. M.D.<sup>1</sup>

«Lo poco que sabemos y lo mucho que ignoramos»

### RESUMEN

La falla para crecer en niños es el resultado de una inadecuada nutrición para mantener el desarrollo y crecimiento físico. Es una cesación prolongada de apropiada ganancia de peso comparada con las normas reconocidas para la edad y para el género luego de haber tenido un patrón estable. Es a menudo acompañada de velocidad normal en la altura. Es bien reconocido que es necesario distinguir entre la falla para crecer orgánica y la funcional y pueden sobreponerse.

*Palabras clave:* Falla para crecer, Niños

### SUMMARY

Failure to thrive in children results from inadequate nutrition to maintain physical growth and development. It is a significantly prolonged cessation of appropriate weight gain compared with recognized norms for age and gender after having achieved a stable pattern. This is often accompanied by normal height velocity. It is recognized now that earlier distinctions between organic and nonorganic FTT are overly simplistic and not clinically appropriate, because many patients exhibit components of both.

*Key words:* Failure to thrive, Children

### INTRODUCCION

El niño que se desarrolla de forma mediocre, que crece y engorda lentamente, que progresa despacio en los límites de la normalidad y que «come poco y mal», suele ser un reto para el pediatra, ya que aunque en la mayoría de los casos sabemos que es improbable que encontremos patología orgánica, siempre es preciso estar abierto a todos los diagnósticos, a la vez que se deben elegir cuidadosamente las pruebas complementarias a realizar. Los padres deben conocer que hay muchas posibilidades de que no se encuentre una patología orgánica y esto puede crear una actitud de desconfianza o cierta agresividad.

---

<sup>1</sup> MD. Unidad de Gastroenterología. Servicio de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal-Madrid, España.

---

Recibido para publicación: enero 15, 2010

Aceptado para publicación: abril 1, 2010

### DEFINICIÓN

Parece adecuada la definición que introducen Rojas y Guerrero<sup>1</sup>, pediatras colombianos, ya que se ajusta bien al idioma. El término de el niño que no progresa (NQNP), se emplea para describir la situación de algunos niños con aumentos de peso o talla insuficientes para mantener un crecimiento normal, menores comparativamente que los niños de su edad, con percentiles de peso y talla igual o inferior al P<sub>3</sub>. También deben considerarse dentro de este término las situaciones de desaceleración persistente del desarrollo (peso, talla, perímetro cefálico). En ocasiones estos niños asocian a los trastornos del desarrollo cambios psicoemocionales llamativos.

### EPIDEMIOLOGIA

Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica pediátrica y su incidencia es muy variable, dependiendo de la definición aceptada y de la población estudiada. La máxima prevalencia ocurre en niños menores de 2 años. En Estados Unidos se supone entre el 1 y el 5% de los casos remitidos a los hospitales pediátricos. Aunque puede darse en cualquier ambiente socioeconómico, parece que

se observa con más frecuencia en niños de clases desfavorecidas.

## ETIOLOGÍA

El diagnóstico diferencial debe plantearse entre causas orgánicas, no orgánicas (psico-sociales) y mixtas (Tabla 1). Los casos de etiología orgánica se relacionan con enfermedades específicas responsables del retraso del desarrollo y las de origen funcional o psicosocial no tienen una enfermedad subyacente, al menos que sea posible determinar a día de hoy. No es infrecuente que se asocien causas orgánicas y funcionales, dando lugar a cuadros de origen mixto y en algunos casos no es posible encontrar una causa, son los cuadros denominados de etiología indeterminada.

## Causas de origen mixto o indeterminado

Son situaciones difíciles en las que no es posible excluir, ni confirmar, las causas orgánicas ni las funcionales. En estos casos es importante el análisis exhaustivo de los factores ambientales, como: -nivel socio-económico y cultural, -personalidad de los padres, -conflictos familiares, escolares, -personas que convivan o cuiden al niño, etc. Siempre debe existir un control evolutivo estricto para llegar a aclarar la situación.

## Orientación diagnóstica: ¿Cómo detectarlo?

El uso sistemático de las tablas de desarrollo (peso, talla, y perímetro cefálico), permite confirmar la impresión de que el niño no progresa correctamente.

