

## **CIR: RETRASO DE TALLA, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO**

Dr. Angel Ferrández  
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Aproximadamente el 15 % de los RN CIR, no recuperan el p.3 de talla a los 4 años. Prácticamente si un RN CIR no recupera el percentil 3 a los 2 años de vida, ya no lo va a hacer a los 4.

Se trata pues de controlar el crecimiento de todo niño nacido CIR, desde el nacimiento y con una periodicidad de 4 a 6 meses. De importancia es no sólo observar su ritmo de crecimiento sino la evolución de su peso, de los pliegues cutáneos del perímetro cefálico y del perímetro abdominal.

El parámetro antropométrico de mayor impacto sobre la talla adulta es la talla en el momento de iniciar la pubertad; de ahí la gran importancia de iniciar el tratamiento lo más pronto posible para que cuando inicie la pubertad (estadio mamario II, volumen testicular 4 cc) su talla sea lo más normal posible.

El crecimiento durante la pubertad apenas modifica el pronóstico y la adicción de análogos de LHRH para detener/proponer el cierre epifisario sólo es efectivo en algunos casos, pero no es una medida a aplicar de modo general.

La controversia sobre si aplicando una dosis "alta" de hormona de crecimiento (1,4 U/kg/semana ó 0,5 mg/kg/semana) desde el principio comparada con una dosis "baja" (0,7 U ó 0,25 mg/kg/semana), parece apoyar el uso de dosis "bajas", ya que el resultado a largo plazo ha sido idéntico en un estudio randomizado holandés.

El mayor factor predictivo para la respuesta al tratamiento es la precocidad en el inicio del mismo (cuanto más joven es el niño mejor respuesta al tratamiento) seguido de la Talla Genética, y la talla al inicio del tratamiento en relación directa con el primer factor.

Efectos adversos no se han observado y el aumento inicial de la insulina en ayunas con glucemia y hemoglobina glicada normales, no se observa que se incremente en los controles posteriores. A los pocos meses de cesar el tratamiento los niveles de insulina se normalizan. Como efectos positivos del tratamiento se ha demostrado una disminución de la elevada tensión arterial sistólica, una disminución de los niveles de lípidos, un incremento claro de la masa magra y una disminución de la masa grasa.

En lo que respecta a los a veces elevados niveles de IGFI se hace obligado su seguimiento junto a los valores de IGFI BP3.

En relación al impacto del tratamiento sobre el desarrollo intelectual hay resultados discrepantes. Mientras que un grupo fuera encuentra una buena relación entre la recuperación

de talla bajo tratamiento y una mejoría intelectual, nuestro grupo no la ha encontrado. Sí que hemos visto una clara, a veces intensa repercusión negativa del hecho de haber nacido CIR sobre el cociente intelectual, pero independiente del tratamiento y su evolución con hormona de crecimiento.

La conclusión es que el retraso del nacimiento es fácil de demostrar los niños CIR puesto que nacen con él, y su seguimiento detecta punto si va o no a haber una recuperación. El tratamiento con hormona de crecimiento a dosis de 0,25 - 0,3 mg/Kg/semana debe iniciarse lo más pronto posible una vez que se constata que no hay recuperación (no esperar más de 4 años y plantearlo ya entre los 2 y los 4 años) Antes y durante el mismo es obligado monitorizar los niveles de IGFI e IGFI BP3, así como controlar el metabolismo lipídico, el de glucosa - insulina.

Dependiendo de las posibilidades de cada centro es recomendable el estudio de la situación cardiovascular, la modificación de la composición corporal y el desarrollo intelectual.