**Tabla 1**  
**Etiología del niño que no progresa**

### Causas orgánicas

1. Ingesta insuficiente
  - Alteraciones de la succión, deglución
  - Enfermedades del SNC, neuromusculares
  - Infecciones crónicas
  - Enfermedades crónicas de múltiples etiologías
2. Aumento de pérdidas
  - Insuficiencia pancreática
  - Maldigestión-malabsorción de nutrientes
    - i. Enfermedad celiaca
    - ii. Intolerancia alimentaria
    - iii. Sobredesarrollo bacteriano
3. Aumento de necesidades
  - Procesos crónicos de múltiples etiologías
  - Cardiopatías congénitas
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
4. Pobre utilización de nutrientes
  - Insuficiencia renal
  - Matabolopatías

5. Estados de hipercatabolismo
  - Insuficiencia cardíaca
  - Tumores
  - SIDA
6. Endocrinopatías
  - Déficit de GH
  - Hipotiroidismo
7. Alteraciones congénitas
  - Cromosomopatías
  - Displasias óseas

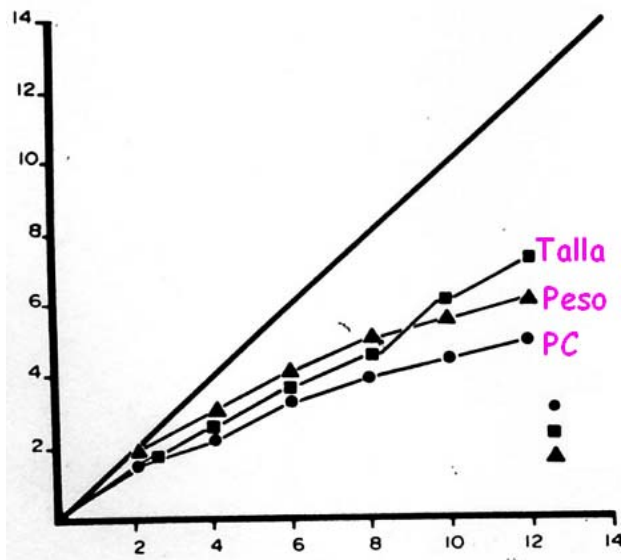
### Causas no orgánicas

1. Trastornos relacionados con el entorno familiar
  - a. Pobreza
  - b. Problemas psico-emocionales
  - c. Problemas culturales
    - i. Conocimientos dietéticos erróneos o escasos
  - d. Mala relación padres-hijo
2. Alimentación inadecuada
  - a. Calidad, cantidad
  - b. Hábitos alimenticios inadecuados: formas de comer, horarios...
  - c. Errores en la preparación de alimentos

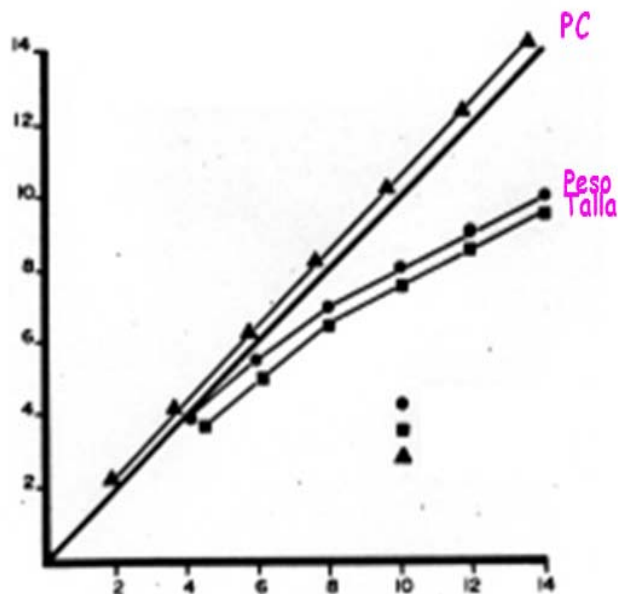
Es interesante obtener la edad talla (percentil 50) para correlacionar con ella el peso y siempre es importante el perímetro cefálico. Es útil el esquema descrito por Silver-Roy<sup>2</sup>, que muestra que existen tres patrones generales que pueden orientar el diagnóstico inicial: - Patrón I en el que predomina la alteración del perímetro cefálico, - Patrón II donde la alteración de la talla es lo más llamativo y - Patrón III en el que la alteración del peso es lo más llamativo (Figuras 1-3).

**Patrón I.** En este patrón existe un predominio de microcefalia, suelen ser niños dismórficos con alteraciones neurológicas, en los que el peso y la talla también están alterados. Se engloban en este patrón las cromosopatías, embriopatías (rubéola, toxoplasmosis), retraso del crecimiento intrauterino, alteraciones perinatales y bajo peso para la edad gestacional. En estos casos el diagnóstico es relativamente fácil.

**Patrón II.** Predominan las alteraciones de talla, el peso es normal o está muy poco alterado, el perímetro craneal es normal y suele haber alteración de la edad ósea. Las enfermedades incluidas en este patrón son: alteraciones endocrinológicas (déficit de GH, hipotiroidismo, talla baja familiar o constitucional, bajo peso para edad gestacional y alteraciones esqueléticas (ostendistrofias, condrodistrofia)



**Figura 1:** Patrón I Alteraciones del sistema nervioso central

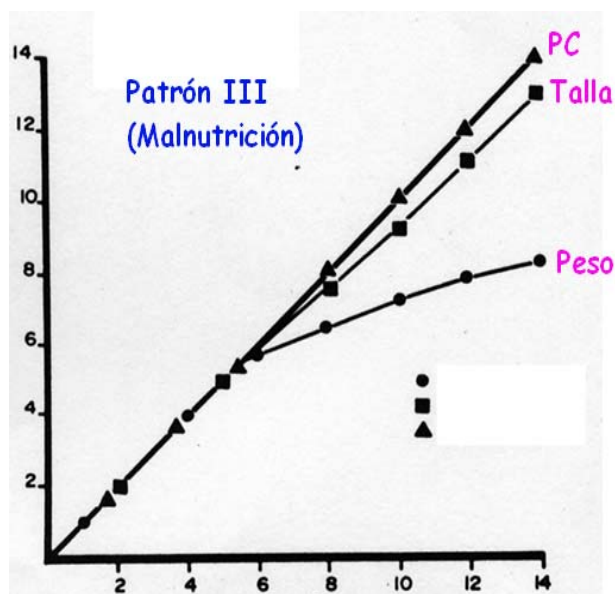


**Figura 2:** Patrón II Alteraciones endocrinológicas u óseas

**Patrón III.** Suele ser el patrón más habitual. Hay un predominio de alteración del peso, siendo normal el perímetro cefálico y la talla es también normal o está poco alterada. Dentro de las causas hay que descartar: 1) Ingesta calórica insuficiente, una de las causas más comunes, por hábitos alimentarios inadecuados, deprivación afectiva, rechazo de la alimentación, inapetencia; 2) Pérdidas aumentadas por aparato digestivo (maldigestión, malabsorción, procesos inflamatorios intestinales); 3) Utilización inadecuada de nutrientes (infección crónica, nefropatías, cardiopatías, tumores, anemias, metabolopatías), figura 3.

## SISTEMÁTICA DE ESTUDIO

La valoración antropométrica debe ser el punto de partida para aclarar enfocar este cuadro clínico. La elección e interpretación de las gráficas es fundamental y ésta información debe ser siempre evolutiva, no únicamente estática. En algunos casos los datos previos no existen o son erróneos y esto puede dificultar el primer enfoque diagnóstico. Las gráficas nos permiten realizar un primer cribado para analizar antes si estamos ante una alteración neurológica,



**Figura 3:** Patrón III Malnutrición

ósea, endocrinológica o digestiva; también orientan sobre si estamos ante una situación aguda o crónica, el peso se altera antes que la talla, y permite cuantificar la intensidad de las alteraciones. En la mayoría de los casos, una buena historia clínica y una buena exploración física permiten excluir la mayor parte de los diagnósticos<sup>1</sup>.

La historia clínica debe iniciarse indagando las influencias prenatales y perinatales: el bajo peso para la edad gestacional, la insuficiencia placentaria, la existencia en la madre de malnutrición, enfermedades crónicas, tabaquismo o alcoholismo, etc. Debido al origen funcional que se encuentra en muchos de los casos, es de gran interés investigar la relación del niño con los padres, con otros familiares o cuidadores y averiguar los posibles problemas sociales o familiares (historia psico-social). La historia nutricional completa, mediante una encuesta dietética de la ingesta calórica durante varios días, la investigación de los hábitos de alimentación y la conducta del niño durante las comidas, son también de gran ayuda para orientar el diagnóstico. Es muy útil la indagación de la posible existencia de síntomas y signos añadidos, como vómitos, diarrea, hipersudoración, hiperactividad, tos, etc. así como de enfermedades actuales o pasadas<sup>2</sup>. El examen físico debe ser

completo, concentrando la atención en el examen antropométrico (peso, talla, velocidad de crecimiento), en los signos clínicos de malnutrición (índices nutricionales, pliegues cutáneos, circunferencias) y la posible presencia de enfermedades sistémicas<sup>3</sup>. Los exámenes complementarios deben ser siempre individualizados: hemograma, bioquímica (electrolitos, proteínas de vida corta), pruebas de función hepática, función renal, ferritina, orina elemental, urocultivos, cloruro en el sudor, marcadores serológicos de enfermedad celiaca (Ac-ATGt, AAG..), función tiroidea (TSH, T<sub>4</sub> libre), grasa y sangre oculta en heces, tuberculina, IgE específica alimentos).

Siempre es preciso descartar razonablemente las enfermedades orgánicas de acuerdo con los datos de la historia clínica y el examen físico. El control evolutivo es importante y cuando la terapia nutricional no es efectiva deben replantearse nuevamente posibles patologías orgánicas. No es infrecuente que el fracaso del desarrollo tenga causas mixtas: orgánicas y no orgánicas.

## TRATAMIENTO

En los casos de una enfermedad orgánica el tratamiento de la enfermedad de base. Si la causa es funcional, el tratamiento puede hacerse en el hospital o en su domicilio, en función de la intensidad del problema y de la situación particular de cada paciente. ¿Cuándo y para que hospitalizarlo? Para realizar el diagnóstico, para observación de los hábitos alimenticios o para estudiar las posibles patologías orgánicas. El tratamiento en el hospital se debe hacer cuando la pérdida del promedio del peso para la talla sea superior al 30% y cuando sea necesaria una rehabilitación nutricional agresiva. La rehabilitación de los hábitos alimenticios se puede plantear con una dieta variada, equilibrada, no caprichosa, modificando el entorno de la hora de comer, eligiendo la forma de alimentación (oral, suplementación enteral, oral o por sonda), con un control estricto de las ingestas de acuerdo a sus necesidades reales. Algunos

de los niños requieren aportes superiores a las necesidades medias de calorías para la edad. El tratamiento en casa es ideal para conseguir dos objetivos: la rehabilitación de los hábitos de alimentación con dietas variadas, equilibradas que aseguren la ingesta de las necesidades de calorías y el establecimiento de un horario de comidas con tiempo suficiente pero limitado: evitar las distracciones a la hora de las comidas, no forzar ni permitir hábitos inadecuados de alimentación, no alimentar entre tomas, ofrecer los alimentos sólidos antes que los líquidos, propiciar un ambiente placentero y agradable durante las comidas, limitar el consumo de agua, zumos o bebidas bajas en calorías.

## VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El control evolutivo es importante. La valoración pasa por cerciorarse que la ingesta calórica es adecuada y por el control del peso y la talla. Si el tratamiento es correcto y no existe otra patología, en

seis semanas debe evidenciarse una respuesta favorable, el menos en la curva de peso.

## PRONÓSTICO

En los casos de causa orgánica, el pronóstico es el de la enfermedad de base, mientras que en los de causa funcional vendrá determinado por la respuesta a las medidas que se propongas.

## Referencias

- 1 Rojas C, Guerrero R. El niño que no progresa. En: Rojas C, Guerrero R, editores. Nutrición Clínica y Gastroenterología pediátrica. Editorial Panamericana: Bogota 1999: 138-140
- 2 Silverman A, Roy C, Lozzeno F. Pediatrics Clinical Gastroenterology. Ed. C. V. Mosby, ST Louis, 1971
- 3 Pericacho Conde A, Sánchez González B. Fallo de medro. Bol Pediatr 2006; 46: 189-199
- 4 Dalmau J. Evaluación del niño con fallo de medro. Pediatría 2004; 24: 9-14
- 5 Kutai M, Shalev SA, Chervinski I, Mazor G, Rabie M, Nevo Y. Hereditary hypotonia, muscle weakness, failure to thrive, and cognitive delay in a large moslem kindred. Pediatr Neurol. 2006; 35: 425-429